



CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT



LA POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE EN TUNISIE (1964-2000)

Bénédicte GASTINEAU et Frédéric SANDRON





CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT
Groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-IRD-PARIS VI

LA POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE EN TUNISIE (1964-2000)

Bénédicte GASTINEAU* et Frédéric SANDRON**

* Doctorante, CERPOS, Université Paris-X

** Chargé de recherche, Institut de Recherche pour le Développement, Laboratoire Population-Environnement, Université de Provence

Bénédicte GASTINEAU et Frédéric SANDRON

La politique de planification familiale en Tunisie (1964-2000) / Bénédicte GASTINEAU et Frédéric SANDRON. – 2000, 45 p. ; 24 cm. (Les Dossiers du CEPED, n° 61).

Directeur de la publication : Alain LERY
Responsable de la collection : Marc-Antoine PÉROUSE de MONTCLOS
Comité de rédaction : Agnès GUILLAUME
Marc-Antoine PÉROUSE de MONTCLOS
Nicolas PONTY
Olivia SAMUEL
Réalisation technique : Maud POUPARD
Diffusion : CEPED
diff@ceped.ined.fr

Adresse pour toute correspondance :

Bénédicte GASTINEAU. – Université de Paris X, Cerpos-D321, 200 avenue de la République, 92 000, Nanterre.

Frédéric SANDRON. – Laboratoire Population Environnement, Université de Provence-IRD, Centre Saint Charles, 3 place Victor Hugo, 13 331, Marseille Cedex 3.

© CEPED 2000
ISBN 2-87762-130-8 ; ISSN 0993-6165

Édité avec le soutien du ministère des Affaires étrangères (DGCID)

SOMMAIRE

Sommaire	3
Résumé.....	4
Summary	5
Introduction	7
1. Le contexte social à l'Indépendance	7
2. La nature de la politique de population.....	10
3. Le programme expérimental, 1964-1965.....	12
4. Le programme national, 1966-1972	13
5. Le renforcement du programme, 1973-1983.....	15
6. La santé maternelle et infantile, 1984-1991.....	19
7. Les orientations de l'ONFP après 1991	25
8. Quelques pistes explicatives d'une politique réussie de planification familiale.....	33
Conclusion.....	35
Références bibliographiques	37
Liste des tableaux et figures.....	40

RÉSUMÉ

La précocité de la baisse de la fécondité et son faible niveau actuel font de la Tunisie une exception au sein du monde arabe et africain. Ce constat ne peut être dissocié de l'expérience d'une politique de population initiée dès les années 1960 et dont l'originalité est d'être porteuse d'un message intégrant fortement les problèmes de population à ceux du développement. À travers un vaste dispositif technique, juridique, médiatique mais insistant aussi sur la formation des personnels du planning familial, la politique de population de l'État tunisien n'a cessé de s'adapter et de se réorienter au fil des années et la question démographique a toujours figuré en bonne place dans les plans de développement successifs. Au rythme de leur chronologie, il est proposé ici de suivre l'évolution de cette politique à travers ses réalisations concrètes ou le contexte politico-institutionnel qui le sous-tend.

MOTS-CLÉS : PLANIFICATION FAMILIALE, POLITIQUE DE POPULATION, TUNISIE, STATUT DE LA FEMME, FAMILLE, POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT

SUMMARY

Tunisia is an exception amongst the Arab and African countries, because of its early declining fertility and its present level. An original population policy began in the 60's, where population and development issues were closely associated. Using technical, juridical and media means and training family planning social workers, the population policy of Tunisia moved in the right direction through all these years. Population problems have always been dealt with caution regarding their implication for development programs. The present paper reviews the implementation chronology of this, by describing its realizations as well as its political and institutional background.

KEYWORDS: FAMILY PLANNING, POPULATION POLICY, TUNISIA, WOMEN'S STATUS, FAMILY, DEVELOPMENT POLICY

Introduction¹

Pays précurseur du continent africain et des pays arabo-musulmans en matière d'adoption d'une politique de planification familiale, la Tunisie a suivi dès le début des années 1960 une voie originale en intégrant ses programmes de population dans une politique sociale beaucoup plus large. Le faible niveau de la fécondité atteint aujourd'hui, ainsi que sa baisse concomitante à la mise en place du programme national de planification familiale, invitent à se pencher sur le contexte dans lequel cette politique a vu le jour, sa mise en œuvre effective et son déroulement, ses moyens d'action et évidemment les influences réciproques qui ont pu exister entre les politiques de planification et les niveaux de la fécondité. Nous étudierons donc, au rythme des plans de développement de l'État, les phases marquantes de la politique tunisienne de planification familiale, l'élargissement de cette politique de restriction des naissances à des objectifs orientés vers la santé de la reproduction et la famille. Nous tirerons ensuite un bilan en terme d'impact sur la croissance démographique de la population.

1. Le contexte social à l'Indépendance

Outre son aspect pionnier en Afrique et dans les pays arabo-musulmans, ce qu'il faut retenir de la politique de population de la Tunisie est son intégration explicite à une politique de développement beaucoup plus large. Selon l'importance que l'on veut lui accorder, on pourra alors mettre l'accent sur la mise en place d'une politique de planning familial au service du développement ou bien sur l'élaboration d'un ensemble de mesures sociales au service d'une politique de population. Malgré les importants moyens mis en œuvre au service de cette politique, il semble plus réaliste, comme nous allons le voir, de considérer les mesures de planning familial comme un support à la réalisation d'objectifs de développement socio-économique ambitieux. Cette perspective nous aidera aussi à mieux comprendre la réussite du programme tunisien de limitation des naissances.

Après avoir été sous le protectorat de la France de 1881 à 1955, la Tunisie devient indépendante le 20 mai 1956. L'acteur principal de cette lutte est Habib

¹ Nous tenons à remercier les commentateurs de ce texte ainsi qu'Arlette Gautier qui est à l'initiative de ce projet.

Bourguiba, fondateur du Néo-Destour en 1934². Alors que la population s'attend à des réformes économiques et agraires importantes, la première mesure d'ampleur du nouveau Président Bourguiba est de mettre en place un Code du Statut Personnel (CSP) trois mois seulement après l'Indépendance.

Le statut juridique³ de la femme en sort complètement renouvelée. En premier lieu, la polygamie est abolie. Deuxièmement, un âge minimum au mariage est instauré, de 15 ans révolus pour les femmes, et non plus dès la puberté, et de 18 ans pour les hommes. Troisièmement, le mariage doit être librement consenti par les deux époux. Enfin, la répudiation est remplacée par le divorce judiciaire, demandé indifféremment par l'homme ou la femme⁴. Mentionnons qu'à cette époque, le taux d'analphabétisme féminin est de 96 % (CREDIF, 1994).

Attardons-nous sur le contexte de l'adoption de ce CSP dont on perçoit déjà l'importance des répercussions qu'il aura sur la politique de planification familiale proprement dite. Comment des mesures aussi révolutionnaires que celles décrites ont-elles pu être adoptées aussi facilement⁵ ? Il semble que trois faisceaux d'explication peuvent être avancés :

- le statut de la femme étant jusqu'alors dicté par les textes de l'Islam, les pouvoirs publics ont pris soin, comme l'avait fait l'Égypte à la même époque, de consulter les autorités religieuses. Même si la *Zitouna*, la grande université théologique de Tunis, se prononce publiquement contre le Code du Statut Personnel, sa présentation par le Président Bourguiba comme "conforme au cadre du courant réformateur de l'Islam" (Daoud, 1994), va entraîner un assentiment de la part de la majorité des religieux. Mieux, il prendra appui directement sur le Coran, dont les interprétations peuvent être très larges, pour faire imposer son point de vue. Par exemple, en ce qui concerne la polygamie, l'argument du Coran selon lequel il est dit que "les épouses doivent être traitées de manière égale" est jugé irréalisable, en conséquence de quoi la polygamie doit être interdite ;
- la Tunisie a toujours connu, au fil de son histoire plusieurs fois millénaire, un pouvoir centralisateur fort. Le peuple tunisien, ethniquement et religieusement homogène, est donc culturellement familiarisé à recevoir des messages de la part des autorités, contrairement à d'autres pays de la région peuplés d'ethnies diverses et localement autonomes dans leurs modes de vie ;

² Le Néo-Destour, regroupant de jeunes intellectuels, est issu de la scission du Destour, parti créé en 1920, à la suite du mouvement nationaliste indépendantiste "Parti des Jeunes Tunisiens" créé en 1907. Contrairement au Destour qui revendiquait une identité arabe et musulmane forte, le Néo-Destour était favorable à la coopération occidentale et à la laïcité de l'État.

³ Bourguiba est juriste de formation.

⁴ Selon Sadok Sahli (1992), au Maghreb, la répudiation est souvent consécutive à une fécondité trop faible de la femme.

⁵ En l'an 2000, 44 ans après la mise en place du CSP en Tunisie, aucun autre pays arabo-musulman n'a aboli la polygamie.

- la réception de ces messages est favorisée par la personnalité charismatique du Président Bourguiba⁶ et l'importance qu'a pris son parti depuis trente ans, plus vieux parti politique d'Afrique et du Monde Arabe, "État dans l'État contrôlant l'ensemble de la population à travers un réseau serré de cellules" (Rouissi, 1977, p. 380).

L'adoption du CSP sera d'autant moins difficile que les représentants de l'État, relayés par le parti Néo-Destour, vont s'expliquer très largement sur leurs conceptions de ces réformes. Elles sont destinées à forger un citoyen tunisien nouveau, dont le bonheur est devenu, selon l'expression de Sadok Sahli (1980), "objet de science" dans les mains de l'État. Pour ce faire, le Président Bourguiba lance le slogan "nous ne voulons pas de femmes libérées, nous voulons des femmes responsables".

Peut-être faut-il voir aussi dans l'instauration de ce CSP la volonté politique d'affaiblir les prérogatives de la famille élargie, puissante instance de décision concurrente de l'État.

Toujours est-il que le CSP est rapidement suivi d'autres mesures concernant la généralisation de la scolarisation aux deux sexes à partir de six ans (1958), des campagnes contre le port du voile, du vote de la constitution de 1959 dans laquelle est prescrite l'égalité des droits et devoirs entre hommes et femmes dans les droits constitutionnels, administratifs, économiques et sociaux (la femme devient électrice et éligible), de l'égalité des deux sexes dans le Code du Travail et de l'interdiction du travail des enfants de moins de 15 ans comme employés ou salariés dans l'industrie (1966).

C'est sur ce terreau de réformes sociales en profondeur qu'une politique de planning familial est élaborée. Nul ne doute que l'ancrage dans les esprits des mesures exposées va favoriser sa réalisation⁷.

⁶ "Le *Combattant suprême* disposait d'une assise beaucoup plus large que celle de l'ensemble de l'élite dirigeante de l'État-Parti. Sa position personnelle ne se réduisait pas à la direction d'un groupe plus puissant que les autres. Elle le plaçait également au-dessus de tous les groupes, y compris celui-là, contre lequel il constituait un recours éventuel. Paradoxalement, la figure emblématique de l'État moderne était celle, éminemment traditionnelle, du Père juste et fort, manifestation, à l'échelle de l'ensemble de la société, de la vitalité du modèle familial patriarcal comme forme d'adaptation à un changement social minant les fondements structurels de la famille patriarcale. La stature personnelle et le statut traditionnel du fondateur du Nouvel État lui ont conféré une aptitude à manipuler les hommes et à dénouer les situations les plus critiques, qui l'ont maintenu au pouvoir alors que les assises de celui-ci se fragilisaient" (Camau, 1989, p. 73).

⁷ "En s'attaquant au statut traditionnel de la femme, le régime tunisien a, à la fois, ouvert la voie à une modernisation en profondeur de la société et préparé un terrain plus sûr à la réussite d'une politique de planning familial" (Rouissi, 1977, p. 384) ; "Toutes ces mesures [...] n'auraient pas d'influence profonde et directe sur la réduction de la dimension de la famille mais elles prépareraient tôt ou tard le passage aux mesures directes, en éveillant le sens des responsabilités des femmes arabo-musulmanes" (Seklani, 1960, p. 854).

2. La nature de la politique de population

Alors que de nombreux pays masquent une simple politique de limitation des naissances sous le terme de "politique de population", c'est l'inverse qui se passe en Tunisie peu après l'Indépendance ; si le terme "planning familial" désigne la politique officielle menée par les pouvoirs publics, c'est véritablement une politique globale qui s'intéresse aux individus, aux familles et à la population qui est mise en application. La volonté de ne pas se heurter au refus des populations quant à l'acceptation de ce programme a été concrétisée par l'adoption graduelle de mesures préparatoires, dont on peut dire avec Moncer Rouissi (1977) qu'elles ont permis de lever les obstacles idéologiques et législatifs à une demande de planification familiale.

Dans la continuité du CSP, mais plus directement tournées vers la réduction de la fécondité, ces mesures sont elles aussi révolutionnaires non seulement au sein du continent africain et des pays arabo-musulmans mais également dans la comparaison avec certains pays développés. Par exemple, la vente de contraceptifs et l'avortement ont été autorisés en Tunisie avant de l'être en France.

C'est d'abord la limitation de l'octroi des allocations familiales aux seuls quatre premiers enfants qui est votée en 1960. Les premiers signes clairs de la volonté de mettre un frein à la politique nataliste du protectorat sont donnés. En 1961, la loi française de 1920 interdisant l'importation, la vente et la publicité des produits contraceptifs est abrogée et remplacée par la loi du 9 janvier qui autorise ces pratiques. Le vote de cette loi ne fut cependant pas facile, les débats des parlementaires furent houleux. Dans la mouvance du CSP de 1956, l'âge minimal au mariage est encore rehaussé en 1964 à 17 ans pour les femmes et 20 ans pour les hommes. Enfin, en 1965 l'avortement est autorisé, dans les trois premiers mois de la grossesse, pour les femmes ayant déjà cinq enfants. Le 23 septembre 1973, nous y reviendrons, la clause du nombre d'enfants disparaît, et l'avortement devient libre.

Quelle est la nature de ces mesures ? Dans quel état d'esprit sont-elles prises ? Quels en sont les objectifs ? Comme dans le cas du CSP, la politique de planning familial, qui est lancée en 1966, semble servir un projet très ambitieux de modernisation du pays et de développement économique et social. La "promotion de l'homme" est au centre des plans de développement de la décennie 1960. Des efforts importants sont consentis en ce sens dans les secteurs de l'éducation, des conditions sanitaires et des infrastructures. Mais l'idée sous-jacente à la volonté de réduire la natalité est la peur de voir les investissements productifs annihilés par la croissance démographique. C'est dans cet esprit que la Tunisie signe tous les textes internationaux (déclaration des Nations Unies en 1966, déclaration de Téhéran de 1967, déclaration des Nations Unies de 1969...) visant à freiner la croissance démographique.

Même si la population est peu nombreuse en 1956 – 3,4 millions de Tunisiens – le taux de croissance démographique n'a jamais été si élevé que pendant la période 1956-1966, atteignant une moyenne annuelle de 2,7 %. Nous sommes en effet dans la phase de la transition démographique où la mortalité a fortement régressé mais pas encore la fécondité. Sur la question de la population, les discours des officiels et particulièrement ceux du Président Bourguiba sont très fortement empreints des idées malthusiennes⁸. Alors que pendant la colonisation et pour l'immense majorité des pays de la région, un nombre d'habitants élevé est synonyme de puissance, en Tunisie l'accent est très vite mis après l'Indépendance sur les rythmes de développement inégaux entre la population et l'économie :

*"Nous nous trouvons, d'un côté, devant une natalité sans cesse croissante et il est de notre devoir d'assurer la subsistance à la population, de l'autre, dans un pays au potentiel agricole et industriel insuffisant et dont le développement est lent"*⁹.

Les discours de Bourguiba sont souvent prononcés à l'occasion de réunions devant des assemblées de femmes, dont l'émancipation est vue comme une condition nécessaire au progrès social. Ils peuvent prendre des tournures catastrophistes dont le principe est de sensibiliser au mieux les individus face au problème de limitation des naissances :

*"Nous ne pouvons nous défendre contre un sentiment d'appréhension devant la marée humaine qui monte implacablement à une vitesse qui dépasse de beaucoup celle de l'augmentation des subsistances car à quoi servirait l'accroissement de notre production agricole, de nos richesses minières...si la population doit continuer à s'accroître d'une manière anarchique et démentielle. Nous n'aurions rien fait car nous risquons de nous trouver ramenés malgré tous nos efforts à un niveau inférieur à celui du point de départ. L'humanité qui, par la raison a pu dominer la nature et vaincre progressivement la maladie, qui a créé l'outil et transformé le visage du monde, l'humanité est capable de se régenter elle-même et de maîtriser le rythme devant la procréation"*¹⁰.

*"Produire, produire davantage...moins procréer car nous risquons d'être engloutis par la vague provoquée par l'explosion démographique"*¹¹.

"Si la natalité devait prendre des proportions abusives et se développer sans frein ni limite, la famille ne pourrait plus accomplir ses devoirs premiers, les plus simples, c'est-à-dire élever, éduquer et former ses enfants [...]. Le fait est que la

⁸ "Le 'principe de Population' semble être, dans la vie politique tunisienne, un 'principe de combat'" (Sahli, 1980, p. 83).

⁹ Bourguiba, Discours "Sortir du sous-développement", 13 avril 1959.

¹⁰ Bourguiba, Allocution au 3^{ème} congrès de l'Union National des Femmes de Tunisie, 25 décembre 1962.

¹¹ Bourguiba, Discours "Augmenter la production et enrayer l'explosion démographique", 2 novembre 1970.

*science moderne a découvert le moyen de stériliser la femme ou l'homme, tout en leur permettant de continuer à remplir leur devoir conjugal. Car il faut bien faire la distinction entre la mère et l'épouse. On peut arrêter la première sans porter atteinte à la seconde"*¹².

Nous verrons par la suite plus précisément les modes de communication de ces idées mais précisons d'ores et déjà la méthode générale. À travers l'insistance sur ce thème du planning familial dans leurs déclarations publiques au fil des années, les responsables au pouvoir essayent d'éduquer les citoyens. Si dans les domaines économique et agricole, des politiques plus coercitives sont menées, notamment dans les années 1964-1970, les messages en faveur du planning familial jouent la plupart du temps sur la compréhension des citoyens et l'appel à leur responsabilité, et notamment sur l'argument selon lequel l'intérêt individuel doit se confondre avec l'intérêt collectif.

Pour satisfaire ce dernier, dans de nombreuses déclarations, le Président Bourguiba avance le chiffre de quatre enfants comme un maximum. Mais il semble qu'il s'agisse en réalité dans son esprit d'un optimum, ne perdant pas de vue la fonction sociale de la procréation. Si la voie législative a permis le recul de l'âge au mariage et la vente de produits contraceptifs, ce n'est pas pour autant qu'il faille délaissé le mariage et sa fonction procréatrice. Ainsi, la "décadence morale" est combattue, et en 1966, le chef de l'État fustigera les "célibataires endurcis" dans son discours d'inauguration du programme national de planning familial ! Voyons maintenant les réalisations concrètes et les modalités d'intervention au cours des différentes phases du planning familial tunisien.

3. Le programme expérimental, 1964-1965

Fort de l'ouverture idéologique qui vient d'être décrite, le gouvernement tunisien signe en 1963 un accord avec la fondation Ford pour instaurer un programme expérimental de planning familial de deux années sur la période 1964-1965. Appuyé techniquement par le Population Council, ce programme est placé sous la responsabilité du secrétariat d'État à la Santé publique. Il comprend des opérations de formation, d'information, et doit servir de test avant la mise en place d'un programme plus vaste¹³.

À cet effet, une phase de formation des personnels médicaux et paramédicaux qui participeront au programme commence en 1964. Une grande campagne

¹² Bourguiba, Discours à l'occasion de la fête du Mould, 14 avril 1973.

¹³ Pour plus de détails sur ce programme expérimental, on peut consulter Jacques Vallin (1971), Moncer Rouissi (1977), Mohamed Boukhris (1992).

médiatique est consacrée au lancement du programme, par le canal des médias classiques mais aussi par la mobilisation des diverses organisations politiques liées au pouvoir, que ce soit par le truchement de l'Union Nationale des Femmes de Tunisie, du parti Néo-Destour, des membres du gouvernement ou du Président lui-même.

Appliqué d'abord dans 12 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Tunis, le programme a débuté avec la distribution de contraceptifs. Il s'est ensuite étendu à 39 centres et des insertions de dispositifs intra-utérins (DIU) ont été pratiquées. Parallèlement, des équipes mobiles ont été créées. Leur fonction était d'atteindre les populations enclavées du milieu rural.

L'apport essentiel de cette phase expérimentale est la réalisation d'une enquête "connaissances-attitudes-pratiques" qui met en avant le désir de la part des femmes de limiter leur descendance. La méconnaissance des moyens contraceptifs - seules 15 % des femmes de 20 à 39 ans déclarent connaître une méthode contraceptive (Vallin, 1971) - montre l'importance pour un futur programme de l'effort à fournir en matière d'éducation et d'accès, spécialement dans le milieu rural.

On le perçoit, cette phase de formation et d'information était sans doute destinée à former et informer avant tout les acteurs du planning familial plutôt que la population. Les aspects de communication ont été rôdés, les pratiques et les connaissances de la population en matière de contraception et de souhait de descendance examinées, les choix sur les meilleurs modes contraceptifs testés. L'aspect expérimental de cette phase permet de dire que la population a été sensibilisée à la question de la planification familiale de manière pragmatique, pour une meilleure mise en place du programme national à grande échelle.

4. Le programme national, 1966-1972

Le programme national de planning familial¹⁴ est lancé de manière tout à fait officielle et il est intégré au contexte socio-économique puisqu'il est inscrit dans le plan quinquennal des années 1966-1971. L'un de ses objectifs est de ramener le taux de fécondité global de la Tunisie à la fin du siècle à celui du monde occidental actuel¹⁵. La responsabilité administrative, le bailleur de fonds et l'appui technique sont les mêmes que pour la phase expérimentale, celle-ci ayant été jugée satisfaisante par l'ensemble de ces organisations.

¹⁴ Sur cette période du planning familial, on pourra se référer à Jacques Vallin (1971), Sadok Sahli (1992).

¹⁵ Alors qu'il est de 193 ‰ en 1965, l'objectif fixé pour le taux de fécondité global est de 66 ‰ en 2001, c'est-à-dire le taux de l'Italie au début du lancement du programme.

Parmi les acquis du programme expérimental, la primauté du dispositif intra-utérin comme méthode contraceptive favorite est conservée et entérinée. Dans les premières années du programme national, les autres méthodes demeurent marginales, même si elles sont disponibles dans les centres de PMI.

Jusqu'en 1968, parmi les réalisations concrètes, la mise en place d'équipes mobiles est généralisée à toutes les régions du pays. À cette date, l'ensemble des participants au programme national de planning familial reconnaissent les médiocres résultats de ces deux premières années. Les prévisions en matière d'insertion de DIU furent largement en deçà des prévisions : on en comptait 27 000 au lieu des 120 000 escomptées. Les raisons de cet échec sont en creux celles qui firent le succès de la phase expérimentale.

Primo, la motivation des responsables et des cadres de toutes les organisations politiques et administratives autour du pouvoir n'était pas très forte, d'une part à cause des structures administratives inadaptées qui inséraient le planning familial dans un service non spécifique, d'autre part par l'attitude ambiguë du Président Bourguiba dans son discours d'inauguration du programme. Sa prise de position en faveur de la fécondité au service de la nation¹⁶, dont nous avons déjà parlé, a semé le doute dans les esprits. Ceci explique aussi sans doute l'absence de relais institutionnels, et la faiblesse des crédits et des personnels affectés.

Secundo, au-delà des discours d'intention, les moyens employés ne furent pas toujours ceux de la concertation mais parfois de la coercition. Il a pu y avoir ici ou là des excès de zèle de la part de certains responsables locaux. En outre, des bruits, fondés sur quelques cas avérés, ont couru sur les dangers du DIU. La réputation du planning familial est donc vite devenue mauvaise, obligeant les autorités à changer leur stratégie en ce domaine.

En 1968, un programme national rénové est instauré pour cinq ans. Il est soutenu par des moyens financiers plus importants grâce à l'intervention de l'USAID (United States Agency for International Development). Une refonte organisationnelle a lieu au sein du Ministère de la Santé, donnant naissance à une direction du planning familial et de la PMI, divisée en cinq services (administration, communication, formation, statistiques, médical). Il apparaît que cette extension du planning familial comme simple fourniture de moyens contraceptifs à des prérogatives plus larges permettait aux femmes une plus grande discrétion face à des réticences familiales ou communautaires.

L'année 1968 est aussi celle qui voit la reconnaissance de l'Association Tunisienne de Planning Familial (ATPF), rouage supplémentaire dans les activités de relais, d'éducation et d'information auprès des populations. Parmi les activités

¹⁶ Bourguiba évoque "la carence nataliste de ceux qui se croient libres de mener une existence de plaisir sans se préoccuper de l'intérêt de la nation" (discours inaugural du 12 août 1966), cité par Jacques Vallin (1971).

d'envergure de cette période de la fin de la décennie 1960, signalons l'accent mis sur la formation et la disponibilité du personnel para-médical, ainsi qu'une campagne post-partum et post-abortum dont l'objet est systématiquement d'informer, par ce personnel spécialisé, les femmes quant aux activités et aux services du planning familial.

En terme d'impact, cette phase a permis le décollage de l'utilisation des méthodes contraceptives à partir de 1968 mais elle s'est déroulée dans un contexte politico-économique particulier. La période 1964-1970 est en effet celle d'une politique collectiviste autoritaire qui transforme profondément l'économie et l'agriculture du pays. Cet épisode est considéré comme un échec qui aboutit au limogeage du principal Ministre intéressé, Ahmed Ben Sallah. La nouvelle organisation économique et administrative qui en résulte au début des années 1970 touche directement la politique de planning familial ; plus que jamais la fécondité et la croissance de la population ne doivent pas grever les efforts de modernisation du pays. La place essentielle du planning familial dans les plans de développement est sans cesse réaffirmée et une nouvelle impulsion lui est donnée à partir de 1973, date de renforcement du programme.

5. Le renforcement du programme, 1973-1983

Alors que le précédent plan de développement mettait l'accent sur la réduction du taux de fécondité, le plan de 1973-1976 se donne des objectifs ambitieux en termes de "naissances évitées"¹⁷. Fortement empreints d'une vision politique et bureaucratique des problèmes, les pouvoirs publics attribuent les difficultés survenues à des écueils d'ordre administratif et organisationnel. Pour atteindre les objectifs du plan, la solution est donc de se donner les moyens de créer des structures adéquates.

Avec la création en 1971 de l'Institut National de Planning Familial et de Protection Maternelle et Infantile, un premier pas avait été fait dans la recherche d'une plus grande autonomie des activités de planning familial. Mais, l'effort étant jugé trop modeste, cet institut est transformé le 23 mars 1973 en un office, c'est-à-dire un établissement public à caractère commercial¹⁸ placé sous la tutelle d'un

¹⁷ Sur la période de renforcement du programme de planning familial, on pourra consulter Mohamed Boukhris (1992), Sadok Sahli (1992), Office National de la Famille et de la Population (1995).

¹⁸ Mohamed Boukhris (1992, p. 17) rapporte cette intervention lors des débats à l'assemblée sur la création de l'Office et sur son caractère commercial : "des travaux d'actuariat très précis ont démontré que la productivité de 1 dinar investi dans un programme de Planning Familial équivaut exactement à la productivité de 100 dinars investis dans des projets traditionnels tels que les usines ou les barrages". Il est intéressant de noter une fois de plus cette nécessité de justifier la politique démographique par un argument économique.

Président Directeur Général et doté d'une autonomie financière et d'une gestion propre. Relevant toujours du Ministère de la Santé publique, l'Office National du Planning Familial et de la Population (ONPFP) a pour missions officielles (Sahli, 1992, p. 166) :

- d'entreprendre des études et d'effectuer des recherches à caractère économique, social et technique ayant pour objet l'épanouissement harmonieux de la population, et de faire au gouvernement des propositions d'ordre législatif ou réglementaire visant cet objet ;
- en collaboration et en liaison avec les autorités publiques et privées concernées, d'établir et d'exécuter tous programmes et plans d'action tendant à susciter et à soutenir l'équilibre des familles et à protéger la santé de ses membres ;
- de mettre à la disposition des personnes physiques et morales dans les formations hospitalières et sanitaires, les cabinets médicaux, les officines pharmaceutiques, les cliniques, les infirmeries et tous les autres lieux jugés utiles, les moyens d'information et d'intervention de tous ordres qui pourraient leur permettre d'atteindre les objectifs d'équilibre et de santé des familles ;
- d'entreprendre les actions de formation nécessaires au niveau de la Faculté de Médecine, des Écoles Professionnelles et des Écoles du Service Social ou dans le cadre d'études et de stages à l'étranger ;
- d'entreprendre une action permanente d'information et d'éducation de la population au niveau familial, scolaire et professionnel.

L'ONPFP devient le bras armé de la politique de population décidée par un autre nouvel organe créé en 1974, le Conseil Supérieur de Population, placé directement sous l'égide du Premier Ministre. L'ONPFP est divisé en deux Directions Techniques : le Planning Familial qui englobe les aspects médicaux, de formation et d'éducation, et la Direction de la Population chargée de la programmation, des études et des recherches.

Les actions médicales ont consisté à renforcer les effectifs personnels médicaux et para-médicaux affectés au planning familial. Au cours de la phase précédente, par souci de perfectionnisme, les pouvoirs publics avaient misé sur le personnel médical pour la prescription contraceptive et l'insertion des DIU. Mais l'insuffisance de femmes tunisiennes parmi les médecins gynécologues avait entraîné, dans le cadre d'un accord de coopération avec les pays de l'Europe de l'Est, le recrutement de médecins étrangers. Cette expérience s'est avérée assez décevante à cause des problèmes de communication entre la patiente et le médecin, alors même que le dialogue et l'instauration d'une situation de confiance se révèlent déterminants au sein de cette relation. C'est pourquoi, entre 1975 et 1978, 149 médecins, 815 sages femmes, aides soignantes et infirmières ainsi que 1 485 cadres sociaux et cadres des organisations nationales ont été formés (Sahli, 1992).

Les équipes mobiles visitant les centres régionaux sont ainsi passées de 15 à 50 de 1972 à 1979. Leur tâche n'est pas essentiellement de l'ordre de la prescription contraceptive mais est aussi dévolue à des consultations gynécologiques et obstétriques. Dans le même temps, des consultations régulières sont proposées dans la centaine de centres de PMI.

Coïncidant avec la période de renforcement des actions du planning familial, l'avortement social est autorisé en 1973 sans conditions restrictives¹⁹. Il est pratiqué de manière gratuite et libre dans les centres de planification familiale. Il deviendra vite très prisé par les patientes ainsi que la stérilisation (Gastineau, 1999). Ces "grands moyens" ont été particulièrement encouragés dans le monde rural, "supposé moins discipliné et moins prévoyant" (Rouissi, 1977). C'est donc une contraception d'arrêt qui est en vigueur selon des modalités classiques de recul d'âge au mariage, d'une descendance souhaitée vite acquise suivie d'une contraception définitive. Au début de l'année 1976, l'ONFPF souhaite faire évoluer les mentalités vers une contraception de prévention et un plus grand espacement des naissances. La priorité sera donnée alors à la valorisation de la pilule, qui ne détrônera finalement pas la préférence pour le DIU.

Au cours de cette décennie 1970, un effort important a été consacré à la diffusion des idées véhiculées par la politique de planning familial. La demande de planning familial a été examinée à travers la réalisation de nombreuses enquêtes ponctuelles sur la contraception et l'impact du planning. Mais c'est surtout du côté de l'offre que se situe l'innovation. Les messages en faveur du planning familial ont été déclinés sous des formes très diversifiées par l'ONFPF (brochures, calendriers, monographies, bulletins, notes d'information, affiches publicitaires...) et surtout à travers les grands médias que sont la presse, la radio et la télévision.

Les messages diffusés à la télévision concernaient la connaissance des actions du planning familial et celle des contraceptifs, la lutte contre les rumeurs sur les effets néfastes dont se sont entourées certaines méthodes contraceptives, des saynètes vantant les avantages comparés d'une famille peu nombreuse sur une famille nombreuse. 620 émissions sur le planning ont été diffusées entre 1974 et 1978, et un sondage a permis de montrer qu'une émission hebdomadaire sur ce thème en 1980 était suivie au moins de temps en temps par 79 % des téléspectateurs (Sahli, 1992). La presse a aussi été un support de communication favorable aux idées des pouvoirs publics en matière de planning familial, ce qui est loin d'avoir été le cas dans d'autres pays arabo-musulmans. Mais il faut relativiser son impact dans la mesure où c'est surtout la presse en langue française qui s'intéressait à ce thème, presse lue par les classes sociales supérieures.

¹⁹ "L'interruption artificielle de la grossesse est autorisée lorsqu'elle intervient dans les trois premiers mois dans un établissement hospitalier et sanitaire ou dans une clinique autorisée, par un médecin exerçant légalement sa profession", article 214 du Code Pénal.

D'autres vecteurs de communication ont été utilisés avec des cibages plus fins. Des campagnes d'information ont été lancées dans les villes et les villages, des enseignants ont pris l'initiative d'actions d'éducation auprès des lycéens, et des centres ruraux spécialisés ont été créés pour les jeunes filles. Mais ces actions restent du domaine collectif et si elles sont importantes en matière de sensibilisation, notamment des jeunes, les entretiens directs avec les patientes ont été le plus souvent réalisés après un accouchement ou un avortement.

À cette diffusion horizontale de la politique de population se surexpose une diffusion verticale, forte des structures administratives existantes et de la couverture intégrale de la vie politique par le parti en place. Cette politique, impulsée aux plus hauts niveaux, est ainsi relayée par les Gouverneurs²⁰ qui la mettent en place au niveau de leur région. Ceci facilite l'adoption des mesures suscitées par l'intérêt croissant pour les zones rurales et permet un cibage plus fin des objectifs au niveau des régions²¹. Cette "régionalisation" du programme de planning familial, concrétisée par l'institution d'un Conseil Régional de la Famille et de la Population, est soutenue par la création du prix Bourguiba le 16 juillet 1974 :

- *article premier : il est institué un prix appelé "Prix du Président Bourguiba pour la promotion de la Planification Familiale", destiné à récompenser les trois gouvernorats de la République qui auront obtenu les meilleurs résultats de planification familiale, dans le cadre de la réalisation des programmes régionaux agréés par le Ministère de la Santé publique. Ce prix est imputé sur les crédits du budget de la Présidence de la République.*
- *article deux : le prix décerné au gouvernorat est réparti par le Gouverneur entre les délégations²² ayant enregistré les meilleurs résultats et, le cas échéant, les institutions qui auraient le mieux contribué à la réalisation du programme du gouvernorat.*

Cette phase de la décennie 1970 a été très importante dans la politique de planning familial de la Tunisie en termes de moyens, de mobilisation de personnels, de la diversité des actions entreprises et de la volonté politique affichée de réduire la fécondité. Quant à sa nature, il faut voir qu'elle est encore une politique de limitation des naissances *stricto sensu*, ce n'est qu'au cours de la décennie 1980 qu'elle sera élargie à des considérations plus générales touchant le domaine de la santé de la famille et dans la décennie 1990 la santé de la reproduction.

²⁰ Les Gouverneurs sont les présidents des gouvernorats, la plus grande des entités administratives tunisiennes.

²¹ Objectifs toujours au service de l'économie, comme le souligne un document de l'Office National du Planning Familial et de la Population (1974) : "La croissance globale ne portera tous ses effets que si elle est menée comme le prévoit le IV^{ème} plan quadriennal, avec le souci d'atteindre un double objectif, l'équilibre régional et l'équilibre des revenus. C'est dans ce cadre que la régionalisation des objectifs du programme du planning familial est envisagée".

²² Sous-division administrative du gouvernorat.

6. La santé maternelle et infantile, 1984-1991

"Les problèmes de la population sont étroitement liés aux problèmes de développement, la Tunisie l'a souligné dès le début de son expérience en matière de développement planifié. [...] La Tunisie a accumulé au cours des deux dernières décennies une expérience relativement riche dans ce domaine. Elle s'est dotée des instruments juridiques, des structures d'intervention et du personnel nécessaires à la maîtrise du croît démographique, dans le cadre de sa vision humaine, destinée à étendre les faveurs du bien être et le progrès social au plus grand nombre. Les résultats enregistrés sont positifs ; la natalité a sensiblement baissé [...], le taux de croissance naturelle reste élevé. Il faudrait renforcer l'action dans ce domaine au cours du VI^e plan, et des deux prochaines décennies en général pour obtenir une baisse plus sensible de la natalité et du taux de croissance démographique. C'est là une action nécessaire si on veut que l'augmentation de la production et l'accélération économique se traduisent par une amélioration réelle du niveau de vie de la population, et si on veut assurer la maîtrise d'une série de problèmes sociaux, au premier rang desquels figure le problème de l'emploi"²³.

En matière de politique de population, le VI^{ème} plan de développement économique et social (1982-1986) s'inscrit d'abord dans la continuité des précédents : problèmes de population et problèmes de développement y sont explicitement liés. En revanche, le bilan du plan précédent est jugé trop modeste. Les décideurs s'en inquiètent et souhaitent renforcer la politique de planification familiale. Les mesures engagées pour faire reculer l'âge au mariage ayant produit leur effet sur la fécondité, c'est sur la limitation des naissances dans le mariage, donc sur la contraception, que tous les efforts des planificateurs vont se porter. Le principal objectif est de faire augmenter le taux de prévalence contraceptive de 27 % en 1980 à 40 % en 1986.

Pour atteindre ces objectifs, il faut à la fois intensifier l'offre de prestations de planification familiale et stimuler la demande des couples. Plusieurs types de mesures sont envisagés, qui seront développées ci-après :

- donner la priorité au milieu rural où les femmes restent encore peu touchées par les messages et les services de planification familiale. L'objectif annoncé est de faire doubler le taux de prévalence contraceptive en milieu rural pour qu'il atteigne 36 % en 1986 ;
- réformer le droit fiscal, la législation du travail et le système de prestations familiales pour inciter les couples à limiter leur descendance ;

²³ Secrétariat d'État au plan et à l'économie national, 1982, p. 71, tome 1.

- lancer la troisième phase du programme national de planification familiale qui débute en 1984 en créant un nouvel Office National de la Famille et de la Population qui aurait pour mission de renforcer le cadre institutionnel de la politique de population.

Jusqu'au début des années 1980, la planification familiale reste surtout pratiquée par les couples urbains. Les moyens du programme sont concentrés dans les grandes villes, la capitale et les villes côtières. Néanmoins, à cette même date, la totalité des femmes non célibataires connaît au moins une méthode contraceptive efficace. Les programmes d'information ont donc atteint leur objectif dans les villes comme dans les campagnes. Pourtant, en terme d'utilisation, les disparités sont flagrantes. En 1978, seulement 28 % des femmes rurales exposées utilisent une méthode contraceptive contre 59 % à Tunis et 58 % dans les autres zones urbaines (ONFPF, 1982).

Le VI^{ème} plan insiste donc sur la nécessité de multiplier l'offre de services et de méthodes contraceptives dans les zones rurales. Pour ce faire, il est préconisé de construire des nouveaux centres de santé de base et d'augmenter le nombre de cliniques mobiles, tout en insistant sur la nécessité de sensibiliser aux problèmes de planification l'ensemble du personnel de santé. C'est ainsi qu'une meilleure insertion des centres de santé de base dans le dispositif général de la Santé publique figure aussi dans les orientations de la nouvelle politique.

Si la multiplication des lieux de prestation de services de planification familiale se fait dans le cadre plus large des orientations nationales de la politique de santé, c'est donc à la fois parce que ce sont ces centres de santé de base qui, dans une large majorité, vont servir de lieu de prestations de planification familiale et parce qu'ils sont un vrai rouage dans le nouveau dispositif de santé. Le nombre de centres pouvant accueillir des femmes pour une information et un approvisionnement en contraceptifs passe ainsi de 812 en 1983 à 1 127 en 1986 et à 1 854 en 1996²⁴. Les zones rurales profitent prioritairement de cette progression (ONFP, 1997a). Cette volonté de mieux répartir les moyens du planning familial est affirmée tout au long des années 1980 et 1990, et aboutira en 1995 à un programme spécifique pour les zones les plus défavorisées, les "zones d'ombre".

Concernant la nouvelle réglementation économique, il faut souligner que dans le VI^{ème} plan, émerge le projet de mettre l'ensemble des secteurs sociaux et économiques à contribution et ne pas limiter la politique de population aux secteurs de la santé et de la planification familiale. Les trois domaines concernés sont ceux de la fiscalité, des allocations familiales et de la législation du travail. Primo, il est décidé de modifier la fiscalité des ménages en réexaminant les taux d'imposition des célibataires, des ménages sans enfants et des ménages à deux ou trois enfants. Secundo, dans le cadre de la politique des prestations familiales, il est envisagé de limiter à trois le nombre des enfants ouvrant droit aux allocations. Tertio, si la durée

²⁴ Mongi Chekir, 1977 ; ONFP, 1986 ; Touhami Aloui, 1998.

du congé de maternité ne change pas quel que soit le nombre d'enfants, il est prévu de limiter à trois le nombre des congés payés.

Ces projets sont mis en œuvre plus ou moins rapidement . En 1988, les allocations familiales sont limitées aux trois premiers enfants. Alors qu'au cours des années 1960 et 1970, la législation, les discours, les mass médias avaient permis d'inscrire dans "l'inconscient des familles tunisiennes" le chiffre de "quatre enfants" comme le nombre idéal (Zmerli, 1990), ceux des années 1980 véhiculent le modèle de la famille à trois enfants.

Les nouvelles mesures législatives alourdissent la charge du quatrième enfant et encore plus celui du cinquième, surtout dans un contexte de régression du pouvoir d'achat (Guelmami, 1996). D'ailleurs, les enquêtes démographiques montrent toutes que le nombre d'enfants désirés par les femmes diminue : de 4,1 en 1978 à 3,5 en 1988 (ONFP, 1982 ; ONFP, IRD, 1989). Les plus jeunes ont des souhaits de descendance limitée : les 15-24 ans, non célibataires, ne désirent en moyenne que 3,1 enfants en 1988 (ONFP, IRD, 1989). Les modèles culturels et les attentes des couples en matière de descendance ont changé.

Plus généralement, les années 1980 sont marquées par des modifications importantes dans les formes de conjugalités. Le recul de l'âge au mariage, la scolarisation des filles, l'entrée des femmes sur le marché du travail formel mais aussi la crise économique ont modifié les conditions de formation de la famille et les rapports hommes-femmes au sein de ces familles. De nouvelles formes de conjugalité sont observées, au sein desquelles apparaissent des aspirations inédites en matière de descendance et de planification familiale (Mahfoudh, 1990). Le couple s'affranchit de plus en plus du groupe familial et les femmes disposent dans leur couple d'un pouvoir de négociation accru. C'est sur ce nouveau couple que s'appuie la troisième phase du programme de planification familiale, pour promouvoir la famille restreinte et en bonne santé, comme un acquis de modernité de la société tunisienne.

Cette troisième phase du programme de planification familiale débute en 1984. Durant cette phase, les moyens financiers mis à sa disposition augmentent de 4 754 000 dinars tunisiens²⁵ en 1987 à 6 542 000 dinars en 1991 (ONFP, 1995). La part du gouvernement tunisien investie dans le budget du programme augmente aussi puisque l'État participait à concurrence de 61 % des actions de planning familial entre 1970-1979 et à concurrence de 75 % entre 1980-1989.

Par la loi du 6 août 1984 est créé l'Office National de la Famille et de la Population, sous la tutelle du Ministère de la famille et de la Promotion de la femme. Ce nouvel institut s'inscrit dans un objectif de renforcement de l'action des services de planification familiale.

²⁵ Un dinar équivaut environ à un dollar US.

Une seconde loi (13 janvier 1987) fait de l'ONFP "un établissement public à caractère industriel et commercial doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière". Il retrouve sa première tutelle, le Ministère de la Santé publique. La nouvelle loi stipule que l'Office doit s'acquitter, en plus de ses missions définies dans la loi de 1984, *"d'entreprendre les études et d'effectuer des recherches à caractère économique, social et démographique tendant à améliorer l'information sur les questions de population et sur les relations entre la croissance économique et le développement économique et social au niveau de la famille et de la collectivité"*.

Plus précisément, l'ONFP a pour missions de :

- mener des études et des recherches à caractère économique, démographique et social ;
- renforcer les fondements juridiques et institutionnels du programme national de planning familial ;
- promouvoir la santé de la famille et garantir son bien être ;
- informer et éduquer le public en matière de population et de santé familiale et lui fournir les services nécessaires.

La création de l'ONFP doit permettre de renforcer les prestations de planification familiale. Sur les aspects traditionnels du programme, il faut de toute urgence réactualiser la stratégie du planning familial (Laâjimi, 1987). La baisse de la fécondité atteint un palier, et le nombre de visites enregistrées dans les centres de planification familiale, comme celui des "nouvelles utilisatrices de contraception" stagne. Il s'agit pour le programme de trouver de nouveaux interlocuteurs, de modifier et de multiplier l'offre de services en fonction des nouvelles attentes des femmes.

Au-delà de ses activités traditionnelles (campagne d'information, d'éducation, diffusion de la contraception), l'ONFP doit maintenant assurer des consultations prénuptiales, dépister les maladies sexuellement transmissibles, élaborer des actions de préventions de maladies graves comme le cancer du col de l'utérus, proposer des consultations de conseil conjugal...

Ces nouvelles missions sont définies dans le prolongement des objectifs affichés dans le VI^{ème} plan qui consacre dans son approche sectorielle un chapitre à la santé maternelle et infantile. Des moyens doivent être mis en œuvre en faveur de la réduction de la mortalité périnatale et des handicaps évitables dès la grossesse, de la réduction de la mortalité maternelle, du contrôle du développement staturo-pondéral et de la prévention des états de malnutrition des enfants de 0 à 2 ans, de la réduction de la morbidité due aux maladies diarrhéiques de l'enfant ainsi que de la mortalité liée à ces infections (Secrétariat d'État au Plan et à l'Économie Nationale,

1982). Sous la nouvelle tutelle du Ministère de la Santé publique, les services de planification familiale élargissent donc leur domaine d'intervention en y incluant la santé maternelle et infantile. À partir de cette date, il est évident pour les décideurs comme pour le corps médical et scientifique que les politiques de planning familial ne peuvent plus faire abstraction des dimensions sanitaires.

C'est pourquoi, au milieu des années 1980, les missions de l'ONFP sont élargies à la prise en considération de la santé familiale. L'accent est mis sur une gestion globale de la santé et de la planification familiale. On assiste au renforcement des programmes de planification familiale, au développement du dispositif de santé et à une forte convergence des politiques de population et de santé publique. Les VII^{ème} et VIII^{ème} plans de développement économique et social (1988-1996) permettront la mise en œuvre de moyens importants pour renforcer l'infrastructure et l'équipement sanitaires de base, les hôpitaux de circonscription.

Durant la période 1987-1991, des changements importants sont à noter dans la définition des populations cibles et des institutions vecteurs des messages d'information. À cet égard, la médecine du travail est largement sollicitée pour une mission d'éducation des ouvriers et des employés dans les entreprises agricoles et industrielles. Le monde du travail est particulièrement visé, et avec lui la population masculine entre dans les priorités de l'ONFP. La limitation des naissances ne doit plus être seulement une préoccupation féminine mais les dirigeants du planning familial tunisien ont bien compris que la motivation des pères pour restreindre leur descendance est importante, notamment parce que ce sont eux qui détiennent le plus souvent le pouvoir économique, social et symbolique dans le couple. Pour que les "sanctions" économiques (allocations familiales, déductions fiscales) et les messages d'incitation du planning familial soient efficaces, il faut donc qu'ils touchent aussi les hommes. Différents messages leur sont adressés pour les convaincre des avantages socio-économiques d'avoir peu d'enfants. Des affiches sont éditées par l'ONFP, rendant hommage à l'ouvrier qui a une "petite famille" et qui par conséquent peut se concentrer sur son travail et non pas avoir l'esprit occupé par les problèmes familiaux. Les avantages d'une famille restreinte tels qu'ils sont présentés aux pères sont presque exclusivement de l'ordre du bien-être économique (individuel ou collectif). Cet intérêt pour les hommes, dans le cadre de la santé familiale, se limite encore aux maris et les autorités restent très attachées aux aspects traditionnels des programmes de planification familiale. Si les décisions de restriction des naissances peuvent être partagées par le couple, par contre la contraception reste encore exclusivement une affaire de femmes.

La décennie 1980 est aussi celle où l'on commence à observer les résultats de la politique active de l'Office de la Famille et la Population menée depuis 1975. Il s'agit plus précisément d'une double politique. D'une part l'ONFP encourage vivement le recours à la stérilisation, méthode qui semble correspondre à l'attente des femmes, d'autre part il met en place des programmes spécifiques de distribution de la pilule (gratuité, approvisionnement des pharmacies privées,...) en souhaitant

vivement que les méthodes d'espacement se diffusent rapidement. La ligature des trompes qui n'était jusqu'alors que peu pratiquée devient une méthode courante, avec une moyenne annuelle de 11 730 opérations entre 1985 et 1989²⁶ (contre 4 600 entre 1970-1974, 8 645 entre 1975-1979 et 9 076 entre 1980 et 1984). Durant la même période, le nombre de femmes utilisant pour la première fois la pilule est multiplié par 1,5 (de 19 919 à 30 990). Les méthodes d'espacement restent malgré tout peu utilisées, le stérilet et la stérilisation féminine sont les deux moyens les plus fréquemment choisis par les femmes.

Les comportements contraceptifs des Tunisiennes privilégient toujours les méthodes d'arrêt. L'âge à la première naissance ne cesse de reculer avec l'âge au premier mariage, mais les grossesses se succèdent ensuite rapidement après le mariage et les femmes mettent fin à leur vie génésique de façon définitive. C'est donc par une proportion croissante de femmes célibataires dans les groupes d'âges jeunes que se traduit ce schéma (figure 1).

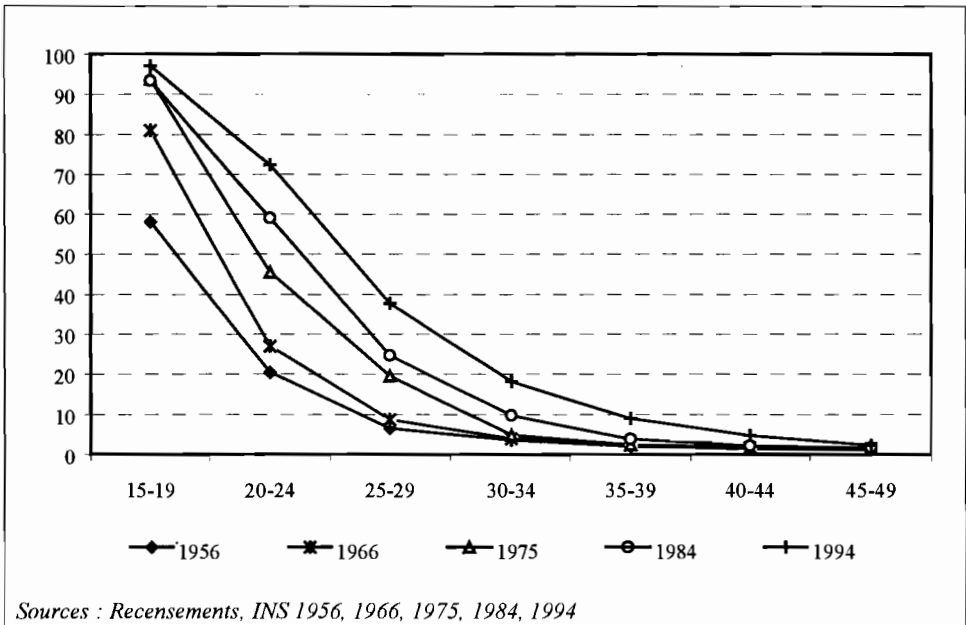


Figure 1. Proportion de femmes célibataires par groupe d'âge (%)

À la fin des années 1980, le planning familial a rempli l'un de ses rôles : toutes les femmes connaissent au moins une méthode contraceptive et plus de 90 % d'entre elles savent maintenant où se la procurer. Il faut cependant relativiser ce

²⁶ ONFP 1997a, p. 56-67.

résultat, car si les femmes sont bien informées sur les méthodes, elles ont aussi souvent beaucoup de préjugés sur leur utilisation. En 1987, plus d'une femme sur deux connaissant la pilule était aussi convaincue que cette méthode provoquait des effets secondaires graves. Les méthodes traditionnelles (abstinence, retrait) et la stérilisation féminine sont celles qui sont perçues par les femmes comme les méthodes qui comportent le moins de contraintes et de dangers (ONFP, IRD, 1989). La mission d'information et surtout de formation des utilisatrices potentielles des services de planification familiale n'est pas tout à fait achevée. Il reste encore quelques difficultés à surmonter : toutes les femmes n'ont pas facilement accès aux services de planification et bien que la majorité des utilisatrices soient satisfaites, elles sont encore nombreuses à regretter le mauvais accueil qui leur est réservé dans les centres.

Ce qui semble le plus important, c'est que l'ONFP, sous ses différentes formes et statuts, a permis en un peu plus de vingt ans d'existence de rendre la contraception socialement légitime au fil des campagnes d'information. La limitation des naissances n'est plus un tabou. En 1987, 80 % des femmes jugent "acceptables" que les médias diffusent des messages sur la planification familiale (92,6 % dans le milieu urbain contre 71,1 % dans le milieu rural) (ONFP, IRD, 1989).

7. Les orientations de l'ONFP après 1991

Après 1990, les priorités du programme de planification familiale continuent de miser sur la "globalité des prestations" et sur le concept de santé familiale. Elles s'enrichissent néanmoins, en conformité avec les recommandations internationales, d'une dimension "santé de la reproduction" s'appuyant sur les textes de la Conférence sur la Population et le Développement du Caire. En 1995, 63 % des fonds alloués par le FNUAP en Tunisie ont été consacrés à des programmes portant sur ce thème (FNUAP, 1995).

La notion de santé de la reproduction, dans sa définition internationale, recouvre à la fois, le champ "traditionnel" de la santé de mère et de l'enfant, mais aussi celui de la santé sexuelle et de la régulation de la fécondité (la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, l'avortement, l'infécondité, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA, les cancers du sein et de l'appareil génital, les morbidités et mortalités maternelles et infantiles...). Les notions de "parenté responsable" et de "sexualité responsable" apparaissent dans les déclarations des organismes internationaux. Le champ couvert par la santé de la reproduction inclut donc différents acteurs, hommes comme femmes et la notion de santé de la reproduction dépasse le strict cadre médical. La question de la

liberté et de la responsabilité individuelles et collectives dans les comportements sexuels et reproductifs devient une préoccupation de premier plan (Bonnet, Guillaume, 1999).

Comment le concept de santé de la reproduction a-t-il été appliqué dans les actions de l'ONFP en Tunisie ? Quels sont les nouveaux acteurs concernés ? Comment sont mises en application les notions de liberté et de responsabilités individuelle et collective dans les comportements sexuels et reproductifs ?

Les nouveaux acteurs : les jeunes et les hommes

Les efforts pour insérer les jeunes dans la population cible des programmes de santé et de planification familiale s'intensifient. L'ONFP veut réaliser auprès de cette population des actions d'éducation spécifiques comme des consultations de santé familiale (consultation prénuptiale, conseils conjugaux) basées sur la prévention des grossesses précoces et non désirées et une information sur les risques de l'interruption de grossesse et des MST.

L'ONFP (1998a) a mené une vaste enquête sur "les jeunes au quotidien" dont un volet était consacré aux connaissances et aux attitudes des 15-24 ans en matière de sexualité et de santé reproductive. Les résultats confirment qu'une minorité des jeunes considèrent que "discuter de la sexualité est important", (38 % des garçons et 40 % des filles). Les jeunes parlent de sexualité entre eux mais très rarement avec leur médecin, leurs enseignants ou leur famille. Ils ont reçu presque tous une information sur la contraception, sur les maladies sexuellement transmissibles et surtout sur le SIDA. L'enquête fait ressortir les difficultés qu'ont les jeunes à trouver un interlocuteur pour parler de leur sexualité et s'informer. Alors que 67 % souhaiteraient pouvoir en parler avec un médecin, seulement 24 % ont entamé un dialogue avec lui, et à l'opposé, alors que seuls 1 % des 15-24 ans pensent que leurs amis sont de bons interlocuteurs pour parler de sexualité, plus de 90 % ont déjà abordé le sujet avec eux, sans doute par manque de conseillers plus qualifiés. Ces résultats montrent que l'ONFP a de toute évidence un rôle important informatif à jouer auprès de ces populations jeunes. Ils rappellent aussi combien il est difficile et encore tabou de parler de sexualité aux jeunes et combien les ignorances sont nombreuses chez ces adolescents. Seuls les jeunes des milieux les plus éduqués semblent être bien informés et parler sans trop de crainte de leur vie sexuelle.

Depuis récemment, on peut considérer qu'une nouvelle étape est franchie : l'idée que l'homme doit prendre ses responsabilités dans la planification de sa famille semble acquise²⁷. La crainte que l'épidémie du SIDA atteigne la Tunisie a obligé les autorités à intensifier et modifier leur discours sur les préservatifs et donc

²⁷ Voir par exemple dans le magazine trimestriel de l'ONFP (1998b, p. 16) une lettre de la rédaction adressée aux jeunes hommes les informant sur ce thème.

sur la contraception masculine même si, en dehors de la prévention des MST, la contraception des couples est toujours du ressort des épouses. Mais les résultats de l'enquête citée nous rappellent aussi que la connaissance en matière de sexualité et de procréation est minimale chez une large majorité des adolescents et adolescentes. Ils ne sont informés sérieusement sur la contraception qu'une fois mariés. Mais pour que l'éducation sexuelle des célibataires soit motivée, encore faudrait-il que l'activité sexuelle, la procréation ou la cohabitation hors mariage soient légitimes et légales.

La liberté et la responsabilité individuelles et collectives dans les comportements sexuels et reproductifs

Dans la mouvance des nouvelles orientations en matière de santé de la reproduction, les conférences du Caire et de Pékin introduisent le droit des femmes à la santé sexuelle, le droit d'être maîtresses de leur sexualité, sans aucune contrainte, discrimination ou violence et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. Les représentants de la Tunisie trouvent ce nouveau concept trop flou, et comme beaucoup d'autres pays musulmans, ils ont invoqué leurs lois nationales pour émettre des réserves sur les recommandations portant sur les droits fondamentaux des femmes d'exercer un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité.

En effet, si les droits en matière de planification, de limitation des naissances ou même d'avortements en Tunisie sont acquis, ils se restreignent *de facto* aux couples mariés. Les prestations de l'ONFP s'adressent avant tout aux couples et non pas aux célibataires. Ce que les autorités craignent en signant les conventions internationales du Caire ou de Pékin c'est la "liberté sexuelle" dont pourraient bénéficier les femmes ou les hommes puisqu'ils peuvent théoriquement grâce à la contraception dissocier sexualité et procréation. Or, la procréation hors mariage reste hors norme et à l'inverse la virginité jusqu'à la nuit des noces est fortement idéalisée.

C'est dans ce cadre que l'ONFP inscrit ses campagnes d'information en matière de sexualité, en les limitant aux relations conjugales. Car même s'il reconnaît que "*en raison de l'ajournement de l'âge au premier mariage en Tunisie, l'activité sexuelle pré-nuptiale pourrait devenir de plus en plus importante*" (ONFP, 1999a, p. 24), il ignore pour l'instant presque totalement les jeunes célibataires dans ses actions de promotion du planning familial. Cependant, cette règle semble de plus en plus contournée par l'intermédiaire des campagnes de prévention des MST ou du SIDA.

Certes, récemment, l'ONFP s'est intéressé à la "contraception des nulligestes", précisant qu'"*une femme active sexuellement peut pour des raisons professionnelles*

ou autres désirer retarder sa première grossesse sans altérer sa fécondité ultérieure ni sa sexualité" (ONFP, 1999a, p. 20-21). Mais là encore ces conseils s'adressent aux femmes déjà mariées et en aucun cas ne doivent permettre aux femmes célibataires d'avoir une vie sexuelle. En réalité, la sexualité hors mariage et la procréation pré-nuptiale restent encore fortement condamnées socialement et juridiquement. L'acte sexuel avec une jeune fille âgée de moins de 21 ans, même consentante, est passible de cinq à six ans de prison pour l'homme si sa partenaire n'est pas légalement sa femme²⁸ (Chérif-Chammari, 1995).

De la même façon, la cohabitation hors mariage des conjoints est absolument proscrite. L'article 36 du Code Pénal précise que *"les époux, dont l'union a été déclarée nulle et qui continuent ou prennent la vie commune, sont passibles d'une peine de 6 mois d'emprisonnement"*. Ce texte, instauré en 1957 pour supprimer les mariages coutumiers, est actuellement utilisé pour poursuivre les couples qui vivent maritalement, c'est-à-dire sans contrat de mariage (Chérif-Chammari, 1995).

La politique de prestations de planification familiale après 1991

Parallèlement aux nouvelles activités et recherches liées à la "santé de la reproduction", les activités traditionnelles du programme de planification familiale se poursuivent (figure 2).

En milieu urbain, les centres de planification familiale fonctionnent bien et le bilan est jugé positif. Toutes les femmes urbaines ont facilement accès à la contraception mais aussi aux services de santé maternelle et infantile. Les projets de l'ONFP sont maintenant de promouvoir les méthodes de contraception d'espacement. Les dernières enquêtes montrent en effet que le DIU reste la méthode la plus fréquemment utilisée (42 % des utilisatrices en 1994) (ONFP, 1996a), vient ensuite la stérilisation féminine (21 %). La pilule et les autres méthodes modernes sont choisies par moins d'une utilisatrice sur cinq (17 %) (figures 3 et 4).

²⁸ *"Celui qui fait subir sans violences l'acte sexuel à un enfant de sexe féminin âgée de moins de 15 ans est puni de six ans de prison. La peine est de cinq ans de prison si l'âge de la victime est supérieur à quinze ans et inférieur à vingt ans accomplis. La tentative est punissable. Le mariage du coupable avec la victime dans les deux cas prévus par le présent article arrête les poursuites ou les effets de la condamnation. Les poursuites ou les effets seront repris si, avant l'expiration de deux ans à dater de la consommation du mariage, ce dernier prend fin par le divorce prononcé à la demande du mari"*, article 227 bis du Code Pénal.

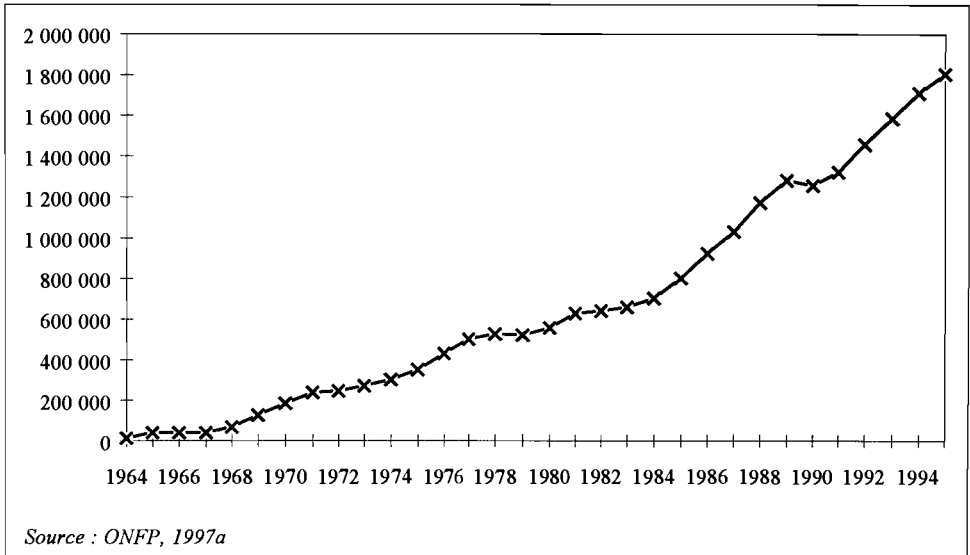


Figure 2. Évolution du nombre de visites dans les centres de planification familiale (1964-1995)

En milieu rural, les objectifs de l'ONFP sont autres. Les différentes enquêtes démographiques, ou les évaluations du programme national mettent en exergue les fortes disparités régionales des indicateurs de fécondité et de prévalence contraceptive. Ainsi en 1994, la prévalence contraceptive varie de 69,8 % dans le grand Tunis à 33,7 % dans le gouvernorat de Tataouine (Sud-Est), pour une prévalence nationale de 59,7 % (ONFP, 1996a). L'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des prestations de santé reproductive dans le milieu rural et plus particulièrement dans les "zones d'ombre" est la priorité du programme de planification familiale durant les années 1990. Il s'agit de renforcer le potentiel humain et matériel dans les régions les plus isolées où les prestations de planification familiale sont encore peu accessibles. L'action de l'ONFP est à cet égard tout à fait intéressante²⁹. Afin de mieux informer et sensibiliser les femmes les plus pauvres dans les zones les plus reculées, l'ONFP a formé des agents voués à cette unique mission : "les animatrices de la santé reproductive et familiale". Elles sont originaires de ces "zones d'ombre" et y résident. Elles sont formées et équipées en supports éducatifs créés tout particulièrement pour les femmes de ces zones défavorisées. L'ONFP ayant souhaité adapter l'offre le plus précisément possible aux réalités du monde rural tunisien, les agents, les moyens médicaux, les messages de promotion sont choisis avec beaucoup d'attention.

²⁹ Et, dans ces zones rurales, sans doute la plus utile socialement. Entre 1978 et 1994, la part du public dans l'approvisionnement en méthodes contraceptives est restée la même, soit environ 80 % (ONFP, 1982 ; ONFP, 1996a). Mais l'offre privée est cantonnée dans les grandes villes.

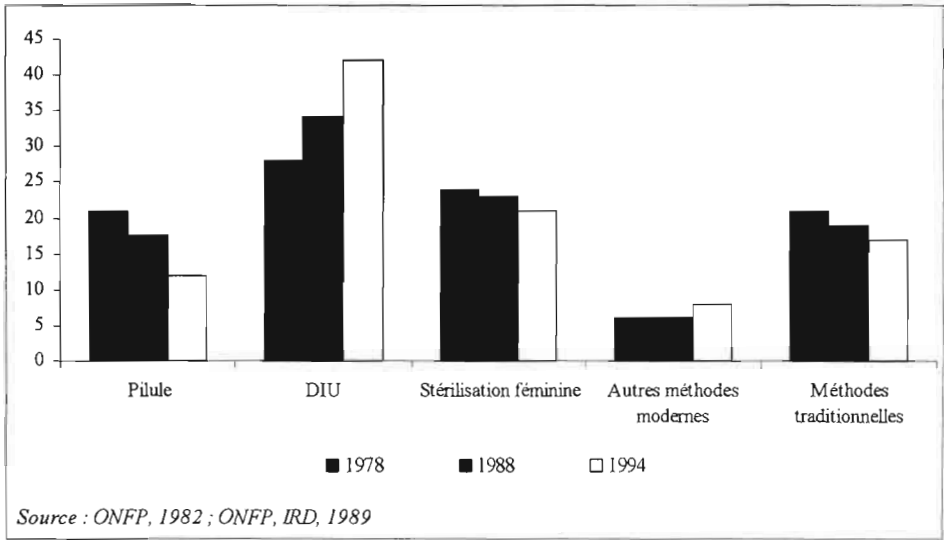


Figure 3. Répartition des femmes utilisatrices de contraception selon la méthode pratiquée (%)

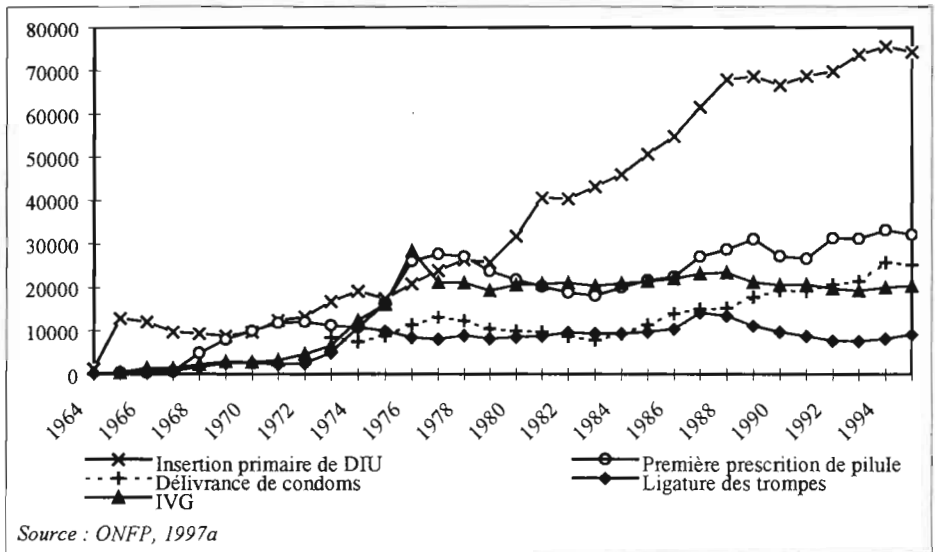


Figure 4. Évolution des visites dans les centres de planification familiale par type d'activités (1964-1995)

Afin d'utiliser au mieux les moyens attribués au programme de planification familiale dans les "zones d'ombre", des enquêtes ont été menées pour comprendre quels sont les besoins et les attentes des couples dans les régions où le planning familial rencontre des difficultés. C'est dans cet esprit que l'enquête sur le "Comportement contraceptif des familles en milieu rural dans les régions du Centre-Ouest et du Sud de la Tunisie" a été réalisée et analysée en 1995 (ONFP, 1997b).

Une mission quasiment achevée ?

Au milieu des années 1990, les chercheurs de l'ONFP ont entrepris un bilan, une évaluation du programme de planification familiale. Diverses publications montrent ce qu'aurait pu être la Tunisie "si la population tunisienne avait évolué sans planification familiale" (ONFP, 1996b). Selon ces publications, les bénéfices de la politique de population de la Tunisie depuis 1956 sont nombreux, l'impact du programme de planning familial sur les secteurs sociaux concerne les secteurs de l'emploi, de l'éducation, de la santé, de l'émancipation de la femme (ONFP, 1997a). Le bilan est jugé positif et les fortes craintes d'une démographie exubérante au début des années 1970 sont aujourd'hui apaisées.

"Nous voilà une trentaine d'années plus tard en 1996, année où l'on peut dire que cette vision des choses s'est avérée juste et la voie choisie fructueuse : la fécondité naguère élevée est ramenée à des niveaux non seulement compatibles avec les moyens du pays mais fort encourageants pour continuer avec succès la politique d'émancipation de la femme et de la famille engagée dès l'indépendance. La croissance de la population qui était jugée explosive par sa rapidité est maîtrisée. [...] La taille réduite des ménages rencontrée de nos jours contribue grandement à l'amélioration des conditions de vie de la famille" (ONFP, 1997a, p. 11).

À la fin des années 1990, les nouveaux défis de l'ONFP, dans le domaine de la planification familiale sont donc, pour reprendre les termes de Monji Bchir (1998), de l'ordre du qualitatif (améliorer l'accueil dans les centres), les problèmes découlant du quantitatif étant résolus en grande partie. Fort de son succès et de son savoir-faire dans ses prérogatives traditionnelles, l'ONFP peut alors s'engager dans de nouvelles missions et aborder de nouveaux thèmes. Il s'intéresse de plus en plus au vieillissement de la population et à la santé publique (via des campagnes contre le tabagisme ou les MST) et surtout il s'engage dans des actions de coopération Sud-Sud.

Lors de la Conférence sur la Population et le Développement du Caire, une alliance internationale a été lancée par dix pays du Sud reconnus pour leur réussite en matière de politique de population. La Tunisie est l'un de ces pays signataires. De nombreuses activités ont été organisées pour dynamiser cette collaboration entre

pays du Sud. La Tunisie a notamment accueilli les premières Journées africaines de coopération Sud-Sud en juillet 1997 (Bel Haj Aissa, 1998). L'ONFP s'est engagé très activement dans ces nouveaux projets et forme des sages femmes et des agents de planning familial venus d'Afrique sub-saharienne.

Au niveau national, les orientations et les activités récentes de l'ONFP sont à analyser dans le cadre plus large de la politique de population définie par le IX^{ème} plan de développement. De manière affirmée, la politique de population du IX^{ème} plan s'inscrit dans une stratégie de développement global. Les questions de population y sont traitées en fonction des exigences de la croissance durable, de la protection de l'environnement, de l'aménagement du territoire et de l'amélioration de la qualité de vie tout en accordant l'intérêt requis à la croissance démographique au vu de ses répercussions sur l'emploi et sur les besoins en équipements collectifs et en services sociaux" (Ministère du Développement Économique, 1998, p. 53). De nouveau, s'affiche la volonté de maîtriser la croissance démographique pour ne pas mettre en péril la croissance économique ni le processus de développement durable. En outre, dans cette politique de population du IX^{ème} plan, est affirmé l'aspect prioritaire de l'équilibre régional. Il s'agit à la fois d'assurer une bonne répartition de la population sur le territoire et de privilégier les investissements dans les zones défavorisées, avec une forte implication de l'ONFP dans cette voie, comme nous l'avons vu.

Mises à part ces quelques disparités géographiques, on peut considérer que la transition démographique de la Tunisie est en voie d'achèvement (Sandron, 1998). Les indicateurs démographiques les plus récents traduisent tous la réussite de la politique de planification familiale et plus généralement de la politique de population menée en Tunisie depuis 1956. La prévalence contraceptive atteignait les 60 % en 1994 (tableau 1) et l'indice synthétique de fécondité était de 2,4 enfants par femme en 1997 (tableau 2). La population croît lentement (le taux de croissance était de 1,3 % en 1997) tandis que le produit national brut croît rapidement (de 4,6 % en moyenne durant la période 1992-1996) (ONFP, 1999b).

Tableau 1. Taux de prévalence contraceptive, 1978-1994 (%)

Année	Taux de prévalence contraceptive
1978	31,4
1983	41,1
1988	49,8
1994	59,7

Source : ONFP, 1997a

Tableau 2. Évolution de l'Indice Synthétique de Fécondité, 1966-1997

Année	ISF
1966	7,2
1975	5,8
1984	4,7
1994	2,9
1997	2,4

Sources : Recensements, INS, 1966, 1975, 1984, 1994 ; ONFP, 1999b.

8. Quelques pistes explicatives d'une politique réussie de planification familiale

Évaluer l'impact démographique d'une politique de population reste un exercice particulièrement périlleux, surtout dans le contexte d'une société qui a connu un développement économique et social très rapide³⁰ et dont les changements dans les structures familiales reflètent d'autres réalités que celles de la démographie³¹. En outre, l'aspect protéiforme de la politique de population, que nous avons pu mettre en évidence à de nombreuses reprises, fait perdre toute signification à une simple comptabilisation de naissances évitées par tel ou tel moyen contraceptif et doit être au contraire considéré comme l'originalité de la voie tunisienne en cette matière. Il convient aussi de noter que le découpage chronologique des différentes étapes reflète des changements réels dans les politiques de population mais qu'il existe une logique globale continue qui prime tout au long de la période étudiée (soit presque un demi-siècle). Ainsi, il est difficile de séparer dans le temps les réponses individuelles aux mesures publiques et de savoir à quelle mesure particulière correspond un changement dans les comportements reproductifs. C'est pourquoi dans ce cas précis, il nous a semblé plus intéressant de cerner l'impact de la politique de population tunisienne à travers la nature des facteurs qui expliquent sa réussite, tel que l'ont décrit de nombreux auteurs. Nous en retiendrons cinq : le statut de la famille, le statut de la femme, l'intégration de la politique de planification familiale aux secteurs économiques et sociaux, son caractère décentralisé et enfin sa continuité et sa capacité d'adaptation.

³⁰ "Le cas de la Tunisie est fort intéressant à examiner du point de vue de la recherche des facteurs de réussite d'un projet de planning familial, bien qu'il ne permette pas de conclure de manière précise qui de l'impact des facteurs de modernisation en général ou de l'action propre d'un programme de planning familial est le plus décisif" (Rouissi, 1977, p. 389).

³¹ "L'édifice de la famille patriarcale reposait sur une étroite complémentarité des dimensions économique et démographique de sa fonction de reproduction. L'éducation, l'industrialisation et l'urbanisation l'ont déstabilisé en tant que cellule économique de base" (Camau, 1989, p. 99).

Les mesures économiques et sociales destinées aux familles qui ont accompagné la politique de population ont abouti à une modification des rapports entre ses membres et à la redéfinition même de ses fonctions. Il y a eu notamment une certaine dissociation des fonctions de production et de reproduction et le poids de la famille élargie a diminué. Michel Camau (1989, p. 101) traduit cette idée de la manière suivante : *"La disponibilité envers la notion de limitation des naissances, la prévalence accrue de la contraception, la baisse de la fécondité et de la natalité constituent les aspects connexes d'un déclin de la famille nombreuse en tant que phénomène démographique et de la famille élargie en tant qu'instance de régulation des échanges et de socialisation des comportements"*.

Suite logique du changement du statut de la famille dans la société, le statut de la femme dans la famille change de manière concomitante. Les mesures révolutionnaires prises en faveur de la femme ont fait mettre l'accent sur ce point à Moncer Rouissi dans une comparaison des situations tunisienne et algérienne (1977, p. 390) : *"Ainsi, un parti dominé par la petite bourgeoisie a pu faire pour la femme tunisienne beaucoup plus qu'une révolution paysanne se réclamant du socialisme. Cela nous amène à insister une fois encore sur la centralité du statut de la femme dans la société traditionnelle arabo-musulmane en rapport avec les normes de fécondité et sur l'importance stratégique de ce statut dans les formations sociales arabo-musulmanes"*. Dans le contexte tunisien, Roderic Beaujot (1986) voit dans l'augmentation de l'âge moyen au mariage un facteur d'émancipation féminine à la fois par l'acquisition d'un statut social supérieur grâce à la possibilité d'un emploi avant le mariage et par un effet direct de maturité plus grande et donc une égalité accrue dans les relations de couple³².

Au-delà de l'existence même d'une politique de population précoce ³³, la manière de la concrétiser est primordiale. C'est dans ce sens que le caractère intégré de la politique de population tunisienne aux autres domaines socio-économiques est cité fréquemment comme l'élément central de sa réussite. Mohamed Boukhris (1992, p. 71) écrit à ce sujet : *"L'avènement du programme national de planning familial a été le fruit d'un pari intelligent et d'un engagement déterminé ayant pour genèse une conviction profonde de l'intérêt de la maîtrise de la fécondité sur les paramètres socio-économiques du développement"*. L'ONPFP (1982) met en avant l'œuvre législative et sociale qui a constamment entouré la politique de population et particulièrement la promotion de la femme, la réforme de l'enseignement qui

³² Il faut cependant relativiser, même sur le plan juridique, l'égalité entre les femmes et les hommes proclamée par le Code du Statut Personnel. Par exemple, depuis 1973, une Tunisienne musulmane ne peut pas épouser un non-musulman, alors qu'aucune restriction de ce type n'existe pour les hommes. Dans un autre registre, ce n'est qu'en 1993 que l'article 23 du CSP voit la clause d'obéissance de la femme à son époux se transformer en une "mutuelle bienveillance", le mari restant néanmoins le chef de famille. En 1994, selon Zakya Daoud (1994), restent encore pendantes les inégalités devant "les conditions de travail et de couverture sociale, la liberté pour les mariages interculturels, la question de la dot et celle de l'héritage" (p. 38).

³³ Tamany Safir (2000) insiste sur le "volontarisme politique" des pays du Maghreb quant à la réduction de la natalité.

généralise l'éducation des filles, l'assouplissement des dogmes religieux et traditionnels, l'instauration du Code du Travail qui interdit le travail des enfants et établit le droit au travail de la femme au même titre que l'homme.

L'intégration dont il vient d'être question est synonyme de centralisation. Elle vise à mettre sur pied une politique globale cohérente, dans laquelle le "*citoyen est à la fois fin et moyen*" (Bchir, 1998, p. 38). Mais cette politique de population a aussi comme caractéristique d'être appuyée par une grande quantité de relais aux niveaux régional et local qui peuvent tirer parti des spécificités locales et affiner la stratégie globale. Une structure qui est donc à la fois verticale (Président de la République, Conseil de la population, ONFP, Gouverneur de région) et horizontale (médias, parti, écoles, syndicats, associations diverses...) comme le note Mohamed Boukhris (1992) et Moncer Rouissi (1977) : "*Nous avons surtout insisté sur l'importance du facteur que représente l'instrument politique de mobilisation des masses, lui-même reflet d'une situation originale de la Tunisie*" (p. 390).

Enfin, nous terminerons par ce qui nous semble un autre facteur primordial dans le succès de cette politique de population : son inscription dans la durée et sa capacité d'adaptation. "*Le programme a échappé au caractère statique, observé par plusieurs autres expériences des pays en développement. Cette dynamique prouve qu'en plus des assises juridiques et du cadre institutionnel appropriés, le programme de planning familial a suivi le même rythme de mutation que la population, ce qui lui a permis de faire partie intégrante du vécu quotidien des habitants. Il s'agit là, de l'une des raisons les plus profondes du succès de l'expérience tunisienne*" (Boukhris, 1992, p. 71-72).

Conclusion

Pour ne pas se limiter aux seuls problèmes de management, il nous a paru essentiel de mettre en perspective la politique de population tunisienne au cours des quarante dernières années avec le contexte social qui l'a sous-tendue. Si les moyens techniques mis en œuvre pour limiter les naissances ont eu un rôle non négligeable dans la baisse de la fécondité, force est de constater que les nombreuses mesures législatives, économiques et sociales touchant de près ou de loin la question de la famille ont été le vrai moteur de cette baisse. Cela est visible dès 1956 avec la création du Code du Statut Personnel et peu de temps après dans les années 1960 avec la série de mesures ayant trait aux questions démographiques.

C'est assurément dans cette direction qu'il faut chercher pour expliquer le succès de la politique de planification familiale de la Tunisie. Celle-ci a toujours été, avec des degrés de réalisation et d'efficacité variables selon les époques, en amont intégré dans des plans de développement économique et social plus vastes,

en aval ciblée sur des populations précises. Cela signifie que l'offre a le plus souvent mobilisé non seulement les acteurs de l'ONFP mais aussi de nombreux relais de la vie politique et sociale, fort nombreux et diversifiés comme nous l'avons vu. Quant à la demande, elle a pu être bien analysée par l'existence de nombreuses enquêtes et a fait l'objet de solutions adaptées. C'est surtout cette conception intégrée endogène et dynamique de la politique de population tunisienne que nous retiendrons au regard de son ancrage dans le développement économique et social.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALOUÏ Touhami, 1998. – "Bilan statistique des activités de P.F. en 1996 comparé à celui de l'année 1995", *Famille et Population*, Nouvelle Série, n° 1, p. 139-149. – ONFP, Tunis.
- AYAD Mohamed, ZOUGHLAMI Y., 1985. – *Fécondité et planification familiale en Tunisie 1983. Rapport sur les résultats de l'enquête tunisienne sur la prévalence et la contraception*, 121 p. – Ministère de la Famille et de la Promotion de la Femme, Office National de la Famille et de la Population, Westinghouse Public Applied Systems, Tunis.
- BCHIR Monji, 1998. – "La politique tunisienne de population : caractéristiques, contenu et résultats", in : BADREDDINE Belhassen (éd.), *Communication en matière de population*, p. 35-64. – Publications de l'Institut de Presse et des Sciences de l'Information et Fonds des Nations Unies pour la Population, Tunis.
- BEAUJOT Roderic, 1986. – "Libération de la femme et marché matrimonial en Tunisie", *Population*, Vol. 41, n° 4-5, p. 853-859.
- BEL HAJ AISSA Adnen, 1998. – "Le partenariat en population et développement : l'initiative Sud-Sud", *Famille et Population*, Nouvelle Série, n° 1, p. 151-155. – ONFP, Tunis.
- BONNET Doris, GUILLAUME Agnès, 1999. – *La santé de la reproduction. Concept et acteurs*, 20 p. – Paris, ETS, IRD, Document de recherche n°8.
- BOUKHRIS Mohamed, 1992. – *La population en Tunisie*, 263 p. – ONFP, Tunis.
- CAMAU Michel, 1989. – *La Tunisie*, PUF, 122 p.
- CHEKIR Mongi, 1977. – "Planning familial en Tunisie. Objectifs, réalisations et perspectives d'avenir", *Famille et Population*, n° 5-9, p. 10-19. – ONFP, Tunis.
- CHÉRIF-CHAMMARI Alya, 1995. – *Le Mariage*, 93 p. – Alif-Les éditions de la Méditerranée, Tunis.
- CREDIF, 1994. – *Femmes de Tunisie. Situation et perspectives*, 211 p. – Centre de Recherche, de Documentation et d'Information sur la Femme, Tunis.
- DAOUD Zaky, 1994. – "Les femmes tunisiennes. Gains juridiques et statut économique et social", *Monde Arabe Maghreb-Machrek*, n° 145, p. 27-48.
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, 1995. – *Rapport Annuel - Tunisie 1995*, FNUAP, 6 p.
- GASTINEAU Bénédicte, 1999. – *Législation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne*, 19 p. – Communication au Séminaire Santé de la reproduction en Afrique ENSEA-IRD, 9-12 novembre, Abidjan.
- GUELMAMI Abdelmajid, 1996. – *La politique sociale en Tunisie de 1881 à nos jours*, 293 p. – L'Harmattan, Paris.
- LAÂJIMI Adly, 1987. – "La planification familiale en Tunisie. Raisons d'un succès et stratégies d'un futur", *Famille et Population*, n° 5-6, p. 48-70. – ONFP, Tunis.

- MAHFOUDH Dora, 1990. – "La famille tunisienne aujourd'hui : quelles formes de conjugalité ?", in : *L'avenir de la famille en Orient et en Afrique du Nord*, CERES, Cahier du CERES, Série Psychologie n° 7, Tunis, p. 69-79.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DIRECTION DU PLANNING FAMILIAL ET DE LA PMI, 1971. – *La fécondité et les programmes de population en Tunisie*, 17 p. – Ministère de la Santé publique, Services de Statistique, Tunis.
- MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ECONOMIQUE, 1998. – *Le neuvième plan de développement 1997-2001*, Vol. 1, 243 p. – République tunisienne, Tunis.
- OFFICE NATIONAL DU PLANNING FAMILIAL ET DE LA POPULATION, 1974. – *Population et planning familial en Tunisie. Politique et plan d'action*, 25 p. – République tunisienne, Tunis.
- OFFICE NATIONAL DU PLANNING FAMILIAL ET DE LA POPULATION, 1982. – *Enquête tunisienne sur la fécondité 1978, Rapport principal*, Vol. 1, 228 p. – République tunisienne, Tunis.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1986. – *Statistiques de planning familial 1986*, 75 p. – République tunisienne, Tunis.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, INSTITUTE FOR RESSOURCES DEVELOPMENT, 1989. – *Enquête démographique de santé en Tunisie 1988*, 129 p. – ONFP, IRD/Macro Systems, Inc., Columbia, Maryland.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1995. – *La planification familiale en Tunisie. Fondements, résultats, perspectives*, 28 p. – République tunisienne, Ministère de la Santé publique, Tunis.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1996(a). – *Enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1994-1995. Rapport Principal*, 248 p. – Projet Pan Arab pour la promotion de l'enfance, ONFP, Tunis.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1996(b). – *Et si la population tunisienne avait évolué sans la planification familiale*, 6 p. – Brochure, ONFP.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1997(a). – *Impact du programme national de planning familial sur les secteurs sociaux*, 337 p. – République tunisienne, Tunis.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1997(b). – *Comportement contraceptif des familles en milieu rural dans les régions du Centre Ouest et du Sud de la Tunisie*, 208 p. – ONFP, Ministère de la Santé publique, Tunis.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1998(a). – *ONFP Magazine*, Mars 1998, n° 7, 17 p.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1998(b). – *ONFP Magazine*, Juillet-Décembre 1998, n° 8-9, 20 p.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1999(a). – *ONFP Magazine*, Mars-Juin 1999, n° 10, 24 p.
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1999(b). – *Rapport national sur la population 1994-1998*, 66 p. – ONFP, Tunis.
- ROUSSI Moncer, 1977. – "L'expérience tunisienne de planning familial", *Actes du Congrès International de la Population UIESP, Mexico*, p. 375-391.
- SAFIR Tamany, 2000 – "Changement social, politique de population et transition démographique dans les pays du Maghreb", in : VIMARD Patrice et ZANOU Benjamin (éds.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 243-261. – L'Harmattan, Paris.
- SAHLI Sadok, 1980. – "La pensée démo-économique tunisienne", *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, p. 83-89, Tunis.

- SAHLI Sadok, 1992. – *Sociétés et procréation*, Vol. 39, 484 p. – Université de Tunis I, Série Sociologie, Tunis.
- SALABLAB Ali, 1987. – "Planification familiale et développement économique en Tunisie", *Famille et Population*, n° 4, p. 7-24, Tunis.
- SANDRON Frédéric, 1998. – *La baisse de la fécondité en Tunisie*, Dossier du CEPED, n° 49, 56 p., Paris.
- SECRETARIAT D'ETAT AU PLAN ET À L'ECONOMIE NATIONALE, 1982. – *Le VIIème plan de développement économique et social 1982-1986*, République tunisienne, tomes 1 et 2.
- SEKLANI Mahmoud, 1960. – "La fécondité dans les pays arabes : données numériques, attitudes et comportements", *Population*, n° 5, p. 831-855.
- VALLIN Jacques, 1971. – "Limitation des naissances en Tunisie. Efforts et résultats", *Population*, n° spécial, p. 181-204.
- ZMERLI Selma, 1990. – "Les fondements juridiques et institutionnels du programme national de planification familiale", in : *L'avenir de la famille en Orient et en Afrique du Nord*, CERES, Cahier du CERES, Série Psychologie n° 7, Tunis, p. 81-95.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Taux de prévalence contraceptive, 1978-1994 (%).....	32
Tableau 2. Évolution de l'Indice Synthétique de Fécondité, 1966-1997	33

Figure 1. Proportion de femmes célibataires par groupe d'âge (%).....	24
Figure 2. Évolution du nombre de visites dans les centres de planification familiale (1964-1995).....	29
Figure 3. Répartition des femmes utilisatrices de contraception selon la méthode pratiquée (%)	30
Figure 4. Évolution des visites dans les centres de planification familiale par type d'activités (1964-1995).....	30

LES DOSSIERS DU CEPED

La collection des *Dossiers du CEPED* est destinée à accueillir des articles scientifiques se rapportant au domaine de la population et du développement.

Aucune condition n'est posée quant à l'origine ou l'organisme d'appartenance des auteurs. Les *Dossiers du CEPED* sont prévus pour une diffusion limitée mais rapide et "ciblée", en fonction du sujet traité. Ils sont distribués sur demande à toute personne intéressée (gratuits pour les résidents des pays du Sud, payants pour les résidents des pays du Nord). Ces articles ont vocation à être publiés également, en totalité ou en partie, sous la même forme ou sous une forme modifiée, dans des revues internationales. Aucune autorisation préalable n'est donc à demander au CEPED pour une nouvelle publication. Le centre de documentation du CEPED souhaite simplement recevoir un exemplaire des publications ainsi réalisées.

Les auteurs intéressés sont invités à envoyer au CEPED une disquette contenant un fichier saisi sur traitement de texte (de préférence Word 97 Windows, ou à défaut un fichier pouvant être importé directement dans Word 97), rédigé en français, de 15 à 50 pages formatées 21 x 29,7 cm, marges de 2,5 cm sur le pourtour. La disquette sera accompagnée d'un exemplaire papier. Les auteurs conservent la responsabilité de la présentation et du contenu du texte qu'ils ont envoyé. Des informations détaillées concernant la mise en forme du document sont à demander au CEPED ; elles seront transmises aux auteurs dans les meilleurs délais.

Le projet d'article reçu est soumis à deux lecteurs, intérieurs ou extérieurs au CEPED qui peut, en fonction des avis émis, l'accepter ou le rejeter pour des raisons de forme ou de fond, ou encore demander des modifications. Le CEPED se réserve la possibilité d'effectuer lui-même des corrections de forme, ainsi que le regroupement de plusieurs articles dans le même numéro des *Dossiers*. Les matériaux reçus ne sont pas renvoyés à leurs auteurs, qui sont donc invités à en conserver le double.

Chaque auteur recevra 25 exemplaires du numéro contenant son (ou ses) article(s) s'il y a un seul auteur ou 15 exemplaires si plusieurs auteurs ont contribué au *Dossier*.

Les présentes instructions remplacent celles qui ont pu paraître antérieurement. Elles sont réputées être modifiables à tout moment en fonction des nécessités nouvelles.

PARUS DANS LA COLLECTION DES DOSSIERS DU CEPED

- N° 61 – **GASTINEAU (Bénédicte) et SANDRON (Frédéric)**, 2000, La politique de planification familiale en Tunisie (1964-2000), 45 p.
- N° 60 – **ATTANÉ (Isabelle)**, 2000, La planification familiale en Chine, pour ou contre la femme ? Bilan de trois décennies, 56 p.
- N° 59 – **PÉROUSE DE MONTCLOS (Marc-Antoine)**, 2000, Villes en guerre en Somalie : Mogadiscio et Hargeisa, 65 p.
- N° 58 – **PRATA (Ndola)**, 2000, La scolarisation en Angola. Résultats de l'enquête MICS-1996, 44 p.
- N° 57 – **PÉROUSE DE MONTCLOS (Marc-Antoine)**, 2000, Kigali après la guerre : la question foncière et l'accès au logement, 41 p.
- N° 56 – **KOUAMÉ (Aka) ET GUEYE (Abdoulaye)**, 2000, Genre, éducation et accès au premier emploi : le cas de la ville d'Abidjan, 53 p.
- N° 55 – **KOUWONOU (Kodjovi)**, 1999, Famille et procréation au Sud-Est Togo : de nouvelles stratégies. Une analyse textuelle des entretiens de groupe, 50 p.
- N° 54 – **GARENNE (Michel), TOLLMAN (Stephen), KAHN (Kathleen) et GEAR (John)**, 1999, Causes de décès dans une zone rurale d'Afrique du Sud comparées à deux autres situations (Sénégal et France), 28 p.
- N° 53 – **LANGUÉ-MENYE (Gisèle)**, 1999, La promotion de la planification familiale au Cameroun : analyse de contenu des messages et impact d'une campagne de communication audiovisuelle, 48 p.
- N° 52 – **KEITA (Mohamed Lamine)**, 1999, Modernité et comportements démographiques en Guinée, 46 p.
- N° 51 – **ADJAMAGBO (Agnès)**, 1999, Crise en économie de plantation ivoirienne et transformation des rapports sociaux. Le dilemme féminin à Sassandra (Côte d'Ivoire), 35 p.
- N° 50 – **VU (Hoang Ngân)**, 1998, Le besoin de planification familiale au Viêt-Nam, 32 p.
- N° 49 – **SANDRON (Frédéric)**, 1998, La baisse de la fécondité en Tunisie, 55 p.
- N° 48 – **BAYA (Banza)**, 1998, Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : Cas de Bobo-Dioulasso, 27 p.
- N° 47 – **CALVÈS (Anne-Emmanuèle) et MEEKERS (Dominique)**, 1997, Statut matrimonial et valeur des enfants au Cameroun, 35 p.
- N° 46 – **GUILMOTO (Christophe)**, 1997, Migrations et institutions au Sénégal : effets d'échelle et déterminants, 37 p.
- N° 45 – **DOAN (Mau Diep), GUBRY (Patrick), HUGUET (Jerrold W.) et TRINH (Khac Tham)**, 1996, L'émergence des migrations spontanées au Viêt-nam : le cas de Vung Tau et de Dong Nai, 48 p.
- N° 44 – **LOCOH (Thérèse) et MAKDESSI (Yara)**, 1996, Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne, 40 p.

- N° 43 - **KÉLODJOUÉ (Samuel)**, 1996, Essai d'utilisation des statistiques d'état civil et sanitaires dans l'analyse de la mortalité à Yaoundé, 38 p.
- N° 42 - **NGONDO A PITSHANDENGE (Séraphin)**, 1996, La polyandrie chez les Bashilele du Kasai occidental (Zaire) : fonctionnement et rôles, 22 p.
- N° 41 - **LÉRIDON (Henri) et TOULEMON (Laurent)**, 1996, La régulation des naissances se généralise, 19 p.
- N° 40 - **TRUONG (Si Anh), GUBRY (Patrick), VU (Thi Hong) et HUGUET (Jerrold W.)**, 1996, Ho Chi Minh Ville : de la migration à l'emploi, 52 p.
- N° 39 - **CATASUS CERVERA (Sonia I.)**, 1996, La population de Cuba : principales caractéristiques et tendances démographiques, 35 p.
- N° 38 - **GARENNE (Michel), CONINX (Rudi) et DUPUY (Chantal)**, 1996, Effets de la guerre civile au Centre-Mozambique et évaluation d'une intervention de la Croix Rouge, 25 p.
- N° 37 - **VIGNIKIN (Kokou)**, 1996, Ressources économiques et comportements démographiques des ménages agricoles : le cas des Éwé du Sud-Togo, 35 p.
- N° 36 - **KOUAMÉ (Aka) et RWENGE (Mburano)**, 1996, Structure de production et comportement procréateur en Côte d'Ivoire, 31 p.
- N° 35 - **VIVIER (Géraldine)**, 1996, Les migrations comoriennes en France : histoire de migrations coutumières, 38 p.
- N° 34 - **CHESNAIS (Jean-Claude)**, 1995, La transition démographique, trente ans de bouleversements (1965-1995), 25 p. 2^e tirage.
- N° 33 - **LOVELL (Nadia)**, 1995, Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Évhé du Sud-Est Togo, 20 p.
- N° 32 - **ANTOINE (Philippe) et NANITELAMIO (Jeanne)**, 1995, Peut-on échapper à la polygamie ?, 31 p. 2^e tirage.
- N° 31 - **LOCOH (Thérèse)**, 1995, Familles africaines, population et qualité de la vie, 48 p. 3^e tirage.
- N° 30 - **MESLÉ (France) et VALLIN (Jacques)**, 1995, La mortalité dans le monde : tendances et perspectives, 25 p. 3^e tirage.
- N° 29 - **KAMDOUM (Antoine)**, 1994, Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun, 37 p. *Épuisé.*
- N° 28 - **LALOU (Richard) et PICHÉ (Victor)**, 1994, Migration et sida en Afrique de l'ouest : un état des connaissances, 53 p. 3^e tirage.
- N° 27 - **OUÉDRAOGO (Christine)**, 1994, Education de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou, 37 p.
- N° 26 - **VALLIN (Jacques)**, 1994, Réflexions sur l'avenir de la population mondiale, 24 p. 4^e tirage.
- N° 25 - **KOFFI N'GUESSAN**, 1993, Facteurs de fécondité en milieu rural forestier ivoirien, 40 p.
- N° 24 - **LAOUROU (Martin)**, 1993, Les disparités régionales de la mortalité au Bénin, 36 p.
- N° 23 - **GERVAIS (Raymond R.)**, 1993, Contribution à l'étude de l'évolution de la population de l'Afrique Occidentale Française, 1904-1960, 50 p.

- N° 22 - **ÉLOUNDOU-ÉNYÉGUÉ (Parfait Martial)**, 1992, Solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun ? Évolutions récentes des échanges entre villes et campagnes, 40 p. *Épuisé.*
- N° 21 - **VAZ-GRAVE (Maria Julia)**, 1992, La mortalité des enfants à Luanda, 39 p. *Épuisé.*
- N° 20 - **CANTRELLE (Pierre), THONNEAU (Patrick) et TOURÉ (Boubacar)**, 1992, Mortalité maternelle : Deux études communautaires en Guinée, 43 p.
- N° 19 - **LOCOH (Thérèse)**, 1992, Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne, 27 p. 2^e tirage. *Épuisé.*
- N° 18 - **BARBIERI (Magali)**, 1991, Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-Monde, 40 p. 2^e tirage. *Épuisé.*
- N° 17 - **KEUMAYE (Igneongba)**, 1991, La fécondité en Mauritanie, 39 p. *Épuisé.*
- N° 16 - **TABAH (Léon)**, 1991, Dix problèmes de population en perspective - Hommage à Jean Bourgeois-Pichat et à Alfred Sauvy, 31 p. *Épuisé.*
- N° 15 - **EVINA AKAM**, 1990, La mesure de l'infécondité et de la sous-fécondité, 39 p. *Épuisé.*
- N° 14 - **ASSOGBA (L. N. Mensan)**, 1990, Statut de la femme, structures familiales, fécondité : transitions dans le Golfe du Bénin, 28 p. *Épuisé.*
- N° 13 - **FILIPPI (Véronique) et GRAHAM (Wendy)**, 1990, Estimer la mortalité maternelle à l'aide de la méthode des soeurs, 29 p. *Épuisé.*
- N° 12 - **ANTOINE (Philippe) et NANITELAMIO (Jeanne)**, 1990, La montée du célibat féminin dans les villes africaines. Trois cas : Pikine, Abidjan et Brazzaville, 27 p. *Épuisé.*
- N° 11 - **CHARMES (Jacques)**, 1990, Deux études sur l'emploi dans le monde arabe, 37 p. *Épuisé.*
- N° 10 - **CANTRELLE (Pierre) et LOCOH (Thérèse)**, 1990, Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest, 36 p. *Épuisé.*
- N° 9 - **VÉRON (Jacques)**, 1989, Eléments du débat Population Développement, 48 p. 2^e tirage. *Épuisé.*
- N° 8 - **LÊ CHAU et PAPAIL (Jean)**, 1989, Transformations agraires et mobilités de la main-d'oeuvre dans la région Nord-Andine de l'Équateur, 18 p.
- N° 7 - **CANTRELLE (Pierre) et GENDREAU (Francis)**, 1989, Prospective des déséquilibres mondiaux - Démographie et santé, 33 p. *Épuisé.*
- N° 6 - **LOCOH (Thérèse)**, 1989, Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple du Togo, 20 p. *Épuisé.*
- N° 5 - **GUBRY (Patrick)**, 1988, Rétention de la population et développement en milieu rural : à l'écoute des paysans mafa des Monts Mandara (Cameroun), 24 p. *Épuisé.*
- N° 4 - **CHASTELAND (Jean-Claude)**, 1988, État et besoins de la recherche démographique dans la perspective des recommandations de la Conférence de Mexico et de ses réunions préparatoires, 43 p. *Épuisé.*
- N° 3 - **LOCOH (Thérèse)**, 1988, La fécondité en Afrique noire : un progrès rapide des connaissances mais un avenir encore difficile à discerner, 26 p. *Épuisé.*

N° 2 - **GUBRY (Patrick) et SALA DIAKANDA (Mpembele)**, 1988, Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances, 50 p. *Épuisé.*

N° 1 - **CLAIRIN (Rémy) et GENDREAU (Francis)**, 1988, La connaissance des effectifs de population en Afrique : bilan et évaluation - Hommage à Rémy Clairin, 35 p. *Épuisé.*

*PARU EN ESPAGNOL
DANS LA COLLECTION DES DOCUMENTOS DEL CEPED*

N° 1 - **MESLÉ (France) et VALLIN (Jacques)**, 1995, La mortalidad en el mundo : tendencias y perspectivas, 24 p.

*PARUS EN ANGLAIS
DANS LA COLLECTION DES CEPED SERIES*

N° 3 - **CALVÈS (Anne-Emmanuèle) et MEEKERS (Dominique)**, 1997, The advantages of having many children for women in formal and informal unions in Cameroon, 38 p.

N° 2 - **LOCOH (Thérèse) et MAKDESSI (Yara)**, 1996, Population policies and fertility decline in sub-Saharan Africa, 40 p.

N° 1 - **MESLÉ (France) et VALLIN (Jacques)**, 1996, Mortality in the world : trends and prospects, 24 p.

Imprimé en France par INSTAPRINT S.A.
1-2-3, levée de la Loire – LA RICHE – B.P. 5927 – 37059 TOURS Cedex 1
Tél. 02 47 38 16 04

Dépôt légal 3^e trimestre 2000



CEPED

15, rue de l'École de Médecine
75270 PARIS Cedex 06 (France)

Tél. : 01 44 41 82 30

Tél. international : +33 1 44 41 82 30

Fax : 01 44 41 82 31

Fax international : +33 1 44 41 82 31

Photo de couverture : écorce battue,
art Mangbetu (Zaïre oriental).
Reproduit avec l'aimable autorisation
du Musée Royal de l'Afrique Centrale
(Tervuren, Belgique).

Maquette : Marie-Agnès BRAY, ORSTOM

Prix de vente : 30 F. TTC

