

DÉPARTEMENT DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES
ET SOCIALES INTERNATIONALES

Division de la population

Bulletin démographique des Nations Unies

ACHEVER LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

Numéro spécial, n^{os} 48/49, 2002



Nations Unies
New York, 2010

DÉPARTEMENT DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES INTERNATIONALES

Le Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies sert de relais entre les orientations arrêtées au niveau international dans les domaines économiques, sociaux et environnementaux et les politiques exécutées à l'échelon national. Il intervient dans trois grands domaines liés les uns aux autres : i) il compile, produit et analyse une vaste gamme de données et d'éléments d'information sur des questions économiques, sociales et environnementales dont les États Membres de l'Organisation se servent pour examiner des problèmes communs et évaluer les options qui s'offrent à eux; ii) il facilite les négociations entre les États Membres dans de nombreux organes intergouvernementaux sur les orientations à suivre de façon collective afin de faire face aux problèmes mondiaux existants ou en voie d'apparition; iii) il conseille les gouvernements intéressés sur la façon de transposer les orientations politiques arrêtées à l'occasion des conférences et sommets des Nations Unies en programmes exécutables au niveau national et aide à renforcer les capacités nationales au moyen de programmes d'assistance technique.

Note

Les désignations utilisées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, ville ou région ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Le terme « pays » ainsi qu'il est utilisé dans le texte de la présente publication désigne également, selon le cas, des territoires ou des régions.

Les désignations « développés », « moins développés » et « les moins avancés » qualifiant des pays ou régions ont été employées à des fins exclusivement statistiques et n'expriment pas nécessairement un jugement quant au niveau de développement atteint par tel ou tel pays ou telle ou telle région.

Les opinions exprimées dans les documents signés sont celles de leurs auteurs respectifs et ne représentent en aucune manière l'opinion du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

La présente publication n'a pas été revue par les services d'édition.

ST/ESA/SER.N/48-49

Publication des Nations Unies
Numéro de vente : F.02.XIII.15

ISBN 978-92-1-251119-1

Copyright © Nations Unies, 2003
Tous droits réservés

Préface

La Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies est chargée de fournir à la communauté internationale des informations actualisées et scientifiquement objectives sur la population et le développement. Elle tient l'Assemblée générale des Nations Unies, le Conseil économique et social et la Commission de la population et du développement au fait des questions touchant la population et le développement et entreprend périodiquement des études sur les niveaux et l'évolution de la population, les estimations et projections de population, les politiques de population et les liens réciproques entre la population et le développement.

Les dernières décennies ont été marquées par une nette évolution des niveaux de fécondité. Depuis 1965, par exemple, la fécondité mondiale a été ramenée de 5,0 à 2,7 naissances par femme. Un grand nombre de pays ont enregistré une baisse vertigineuse de leur fécondité cumulée. Et dans beaucoup d'autres pays, les niveaux de fécondité ont manifestement commencé à fléchir. Quelque 40 % de la population du monde vivent dans les pays qui ont entamé, mais non achevé, leur transition de la fécondité. Ces pays comptent parmi les plus grands du monde; ce sont, par exemple, l'Inde, l'Indonésie, le Brésil, le Bangladesh, le Mexique, les Philippines, la République islamique d'Iran et l'Égypte. Quel chemin la fécondité va-t-elle emprunter dans ces pays? Va-t-elle stagner? Va-t-elle diminuer jusqu'aux alentours du seuil de remplacement? Ou va-t-elle suivre l'exemple des pays européens et descendre au-dessous de ce seuil? L'aboutissement de cette transition de la fécondité déterminera les effectifs de la population mondiale au XXI^e siècle.

Compte tenu de ce qui précède, la Division de la population a organisé du 11 au 14 mars 2002 une réunion d'experts des Nations Unies sur l'achèvement de la transition de la fécondité. Cette réunion a examiné les perspectives d'une baisse de la fécondité dans les pays à taux de fécondité aujourd'hui intermédiaire. La réunion s'est focalisée sur la question de savoir si ces pays moins développés reproduiraient le scénario des pays développés en devenant comme eux des pays à fécondité égale ou inférieure au seuil de remplacement. À moins que les niveaux de fécondité de ces pays ne se stabilisent à un niveau intermédiaire en demeurant nettement au-dessus du seuil de remplacement.

Cette réunion est la troisième que la Division de la population a organisée pour mieux comprendre l'évolution probable de la fécondité dans les différents pays du monde. La première, la réunion d'experts sur la fécondité déficitaire, s'est tenue en 1997¹. La réunion a, entre autres, joué un rôle essentiel en amenant la Division de la population à réviser ses hypothèses concernant l'évolution future de la fécondité dans ces pays dans le cadre de la révision de 1998 et des révisions ultérieures de ses estimations et projections officielles de l'ONU concernant la population mondiale. En 2001, la Division de la population a organisé la deuxième réunion sur la fécondité, le Séminaire des Nations Unies sur les perspectives de baisse du taux de fécondité dans les pays à fort taux de fécondité². Cette réunion a examiné les perspectives d'une baisse de la fécondité dans les pays à fort taux de fécondité. Les experts ont en particulier étudié les facteurs qui entravent ou facilitent la baisse de la fécondité dans les pays qui ont actuellement des niveaux de procréation élevés.

L'Organisation des Nations Unies exprime sa reconnaissance à la Fondation MacArthur qui a contribué au financement de cette réunion.

¹ Division de la population des Nations Unies. Fécondité en dessous du niveau de remplacement. Bulletin démographique des Nations Unies, n^{os} 40/41, New York, 1999.

² Division de la population des Nations Unies, Séminaire des Nations Unies sur les perspectives de baisse du taux de fécondité dans les pays à fort taux de fécondité, New York, ESA/P/WP.167, 2001.

La présente publication et d'autres informations sur la population sont consultables sur le site web de la Division de la population à l'adresse www.unpopulation.org. Pour d'autres renseignements concernant cette publication, vous pouvez prendre contact avec le bureau de M. Joseph Chamie, directeur, Division de la population, Organisation des Nations Unies, NY 10017, tél. (212) 963-3179 ou télécopieur (212) 963-2147.

Table des matières

	<i>Page</i>
Préface	iii
Notes explicatives	ix
Résumé	xi

PREMIÈRE PARTIE

RAPPORT DE LA RÉUNION D'EXPERTS SUR L'ACHÈVEMENT DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

Introduction	3
Achever la transition de la fécondité: problèmes et proposition	5
Discours-programme	7
Problèmes mondiaux ayant un impact sur la transition de la fécondité	9
Niveaux, tendances et déterminants de la fécondité	15
Politiques et programmes nationaux	19
Perspectives de la fécondité	21
Réflexions des représentants	25
Revenons au futur: hypothèses proposées par les Nations Unies	29
Synthèse du rapporteur	33
Conclusion	35
Clôture de la réunion	37
Appendice: Résumé des études nationales	39
Achever la transition de la fécondité: l'exemple de l'Argentine	39
Combien de temps faudra-t-il au Bangladesh pour atteindre le seuil de remplacement?.	39
Que va-t-il advenir de la fécondité brésilienne?	40
Date à laquelle l'Inde pourrait atteindre le seuil de remplacement: analyse de l'évolution récente et prévisible de la fécondité	41
L'avenir de la fécondité humaine en Inde.	41
Les incertitudes de la transition: questions posées à propos de l'avenir de la fécondité indonésienne	42
Évolution récente et avenir de la fécondité en République islamique d'Iran	43
La fécondité en Israël: le passage au seuil de remplacement est-il proche?	44
Achever la transition de la fécondité: Jordanie, Liban, République arabe syrienne	44
La transition de la fécondité au Kenya: à quel niveau la fécondité va-t-elle se stabiliser?	45
Sur les pas de l'Europe du Sud: la fécondité au Maghreb.	46
La fécondité au Mexique: évolution récente et prévisions	46

La transition de la fécondité au Nigéria: évolution et perspectives	47
La baisse de la fécondité aux Philippines: situation actuelle et perspectives	47
La transition de la fécondité en Afrique du Sud	48
Les perspectives de baisse indéfinie de la fécondité en Asie du Sud	49
Annexes	
Ordre du jour	51
Liste des participants	51
Liste des documents	55

DEUXIÈME PARTIE

DOCUMENTS DE BASE

L'avenir de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire <i>Division de la population</i>	45
Le défi contemporain de la population <i>John C. Caldwell</i>	73
L'impact de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 <i>Jason L. Finkle</i>	83
Le rôle du financement international dans la baisse future de la fécondité parmi les pays à taux de fécondité intermédiaire <i>Steven W. Sinding</i>	89
Examen des changements dans le statut de la femme et l'égalité des sexes en tant que facteurs prédictifs de l'évolution de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire <i>Maria E. Cosio-Zavala</i>	95
L'impact du VIH-1 sur la fécondité en Afrique subsaharienne: causes et conséquences <i>Simon Gregson, Basia Zaba et Susan-Catherine Hunter</i>	107
Niveaux et tendances de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire <i>Division de la population</i>	137
Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest <i>Thérèse Locob</i>	163
Éducation et tendances futures de la fécondité, en particulier dans les pays en milieu de transition <i>John Cleland</i>	179
Participation des femmes au marché du travail <i>Lin Lean Lim</i>	193
Opinions et politiques des gouvernements des pays à taux de fécondité intermédiaire concernant l'accroissement de la population et la fécondité <i>Division de la population</i>	213
Mesures de l'effort des programmes de planification familiale: tendances antérieures et perspectives <i>John Ross</i>	253
La fin de la transition de la fécondité dans le monde en développement <i>John Bongaarts</i>	275
Les déterminants immédiats à l'œuvre pendant la transition de la fécondité <i>Jean-Pierre Guengant</i>	293

TROISIÈME PARTIE

ÉTUDES NATIONALES

Achever la transition en matière de fécondité: l'exemple de l'Argentine <i>Edith Alejandra Pantelides</i>	317
Quand le Bangladesh atteindra-t-il le seuil de remplacement? Le rôle de l'éducation et des services de planification familiale <i>Mizanur Rahman, Julie DaVanzo et Abdur Razzaque</i>	327
Que va-t-il advenir de la fécondité brésilienne? <i>Ana Maria Goldani</i>	343
Date à laquelle l'Inde pourrait atteindre le seuil de remplacement: analyse de l'évolution récente et prévisible de la fécondité <i>P. N. Mari Bhat</i>	359
L'avenir de la fécondité humaine en Inde <i>Tim Dyson</i>	373
Les incertitudes de la transition: questions posées à propos de l'avenir de la fécondité indonésienne <i>Terry H. Hull</i>	391
Évolution récente et avenir de la fécondité en République islamique d'Iran <i>Mohammed Jalal Abbasi-Shavazi</i>	405
La fécondité en Israël: le passage au seuil de remplacement est-il proche? <i>Dov Friedlander</i>	419
Achever la transition de la fécondité: Jordanie, Liban, République arabe syrienne <i>Riad Tabbarah</i>	429
La transition de la fécondité au Kenya: à quel niveau la fécondité va-t-elle se stabiliser? <i>John Blacker</i>	437
Sur les pas de l'Europe du Sud: la fécondité au Maghreb <i>Youssef Courbage</i>	447
La fécondité au Mexique: évolution récente et prévisions <i>Rodolfo Tuirán, Virgilio Partida, Octavio Mojarro et Elena Zúñiga</i>	459
La transition de la fécondité au Nigéria: évolution et perspectives <i>Bamikale J. Feyisetan et Akinrinola Bankole</i>	477
La baisse de la fécondité aux Philippines: situation actuelle et perspectives futures <i>Marilou Palabrica-Costello et John B. Casterline</i>	497
La transition de la fécondité en Afrique du Sud et ses incidences sur les quatre principaux groupes de population <i>Leon Swartz</i>	507
Les perspectives de baisse indéfinie de la fécondité en Asie du Sud <i>Alaka Malwade Basu</i>	523

Notes explicatives

Les symboles suivants ont été utilisés dans les tableaux tout au long du présent rapport :

- .. Trois points indiquent que les données ne sont pas disponibles ou que le détail n'est pas indiqué.
- Un tiret indique que le montant est nul ou négligeable.
- Un trait d'union indique que la rubrique n'est pas applicable.
- Un signe indique une diminution.
- , Une virgule sépare les décimales.

Les chiffres ayant été arrondis, la somme des montants détaillés ou des pourcentages ne correspond pas nécessairement au total indiqué dans les tableaux.

Les pays et régions sont géographiquement classés en six grandes régions : Afrique; Amérique du Nord; Amérique latine et Caraïbes; Asie; Europe; et Océanie. Ces grandes régions sont elles-mêmes subdivisées en 21 sous-régions. En outre, ces sous-régions sont classées, à des fins exclusivement statistiques, en deux catégories générales : les sous-régions développées et les sous-régions moins développées. Au nombre des sous-régions moins développées figurent toutes les sous-régions de l'Afrique, de l'Amérique latine et des Caraïbes, de l'Asie (à l'exception du Japon), de la Mélanésie, de la Micronésie et de la Polynésie. Les sous-régions développées sont celles de l'Amérique du Nord, de l'Australie/Nouvelle-Zélande, de l'Europe, ainsi que le Japon.

La catégorie des pays les moins avancés comprend 49 pays : Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cap-Vert, Comores, Djibouti, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Maldives, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Tuvalu, Vanuatu, Yémen et Zambie.

Résumé

Avec l'appui de la Fondation MacArthur, la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies a convoqué au Siège de l'ONU à New York, du 11 au 14 mars 2002, une réunion d'experts sur l'achèvement de la transition de la fécondité. Cette réunion avait pour objet d'examiner les directives concernant l'évolution de la fécondité que la Division proposait d'utiliser dans les pays à fécondité intermédiaire, à savoir ceux dont la fécondité cumulée s'est située entre 2,1 et 5 enfants par femme au cours de la période 1995-2000. La Division de la population utilise les directives relatives à la fécondité pour établir les projections officielles des Nations Unies concernant chaque pays et région du monde. Jusqu'à une date récente, les directives portaient de l'hypothèse que la fécondité des pays à fécondité intermédiaire ne serait pas, en 2050, tombée au-dessous du seuil de remplacement des générations. Cette hypothèse est devenue de moins en moins défendable car un nombre sans cesse croissant de pays, en développement ou développés, ont vu la fécondité descendre à des niveaux très inférieurs au seuil de remplacement et s'y maintenir.

Les directives proposées posent que la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire va baisser pour atteindre 1,85 enfant par femme d'ici à 2050, et non pas 2,1 enfants par femme, comme le prévoient les directives actuelles. Il s'agit là d'un changement considérable, en raison aussi bien de l'importance de la population des pays à fécondité intermédiaire (qui représentait 43 % de la population mondiale en 2000) que des nombreuses incidences qu'aurait le maintien de leur fécondité à un niveau inférieur au seuil de remplacement. Plus de 40 experts des questions de population représentant toutes les régions du monde ont participé à cette réunion de quatre jours. Trente documents d'information et études nationales y ont été présentés, parmi lesquels un discours-programme de M. Jack Caldwell, professeur à l'Australian National University.

À l'issue de débats très nourris, les experts ont généralement approuvé les directives révisées concernant les projections de fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire. Comme l'a indiqué M. Caldwell, « rien ne semble plus empêcher la plupart des pays d'atteindre le seuil de remplacement et, par la suite, de tomber en deçà de ce seuil ». Les experts n'en ont pas moins souligné que vu les niveaux de fécondité moyennement élevés de ces pays et l'effet d'inertie démographique résultant de l'accroissement rapide de la population pendant près d'un siècle, la population mondiale s'accroîtrait probablement de 3 milliards de personnes au cours des 50 prochaines années. Ils ont recommandé, s'agissant d'établir la projection du niveau de fécondité, de réduire le rythme de la baisse à mesure que seraient atteints des niveaux de fécondité inférieurs. On a également estimé qu'il serait bon de vérifier la conformité des projections de fécondité avec l'évolution implicite des déterminants immédiats de la fécondité, notamment en ce qui concerne l'accroissement probable du taux d'utilisation des contraceptifs.

Le présent rapport donne un compte rendu analytique de la réunion, qui indique l'ordre du jour, l'organisation des travaux, une liste des participants et une liste des documents, et présente un résumé des 30 documents présentés et des débats que la réunion leur a consacrés. Le rapport ainsi que les documents d'information et les études nationales présentés lors de la réunion peuvent être consultés en ligne sur le site Web de la Division de la population à l'adresse suivante : www.unpopulation.org.

Il est loisible d'adresser toutes observations et suggestions sur la réunion et le présent rapport à Mme Hania Zlotnik, directrice, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, New York, N.Y., 10017, télécopieur 1-212-963-2147.

PREMIÈRE PARTIE

**RAPPORT DE LA RÉUNION D'EXPERTS
SUR L'ACHÈVEMENT DE LA TRANSITION
DE LA FÉCONDITÉ**

Introduction

Avec l'appui de la Fondation MacArthur, la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies a convoqué au Siège de l'ONU à New York, du 11 au 14 mars 2002, une réunion d'experts sur l'achèvement de la transition de la fécondité. Cette réunion avait pour objet d'examiner les directives concernant l'évolution de la fécondité que la Division proposait d'utiliser dans les pays à fécondité intermédiaire, à savoir ceux dont la fécondité cumulée s'est située entre 2,1 et 5 enfants par femme au cours de la période 1995-2000. Les directives proposées prévoient qu'en 2050 la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire sera tombée en deçà du niveau nécessaire au renouvellement à long terme de la population. Elles constituent une rupture importante avec la théorie démographique classique de l'évolution future de la fécondité et avec les directives utilisées par la Division de la population pour établir les projections concernant la fécondité des pays à fécondité intermédiaire dans la *Révision de 2000* des projections officielles de l'ONU.

La réunion a été ouverte par M. Joseph Chamie, directeur de la Division de la population, qui a noté qu'il s'agissait de la troisième réunion d'une série. La première de ces réunions, tenue en 1997, avait été axée sur les futures hypothèses de fécondité dans les pays à fécondité faible. Le rapport sur cette réunion et les documents présentés à cette occasion ont été publiés dans la monographie intitulée *Fécondité en dessous du niveau de remplacement* (Organisation des Nations Unies, 2000). La deuxième réunion, tenue en 2001, avait été focalisée sur les futures hypothèses de fécondité pour les pays à fécondité élevée (Organisation des Nations Unies, 2001).

M. Chamie a constaté que c'était un véritable aréopage de spécialistes venus du monde entier qui s'était rassemblé à New York en vue de cette réunion. Un grand nombre d'entre eux avaient établi des documents d'information ou des études nationales qui portaient sur des sujets très divers et présentaient des monographies sur des pays appartenant à toutes les régions du monde, et les discussions prévues promettaient d'être passionnantes. Depuis toujours, la Division de la population jouait un rôle de premier plan dans le domaine de la population. Elle n'avait cessé, depuis sa création en 1946, d'étudier des problèmes de population et de développement de première importance. M. Frank Notestein, premier directeur de la Division, s'adressant aux participants à la première réunion de la Commission de la population en 1947, avait parlé de l'évolution prévisible de la population mondiale avec une intuition de l'avenir dont la justesse n'avait d'égale que la vigueur de son propos. La Commission a eu notamment à son actif la convocation en 1974 à Bucarest de la première conférence intergouvernementale mondiale sur la population et le développement. Cette conférence innovante des Nations Unies a été suivie en 1984 par la conférence de Mexico et, 10 ans plus tard, par la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994.

M. Chamie a conclu son introduction en notant que la Division de la population entendait maintenir l'usage qu'elle avait établi de traiter les questions les plus essentielles et difficiles dans le domaine de la population avec toute la rigueur scientifique, la clarté et l'audace qui s'imposaient. L'assistance qu'allaient fournir les experts rassemblés pour un débat de quatre jours allait concourir à la réalisation de ces objectifs. M. Chamie a ensuite invité l'animateur de la séance d'ouverture, Mme Afsani Bassir-Pour, correspondante des Nations Unies pour *Le Monde*, à ouvrir la séance.

BIBLIOGRAPHIE

- Organisation des Nations Unies (1999). Fécondité en dessous du niveau de remplacement. *Bulletin démographique des Nations Unies* (New York), n^{os} 40/41.
- Organisation des Nations Unies (2001). Séminaire des Nations Unies sur les perspectives de baisse du taux de fécondité dans les pays à fort taux de fécondité. Document de travail n^o ESA/P/WP.167.

Achever la transition de la fécondité : problèmes et proposition

La première séance a fourni le thème de l'ensemble de la conférence en présentant le projet de directives concernant les projections en matière de fécondité. Le document de base pour cette séance, établi par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU, a été présenté par Mme Sabine Henning.

L'AVENIR DE LA FÉCONDITÉ DANS LES PAYS À TAUX DE FÉCONDITÉ INTERMÉDIAIRE

Division de la population

Mme Henning a indiqué que deux raisons avaient milité en faveur d'une révision des directives existantes concernant les projections de fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire. La première était le fait que dans un nombre croissant de pays en développement, la fécondité était déjà tombée au-dessous du seuil de remplacement. L'exemple de la Chine et de plusieurs pays ou régions d'Asie de l'Est et d'Asie du Sud-Est et des Caraïbes montrait que la transition à une fécondité faible ne s'arrêterait pas nécessairement au seuil de remplacement.

La deuxième raison était la constatation selon laquelle les facteurs socioéconomiques ne pouvaient à eux seuls expliquer le début de la baisse de la fécondité, surtout si l'on tient compte de la diversité des cadres sociaux, économiques et culturels dans lesquels intervenait la transition à une fécondité faible. Les récentes études sur la transition de la fécondité montrent qu'elle a été provoquée essentiellement par la diffusion d'informations, d'idées, de valeurs et de normes concernant la maîtrise de la fécondité. L'omniprésence de la baisse de la fécondité et l'évolution implicite des normes et des comportements donnent à penser qu'un processus analogue est responsable de la persistance d'une fécondité déficitaire dans les pays développés. Cette diffusion pourrait entraîner une évolution comportementale analogue dans d'autres sociétés, à la suite de quoi la fécondité déficitaire se répandrait d'un groupe social à un autre et d'un pays à un autre.

La principale révision apportée aux directives, a dit Mme Henning, a consisté à modifier le niveau cible de la fécondité prévu d'ici à 2050 (en fait, entre 2045 et 2050), dans le cadre de la variante moyenne, par les pays à taux de fécondité intermédiaire en le ramenant de 2,1 enfants par femme, qui est celui de la *Révision de 2000*, à 1,85 enfant par femme. Dans les variantes faible et élevée, les niveaux cibles pour les pays à taux de fécondité intermédiaire seraient respectivement de 1,35 et de 2,35 enfants par femme. Aucun changement ne serait apporté aux directives concernant les projections en matière de fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé ou faible.

En conclusion, Mme Henning a noté que, jusqu'à une date récente, les démographes avaient estimé que la transition démographique s'achèverait sur un état stable dans lequel la fécondité se maintiendrait au seuil de remplacement et l'effectif total de la population mondiale se stabiliserait. Il était à présent probable, a-t-elle indiqué, que l'ensemble du monde allait connaître une longue période de fécondité déficitaire débouchant, à terme, sur une diminution de l'effectif de la population. Ce revirement de la réflexion sur l'évolution à long terme de l'accroissement démographique était d'une ampleur sans précédent.

Débat

L'analyse des questions abordées dans cet exposé s'est poursuivie tout au long de la réunion, à mesure que les participants présentaient des observations inspirées par les exposés ultérieurs. La présente section incorpore certaines des idées exposées dans le cadre des séances ultérieures aussi bien que dans le débat qui a suivi immédiatement l'exposé sur les directives révisées. Le chapitre VIII du présent rapport présente d'autres conclusions des participants à la réunion concernant les directives proposées par les Nations Unies.

On s'est généralement accordé à reconnaître que, dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, la fécondité tomberait à des niveaux inférieurs au seuil de remplacement, mais des vues divergentes se sont exprimées sur la date à laquelle cet événement allait se produire. On a fait observer que les pays en développement dans lesquels la fécondité était déjà descendue au-dessous de ce seuil n'étaient pas représentatifs de tous les pays en développement. Il a également été noté, toutefois, que les pays à taux de fécondité intermédiaire dans lesquels la fécondité était rapidement tombée à des niveaux un peu supérieurs au seuil de remplacement constituaient un groupe très hétérogène. Certains participants ont dit douter que la fécondité de certains pays à taux de fécondité intermédiaire ait des chances de descendre au-dessous du seuil de remplacement d'ici à 2050. D'autres participants se sont déclarés convaincus que la fécondité tomberait au-dessous du seuil de remplacement dans un grand nombre des pays à taux de fécondité intermédiaire les plus peuplés, en dépit d'un éventuel retard de développement économique.

On a émis l'opinion que, d'un côté, le passage de la fécondité de 3,3 à 2,1 enfants par femme dans certains pays à taux de fécondité intermédiaire serait difficile, mais que, d'un autre côté, la baisse de la fécondité entraînerait dans la vie des femmes des changements qui contribueraient à la faire encore baisser. À mesure que la fécondité diminuait, les femmes se trouvaient de plus en plus libres d'assumer des rôles sociaux et économiques qui n'impliquaient pas la procréation. Il s'ensuivait que l'accroissement de la proportion des femmes restant célibataires ou mariées mais volontairement sans enfants renforcerait la possibilité de nouvelles baisses de la fécondité.

On a fait observer que le rythme de l'évolution de la fécondité dépendait du niveau de fécondité atteint. La baisse serait généralement plus lente à des niveaux de fécondité plus élevés, lorsque la transition ne faisait que démarrer, que lorsqu'elle serait montée en puissance et que des niveaux de fécondité moins élevés auraient été atteints. Toutefois, le rythme de la baisse ralentirait à mesure que la fécondité se rapprocherait de 2 enfants par femme. C'est ce scénario d'évolution de la fécondité qui devrait être incorporé dans les projections concernant la fécondité future, et non le scénario de la baisse linéaire qui semblait inspirer la plupart des projections de fécondité pour les pays à taux de fécondité intermédiaire dans la *Révision de 2000*. Dans le cadre d'une telle évolution, le niveau « cible » de fécondité pourrait être considéré comme un « plancher » en dessous duquel la fécondité ne tomberait pas.

Plusieurs participants ont estimé qu'il n'était pas judicieux de n'utiliser qu'une seule valeur cible pour tous les pays à taux de fécondité intermédiaire et que l'on pourrait utiliser différentes valeurs selon les régions du monde considérées. D'autres ont toutefois fait valoir que les pays composant les régions du monde étaient eux-mêmes trop divers pour qu'une approche régionale de ce type se justifie, même s'il était vrai que l'on pourrait prendre en compte cette diversité en groupant les pays selon d'autres critères.

Discours-programme

À la suite de l'exposé présentant les nouvelles directives proposées, un discours-programme a été prononcé par M. John Caldwell, professeur à l'Université nationale d'Australie.

LE DÉFI CONTEMPORAIN DE LA POPULATION

John Caldwell

M. Caldwell a commencé par dire que l'époque actuelle revêtait une importance inopinément cruciale pour le mouvement général de la population et la politique de population. L'accroissement de la population continuerait d'être énorme pendant 50 ans encore, mais cette question semblait retenir de moins en moins l'attention des gouvernements des pays développés. Dans l'immédiat, le défi à relever consistait à perpétuer les attitudes, politiques et niveaux de dépenses au titre de l'aide à l'étranger qui avaient jusqu'alors soutenu la baisse de la fécondité dans le monde en développement. Si on n'y parvenait pas, un accroissement de la population mondiale lent ou stationnaire risquerait d'être atteint avec un effectif de 10, 11 ou 12 milliards d'individus, non 8 ou 9 milliards. Rapporté à la viabilité à long terme de l'environnement, l'écart entre ces deux chiffres serait proprement vertigineux. On pourrait s'attendre à une réduction future de l'effectif de la population mondiale si les pays développés n'en venaient pas à faire une fixation sur leurs propres perspectives de population décroissante au cours des décennies à venir. On pouvait craindre que, si la perspective d'une diminution de la population dans les pays développés en venait à absorber toute leur attention, l'aide technique aux programmes de planification familiale dans les pays en développement ne continue de régresser. Un autre problème se poserait si, comme cela semblait devoir arriver dans un avenir lointain, les pays à fécondité déficitaire adoptaient une politique nataliste visant à stabiliser les effectifs de la population. Si cela devait arriver, on risquerait de voir tous les pays du monde, y compris ceux qui auraient pu conserver des niveaux de fécondité relativement élevés, vouloir en faire autant et prendre à leur tour des mesures natalistes.

L'aspect le plus difficile du comportement démographique futur semblait devoir être les migrations internationales. La pression exercée tant par les migrants en situation régulière que par les migrants clandestins pour entrer dans les pays développés serait probablement très supérieure aux effectifs souhaités par ces pays. Par ailleurs, la croissance des grandes villes des pays en développement soulevait un certain nombre de problèmes. En particulier, il devait être répondu aux questions relatives à l'état sanitaire des pauvres vivant dans ces villes par des enquêtes quantitatives devant déboucher sur des mesures correctives. Enfin, il convenait d'entreprendre de nouveaux travaux spécialisés afin de cerner et de mesurer l'impact de l'épidémie de VIH/sida.

En conclusion, M. Caldwell a fait observer que rien ne semblait plus devoir empêcher la plupart des pays d'atteindre des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement. Alors que nous imaginions naguère que la transition démographique déboucherait sur une population stationnaire à accroissement nul, notre réflexion nous a récemment conduits à envisager un effectif de population maximal précédant une longue période de baisses éventuellement accélérées. Nous pourrions ne pas y perdre au change.

Problèmes mondiaux ayant un impact sur la transition de la fécondité

L'animateur François Héran a présenté l'un après l'autre les quatre intervenants. Le débat sur les quatre documents est récapitulé ci-après.

L'IMPACT DE LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT DE 1994 SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT

Jason Fikle

M. Finkle a analysé la dynamique politique et les modes d'influence qui ont donné forme et substance à la Conférence internationale sur la population et le développement, «la Conférence du Caire». Cette conférence s'est inscrite dans le cadre d'un processus auquel l'achèvement de ses travaux n'a pas mis fin. Ce processus s'est poursuivi pendant de nombreuses années alors que les gouvernements et les organisations internationales de toutes sortes s'évertuaient à intégrer, et parfois à négliger, le Programme d'action du Caire. Parallèlement, il importe de prendre conscience du rôle joué par les conférences organisées antérieurement par les Nations Unies sur le thème de la population pour faire de la Conférence du Caire et de ses retombées ce qu'elles ont été.

Les conférences des Nations Unies sur la population ont connu trois phases. Il y a d'abord eu les rencontres d'érudits de Rome (1954) et de Belgrade (1965), auxquelles les participants étaient invités en qualité d'experts. Ils étaient venus débattre d'idées scientifiques et de problèmes généraux et encourager la recherche et la formation en démographie dans les pays du tiers monde. Ils n'étaient ni habilités ni enclins à prendre des «engagements» au nom de leurs gouvernements respectifs. Nonobstant l'intérêt de ces réunions sur le plan intellectuel, elles n'ont pas satisfait les nombreux pays que préoccupait, sinon inquiétait, le rapide accroissement démographique du monde en développement. D'où une deuxième phase, celle des conférences intergouvernementales tenues à Bucarest en 1974 et à Mexico en 1984. Cette fois, la politique avait détrôné les experts. Dans l'esprit des gouvernements donateurs et des partisans de la sensibilisation à la question de la population, ces conférences visaient essentiellement à faire prendre conscience aux gouvernements de leurs problèmes de population et à les inviter et les aider à faire baisser leurs taux de natalité. Le Caire a représenté la troisième phase de cette évolution, qui a vu la présence massive et la participation active des organisations non gouvernementales (ONG). M. Finkle a dit que les pays donateurs n'avaient épargné aucun effort pour obtenir cette participation, mus en partie par la déception que leur causaient ce qu'ils considéraient comme de l'incurie bureaucratique et la médiocrité générale de la gestion des affaires publiques. Cette présence active des ONG a profondément transformé la dynamique de la conférence et n'a pas peu contribué à la substitution des questions de parité des sexes et de santé en matière de reproduction à la question de la population et du développement.

Il était malaisé d'évaluer l'impact de la Conférence du Caire sur les politiques et programmes des gouvernements des différents pays du monde. Les travaux que M. Finkle avait menés avec Jack Kantner donnaient à penser que les répercussions directes et

immédiates avaient été limitées et qu'en fait certaines politiques et certains programmes n'en avaient même pas été modifiés. Il se pouvait que l'application toute théorique des recommandations qu'expriment les déclarations des dirigeants nationaux contribue à faire évoluer les grandes orientations politiques, mais les choses pouvaient changer lentement et incomplètement. C'était peut-être aller trop loin que de demander à des conférences de formuler des politiques de population.

Il y avait plus important que les recommandations du Caire en matière de changements programmatiques précis : l'exigence explicite et absolue en vertu de laquelle les femmes doivent être considérées comme les partenaires égales des hommes dans chaque phase de leur existence et, corollaire implicite, la prise de conscience du désavantage comparatif des femmes à l'heure actuelle. De l'avis de M. Finkle, toutefois, une réserve de taille s'imposait : le fait d'utiliser une conférence sur la population pour promouvoir la lutte en faveur des droits des femmes n'avait pas concouru à la réalisation des objectifs du Caire. La cause des femmes a été plus judicieusement défendue à Beijing.

LE RÔLE DU FINANCEMENT INTERNATIONAL DANS LA BAISSÉ FUTURE DE LA FÉCONDITÉ PARMIS LES PAYS À TAUX DE FÉCONDITÉ INTERMÉDIAIRE

Steven W. Sinding

M. Sinding a déclaré en guise d'introduction que son étude examinerait le rôle du financement extérieur dans les baisses antérieures de la fécondité et émettrait des hypothèses au sujet des baisses futures de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire. Il avait tout d'abord tenté de montrer par des méthodes statistiques que les pays à degré de volonté politique élevé et bénéficiant d'une aide extérieure importante faisaient baisser plus rapidement leur fécondité, toutes choses étant égales par ailleurs, que les autres pays. Malheureusement, il n'avait pas pu dégager de conclusions statistiquement significatives. Non qu'il faille interpréter cette absence de résultats comme signifiant que la volonté politique et le financement extérieur sont dépourvus d'intérêt : il faudrait plutôt dire qu'ils n'ont pas été correctement mesurés et que leur effet a été dilué par d'autres facteurs non mesurés. C'est ainsi, en particulier, que pendant la plus grande partie de la guerre froide, l'argent a afflué vers les pays en développement pour des raisons géopolitiques plutôt que pour favoriser le développement.

On pourrait avoir intérêt, de l'avis de M. Sinding, à adopter une approche différente, consistant à choisir des couples de pays dont l'un d'entre eux enregistrerait une baisse de la fécondité plus rapide. Il serait alors possible d'étudier les différences entre les couples de pays qui pourraient expliquer les différences de rythme de la baisse de la fécondité. Sans avoir l'élégance de l'analyse de régression multiple, cette approche est plus contextuelle et plus séduisante pour le sens commun des observateurs bien informés. De l'expérience de pays tels que le Bangladesh, le Ghana, l'Indonésie et le Kenya, M. Sinding a conclu que l'aide extérieure ne pouvait pas remplacer les politiques de développement rationnelles, les politiques de population et la volonté politique. Toutefois, lorsque ces facteurs sont présents, l'aide extérieure peut accélérer de façon appréciable la baisse de la fécondité.

Le financement extérieur va-t-il accélérer la baisse de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire ? M. Sinding a dit qu'il ne le pensait pas, et ce non parce que le financement extérieur ne comptait pas, mais parce qu'il ne pensait pas qu'il allait se matérialiser. L'aide aux programmes de population n'avait malheureusement pas été à la hauteur des objectifs fixés à la Conférence du Caire. On avait l'impression d'une baisse considérable de l'intérêt que les pays et les organisations internationales avaient manifesté pour l'accroissement de la population en tant que problème international et public. En témoignaient l'absence des objectifs du Caire parmi les objectifs du Millénaire pour le développement, le fait que la conférence sur l'environnement qui allait se tenir à Johannesburg ne mentionnait pas la population comme facteur intervenant dans les problèmes

d'environnement et la fixation croissante des médias sur le vieillissement et la fécondité déficitaire. Il ne semblait pas que l'on puisse s'attendre à voir cette tendance s'inverser ou voir augmenter l'aide extérieure aux programmes de réduction de la fécondité. Le « mouvement de la population » né dans les années 60 pourrait bien être en fin de course. Les ressources intérieures et le terrain sans cesse gagné par la norme de la famille peu nombreuse que ce mouvement avait contribué à instituer pourraient s'avérer avoir plus d'importance que le financement extérieur pour la baisse future de la fécondité.

EXAMEN DES CHANGEMENTS DANS LE STATUT DE LA FEMME ET L'ÉGALITÉ DES SEXES EN TANT QUE FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE L'ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ DANS LES PAYS À TAUX DE FÉCONDITÉ INTERMÉDIAIRE

Maria E. Cosio-Zavala

Mme Maria Cosio-Zavala a proposé d'intégrer une démarche fondée sur les spécificités dans l'étude de la transition de la fécondité, car ces rapports exercent une influence essentielle mais négligée sur le comportement en matière de fécondité. Son exposé a passé en revue quatre études de cette influence et relevé les indicateurs et les résultats qui semblent intéresser tout particulièrement l'étude de la baisse de la fécondité. Une étude de cinq pays asiatiques a mis en œuvre plusieurs indicateurs de l'autonomie des femmes, à savoir le pouvoir de décision dans le domaine économique, la liberté de circulation, l'absence de menace de lésions corporelles et l'accès aux ressources économiques. Les études réalisées en Afrique font apparaître deux modèles de comportement procréateur. Dans le modèle traditionnel, la fécondité élevée est associée à un faible degré d'autonomie des femmes. Dans le modèle moderne, la faible fécondité est associée à un degré élevé d'autonomie des femmes. En Amérique latine, les études ont été centrées sur les rôles des hommes et des femmes pour ce qui est d'élever les enfants. Au Nigéria, une étude sur l'accord du couple sur la question de l'autonomie de la femme a examiné plusieurs indicateurs du pouvoir des femmes afin de déterminer si certains d'entre eux sont plus étroitement corrélés aux résultats en matière de procréation. Les six indicateurs utilisés témoignent de la participation des épouses à la prise des décisions concernant l'économie du foyer, de leur contribution au budget familial, de leur pouvoir décisionnel et du degré d'accord entre le mari et la femme au sujet du pouvoir de celle-ci. Une conclusion intéressante a été tirée : les maris nigériens sont plus susceptibles que leur femme d'être des contracepteurs s'ils approuvent la planification familiale. Une autre étude, reposant sur des données individuelles recueillies sur trois sites en Asie du Sud a avancé que les systèmes de parité des sexes influent sur le rythme de la transition en matière de fécondité et a suggéré deux conclusions. En premier lieu, l'autonomie des femmes joue un grand rôle dans le comportement procréateur. En second lieu, de nombreux faits concourent à indiquer que les systèmes de parité des sexes expliquent en grande partie le comportement procréateur même après neutralisation des effets de l'autonomie des femmes. Le rôle du pouvoir décisionnel des femmes dans la baisse rapide de la fécondité mexicaine peut être précisé en procédant à une enquête nationale sur la planification familiale. Les résultats de cette étude montrent une corrélation positive entre l'autonomisation des femmes et l'usage de la contraception par les femmes.

En conclusion, Mme Cosio-Zavala a indiqué que la démarche tenant compte des spécificités enrichissait le cadre théorique de l'étude de la baisse de la fécondité dans les pays en développement. Plusieurs des indicateurs qui ont été élaborés sont très utiles lorsqu'il s'agit de fournir des explications. Toutefois, la plupart des études se sont bornées jusqu'ici à n'examiner que les intentions contraceptives et la dimension de la famille désirée. Elles ne font pas de distinction entre la réduction de la fécondité due au fait que les mariages sont reportés ou évités et la réduction de la fécondité due à l'utilisation des contraceptifs. Il faudra poursuivre les recherches, mais on a déjà bien avancé dans la compréhension de la façon dont les systèmes de parité des sexes influent sur la baisse de la fécondité.

L'IMPACT DU VIH 1 SUR LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : CAUSES ET CONSÉQUENCES

Simon Gregson, Basia Zaba et Susan-Catherine Hunter

Mme Basia Zaba a commencé par analyser les impacts que le VIH pourrait avoir sur la fécondité. Il importe de signaler à cet égard que le chiffre de 2,1 enfants par femme ne représente le seuil de remplacement que si les risques de mortalité sont faibles. S'agissant du groupe des pays les moins avancés dont parle l'ONU, par exemple, le seuil de remplacement est de 2,7 enfants par femme.

Mme Zaba a noté que le VIH affecte la fécondité par l'intermédiaire de mécanismes biologiques à l'œuvre chez les femmes séropositives et de mécanismes sociaux à l'œuvre tant chez les séropositives que les séronégatives. Les séronégatives sont concernées du fait du changement de comportement induit par la situation personnelle et sociale créée par l'épidémie. Au nombre des facteurs biologiques figurent la perte du fœtus, l'aménorrhée, une vulnérabilité accrue aux autres maladies sexuellement transmissibles, une diminution de la spermatogenèse, une réduction de la fréquence des rapports sexuels due à la maladie et une augmentation du nombre de veuves. Les facteurs imputables à l'homme affectent les femmes séronégatives et séropositives. Les facteurs sociaux sont les suivants : augmentation du nombre des divorces et diminution de celui des remariages, diminution de l'allaitement naturel, progression de l'utilisation des contraceptifs, diminution des relations sexuelles extraconjugales et pré-nuptiales, utilisation de moyens contraceptifs pour éviter de laisser des orphelins et réactions d'« assurance » et de « remplacement » face à l'accroissement de la mortalité infantile. Les modifications des comportements visant à réduire le risque de contracter le sida ont souvent des conséquences, même non intentionnelles, sur la fécondité.

L'analyse des données recueillies dans le cadre d'enquêtes sur les communautés ainsi que les modèles de l'impact du VIH sur la fécondité indiquent que la fécondité des femmes séropositives est de 10 à 50 fois inférieure à celle des femmes séronégatives âgées d'au moins 20 ans. L'écart est plus important dans les pays à taux de fécondité élevé. Toutefois, l'impact de l'épidémie est nettement plus important que son impact sur les femmes séropositives, en raison d'effets de sélection de la population et d'une modification du comportement parmi les femmes séronégatives.

Débat

Il a été noté que l'évaluation de l'impact direct de la Conférence du Caire sur les politiques et programmes des gouvernements n'était sans doute guère judicieuse, même si c'est là l'objectif à long terme. La Conférence avait plutôt servi à définir et redéfinir un univers du discours dans lequel les questions de population sont débattues dans la durée. M. Finkle était tout à fait fondé à centrer son étude sur l'idéologie en tant que particularité des conférences internationales. Une attitude « politiquement correcte » a fait son apparition à la Conférence de Bucarest, laquelle s'intéressait moins à la population qu'au « nouvel ordre économique international ». On pourrait peut-être en dire autant de la Conférence du Caire, qui a fait passer la planification familiale au second plan au profit des services de santé en matière de reproduction. Cela ne signifiait pas nécessairement pour autant qu'elle cessait de s'intéresser à la question de la population et du développement, et les préoccupations féministes qui se sont fait jour au Caire n'étaient pas incompatibles avec une approche centrée sur la population et le développement. La Conférence a jugé à bon droit préoccupant le coût humain pour les femmes de la place excessive accordée aux objectifs en matière de planification familiale. De plus, lorsqu'on répond aux préoccupations des femmes, on s'aperçoit qu'il devient plus facile de traiter avec succès des questions de population et de développement. Dans l'ensemble, les gouvernements nationaux font preuve de pragmatisme en ce qui concerne la question de la population. Ils ne remettent pas en cause son importance pour le développement. Cela dit, il importe d'amener les ONG ayant participé à la Conférence du Caire à prendre mieux conscience des questions de population.

L'affirmation de M. Sinding selon laquelle la préoccupation suscitée par la faiblesse de la fécondité a fait oublier le problème de la rapidité de l'accroissement démographique a été mise en doute. On a indiqué qu'en Europe, où se trouvent les pays dont le taux de fécondité est le plus bas du monde, l'accroissement de la population suscite une vive préoccupation. À quoi M. Sinding a répondu que c'était vrai, mais que, d'un autre côté, les gouvernements de ces pays ne finançaient guère les programmes de population. En fait, l'immigration en provenance de pays à croissance démographique relativement rapide étant une question délicate en Europe, on y observe une tendance à se distancier d'un tel financement. Ces pays ne veulent pas donner l'impression qu'ils s'opposent à l'immigration en encourageant la régulation du mouvement de la population dans les pays d'origine de leurs immigrants. À l'appui de la thèse de M. Sinding, on a fait observer que deux messages sur l'accroissement de la population étaient diffusés : il pourrait être trop lent dans certains pays, mais trop rapide dans certains autres. Dans les années 60, en revanche, un seul message circulait : tous les pays devaient s'employer à réduire cet accroissement. Il existe des raisons de penser qu'à long terme les orientations natalistes des pays à taux de fécondité faible pourraient s'étendre aux pays à fécondité plus élevée.

Il a été indiqué que les politiques formulées par les gouvernements pour relever la fécondité sont par définition plus difficiles à appliquer que les politiques de réduction de la fécondité. Cela tient au fait que ces dernières doivent indemniser les parents pour les enfants qu'ils n'ont pas, tandis que les premières doivent indemniser les parents à la fois pour le coût de l'éducation d'enfants supplémentaires et les coûts d'opportunité liés au fait qu'ils ont des enfants qu'ils n'auraient pas eus dans d'autres circonstances. M. Sinding a répondu en disant que l'une des raisons pour lesquelles les démographes avaient été surpris par la rapidité de la baisse de la fécondité est qu'ils n'avaient pas saisi l'impact de la politique des pouvoirs publics. Ils pensent généralement que le comportement démographique est étrangement rebelle à l'intervention des gouvernements. Or, ils se sont trompés en ce qui concerne la baisse de la fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé et on s'apercevra peut-être qu'ils ont tort également à propos des obstacles qui s'opposeraient aux politiques visant à relever la fécondité dans les pays à fécondité déficitaire. Cependant, on a émis l'idée que les politiques n'ont qu'une importance secondaire par rapport aux mouvements politiques de masse. La réaction à trente années de faible fécondité en Europe a été modérée, mais on n'a pas encore observé de diminution appréciable des effectifs de la population. Si ces derniers devaient baisser d'un tiers, une réaction politique et sociale ne se ferait sans doute guère attendre.

La nature de l'impact de la politique des pouvoirs publics a été précisée à l'aide d'une comparaison entre le Mexique et le Brésil. À la différence du Brésil, le Mexique s'est doté d'une politique de population. La fécondité a fléchi rapidement dans les deux pays. Cela ne veut pourtant pas dire que la politique ne présente aucun intérêt. Il y a beaucoup plus d'avortements au Brésil qu'au Mexique. La baisse de la fécondité peut se produire sans politique d'appui, mais c'est alors au prix d'un coût social élevé. La politique peut faciliter l'adaptation à des changements qui se seraient produits de toute manière. La baisse de la fécondité n'est pas le seul problème qui se pose.

Il a été noté que la population mondiale augmenterait de plus d'un milliard d'individus entre 2000 et 2015 et que la quasi-totalité de cet accroissement se produirait dans les pays en développement, surtout dans les pays les moins avancés, dont beaucoup ont encore une fécondité élevée. Un autre participant a contesté l'affirmation de M. Sinding selon laquelle l'appui fourni pour régler les questions de population et de développement est en déclin, en mentionnant l'intérêt que manifestaient pour ces questions le Gouvernement des États-Unis et plusieurs fondations privées. M. Sinding a répondu en faisant remarquer que plusieurs de ces fondations avaient récemment mis fin à leurs programmes de population. Un autre participant a noté que si le financement extérieur est important, il n'est pas nécessairement le facteur le plus déterminant. La République islamique d'Iran, par exemple, n'avait reçu aucun financement extérieur après la révolution; or, la fécondité y avait baissé très rapidement et se situait actuellement un peu au-dessus du seuil de remplacement.

M. Sinding a dit qu'il importait de revenir à une appréciation générale de la population dans le cadre de la planification du développement, en attachant une grande importance à des questions telles que l'enseignement primaire et les soins de santé. Il a également noté que l'industrie démographique, peut-être en recul, restait bien vivante. Enfin, il a souligné qu'il importait de comprendre le concept d'inertie démographique et de formuler des politiques permettant d'en tenir compte. À quelles fins le financement semble-t-il devoir servir? Qu'elle est la solution à des grossesses précoces et fréquentes?

En ce qui concerne l'étude de Mme Cosio-Zavala, il a été noté que le statut de la femme est en grande partie un concept social. Dans certains contextes, les femmes qui ont beaucoup d'enfants et n'ont pas à prendre d'emploi rémunéré peuvent jouir d'un statut supérieur à celui d'autres femmes. Dans certains pays où l'inégalité entre les sexes s'accroît, on n'en observe pas moins une baisse rapide de la fécondité. Cela autorise à penser qu'il n'y a pas de lien clairement établi entre les deux phénomènes. On a estimé qu'il y aurait peut-être lieu d'être moins péremptoire quant à la valeur prédictive des variables liées au sexe. Entre 1996 et 1998, la fécondité a baissé dans tous les groupes en Afrique du Sud, alors que le statut de la femme ne s'est pas amélioré. Cette baisse semble plutôt avoir été liée au fait que les femmes ont compris les avantages économiques procurés par des familles peu nombreuses.

S'agissant de l'exposé de Mme Zaba, on a émis l'idée que l'épidémie de VIH/sida semble avoir l'impact le plus important sur les femmes non infectées et que, à mesure que la prise de conscience de l'épidémie gagne du terrain, on pourrait voir émerger une forte réaction au niveau des comportements. Un autre participant a noté que l'analyse des plus récentes données de recensement au Kenya n'avait pas permis d'établir que le nombre de veuves y avait augmenté, ce malgré une grave épidémie de VIH/sida. Lorsqu'une femme perd son mari, elle entre dans la famille du frère du défunt. Si ce nouveau mariage est consommé, la famille du frère devient vulnérable. Mme Zaba a répondu en disant que le lévirat est bel et bien pratiqué, mais qu'il est fait pression sur les intéressés pour que le nouveau mariage reste symbolique (*non consommé*) précisément à cause du risque d'infection par le VIH. Interrogée sur la question de la survie des enfants infectés, Mme Zaba a noté que les estimations de la mortalité infantile due au sida avaient été révisées compte tenu de nouvelles données fournies par les études communautaires. Malheureusement, les tests de dépistage du VIH chez les enfants sont beaucoup plus onéreux que dans le cas des adultes, si bien que ces données ne sont généralement disponibles qu'en milieu clinique. On a fait observer que la plus récente enquête démographique et sanitaire sur le Mali inclut des tests de séroprévalence du VIH chez les adultes.

Niveaux, tendances et déterminants de la fécondité

La réunion a ensuite pris connaissance de quatre documents de base sur les niveaux et les tendances de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire et sur les déterminants de ces niveaux et de ces tendances.

NIVEAUX ET TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ DANS LES PAYS À TAUX DE FÉCONDITÉ INTERMÉDIAIRE

Division de la population

Établi par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU, le document de base de cette séance a été présenté par Mme Hanta Rafalimanana. L'étude traitait de 54 pays à taux de fécondité intermédiaire à effectif total égal ou supérieur à un million d'habitants en 2000, parmi lesquels 12 pays d'Afrique, 20 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, 21 pays d'Asie et un pays d'Océanie. Pendant les trois dernières décennies, la fécondité a baissé dans tous ces pays. Le rythme de cette baisse est plus rapide dans les pays à taux de fécondité élevé et moins rapide pour les pays à taux de fécondité faible. L'évolution de la distribution de la fécondité par âge indique que les femmes plus âgées ont contribué le plus à la baisse, à l'exception de l'Afrique du Nord, où l'augmentation de l'âge au mariage s'est traduite par un fléchissement des taux de natalité parmi les jeunes femmes. Les taux d'utilisation des contraceptifs sont élevés, mais les niveaux de besoins non satisfaits en matière de contraception sont également demeurés élevés, ce qui donne à penser que la fécondité pourrait diminuer davantage. Dans beaucoup de pays, la fécondité a baissé plus rapidement chez les femmes sans instruction que chez les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures, et plus rapidement chez les femmes rurales que chez les femmes urbaines. Toutefois, la baisse a été observée dans toutes les catégories socioéconomiques, même dans les pays connaissant un retard de développement. Les principales questions restent celles de savoir si la fécondité dans ces pays tombera jusqu'au seuil de remplacement ou au-dessous de ce seuil sans nouvelle amélioration de la situation économique et sociale, et si une fécondité relativement faible pourra être perpétrée sans une telle amélioration.

STRUCTURES FAMILIALES ET ÉVOLUTIONS DE LA FÉCONDITÉ DANS LES PAYS À FÉCONDITÉ INTERMÉDIAIRE D'AFRIQUE DE L'OUEST

Thérèse Locoh

Mme Locoh a commencé par indiquer que son étude est centrée sur les pays d'Afrique de l'Ouest, et plus particulièrement sur le Ghana, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Nigéria et le Togo. Le Ghana est le seul à faire partie du groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire, mais les autres s'en rapprochent, puisqu'ils enregistrent une fécondité cumulée d'un peu plus de cinq enfants par femme. En Afrique de l'Ouest, la fécondité est fortement influencée par les normes sociales et les arrangements familiaux. Les familles nombreuses ont la préférence. Les membres adultes du lignage s'occupent

des enfants autant que leurs parents biologiques. On se marie tôt et la polygamie est pratiquée. Les systèmes matrimoniaux d'Afrique de l'Ouest, qui ont favorisé une fécondité élevée, évoluent. L'influence de la famille sur les décisions touchant au mariage a diminué, comme en témoignent le recul de l'âge moyen au mariage, la diminution de la différence d'âge entre les époux, un léger recul de la polygamie et une augmentation des cas de dissolution du mariage. Les familles nombreuses accueillant plusieurs générations sont chose courante, mais les familles dont le chef est une femme le sont aussi. Les pays où la fécondité a commencé à baisser sont aussi ceux où les ménages dont le chef est une femme sont les plus répandus. Les familles élargies jouent un rôle important dans l'éducation des enfants, mais les problèmes économiques pourraient avoir réduit ce rôle et l'on constate à présent que certains jeunes couples instruits des villes adoptent un mode de vie davantage centré sur la famille nucléaire, qui rend indispensable de limiter le nombre des enfants qu'ils ont.

On a observé une rapide transformation des structures familiales en Afrique de l'Ouest, mais ses conséquences pour la fécondité sont incertaines. La retombée la plus importante de l'augmentation de l'âge des femmes au mariage pourra être qu'elle permettra aux jeunes femmes de devenir plus indépendantes et participer davantage à la prise des décisions qui les concernent. S'agissant des relations entre époux, on a observé deux tendances, à savoir un renforcement de l'autonomie des femmes et un resserrement des liens entre époux. Chacune de ces deux tendances pourrait faire reculer la fécondité. L'utilisation des contraceptifs n'est pas courante, même dans les pays dont le taux de fécondité est le plus bas. La baisse de la fécondité s'explique par l'espacement des naissances, la séparation des époux et les unions sans corésidence. Dans plusieurs villes d'Afrique de l'Ouest, dont Douala, Yaoundé, Accra et Abidjan, la fécondité cumulée a été ramenée à deux ou trois enfants par femme. Il se pourrait que cette baisse gagne d'autres villes de la région. La motivation à avoir une famille peu nombreuse existe, mais les disponibilités en contraceptifs sont limitées.

La norme de la famille peu nombreuse sera-t-elle adoptée en Afrique de l'Ouest en moins de 50 ans? Sans doute pas dans les pays du Sahel pris dans leur ensemble. Elle le sera dans les grandes villes, mais pas nécessairement dans les petites villes ou en milieu rural.

ÉDUCATION ET TENDANCES FUTURES DE LA FÉCONDITÉ, EN PARTICULIER DANS LES PAYS EN MILIEU DE TRANSITION

John Cleland

M. Cleland a indiqué que son étude porte sur la corrélation entre le niveau d'instruction et la baisse de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire et, plus particulièrement, sur la question de savoir si cette corrélation autorise à penser que la fécondité descendra dans ces pays au-dessous du seuil de remplacement. L'étude a présenté une modélisation simple de la façon dont la corrélation entre le niveau d'instruction et la fécondité évolue pendant la transition de la fécondité. Dans les sociétés à régime démographique ancien, le lien entre le niveau d'instruction et la fécondité est ténu et variable. La plupart des individus ont reçu une instruction minimale, voire nulle et les écarts de fécondité sont réduits. Lorsque la baisse de la fécondité s'amorce, les écarts de fécondité en fonction du niveau d'instruction tendent à se creuser parce que la dimension de la famille diminue en premier lieu chez les mieux instruits et en dernier lieu chez les moins instruits. Cela dit, la dimension de la famille chez les moins instruits commence à diminuer avec un certain retard, à la suite de quoi les écarts de fécondité en fonction du niveau d'instruction commencent à diminuer. Vers la fin de la transition, ils tendent à disparaître. De nombreux faits confirment la validité de ce modèle temporel de l'évolution de la corrélation entre le niveau d'instruction et la fécondité.

L'analyse temporelle, a souligné M. Cleland, éclaire davantage sur le rôle éventuel de l'instruction dans la baisse future de la fécondité que l'analyse transversale plus souvent

pratiquée. Le comportement procréateur de l'élite instruite est sans doute le meilleur fil conducteur en ce qui concerne le comportement futur du reste de la population. Les couples instruits sont les instigateurs du changement et sont sans doute appelés à être rejoints plus tard par les couples moins instruits. L'histoire donne sérieusement à penser que la convergence entre les strates délimitées par le degré d'instruction se produira à la fin de la transition de la fécondité. Il n'existe sans doute pas de meilleur fil conducteur pour les prévisions de fécondité au niveau national que l'hypothèse selon laquelle les strates les moins privilégiées emboîteront le pas aux plus privilégiées. Cela se produira assurément à des moments très différents suivant les pays. À titre de corollaire, cette analyse temporelle tend à indiquer que la prise en considération détaillée des tendances futures en matière d'instruction et de leur impact sur la fécondité pourrait être un investissement bien improductif en temps et en ressources.

PARTICIPATION DES FEMMES AU MARCHÉ DU TRAVAIL

Lin Lean Lim

Mme Lim a commencé par faire observer que l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail qui s'est produite récemment dans les pays à taux de fécondité intermédiaire ne va pas nécessairement déboucher sur une baisse de fécondité. On ne verra apparaître une corrélation inverse entre la participation des femmes au marché du travail et la fécondité que si certaines conditions sont maintenues. Deux des plus importantes conditions sont, en premier lieu, que la situation rende difficile aux femmes de cumuler procréation et participation au marché du travail et, en second lieu, que les femmes trouvent dans leur travail une plus grande satisfaction que dans le fait d'avoir des enfants. Or, beaucoup des emplois qu'elles ont occupés ne leur procurent pas une satisfaction supérieure ni ne sont sérieusement incompatibles avec la procréation. L'augmentation de la participation des femmes au marché du travail s'est accompagnée d'une dégradation de la qualité du travail et ne saurait donc préluder à une baisse de fécondité.

L'exposé de Mme Lim a dégagé de nombreux indicateurs de la qualité de la participation des femmes au marché du travail, parmi lesquels la proportion de celles qui occupent un emploi salarié, le degré de sécurité du revenu procuré par l'emploi, le fait qu'il s'agit ou non d'un travail à domicile, le degré de ségrégation des emplois et le fait que l'emploi incite ou non à avoir recours au travail des enfants. Elle a estimé, en conclusion, que, lorsque l'on tente de corréler la participation des femmes au marché du travail à la fécondité, il faudrait aller au-delà des taux d'activité et examiner la qualité de l'emploi.

Débat

La discussion s'est ouverte sur l'étude consacrée aux niveaux, tendances et déterminants de la fécondité. Un expert a signalé que les statistiques des pays du Golfe devaient être utilisées avec prudence car un grand nombre d'entre eux accueillent un très fort pourcentage de travailleurs étrangers. La fécondité cumulée au niveau national pourrait être assez faible pour cette raison, mais les populations natives de ces pays affichent certains des taux de fécondité les plus élevés du monde. Mme Rafalimanana a répondu qu'il en avait été dûment tenu compte dans les estimations présentées dans le document de base. Un autre expert a noté que l'on avait relevé des changements importants dans le comportement matrimonial dans certaines régions d'Asie du Sud-Est, la proportion des femmes d'une trentaine d'années n'ayant jamais été mariées passant parfois d'environ 10 à près de 30 %.

Plusieurs participants ont remercié Mme Locoh pour son exposé sur les structures familiales et la fécondité en Afrique de l'Ouest. Il a été noté que toute l'Afrique de l'Ouest est une région de faible fécondité, encore que le fait que le Nigéria s'étende aussi loin vers le nord oblige à nuancer cette affirmation, et que les écarts de fécondité entre les milieux

rural et urbain sont plus importants dans cette région que partout ailleurs dans le monde. Plusieurs participants ont déploré l'absence d'études similaires pour l'Amérique latine.

La conclusion de M. Cleland, selon laquelle l'étude détaillée des tendances futures en matière d'instruction et de leur impact sur la fécondité pourrait être un investissement bien improductif en temps et en ressources a été contestée par plusieurs participants. On a fait observer que les écarts de niveaux d'instruction pourront effectivement perdre de leur importance à l'avenir, mais qu'ils restent pertinents et importants pendant la transition. Toutefois, il a également été noté qu'il fallait garder à l'esprit la « valeur ajoutée » de ces études aux fins de projections, car il est possible de leur consacrer beaucoup de temps et d'énergie sans voir nettement changer les résultats des projections. Il faudrait s'employer en priorité à obtenir des estimations précises des niveaux de fécondité pour le passé récent.

Il a été relevé que l'évolution du niveau d'instruction en Inde n'explique que 20 % environ de l'évolution de la fécondité. Celle-ci est due pour l'essentiel à la baisse de la fécondité chez les femmes illettrées. L'instruction étant plus répandue et les connaissances pouvant être glanées auprès de nombreuses autres sources que l'école, la signification et la représentation de l'instruction dans l'ensemble de la société a changé. Les femmes peu ou pas instruites peuvent prendre conscience de l'existence d'une corrélation négative entre la qualité et la quantité pour leurs enfants et décider d'avoir moins d'enfants de façon que ceux qu'elles ont puissent devenir plus instruits. Les enfants ayant moins de frères et sœurs profitent à la fois d'une moindre dilution des ressources familiales disponibles pour l'instruction et du fait de ne pas avoir à aider leur mère à s'occuper de jeunes frères et sœurs.

Les affirmations de Mme Lin au sujet de la qualité de la participation des femmes au marché du travail ont été généralement acceptées. Un participant a jugé déconcertante la structure des données concernant l'Asie et le Pacifique et s'est demandé si les données relatives à la participation au marché du travail ne mesuraient pas des réalités différentes suivant les pays et a appelé l'attention sur l'importance qu'il y a à étudier les problèmes liés aux données.

Politiques et programmes nationaux

Cette séance a entendu deux exposés. L'animateur, M. Dov Friedlander, a présenté les études et présidé le débat qui a suivi.

OPINIONS ET POLITIQUES DES GOUVERNEMENTS DES PAYS À TAUX DE FÉCONDITÉ INTERMÉDIAIRE CONCERNANT L'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION ET LA FÉCONDITÉ

Division de la population

Le document de base de cette séance a été établi par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU et présenté par M. Anatoli Zoubanov. Son exposé a passé en revue les politiques et opinions des gouvernements des pays à taux de fécondité intermédiaire sur la fécondité, la planification familiale, la santé en matière de procréation et autres questions connexes. La majorité de ces pays ont appliqué au cours des 25 dernières années une politique de réduction de la fécondité. La proportion des gouvernements s'étant dotés d'une politique de réduction de la fécondité est passée de 47 % en 1976 à 63 % en 2001. Le pourcentage des pays à taux de fécondité intermédiaire fournissant un appui direct à la planification familiale a augmenté au cours des 25 dernières années. Dans le sillage du Programme d'action adopté à l'issue de la Conférence du Caire en 1994, beaucoup de gouvernements ont révisé leurs politiques nationales en matière de population et de santé et ont intégré la planification familiale à des politiques globales de santé générale et de santé en matière de reproduction.

MESURES DE L'EFFORT DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE : TENDANCES ANTÉRIEURES ET PERSPECTIVES

John A. Ross

M. Ross a noté qu'à la différence des exposés précédents, centrés sur la fécondité, le sien traitait de l'effort des programmes de planification familiale et de l'évolution de la fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives. L'examen des tendances de l'utilisation des contraceptifs dans les pays à taux de fécondité intermédiaire a permis de faire les observations suivantes: le mouvement ascendant a été remarquablement uniforme; aucun plafonnement n'est à signaler; le taux d'utilisation est très variable; et les principales tendances en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, en Amérique latine et en Asie sont remarquablement similaires. M. Ross a ensuite soulevé la question de savoir jusqu'où pourraient aller les valeurs mesurées de la fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives et de l'effort des programmes de planification familiale. L'utilisation des contraceptifs pourrait atteindre un plafond compris entre 80 et 85 %. Un taux compris entre 75 et 85 % cadre dans l'ensemble avec le seuil de remplacement. Des influences tant positives que négatives marqueront l'évolution future de l'effort des programmes et son impact sur l'utilisation des contraceptifs. L'effet final sera variable selon les pays, mais la plupart des programmes n'ont pas encore donné toute leur mesure et les résultats antérieurs sont

encourageants. On n'a encore enregistré aucun signe de fléchissement de l'utilisation des contraceptifs dans les pays à taux de fécondité intermédiaire et leurs scores d'effort des programmes sont en hausse. Cela étant, les deux tendances sont liées à une évolution de l'environnement social dont la poursuite n'est pas entièrement assurée.

Débat

Un participant a demandé jusqu'à quel point la mesure de l'effort des programmes de planification familiale dont il était question dans l'étude de M. Ross tirait son inspiration des idées et du comportement des gouvernements et jusqu'à quel point elle répondait à une demande du public. Un autre participant a demandé comment la méthodologie appliquée à l'effort des programmes permettait d'assumer la diversité de la mise en œuvre au niveau infranational qui est le corollaire de la décentralisation des programmes de planification familiale. M. Ross a répondu que la mesure de l'effort en question était dérivée de questions posées à des personnes connaissant bien le programme de planification familiale du pays considéré. Dans le cas de programmes décentralisés, les personnes interrogées étaient censées, dans la formulation de leurs réponses, « prendre une moyenne approximative » pour l'ensemble du pays. Les mesures obtenues n'incorporaient aucun élément reflétant directement la demande de contraceptifs. On a fait valoir que l'étude de M. Ross faisait écho à plusieurs observations faites antérieurement dans le cadre de la réunion, selon lesquelles ce que font les pays n'a pas grand-chose à voir avec les déclarations prononcées dans les conférences internationales. Il n'en restait pas moins que l'analyse de l'effort des programmes était encourageante. Le débat s'est achevé sur un commentaire succinct de la situation au Mexique, où le taux d'utilisation des contraceptifs se situe aux alentours de 70 % et où l'effort des programmes a sans doute atteint son niveau maximal.

Perspectives de la fécondité

LA FIN DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT

John Bongaarts

M. Bongaarts a noté tout d'abord que le comportement procréateur a rapidement évolué dans la plus grande partie du monde en développement au cours des quatre décennies écoulées. Les baisses de fécondité récentes ont été plus rapides et plus répandues que prévu. Les théories classiques ne sauraient rendre compte du rythme de la baisse de la fécondité ni du niveau auquel la fécondité se stabilisera en fin de transition. Son étude avait pour but de déceler dans le passé des éléments de régularité pouvant donner des indications sur l'évolution future. On pouvait tirer trois principales conclusions. En premier lieu, l'évolution de la fécondité dépendra fondamentalement du développement humain, comme l'indique l'analyse de régression des tendances antérieures de la fécondité et (représentant le développement humain) de l'alphabétisation et de l'espérance de vie à la naissance. En deuxième lieu, le rythme de la baisse de la fécondité diminuera à mesure que les pays se rapprocheront de la phase finale de la transition de la fécondité. C'est un phénomène normal, mais les enquêtes démographiques et sanitaires réalisées dans les années 90 ont indiqué que la fécondité a cessé de baisser dans plusieurs grands pays à taux de fécondité intermédiaire qui avaient auparavant enregistré une baisse appréciable de la fécondité. En troisième lieu, on peut s'attendre à voir la fécondité moyenne demeurer à un niveau sensiblement supérieur au seuil de remplacement au moins jusqu'en 2025. La proportion des pays en développement à fécondité inférieure à 2 — actuellement, un pays sur 10 — va sans aucun doute augmenter avec le temps, mais elle sera presque certainement inférieure à la moitié vers 2020-2025.

LES DÉTERMINANTS IMMÉDIATS À L'ŒUVRE PENDANT LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

Jean-Pierre Guengant

M. Guengant a commencé par signaler l'importance des « déterminants immédiats » pour établir les projections de la fécondité future dans les pays à taux de fécondité intermédiaire. Depuis le début des années 80, la Division de la population du Secrétariat de l'ONU établit des évaluations périodiques du niveau et de la tendance de l'utilisation des contraceptifs dans tous les pays du monde pour lesquels des données sont disponibles. La dernière évaluation en date, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (New York: Organisation des Nations Unies, 2000), présente des projections du taux d'utilisation des contraceptifs, par région et jusqu'en 2025, projections qui sont dérivées des hypothèses concernant la fécondité sur lesquelles sont fondées les *Perspectives démographiques mondiales: La Révision de 1998* (New York: Organisation des Nations Unies, 2001). Il importe d'examiner ces liens entre l'évolution de la fécondité et celle de l'utilisation des contraceptifs dans les pays à taux de fécondité intermédiaire.

M. Guengant a procédé à une analyse de ces données à l'aide du programme informatique FAMPLAN. Gardant à l'esprit les limitations des données, il a calculé le taux d'utilisation des contraceptifs requis pour atteindre les niveaux de fécondité indiqués

pour 2025 et 2050 dans la *Révision de 2000* pour chacune des huit régions en développement considérées, pour autant que tous les autres facteurs restent constants. Pour l'Asie occidentale, par exemple, le taux d'utilisation des contraceptifs devrait s'être élevé à 66 % en 2035 pour que l'on atteigne la fécondité cumulée de 2,3 enfants par femme qui est la valeur projetée selon la variante faible dans la *Révision de 2000*. Il ressort de cette analyse et d'autres analyses de ce genre que l'on ne peut pas considérer comme allant de soi que la fécondité atteindra bientôt le seuil de remplacement dans tous ces pays. En conclusion, M. Guengant a signalé qu'il n'estimait pas que les projections de la fécondité devaient être déduites de celles de ses déterminants immédiats, mais qu'il recommandait vivement d'étudier, au moment d'établir des projections, les liens entre les projections de fécondité et les projections concernant les déterminants immédiats.

Débat

Le débat s'est ouvert sur un commentaire inspiré par l'étude de M. Bongaarts. Si la Division de la population avait organisé une réunion sur ce thème à l'intention des pays européens pendant les années 60, cette réunion aurait abouti à la même conclusion : la fécondité ne baisserait pas si rapidement. L'analyse de régression multiple, en particulier, peut induire en erreur. M. Bongaarts a fait observer que pendant les années 30, les États-Unis avait un taux de fécondité inférieur au seuil de remplacement et que les nombreux démographes qui ont pronostiqué une baisse continue de la fécondité sur cette base n'ont pas su prévoir le « baby boom ». De même, le Census Bureau des États-Unis n'avait pas encore, au début des années 70, prévu le « baby bust » (forte diminution du nombre de naissances). M. Bongaarts a ajouté qu'il s'agissait là d'une défaillance dans la prévision de l'« inertie démographique » qu'il ne fallait pas laisser se reproduire.

En ce qui concerne la corrélation négative entre la fécondité et l'alphabétisation, on a fait observer que le rapport de causalité peut fonctionner dans les deux sens. Dans beaucoup de pays, la baisse de la fécondité signifie que les enfants consacrent moins de temps et d'énergie à aider leur mère à s'occuper des frères et sœurs plus jeunes et, de ce fait, sont mieux à même de profiter des possibilités d'instruction qui se présentent. Les participants ont alors échangé des vues sur la qualité des données des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) qui faisaient état d'arrêts de la baisse de la fécondité. On a signalé que les enquêtes de fécondité font souvent état d'une baisse énorme mais illusoire de la fécondité immédiatement avant l'enquête, tendance qui devient patente lorsqu'on dispose de deux ou plusieurs enquêtes pour le même pays. M. Bongaarts en a convenu, mais il a fait remarquer que la tendance dégagée par des enquêtes successives devient exacte si l'erreur au niveau des estimations est la même dans chacune de ces enquêtes.

Un participant a indiqué que l'économiste Herbert Stein avait dit un jour qu'« une tendance qui ne peut se poursuivre ne se poursuivra pas ». Mais pour quelle raison faudrait-il s'attendre à voir la fécondité se stabiliser à 2,2 enfants par femme plutôt que 1,8 enfant par femme, ou à un n'importe quel autre chiffre ? Et M. Bongaarts n'aurait-il pas dû ajouter l'explosion des communications aux variables de ses régressions ? M. Bongaarts a répondu en disant qu'il ne s'agit pas de s'attendre à ce qu'un pays quelconque parvienne exactement au niveau de fécondité visé. Il s'agit plutôt de dégager un nombre cible qui réduise autant que faire se peut l'écart entre la fécondité effective et la fécondité visée pour tous les pays. Un autre participant a appelé l'attention sur l'importance de la « fécondité involontaire ». Ce phénomène a été extrêmement important aux États-Unis, où il a représenté environ 0,5 enfant par femme et n'a pas évolué entre le début des années 80 et le début des années 90. M. Bongaarts a dit partager cette opinion.

Pour ce qui est des « déterminants immédiats » et de la baisse de la fécondité, un participant a émis l'idée selon laquelle le fait de prévoir la fécondité en établissant des

projections des variables intermédiaires donnerait des projections très prudentes, essentiellement en raison des limitations propres à la mesure de l'avortement et de la séparation des conjoints. M. Guengant a répondu en disant qu'il était tout à fait conscient des limitations tant pratiques que théoriques du cadre des déterminants immédiats et qu'il n'était pas d'avis de fonder les projections de fécondité sur ce seul cadre. Cela dit, les modèles reposant sur les déterminants immédiats peuvent éclairer utilement la question en attirant l'attention sur les écarts entre les projections de la fécondité et les projections de la fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives.

Réflexions des représentants

M. Joseph Chamie, directeur de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU et animateur de la séance, a commencé par dire à quel point les participants à la réunion étaient honorés de la présence parmi eux des représentants de quatre missions permanentes auprès de l'Organisation des Nations Unies, à savoir celles de l'Égypte, de la République islamique d'Iran, du Brésil et du Mexique. M. Chamie a ensuite présenté les quatre intervenants tour à tour.

Son Excellence M. Ahmed Aboul Gheit (Égypte)

Son Excellence M. Aboul Gheit a centré son exposé sur les incidences de l'évolution de la fécondité et des tendances démographiques sur l'avenir de l'Égypte. Le Ministère égyptien de la santé a dit qu'un nouveau bébé naît toutes les 2,3 secondes en Égypte et que d'ici à 2025, le pays comptera entre 93 et 100 millions d'habitants. À titre de comparaison, en 1913, il n'y avait que 13 millions d'Égyptiens. C'était un très fort accroissement. Quatre pour cent seulement des terres sont cultivables en Égypte. La plus grande partie du pays est un désert, où il ne pleut pas; l'agriculture est donc tributaire du Nil. Cette situation est aggravée par la perte de terres arables due au développement. Le Caire a aujourd'hui 23 millions d'habitants. Il faut donc essayer d'imaginer les difficultés qui peuvent assaillir les responsables politiques lorsqu'ils songent à l'année 2025. Nous sommes environ 70 millions d'Égyptiens aujourd'hui. Si nous devons accueillir 30 millions de personnes supplémentaires, il nous faudra créer entre 600 000 et 800 000 emplois par an, et nous espérons avoir éliminé l'analphabétisme en 2025. Comment allons-nous nous y prendre pour stabiliser l'explosion démographique? Nous avons pris les mesures qui s'imposaient au niveau des programmes de planification familiale, de la santé et de l'éducation. Le moindre village a son centre de santé et tout le monde se familiarise avec les conséquences négatives du fait d'avoir une famille nombreuse. En conclusion, son Excellence M. Aboul Gheit a évoqué le rôle de la mondialisation dans le changement démographique. La télévision est omniprésente et influence le comportement en matière de planification de la famille en Égypte.

Son Excellence M. Nassrollah Kazemi Kamyab (République islamique d'Iran)

Son Excellence M. Kazemi Kamyab a centré ses remarques sur l'éducation et les soins de santé, deux éléments qui ont fortement influencé les programmes de santé en matière de reproduction, les programmes de planification familiale et le comportement procréateur en République islamique d'Iran au cours de deux dernières décennies. Un processus socioéconomique et culturel global a permis d'obtenir des résultats considérables dans ces domaines par le biais de l'intégration de tous les secteurs concernés. Au niveau des quartiers eux-mêmes, par exemple, les réunions traditionnelles consacrées à la récitation du Coran ont fait une place à des séances de questions et réponses sur des thèmes liés à la santé en matière de reproduction. À la fin des années 90, plus de 97 % des enfants étaient inscrits à l'école primaire. Le taux d'alphabétisation des adultes est passé de moins de 60 % en 1988 à plus de 80 % à la fin des années 90 et le taux d'alphabétisation des

femmes adultes a presque doublé, passant de 46 % à 80 %. La vigueur de la détermination affichée par les pouvoirs publics à obtenir ces résultats a pu également compter sur l'élaboration des politiques et des programmes correspondants et la mise en place d'une infrastructure efficace.

En 1988, la République islamique d'Iran a mis en chantier toute une série de programmes de santé en matière de reproduction et de planification familiale. Intégrés au système de soins de santé primaires, ces programmes ont été exécutés avec la plus grande vigueur. Il a ainsi été possible de faire descendre le taux de mortalité maternelle de 237 pour 100 000 femmes en 1988 à 37 pour 100 000 à la fin des années 90. La couverture vaccinale des enfants est presque universelle et la mortalité infantile a été ramenée de 173 décès de nourrissons pour 1000 naissances à 33 pour 1000 naissances. Le taux d'utilisation des contraceptifs modernes est passé à 55 % et le taux d'accroissement de la population a été ramené de 3,2 % en 1986 à 1,4 % en 2001.

En conclusion, le Représentant a mis en relief certains des défis que la République islamique d'Iran devra relever dans un avenir proche. Le défi principal sera le fort taux de chômage, qui met à mal les ressources publiques. Si l'investissement privé et l'enseignement supérieur ne remédient pas à la situation, le secteur public devra fournir des ressources supplémentaires. À mesure que les enfants du « baby boom » du début des années 80 atteindront l'âge de se marier, il faudra consacrer davantage de ressources financières et humaines à la santé en matière de reproduction et à la planification familiale. Au Ministère de la santé, on a considéré qu'il s'agissait là d'une situation de crise qui requerrait une intervention et un appui massifs des institutions multilatérales, en particulier le FNUAP. Enfin, le fait que l'instruction et la santé soient largement tributaires des fonds publics les rend vulnérables à l'évolution des tendances des recettes et des dépenses de l'État. Le renforcement du rôle du secteur privé dans ces activités pourrait réduire cette vulnérabilité.

M. José Ramón Lorenzo, premier secrétaire (Mexique)

M. Lorenzo a signalé que la politique de population du Gouvernement mexicain remontait à 1974, époque à laquelle le Gouvernement avait commencé à accepter l'idée d'un lien entre la planification familiale et le chômage et la pauvreté. Les politiques de population ont eu un profond impact. En 2001, le Mexique avait un taux d'utilisation des contraceptifs de 70 %. En ce qui concerne l'avenir, le Gouvernement s'attendait à voir le taux de mortalité infantile continuer de baisser. Le taux d'accroissement de la population ayant diminué, l'effectif de la population devrait avoir commencé à baisser en 2044. D'ici là, cependant, il se sera produit une forte augmentation du nombre des personnes d'âge actif ainsi que des personnes âgées. L'avenir présente des occasions à saisir et des défis à relever. La diminution du nombre des naissances permettra aux services de santé et d'éducation d'améliorer le nombre de bénéficiaires et la qualité des services. Il y aura moins de tension sur le marché du travail et moins de candidats à l'émigration. Le Gouvernement espère voir fléchir le niveau de l'émigration. Au nombre des défis, il faut mentionner le vieillissement de la population et l'accroissement de la demande de services de santé du côté des personnes âgées. Le Gouvernement, qui suit ces questions de très près, a pris les devants en réformant le système des pensions de retraite. On prévoit que le vieillissement de la population entraînera une modification de l'équilibre électoral.

M. Alex Giacomelli da Silva, deuxième secrétaire (Brésil)

L'animateur Joseph Chamie a donné un aperçu de l'exposé en indiquant que le représentant du Brésil ferait une courte intervention, après quoi Mme Ana Maria Goldani présenterait des informations supplémentaires sur la situation au Brésil. M. da Silva a signalé que l'effectif de la population brésilienne avait plus que triplé entre 1952 et 2000, passant de 52 millions à 170 millions d'habitants. L'espérance de vie à la naissance était passée de 40 à 68 ans et la fécondité cumulée était tombée de 6,2 à 2,3 enfants par femme.

M. da Silva a dit qu'il s'agissait là de faits importants, puis a demandé à Mme Goldani de prendre la parole. Mme Goldani a commencé par dire qu'il conviendrait de considérer le Brésil comme un « cas particulier » dans l'histoire de la transition démographique. Pays riche avec une faible fécondité, le Brésil n'a toutefois pas de programme officiel de planification familiale. Plusieurs politiques que le Gouvernement brésilien a appliquées entre 1975 et 1985 ont eu des effets imprévus. Ils ont créé une demande de services de planification familiale qui a été satisfaite par la stérilisation. C'est la raison pour laquelle la stérilisation a joué un rôle essentiel dans la baisse de la fécondité au Brésil.

Débat

Un participant a demandé, à propos de l'Égypte, des précisions au sujet du rôle des imams en matière de planification familiale. Comment ont-ils interprété le Coran à ce propos ? Il lui a été répondu que l'idée selon laquelle le Coran est hostile à la planification familiale est un préjugé ; il n'y a rien dans le Coran qui s'oppose à la planification familiale. L'islam est une religion très souple. Le Gouvernement égyptien n'a aucun problème à s'assurer la collaboration des chefs religieux dans le domaine de la planification familiale.

Un autre participant a demandé comment avait été réalisée la baisse de la mortalité infantile en République islamique d'Iran. Il lui a été répondu que depuis le début des années 80, ce pays avait entrepris un vaste effort de dépaupérisation. Cet effort avait surtout porté sur les zones rurales : on y avait réalisé des investissements considérables dans le développement agricole, les soins de santé et la vaccination, et, en particulier, l'éducation. Il a été noté que le bilan iranien était tout à fait impressionnant. Quel rôle jouaient les chefs religieux dans la planification familiale ? Quelles méthodes utilisait-on ? Il a été répondu que la hiérarchie religieuse de la République islamique d'Iran est profondément consciente de l'importance de la planification familiale et de la santé en matière de procréation. Le Ministère de la santé a utilisé le grand nombre de réunions de récitation du Coran pour diffuser l'information. Les Ministères de la santé et de l'éducation étaient tous les deux impliqués avec succès dans cette entreprise, tout comme l'étaient les organisations non gouvernementales féminines. Quant aux méthodes contraceptives utilisées, il s'agissait à 60 % des méthodes modernes. En outre, des ateliers au programme très complet sont organisés à l'intention des couples avant le mariage. Les centres de soins fournissent des contraceptifs et des sociétés privées reçoivent de leur côté des subventions de l'État à cette fin. Ces activités sont financées pour l'essentiel par le secteur public. L'accord semble très largement réalisé quant à l'importance de ces programmes.

Revenons au futur : hypothèses proposées par les Nations Unies

Animant la séance, M. Joseph Chamie, directeur de la Division de la population, a ouvert la discussion en présentant plusieurs observations. En premier lieu, a-t-il indiqué, les rencontres comme celle-ci représentent une contribution indispensable aux travaux de la Division de la population, à qui l'expertise des participants est des plus utiles. En deuxième lieu, a-t-il souligné, l'accroissement de la population mondiale n'est pas terminé. D'après la projection établie selon la variante moyenne indiquée dans la *Révision de 2000*, la population mondiale passera de 6,1 milliards d'habitants en 2000 à 9,3 milliard en 2050, soit une augmentation de 3,2 milliards d'individus ou plus de 50 %. La quasi-totalité de cet accroissement se produira dans les pays moins développés et, pour une large part, en milieu urbain. La moitié de cet accroissement interviendra dans un petit nombre de pays seulement : Bangladesh, Chine, Inde, Indonésie, Nigéria et Pakistan. Ces pays doivent retenir toute notre attention. La population mondiale ne s'est pas stabilisée, M. Chamie a bien insisté sur ce point. En raison de l'effet d'inertie démographique, la population mondiale continuera de s'accroître même si le niveau de fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire est tombé au-dessous du seuil de remplacement en 2050.

En troisième lieu, M. Chamie a fait une observation importante : on s'attend à ce que la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire continue de baisser, mais le rythme de cette baisse semble devoir diminuer à mesure que l'on atteint des niveaux moins élevés. On peut penser à un train entrant en gare. Il ne peut pas le faire à toute vitesse : il doit ralentir à mesure qu'il s'approche de la gare. En quatrième lieu, M. Chamie a rappelé le principe, retenu dans le Programme d'action adopté à l'issue de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire, selon lequel tous les couples et tous les individus ont le droit fondamental de décider librement et de façon responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances. En cinquième lieu, l'avenir sera marqué par des variations importantes. La Division de la population prend en compte l'épidémie de VIH/sida pour établir ses projections, mais elle n'essaie pas de prévoir les catastrophes. D'une façon générale, ses projections tablent sur une amélioration de la situation de l'humanité et la poursuite des progrès accomplis dans le domaine du bien-être des individus. Enfin, pour en revenir au thème spécifique de cette réunion, la Division de la population propose d'utiliser la fécondité inférieure au seuil de remplacement comme directive pour les prévisions de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire. Ce faisant, elle pousse la prévision au-delà de 2025, comme son mandat le lui impose. Il est probable que, forte des résultats de cette réunion, la Division révisera le niveau de fécondité visé pour le fixer entre 1,8 ou 1,9 enfant par femme, en remplacement du chiffre de 1,85 enfant par femme initialement proposé, ce afin d'éviter de donner une fausse impression d'exactitude.

M. Chamie a ensuite ouvert le débat général. De nombreux participants au débat ont remercié la Division de la population d'avoir organisé une réunion constructive, utile et fructueuse qui avait ouvert des perspectives nouvelles sur un sujet important.

Plusieurs participants ont approuvé l'idée de réviser le chiffre cible de 1,85 enfant par femme indiqué dans les directives proposées en lui substituant celui de 1,9 enfant par femme. Trois raisons ont été avancées pour justifier cette révision. Tout d'abord, ce serait chose fort étrange que le niveau visé pour les pays à taux de fécondité intermédiaire soit inférieur au niveau visé pour les pays à taux de fécondité faible. Ensuite, les deux décima-

les sont propres à donner une fausse impression d'exactitude. Enfin, l'existence d'effets de « calendrier », dont on peut présumer qu'ils se feront sentir à l'avenir dans les pays à taux de fécondité intermédiaire comme c'est le cas actuellement dans les pays à taux de fécondité faible, incite à retenir une valeur supérieure plutôt qu'inférieure.

Le débat s'est ensuite orienté vers la question générale des nouvelles directives pour les prévisions de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire proposées dans la Révision de 2002 des estimations et projections de la population mondiale officielles de l'ONU. Différentes opinions ont été exprimées, certaines sur des questions générales concernant l'ensemble ou la quasi-totalité des pays, d'autres sur la situation de certains pays. On a relevé deux conceptions du long terme, fondées l'une sur l'idée d'un monde en voie d'homogénéisation et l'autre sur celle d'un monde de plus en plus divisé par les inégalités économiques et sociales. La mondialisation des communications a rendu la seconde de ces conceptions plus dangereuse que jamais dans la mesure où la population des pays moins développés partout dans le monde a généralement conscience de la disparité entre sa situation et celle de la population des pays les plus avancés. Parallèlement, le concept de mondialisation tend à faire oublier à la population des pays développés que le monde reste divisé. L'idée que tous les pays à taux de fécondité intermédiaire vont se rapprocher d'un niveau cible de fécondité inférieur au seuil de remplacement cadre tout naturellement avec la conception d'un monde en voie d'homogénéisation. Toutefois, rien ne condamne un monde profondément hétérogène sur le plan du développement économique et social à étendre cette hétérogénéité aux niveaux de fécondité : l'adversité, en effet, peut tout aussi bien que le développement contribuer à la baisse de la fécondité.

Des vues divergentes se sont exprimées sur l'applicabilité des nouvelles directives proposées. Certains participants ont dit douter qu'il soit aussi facile que les nouvelles directives pourraient le donner à penser de ramener le chiffre actuel de 3,2 enfants par femme dans les pays à taux de fécondité intermédiaire à moins de 2,1 enfants par femme. On ne peut pas présumer que les conditions indispensables à une baisse de cette ampleur, notamment le développement social et l'appui aux programmes de planification familiale et de santé en matière de procréation, puissent être automatiquement réunies, en particulier si l'idée selon laquelle la fécondité élevée et l'accroissement de la population ne sont plus des problèmes devient celle des responsables politiques, des institutions de financement et du grand public. Pour d'autres participants, le fait de faire descendre le niveau de fécondité visé au-dessous de 2,1 enfants par femme était un pas dans la bonne direction. On a fait observer que la baisse de la fécondité portait en elle une nouvelle baisse de la fécondité en changeant la vie des femmes. Si celles-ci consacrent moins de temps dans leur vie à avoir et élever des enfants, elles sont libres de se vouer à d'autres activités, comme poursuivre leurs études et prendre un emploi. On peut ainsi envisager une situation sociale nouvelle dans laquelle certaines femmes décident de ne pas avoir d'enfants et les familles attachent plus d'importance au fait d'avoir des enfants de « qualité », en particulier sur le plan de l'instruction, que d'avoir un grand nombre d'enfants.

Le débat s'est ensuite déplacé vers des thèmes connexes, mais plus généraux. Plusieurs participants se sont déclarés préoccupés par la difficulté de tenir compte des « cas particuliers » et des « surprises » lors de l'établissement de projections de population. On a relevé que, dans certains pays, la situation s'était dégradée depuis quelques décennies au lieu de s'améliorer, et il était très possible qu'elle se dégrade encore davantage à l'avenir. Il est certes difficile de tenir compte d'éléments de ce genre dans les projections, mais il importe de ne pas les laisser de côté. Les projections se basent sur un monde sans surprise, mais nous savons qu'il y aura des surprises, même si nous ne pouvons pas les prévoir et en tenir compte dans nos projections.

On a indiqué qu'il importait de relever les nombreux défis posés par l'accroissement futur de la population et, notamment, d'affronter les problèmes des grandes villes en extension rapide et aux infrastructures insuffisantes et, dans plusieurs des plus grands pays en développement, l'éventualité d'une pénurie d'eau. À cet égard, plusieurs participants ont

invité la Division de la population à focaliser son attention davantage sur le moyen terme proche que sur le long terme. On a fait observer que ce qui semblait devoir se produire au cours des quelques décennies à venir méritait qu'on s'y intéresse davantage qu'à un objectif statistique lointain. Le moyen terme et le long terme sont différents, car la population d'un territoire comme Pitcairn et celle d'un pays comme la Chine sont différentes.

Plusieurs participants se sont déclarés préoccupés par ce que les nouvelles directives proposées pourraient faire croire aux responsables politiques, aux institutions de financement et au grand public. Les non-démographes ont tendance à ne pas voir qu'une baisse de la fécondité finale n'annonce pas une diminution immédiate de l'accroissement de la population, ni que même une réduction instantanée de la fécondité finale jusqu'au-dessous du seuil de remplacement serait suivie d'au moins 50 ans d'accroissement continu de la population avant que les taux d'accroissement de la population ne tombent à zéro. La baisse continue de la fécondité dans les pays développés est importante dans ce contexte. Alors que, dans les années 60, la question de l'accroissement de la population mondiale se posait dans les mêmes termes pour les pays développés et les pays en développement, ce n'est plus du tout le cas maintenant que la fécondité est descendue très au-dessous du seuil de remplacement dans le monde développé et que certains pays sont aux prises avec une population décroissante.

Synthèse du rapporteur

Griffith Feeney

L'animateur Joseph Chamie, directeur de la Division de la population, a demandé au Rapporteur de la Réunion d'experts, M. Griffith Feeney, de présenter sa synthèse. M. Feeney a commencé par dire que trois thèmes avaient été abordés pendant cette réunion : comment nous établissons des projections, ce que nous devons savoir pour le faire et pourquoi nous prenons la peine de le faire. Sur ce dernier point, le Rapporteur a indiqué que le discours-programme de John Caldwell a replacé pour nous la question dans son contexte plus général. Il y a un point de son exposé dont il faut bien se pénétrer. *L'explosion démographique a encore de beaux jours devant elle*. Parmi les dizaines de milliers de chiffres que contient la *Révision de 2000* de la Division de la population, trois doivent nous inciter à réfléchir. Les régions moins développées avaient en 1950 1,7 milliard d'habitants. En 2000, elles en avaient 4,9 milliards, soit un accroissement de *3,2 milliards d'individus* entre 1950 et 2000. Selon les projections (variante moyenne), elles en auront 8,1 milliards en 2050, soit un *nouvel* accroissement de *3,2 milliards d'individus* entre 2000 et 2050. Nous sommes au milieu d'un siècle d'accroissement rapide de la population mondiale. La fin est en vue, mais nous en sommes encore éloignés de 50 ans. Il est ridiculement déraisonnable de faire comme si l'accroissement de la population mondiale n'était pas un problème fondamental pour l'avenir de l'humanité : le coût humain d'une telle vision à court terme pourrait être terrible.

Comment se fait-il, dans ces conditions, qu'on nous dise que les fondations philanthropiques, les unes après les autres, « se délestent de leurs bonnes œuvres démographiques » ? Cela pourrait tenir au fait que le secteur de la crise démographique annonce sans désespérer depuis 50 ans des catastrophes démographiques qui, dans l'ensemble, ne se sont pas produites. Si vous êtes du côté des catastrophistes, demandez-vous la part de responsabilité qui peut vous revenir à vous et à vos collègues pour l'actuelle perte d'intérêt pour ce problème. En tout état de cause, songez à la morale de l'histoire du petit garçon qui criait au loup. La question n'est pas que les loups ne se montrent jamais, mais que les mises en garde aussi constantes qu'irréfléchies nous mettent tous en danger car il arrive que les loups se montrent.

Qu'avons-nous besoin de savoir pour établir des projections ? De beaucoup de choses, assurément, mais l'une d'elle mérite qu'on lui fasse un sort particulier, c'est la réponse à la question de savoir *pourquoi la fécondité baisse-t-elle* ? Tim Dyson nous donne très clairement la réponse : *la fécondité baisse parce que la mortalité baisse*. Ce qui se passe pendant la transition démographique, ce n'est pas que la « fécondité baisse », même si cela arrive bel et bien. Ce qui se passe pendant la transition démographique, c'est que la dimension de la famille — mesurée au nombre d'enfants vivants, la seule mesure qui compte — monte en flèche parce que les risques de mortalité ont diminué. La baisse de la fécondité rétablit ensuite plus ou moins la dimension antérieure de la famille. C'est tiré tout droit de l'étude classique de Kingsley Davis sur la « réaction multiphasique », *Population Index*, 1963. L'impact le plus important s'est exercé sur la vie des femmes. La quantité énorme de temps et d'énergie physique et psychique qu'elles consacraient naguère à avoir et élever des enfants dont la plupart mouraient avant de devenir adultes peut à présent servir à d'autres fins. Et si vous pensez qu'on vous rebat

aujourd'hui les oreilles de sujets comme le statut des femmes et l'inégalité des sexes, *laissez-moi vous dire que vous n'avez encore rien vu*. C'est un changement qui se fera sentir sur des générations.

Cela appelle une autre observation. Le niveau de la fécondité est influencé par bien des facteurs. Aucun d'eux, à lui seul ou avec d'autres, ne le détermine. *Il n'existe pas de « facteurs déterminants » de la fécondité!* Dès l'instant que la fécondité décroît, cette observation peut être écartée comme dénotant un goût excessif du détail. Mais lorsqu'il s'agit de se demander où la baisse de la fécondité va s'arrêter, elle devient fondamentale. Ce que les études de ce qu'il est convenu d'appeler les « déterminants » de la fécondité nous disent, c'est que si le facteur A s'élève un peu, la fécondité tend à décroître, ou que si le facteur B est inférieur, la fécondité tend à monter. C'est vrai de la régression à une variable la plus modeste, et cela l'est tout autant de ce que Norman Ryder a appelé une fois « ces Cadillac de l'analyse multivariée ». Qu'on le veuille ou non, ce mode de réflexion n'est d'aucune utilité pour trancher de questions telles que celle de savoir si la fécondité va se stabiliser à 2,1 enfants par femme ou à 1,85 enfant par femme.

Les démographes ont été franchement tournés en ridicule pour la sottise de l'objectif de 2,1 enfants par femme. C'est leur faire un mauvais procès. La prévision selon laquelle la fécondité se rapprochera du seuil de remplacement n'a rien d'arbitraire. C'est une déclaration soigneusement calibrée sur la place de l'homme dans l'univers. Nous existons depuis environ un million d'années. Nous voulons continuer. Nous ne sommes pas exigeants. Nous ne voulons pas plus que notre part de la biosphère. Mais nous ne voulons pas non plus ne faire que passer. Ceci dit, les pays à taux de fécondité intermédiaire nous disent que la fécondité déficitaire, à des horizons temporels moins cosmiques, va être plus compliquée que nous ne l'avions prévu. À cet égard, l'étude de Riad Tabbarah nous montre la voie à suivre. À la lecture de son dernier paragraphe, vous avez sans doute hoché la tête en signe d'approbation de la remarque selon laquelle le seuil de remplacement « n'a rien de magique ». Mais, quelques phrases plus loin, on peut lire que « l'idéal de limitation à deux enfants semble prédominant ». Il semble que l'humanité ait un besoin profondément enraciné des « nombres magiques ». Nous ne pouvons même pas quitter le paragraphe sans revenir vers l'un de ces nombres magiques.

Cela devrait nous donner à réfléchir. L'humanité existe depuis environ 1 million d'années. Avant l'entrée en scène de cette transition démographique qui cherche à s'imposer, combien d'enfants la famille humaine avait-elle communément? Deux environ — survivant jusqu'à l'âge de la procréation. Il est tout à fait vrai que 2,1 enfants par femme n'est pas « câblé » dans la constitution humaine. *Mais la famille à deux enfants pourrait bien l'être*. Et nous en arrivons à l'argument d'Alaka Basu au sujet de l'importance de la distinction, du point de vue de la dimension de la famille, entre les femmes qui deviennent mères et celles qui sont célibataires et sans enfants. Les mesures par parité pourraient être le meilleur moyen de déterminer où s'arrêtera la baisse de la fécondité. Malheureusement, nous ne disposons pas des données nécessaires pour beaucoup de pays à taux de fécondité faible. Le paradoxe veut que nous ayons, à cette fin, de meilleures données pour l'Iran que pour le Royaume-Uni.

Pour finir, revenons à la vision de la fin de l'histoire démographique dans les pays à taux de fécondité intermédiaire qui est celle de la Division de la population, exposée lors de la première séance de cette réunion. Elle attend votre contribution. Avons-nous donné satisfaction? La première conclusion est qu'il est possible, pour beaucoup de pays à taux de fécondité intermédiaire, de descendre au-dessous de 2,1 enfants par femme. La deuxième, c'est que l'on devrait se concentrer moins sur les niveaux visés et davantage sur la façon dont on les atteint. Et la troisième est qu'il serait bon de rapprocher les projections concernant l'évolution de la fécondité des projections concernant ses déterminants immédiats. Enfin, on notera que les projections de la Division de la population ne prendront pas fin avec la *Révision de 2002*. Nous nous trouvons engagés dans un processus qui se poursuivra à travers bien des révisions ultérieures.

Conclusion

M. Chamie a demandé à l'auteur du discours-programme, M. John Caldwell, professeur à l'Australian National University, de fournir quelques réflexions supplémentaires sur la réunion. M. Caldwell a commencé par rendre hommage à la Division de la population pour l'ensemble de son œuvre. Les projections démographiques qu'elle a établies dans les années 40 et 50 ont changé le monde, mais elles ne se voulaient pas « alarmistes ». Le premier principe de la Division de la population doit toujours être de s'en tenir à la vérité et de garantir l'intégrité scientifique de ses projections. Si elle l'oubliait, ce serait la fin de tout. Le second principe est qu'elle doit fournir une information. La véritable contribution de la Division de la population à l'action est de *faire connaître ses projections*. Il a émis l'idée qu'elle devrait peut-être établir d'autres types de rapports, des rapports qui exposeraient certaines des répercussions des projections chiffrées volumineuses et très détaillées qui figurent dans les *Perspectives démographiques mondiales*.

M. Caldwell a ajouté que les projections à long terme infléchissent l'action plus que l'on pourrait le penser. L'écosystème mondial est l'objet d'agressions; ceci est par définition un phénomène à long terme. La population n'est pas le seul aspect important de la situation, mais c'en est un très important. Nous devrions veiller à ne pas trop nous écarter des éléments spécifiques. L'Afrique subsaharienne, par exemple, représente actuellement moins de 10 % de la population mondiale, mais dans les décennies qui viennent, elle pourrait bien en abriter plus de 20 %. Or, cette région est en proie à plus de problèmes tenant à l'économie, à la santé et au développement que n'importe quelle autre grande région du monde. Elle pourrait bien devenir le principal pôle de convergence des activités futures de développement international.

Nous avons, a indiqué M. Caldwell en conclusion, pris nos distances, peut-être trop, vis-à-vis de la vieille notion du lien entre population et développement. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a dit en fait très peu de choses à ce sujet. La Division de la population ne devrait pas sous-estimer son évaluation de l'impact de l'accroissement de la population sur le développement.

Clôture de la réunion

M. Chamie a pris note avec satisfaction des efforts que le personnel de la Division de la population avait prodigués sans compter pour préparer et appuyer la réunion. Il a demandé aux participants de se joindre à lui pour lui adresser une salve d'applaudissements, à laquelle il a été chaleureusement répondu. Il a ensuite tenu à citer le premier directeur de la Division de la population, Frank Notestein, qui écrivait en février 1947 :

« Nous sommes tous conscients que la noble mission qui revient à l'Organisation des Nations Unies — à savoir l'édification d'un monde pacifique dans lequel tous les peuples vivront une vie plus riche — implique de s'intéresser aux problèmes de population à plus d'un titre. Elle met en jeu l'amélioration de la santé, des aptitudes physiques et mentales et des capacités productives de la population, ainsi que la réalisation d'un meilleur équilibre entre la population et les ressources économiques. Elle peut entraîner des changements au niveau de la répartition de la population d'un bout à l'autre de la Terre. Si nous parvenons à régler ces problèmes mondiaux, les générations suivantes de l'espèce humaine seront en meilleure santé, plus fortes, mieux instruites et plus heureuses. »

En conclusion, M. Chamie a indiqué que ces observations sont aussi valables aujourd'hui qu'elles l'étaient lorsqu'elles ont été consignées par écrit, voilà plus de 50 ans.

Appendice : Résumé des études nationales

ACHEVER LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ : L'EXEMPLE DE L'ARGENTINE

Edith Alejandra Pantelides

Mme Pantelides a donné un aperçu des tendances démographiques passées en Argentine et émis des hypothèses pour l'avenir. Vers la fin du XIX^e siècle, le niveau de fécondité en Argentine se situait aux alentours de sept enfants par femme. La fécondité a commencé à diminuer au début du XX^e siècle, tombant à 3,2 enfants par femme pour la période 1940-1945. La fécondité cumulée n'a pratiquement plus changé pendant les 40 années suivantes. Un lent fléchissement jusqu'à 3,0 enfants par femme pour la période 1965-1970 a été suivie par une forte augmentation, la fécondité passant en effet à 3,4 enfants par femme pendant la période 1975-1980. La baisse de longue durée apparaît avoir repris après 1975, la fécondité tombant à 2,6 enfants par femme pour la période 1995-2000. La transition démographique de l'Argentine avait ceci d'inhabituel que la baisse de la mortalité est intervenue à peu près au même moment que la baisse de la fécondité. On n'a pas relevé d'augmentation marquée et soutenue des taux d'accroissement de la population pendant la période de baisse de la fécondité. On ne dispose pas de données sur la fréquence d'utilisation des contraceptifs au niveau national, mais les enquêtes locales indiquent que le niveau de connaissance de la contraception est très élevé chez les jeunes des deux sexes. L'utilisation de la contraception est probablement très répandue. Une augmentation de la fécondité après 2000 telle que celle que l'on a constatée après 1970 ne semble pas devoir se produire. La situation sociale et économique de l'Argentine évolue rapidement et dans des directions inédites, mais le long mouvement de baisse de la fécondité a créé des normes et des comportements qui présentent une grande force d'inertie. La fécondité va probablement continuer de baisser, mais la persistance de valeurs positives associées à la famille et à la procréation va sans doute maintenir la fécondité au-dessus du seuil de remplacement pendant encore 10 ou 15 ans, comme l'indique la projection de l'ONU établie sur la base de la variante moyenne.

COMBIEN DE TEMPS FAUDRA-T-IL AU BANGLADESH POUR ATTEINDRE LE SEUIL DE REMPLACEMENT ?

Mizanur Rahman et Julie DaVanzo

Au Bangladesh, la fécondité est tombée de plus de 6 enfants par femme au début des années 70 à 3,4 enfants par femme en 1992. Pendant les années 90, toutefois, la baisse pourrait avoir cessé, car les enquêtes de 1995 et de 1998 font toutes deux état d'une fécondité cumulée de 3,3 enfants par femme. La présente étude s'interroge sur la possibilité d'une reprise de la baisse de la fécondité au Bangladesh. Plus précisément, elle cherche à savoir combien de temps il pourrait falloir et quelles conditions devraient

être réunies pour que la fécondité tombe au-dessous du seuil de remplacement. La démarche retenue consiste à déterminer s'il existe dans le pays un groupe quelconque de femmes qui ait déjà atteint le seuil de remplacement. Le calcul des fécondités cumulées pour trois catégories de femmes établies selon le niveau d'instruction et trois catégories de situation économique des ménages à partir des données fournies par le système de surveillance démographique du Matlab montre que les femmes ayant fait des études secondaires avaient une fécondité déficitaire pour la période 1995-1998 dans les trois catégories de situation économique des ménages. Le niveau d'instruction des femmes s'est élevé très rapidement au cours des trois dernières décennies. On a établi une projection concernant le niveau d'instruction futur des femmes en tenant compte de la situation économique des ménages dans la mesure où elle influe sur l'accès à l'éducation. Les fécondités cumulées futures sont calculées à partir de la prévision de distribution du niveau d'instruction, en se fondant sur l'hypothèse selon laquelle l'évolution de la composition des catégories de femmes selon le niveau d'instruction est le seul facteur influant sur la fécondité. Il ressort de ce calcul que la fécondité au Bangladesh tomberait à environ 2 enfants par femme d'ici à 2025, ce qui concorde avec la projection de l'ONU établie sur la base de la variante moyenne pour le Bangladesh figurant dans la *Révision de 2000*. Étant donné que la fécondité pourra être influencée par d'autres facteurs, notamment l'amélioration de la prestation de services de planification familiale et l'évolution rapide de la situation socioéconomique, cette projection pourrait être minimale.

QUE VA-T-IL ADVENIR DE LA FÉCONDITÉ BRÉSILIENNE ?

Ana Maria Goldani

Malgré l'absence d'une politique officielle de planification familiale, la fécondité est tombée au Brésil de plus de 6 enfants par femme au début des années 60 à 2,2 enfants par femme en 2000. Cette baisse a correspondu à une progression de la stérilisation parmi les jeunes femmes mariées, qui est passée de presque 0 % à 39 % en 1996. En dépit de l'action entreprise par le mouvement des femmes et d'essais d'initiatives en matière de services publics de planification familiale, les Brésiliennes des années 90 sont restées condamnées à faire un choix grave : soit elles se faisaient stériliser, soit elles couraient le risque d'une grossesse non désirée qu'elles devraient soit assumer jusqu'au bout, soit interrompre de façon clandestine. Une enquête réalisée par l'auteur auprès de démographes brésiliens a établi qu'ils s'attendaient à voir la fécondité descendre au-dessous du seuil de remplacement au cours de la prochaine décennie, mais qu'ils s'opposaient sur le rythme de la baisse, sur la question de savoir jusqu'où la fécondité baisserait et sur les chances d'un retour futur au seuil de remplacement. Cependant, tous les démographes interrogés s'accordaient à penser que la fécondité demeurerait au-dessous du seuil de remplacement pendant les 50 prochaines années. La variante moyenne de la projection de l'ONU pour le Brésil figurant dans la *Révision de 2000* est trop prudente quant à la rapidité de la baisse de la fécondité et indique des fécondités cumulées supérieures aux prévisions des démographes brésiliens. Selon la variante moyenne, le Brésil compterait 247 millions d'habitants en 2050, soit 40 millions d'habitants de plus que la projection de population établie récemment pour le Brésil par le Bureau of the Census des États-Unis. Le niveau futur de la fécondité brésilienne sera influencée par l'offre de services de planification familiale, les politiques publiques concernant les familles et les progrès de l'égalité des sexes. Cette dernière pourrait être le facteur principal permettant d'éviter la pérennisation d'une fécondité déficitaire.

DATE À LAQUELLE L'INDE POURRAIT ATTEINDRE LE SEUIL DE REMPLACEMENT : ANALYSE DE L'ÉVOLUTION RÉCENTE ET PRÉVISIBLE DE LA FÉCONDITÉ

P. N. Mari Bhat

M. Mari Bhat a analysé les niveaux et tendances actuels de la fécondité en Inde, au niveau des États et au niveau national, et a estimé sur cette base la date probable à laquelle l'Inde atteindra le seuil de remplacement. Il ressort de l'analyse des tendances de la fécondité effectuée pour 16 principaux États du pays qu'elles peuvent être ajustées à l'aide d'une courbe de Gompertz. Une opération d'ajustement prenant en considération la possibilité de modification de la complétude du système d'enregistrement dans des zones-échantillons (SRS) a fourni une estimation des paramètres indiquant que le rythme de la baisse de fécondité dans les États du nord n'est pas intrinsèquement inférieur à ce qu'il est dans les États du sud. Dans ces derniers États, la fécondité est inférieure parce que la baisse y a démarré plus tôt et peut-être aussi à partir d'un niveau inférieur. La fécondité indienne est en régression parce que les couples font leur idée d'avoir peu d'enfants, mais de consacrer à leur avenir une plus grande partie des ressources familiales. Pour plus de la moitié, la baisse récente de la fécondité est due au fait que les femmes illettrées ont une famille moins nombreuse. Les femmes illettrées envoient un plus grand nombre de leurs enfants à l'école, en particulier leur fille aînée, qui est ainsi libérée de la charge d'avoir à s'occuper de ses frères et sœurs plus jeunes. Lorsqu'on établit des projections de fécondité en Inde, il faut satisfaire à trois exigences : la fécondité de la période de référence doit être corrigée compte tenu du sous-enregistrement des naissances dans le SRS; on utilisera une courbe en S, telle que la courbe de Gompertz, de préférence à une baisse linéaire; et du fait des importantes variations régionales, les projections concernant les fécondités cumulées doivent être établies au niveau des États et la fécondité cumulée pour l'ensemble du pays établie à partir des moyennes pondérées des valeurs prévues pour les États. Sur la base d'une fécondité cumulée corrigée de 3,4 enfants par femme pour 1997, des estimations du paramètre b de Gompertz, représentant le rythme de la baisse de la fécondité, et d'un seuil de fécondité cumulée de 1,7 enfant par femme, la fécondité cumulée nationale devrait descendre jusqu'à 2,14 enfants par femme pour la période 2016-2020.

L'AVENIR DE LA FÉCONDITÉ HUMAINE EN INDE

Tim Dyson

M. Dyson a analysé la tendance et le niveau de la fécondité en Inde au cours des décennies à venir. Avant d'entrer dans le détail, toutefois, il s'est penché sur deux questions générales. En premier lieu, qu'est-ce qui détermine la baisse de la fécondité? En second lieu, pourquoi certains pays ont-ils une fécondité déficitaire? La réponse à la première question est la *baisse de la mortalité*. En présence d'une chute du taux de mortalité, aucune société ne peut maintenir une fécondité cumulée de cinq ou six naissances par femme pendant plus de quelques décennies. Bien des facteurs sociaux, culturels et économiques influent sur le moment et le rythme de la baisse, mais la cause fondamentale de toutes les transitions de la fécondité est la baisse de la mortalité. La réponse à la seconde question est qu'en raison de la baisse de la mortalité les *femmes commencent à ressembler aux hommes*. Dans des pays à fécondité et à mortalité élevées, les femmes passent leur vie relativement courte surtout à avoir et à élever des enfants. La baisse de la fécondité leur ouvre des perspectives entièrement nouvelles en matière d'instruction et d'emploi. Il leur devient loisible de mener une vie indépendante de celle des hommes.

La fécondité déficitaire est une conséquence directe de la baisse initiale de la fécondité par rapport aux niveaux nécessaires à la survie de populations exposées à une mortalité élevée. Seule une renégociation des rôles dévolus par la société aux deux sexes, à la faveur de laquelle *les hommes commencent à ressembler aux femmes*, notamment en ce qui concerne l'éducation des enfants, semble pouvoir infléchir la tendance de la fécondité à devenir déficitaire.

Lorsqu'on aborde la question de l'avenir de la fécondité en Inde, il importe d'établir des estimations et des projections la concernant au niveau des États et de totaliser les résultats ainsi obtenus pour en tirer des projections nationales. Du fait des écarts importants existant entre les États, les projections nationales basées sur les données nationales font apparaître un rythme de la baisse de la fécondité inférieur aux projections nationales obtenues par totalisation des projections concernant les États basées sur les données obtenues à ce niveau. La fécondité totale est en recul dans presque tous les États de l'Inde. Il est peu probable, quel que soit l'État considéré, que la fécondité cumulée demeure longtemps inchangée à un niveau sensiblement supérieur au seuil de remplacement. Les interventions auxquels pourraient procéder certains États pourraient accélérer cette baisse, mais il est dans l'ensemble préférable de considérer les baisses comme ayant leur dynamique propre. Pour les principaux États du nord tels que le Bihar et l'Uttar Pradesh, il faudra sans doute attendre des décennies avant de pouvoir observer des niveaux durables de fécondité déficitaire, et les niveaux de fécondité dans le nord pourraient rester supérieurs à ce qu'ils sont dans le sud. Selon une projection de la fécondité cumulée nationale établie à partir des projections de la fécondité cumulée au niveau des États, la fécondité devrait descendre à 2,1 enfants par femme au cours de la période 2016-2020.

LES INCERTITUDES DE LA TRANSITION : QUESTIONS POSÉES À PROPOS DE L'AVENIR DE LA FÉCONDITÉ INDONÉSIE

Terence H. Hull

Les tentatives faites pour prévoir la fécondité future en Indonésie sont rendues vaines par la pénurie de données démographiques fiables. La qualité du recensement de population de 2000 s'est ressentie des compressions budgétaires; quant aux plans de décentralisation administrative appliqués en 2001, ils posent des problèmes pour la collecte des données. Néanmoins, les données disponibles indiquent que les principales tendances démographiques se maintiennent. La fréquence d'utilisation des contraceptifs, l'âge au mariage, le niveau d'instruction et la participation des femmes au marché du travail continuent d'augmenter malgré une grave récession économique. Pendant la période 1995-1997, la fécondité était estimée à 2,8 enfants par femme, soit seulement 0,6 enfant par femme au-dessus du seuil de remplacement. Certains observateurs indonésiens redoutent de voir les femmes pauvres « se réfugier dans la procréation » en raison de la crise économique et de la raréfaction des scénarios de rechange. Les pauvres pourraient toutefois écarter cette option, parce qu'ils souhaitent toujours que leurs enfants acquièrent une instruction et voient dans les problèmes économiques des obstacles à surmonter en consacrant davantage de ressources à chaque enfant. La réflexion des Indonésiens pris individuellement a évolué selon des modalités qui impliquent une fécondité modérée à faible, mais la réponse à la question de savoir si la fécondité sera modérée ou faible dépend du contexte où ils vivent. Toute prévision de la fécondité future impose donc de prévoir la société future. C'est ce à quoi s'emploient chaque année les observateurs indonésiens et, pour eux, 2050 semble une distance impossible à se représenter.

ÉVOLUTION RÉCENTE ET AVENIR DE LA FÉCONDITÉ EN RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D'IRAN

Mohammad Jalal Abbasi-Shavazi

M. Abbasi-Shavazi a analysé les politiques de population et les tendances de la fécondité en République islamique d'Iran au cours des trois dernières décennies, proposé des explications possibles de la baisse de la fécondité et émis des hypothèses sur l'évolution future des niveaux de fécondité. En République islamique d'Iran, la fécondité était supérieure à 6 enfants par femme au début des années 80. À la fin des années 90, elle avait atteint le seuil de remplacement (2,26 enfants par femme). Pour donner une explication complète de cette baisse, il importe de tenir compte de sa chronologie et de son caractère systématique. Elle a commencé avant le passage à une politique antinataliste et a été observée dans tous les principaux sous-groupes de population, chez les femmes âgées comme chez les jeunes femmes, en milieu rural comme en milieu urbain, et dans toutes les provinces du pays. Une contribution importante à cet égard a été apportée par le programme de planification familiale mis en application en 1989. En mobilisant divers organismes gouvernementaux et le réseau de communication de masse, le programme est parvenu à diffuser à travers tout le pays des idées concernant la valeur des familles peu nombreuses et les méthodes de limitation des naissances. Le taux d'utilisation des contraceptifs est passé de 37 % en 1976 à 72 % en 2000. Le programme a bénéficié de l'appui des chefs religieux, qui l'ont ainsi légitimé dans l'ensemble de la société. La baisse de la mortalité infantile a également joué un rôle. Le taux de mortalité infantile est tombé de 114 décès de nourrissons pour 1000 naissances vivantes en 1975 à 34 pour 1000 en 1994. La mise en place d'un réseau de santé et son extension aux zones rurales et défavorisées ont joué un rôle déterminant dans la réduction de la mortalité infantile. Les difficultés économiques rapportées aux aspirations matérielles ont très probablement joué elles aussi un rôle important. Le coût de la vie s'est envolé ces dernières années; les jeunes reculent généralement la date de leur mariage en attendant de trouver un emploi salarié. L'augmentation du coût des enfants, et en particulier de leur éducation, est un autre facteur important. On a relevé un comportement procréateur convergent chez les principaux groupes de population, chez les femmes vivant en milieu rural ou urbain, illettrées ou non, pauvres aussi bien que riches.

La fécondité de la République islamique d'Iran va-t-elle remonter dans un avenir proche, plafonner ou baisser encore davantage? Certains pensent que la fin des difficultés économiques ou la disparition des effets de «calendrier» par définition temporaires pourrait empêcher une nouvelle baisse de la fécondité, voire la faire remonter. M. Abbasi-Shavazi s'attend à voir la fécondité baisser encore pendant quelques années. Un écart important subsiste entre la campagne et la ville et il y a toujours plusieurs provinces où la fécondité est très élevée. Si la convergence observée dans le passé se poursuit, la fécondité baissera dans ces provinces et l'écart ville-campagne diminuera. En même temps, la population urbaine s'accroîtra presque à coup sûr. Le niveau d'instruction s'élève rapidement, et les enfants appartenant à toutes les classes sociales, notamment les pauvres, ont accès à l'éducation. Le taux d'emploi des femmes reste faible, mais semble devoir augmenter. Le Gouvernement appuie énergiquement la réduction du nombre des naissances pendant la décennie en cours. La politique de la famille à deux enfants («*Deux, c'est assez*») fait l'objet d'annonces publicitaires, sur les arrêts de bus, dans les lieux publics et les cinémas, et même sur les jouets pour enfants et les boîtes de chocolats. La population et la planification familiale sont une matière obligatoire pour tous les étudiants. Toutes les activités axées sur l'amélioration de la santé valorisent également la planification familiale et la santé en matière de procréation. En bref, tous les principaux facteurs influant sur la fécondité s'orientent dans une direction qui contribuera à faire baisser encore la fécondité, bien que la baisse puisse ne pas être aussi rapide que dans le passé.

LA FÉCONDITÉ EN ISRAËL : LE PASSAGE AU SEUIL DE REMPLACEMENT EST-IL PROCHE ?

Dov Friedlander

En Israël, les schémas de fécondité correspondent à trois principaux groupes ethno-religieux. Le groupe juif non religieux, à racines africaines, américaines, européennes ou moyen-orientales, représentant près de 70 % de la population, avait une fécondité cumulée d'environ 2,1 enfants par femme pendant la période 1995-2000. Les Arabes musulmans (environ 15 % de la population) avaient une fécondité cumulée de quatre enfants par femme pour la même période. La population ultra-orthodoxe et nationale-orthodoxe (entre 12 et 15 % de la population) avait une fécondité cumulée de six ou sept enfants par femme pour cette même période. Il est peu probable que le niveau de fécondité du premier groupe change suffisamment pour avoir un impact appréciable sur la fécondité au niveau national. De l'avis de M. Friedlander, la population musulmane a atteint une sorte d'équilibre entre la dimension de la famille et les perspectives sociales, économiques et politiques. Il découle de cette opinion que le niveau de fécondité ne changera que si s'opère une égalisation des chances entre les populations arabe et juive. Si un tel changement ne se produit pas, il ne faut pas s'attendre à voir la fécondité musulmane diminuer dans un avenir prévisible. L'idéologie religieuse des juifs ultra-orthodoxes est vigoureusement nataliste. La population ultra-orthodoxe bénéficie d'un appui financier direct pour son système éducatif indépendant, de substantielles allocations de famille nombreuse et des logements sociaux assortis d'une subvention généreuse pour les jeunes couples. Il semble très peu probable que cela change. M. Friedlander est donc amené à conclure que la fécondité cumulée nationale d'Israël continuera de se situer dans la fourchette des 2,5 à 3 enfants par femme, sans doute plus près de 3 enfants par femme.

ACHEVER LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ : JORDANIE, LIBAN, RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE

Riad Tabbarah

L'éducation est l'un des plus puissants facteurs de réduction de la fécondité. Le développement de l'éducation dans les trois pays arabes en question au cours des trois dernières décennies a été impressionnant, mais on n'est pas encore parvenu à éliminer l'analphabétisme et le niveau d'instruction doit encore être relevé. L'instruction des femmes, en particulier, a fait de remarquables progrès mais, sauf dans le cas du Liban, des différences importantes subsistent entre les sexes, tous âges confondus. Ces faits autorisent à penser que la baisse de la fécondité apparue au cours des dernières décennies va probablement encore se poursuivre pendant un certain temps. La mondialisation, autre facteur important, s'est développée et l'on peut s'attendre à la voir encore gagner du terrain à l'avenir. Les moyens modernes de communication l'aident à se répandre progressivement dans les régions les plus reculées des trois pays. Toutefois, les avantages économiques de la mondialisation n'ont pas été aussi prononcés que son impact social et culturel, et cela aussi semble devoir continuer à l'avenir, avivant encore l'impression d'une insuffisance de revenus. Parmi les autres facteurs importants, on peut citer l'accroissement du nombre de femmes célibataires et des taux de divortialité. La poursuite de la « modernisation » et de la mondialisation semble devoir favoriser ces tendances, si bien que la fécondité cumulée baissera même si la fécondité légitime se maintient au même niveau. Au vu de tous ces facteurs, on peut considérer comme une quasi-certitude que la fécondité dans ces trois pays continuera de baisser dans un avenir prévisible. Plus difficile est la question de savoir jusqu'où elle baissera. L'idéal des deux enfants par famille semble l'emporter chez les personnes instruites des trois pays; nous pouvons donc présumer que c'est le niveau auquel s'établira la fécondité légitime. Si

l'on part du principe que la fécondité cumulée sera de 20 à 30 % inférieure à la fécondité légitime, la fécondité cumulée finira par s'établir à une valeur comprise entre 1,4 et 1,6 enfant par femme. C'est un niveau très voisin de celui de certains pays européens.

LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ AU KENYA : À QUEL NIVEAU LA FÉCONDITÉ VA-T-ELLE SE STABILISER ?

John Blacker

À la fin des années 70, la fécondité cumulée au Kenya était d'environ huit enfants par femme. Auparavant, elle n'avait cessé d'augmenter. Vers la fin des années 70 ou le début des années 80, un changement brutal et spectaculaire s'est produit : la fécondité a commencé à baisser avec une rapidité imprévue. C'est devenu manifeste pour la première fois avec l'enquête démographique et sanitaire (EDS) réalisée en 1989, laquelle a donné une fécondité cumulée de 6,7 naissances par femme pour la période de cinq ans ayant précédé l'enquête, soit plus d'un enfant par femme de moins que le niveau observé au début des années 80. L'EDS de 1993 et celle de 1998 ont donné des fécondités cumulées de 5,4 et de 4,7 enfants par femme, respectivement, dans les deux cas pour la période de trois ans ayant précédé l'enquête. Pris au pied de la lettre, ces chiffres indiquent que la fécondité a commencé à baisser, mais que le rythme de la baisse se ralentissait, passant de 0,34 naissance par femme et par an entre 1989 et 1993 à 0,14 naissance par femme et par an entre 1993 et 1998.

S'agissant des déterminants immédiats de cette baisse, la plus grande partie de celle-ci peut être attribuée à l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs. La proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans actuellement mariées et utilisant une méthode moderne de contraception est passée de 10 % au moment de l'enquête sur la fréquence d'utilisation des contraceptifs réalisée au Kenya (KCPS) en 1984 à 18 % au moment de l'EDS de 1989. L'analyse des autres déterminants immédiats permet de conclure que les réductions ultérieures de la fécondité découleront pour l'essentiel de l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs. Cela dit, les autres facteurs déterminants immédiats pourraient être affectés par l'épidémie de VIH/sida. Pour ce qui est de la notion un peu floue de dimension idéale de la famille, cette dimension a diminué parallèlement à la baisse de la fécondité : de 5,8 enfants par femme d'après la KCPS de 1984, elle est descendue à 4,4 et 3,7 enfants par femme, respectivement, lors de l'EDS de 1989 et de celle de 1993. L'EDS de 1998 indique que la dimension idéale de la famille a cessé de baisser et s'est stabilisée à 3,8 enfants par femme. Semble ainsi écartée l'éventualité de voir la fécondité au Kenya se stabiliser à moins de trois enfants par femme pour plusieurs décennies à venir. Quant à savoir si ce chiffre se situe au-dessus ou au-dessous du seuil de remplacement (2,6 enfants par femme pour la période 2000-2005), tout dépend de la progression de l'épidémie de VIH/sida. Si l'espérance de vie à la naissance devait tomber à 45 ans, le seuil de remplacement remonterait à plus 3 enfants par femme.

S'agissant du niveau de fécondité dans un avenir aussi lointain que 2050, M. Blacker a indiqué qu'il était impossible à prévoir en raison de la possibilité d'une dégradation de longue durée de la situation socioéconomique. Le recensement réalisé au Kenya en 1999 a fait apparaître un accroissement de la mortalité, qui n'était pas seulement imputable au sida. L'enseignement scolaire, le logement et les autres équipements collectifs du pays se dégradent. Le niveau de vie est en régression et la pauvreté en augmentation. Si ces tendances devaient se maintenir, il est très difficile d'imaginer que la fécondité puisse descendre jusqu'à 2,1 enfants par femme. Naturellement, il faut espérer que ces tendances s'inverseront. Mais, a indiqué, M. Blacker, comme il lui est impossible de prévoir l'avenir de la société kényenne 50 ou 70 ans à l'avance, il ne peut pas non plus prévoir le niveau qu'aura alors atteint la fécondité.

SUR LES PAS DE L'EUROPE DU SUD : LA FÉCONDITÉ AU MAGHREB

Youssef Courbage

M. Courbage a analysé les niveaux et les tendances de la fécondité dans les cinq pays du Maghreb (Algérie, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc, Mauritanie et Tunisie) et étudié la question des niveaux qui pourront être atteints à l'avenir. La fécondité du Maghreb est descendue de 7,8 à 2,8 enfants par femme en une seule génération; c'est l'une des baisses de fécondité les plus rapides dans le monde. L'augmentation du célibat, le recul de l'âge au mariage et l'extension de l'utilisation des contraceptifs y sont pour quelque chose. C'est également le cas du niveau d'instruction, de l'urbanisation et de la multiplication des emplois non agricoles; il serait toutefois fallacieux d'y voir des éléments moteurs. La pauvreté liée à la crise économique pourrait également avoir contribué à la baisse. La religion et les politiques de population n'ont peut-être pas l'importance que beaucoup leur prêtent. Le contraste est saisissant avec les pays arabes du Moyen-Orient, qui ont enregistré une baisse de la fécondité nettement moins rapide. M. Courbage estime que la situation géopolitique du Maghreb a été un facteur essentiel. L'influence de la culture occidentale y est très forte. À l'exception de la Jamahiriya arabe libyenne, le système éducatif de tous ces pays porte l'empreinte de l'enseignement français. La société dans son ensemble est profondément imprégnée par les médias étrangers. La forte migration à destination de l'Europe a créé des liens et un sentiment d'affinité avec les pays européens. En revanche, les pays arabes de la Méditerranée orientale ont des liens plus étroits avec les pays de la péninsule arabique et du golfe Arabo-Persique. M. Courbage pensait que la fécondité des pays du Maghreb continuerait de baisser, pour finir peut-être par atteindre les niveaux que connaît actuellement l'Europe du Sud. Aujourd'hui, on pourrait avancer que le niveau de fécondité des femmes diplômées de l'enseignement secondaire ou supérieur préfigure le niveau de fécondité futur dans chacun des pays considérés.

LA FÉCONDITÉ AU MEXIQUE : ÉVOLUTION RÉCENTE ET PRÉVISIONS

Rodolfo Tuirán, Virgilio Partida, Elena Zuñiga et Octavio Mojarro

Les auteurs de l'étude ont examiné les niveaux, tendances et écarts de fécondité au Mexique au cours des trois dernières décennies et émis des hypothèses quant à l'avenir de la fécondité au cours des décennies à venir. La fécondité cumulée mexicaine a atteint une pointe de 7,2 enfants par femme au début des années 60. Elle a diminué à un rythme accéléré entre 1964 et la fin des années 70, descendant jusqu'à un peu au-dessous de 5 enfants par femme en 1978. La baisse s'est poursuivie à un rythme ralenti, la fécondité étant ramenée à 2,4 enfants par femme en 2000. Le Mexique s'est doté d'une politique de population qui se propose de faire atteindre à la fécondité le seuil de remplacement d'ici à 2005. Trois scénarios d'évolution future de la fécondité ont été étudiés. Selon le premier, le seuil de remplacement serait atteint en 2005; il le serait respectivement en 2015 et 2025 pour les deux autres. Le premier scénario est le plus conforme aux tendances antérieures. Les deux autres impliquent une brusque rupture avec la logique de la baisse antérieure. Les niveaux et tendances de l'utilisation des contraceptifs, de l'âge au mariage et d'autres facteurs influant sur le niveau de fécondité corroborent le premier scénario. Il reste à déterminer si le comportement procréateur continuera d'évoluer une fois atteint le seuil de remplacement. L'expérience de nombreux pays développés montre que la baisse de la fécondité se poursuit après que le seuil de remplacement a été atteint. Sur les 39 pays en développement qui ont vu se déclencher leur transition en matière de fécondité pendant les années 60, huit ont une fécondité cumulée égale ou inférieure au seuil de remplacement. On prévoit que

la fécondité cumulée mexicaine pourrait avoir atteint 1,7 enfant par femme en 2030 et demeurer à ce niveau jusqu'en 2050.

LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ AU NIGÉRIA : ÉVOLUTION ET PERSPECTIVES

Bamikale J. Feyisetan et Akinrinola Bankole

Les auteurs ont avancé que la transition de la fécondité au Nigéria avait commencé, recensé certains facteurs qui avaient contribué à la baisse et étudié la question de savoir comment la transition allait évoluer à l'avenir. Les estimations de la fécondité cumulée concernant le Nigéria présentent bien des anomalies, mais les données dont on dispose montrent que la baisse de la fécondité a commencé vers le milieu des années 80 : d'environ 7 enfants par femme à cette époque, elle est tombée à 5,2 enfants par femme pour la période 1995-1999. On a traité la question des perspectives d'une baisse future de la fécondité en analysant deux séries de projections de fécondité récentes, établies respectivement en 1997 par la Commission nationale de la population du Nigéria et en 1998 par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU dans le cadre de la *Révision de 1998*. Selon le scénario correspondant à la variante moyenne des projections de la Commission nationale de la population, la fécondité atteint un seuil de remplacement de 2,2 enfants par femme aux alentours de 2050. D'après la variante moyenne de la Révision de 1998 de l'ONU, la fécondité aurait atteint ce niveau en 2040. Les auteurs jugent hautement improbable que la fécondité nigériane diminue aussi rapidement. À leur sens, il serait plus réaliste de s'attendre, pour 2050, à une fécondité cumulée comprise entre 2,6 et 3 enfants par femme. Les éléments confirmant la validité de cette conclusion sont la persistance de niveaux élevés de risques de mortalité infantile et postinfantile, sans que l'on puisse s'attendre à une amélioration appréciable de la situation à l'avenir; l'épidémie de VIH/sida; l'insuffisance de l'appui fourni aux programmes de planification familiale; et les disparités régionales en ce qui concerne la baisse de la fécondité.

LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ AUX PHILIPPINES : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES

Marilou Palabrica-Costello et John Casterline

Les auteurs ont examiné les facteurs (sociaux, économiques, culturels, programmatiques) susceptibles de faciliter ou d'entraver la baisse de la fécondité aux Philippines depuis son niveau actuel jusqu'à une moyenne nationale de deux naissances par femme au cours des prochaines décennies. La fécondité philippine n'a pas cessé de diminuer depuis les années 50, mais la fécondité cumulée était supérieure à 3,5 enfants par femme au milieu des années 90. Les estimations non corrigées de la fécondité cumulée tirées de l'enquête nationale sur la population révèlent un ralentissement du rythme de la baisse entre les années 80 et les années 90, et un rythme plus lent de baisse pendant les années 90 que les estimations figurant dans la *Révision de 2000 des Perspectives démographiques mondiales* de l'ONU. Pour évaluer la probabilité de voir le seuil de remplacement atteint au cours des prochaines décennies, les auteurs ont examiné trois facteurs : la fécondité désirée, la fécondité non désirée et l'évolution des schémas de nuptialité.

D'après l'Enquête démographique et sanitaire nationale (EDSN) réalisée en 1998, le taux de fécondité désirée pour l'ensemble du pays était de 2,7 enfants par femme, soit un taux supérieur de plus de 0,5 enfant au seuil de remplacement. On ne peut exclure purement et simplement l'éventualité de voir la fécondité désirée descendre jusqu'au seuil de remplacement au cours des deux prochaines décennies, mais l'influence qu'exerceront probablement l'économie, les valeurs culturelles et les facteurs institutionnels et outils d'intervention autorise à penser que cela ne semble pas devoir se produire. Il ressort de don-

nées d'enquête que la fécondité non désirée est passée de 16% en 1993 à 18% en 1998. L'avortement provoqué est à la fois illégal et relativement difficile à obtenir aux Philippines, et les auteurs ne s'attendent pas à voir cette situation changer dans un avenir prévisible. L'utilisation des contraceptifs se heurte à d'importants obstacles d'ordre programmatique, social, culturel et économique. Les méthodes traditionnelles sont beaucoup plus employées aux Philippines que dans la plupart des autres pays. Les taux d'abandon des contraceptifs restent élevés et ont augmenté entre 1993 et 1998. Si la fécondité désirée devait rejoindre le seuil de remplacement, les couples seraient exposés à des périodes encore plus longues de risque de grossesses non désirées. S'agissant des schémas de nuptialité, le célibat permanent ne semble pas devoir gagner du terrain au cours des prochaines décennies. L'âge moyen au premier mariage a été relativement stable ces dernières décennies. Un recul de deux ou trois ans est possible, mais rien actuellement ne laisse présager qu'il se produira.

En conclusion, les auteurs ont signalé l'existence de plusieurs facteurs influant sur la future fécondité. La fécondité cumulée des Philippines se situe actuellement aux alentours de 1,5 naissance par femme au-dessus du seuil de remplacement; la fécondité désirée demeure supérieure au seuil de remplacement dans tous les principaux groupes de la population; et la fécondité non désirée est relativement forte. Ces trois facteurs tendent à ralentir le rythme de la baisse de la fécondité. Il se pourrait que l'évolution des schémas de nuptialité aille dans le sens de la baisse de la fécondité, mais rien ne permet d'affirmer que cette évolution est engagée. Les auteurs sont portés à conclure qu'aux Philippines la fécondité ne semble pas devoir diminuer jusqu'au seuil de remplacement au cours des deux prochaines décennies.

LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE DU SUD

Leon Swartz

En Afrique du Sud, la fécondité a commencé à baisser parmi tous les principaux groupes de population avant la fin de l'apartheid. Cette baisse est intervenue malgré l'appauvrissement et l'inégalité de statut des femmes et le refus de leur donner les moyens d'avoir prise sur leur propre vie. Cette situation forme un contraste saisissant avec celle d'autres parties de l'Afrique subsaharienne, où la pauvreté est généralement associée à une fécondité élevée. Leon Swartz examine les facteurs contribuant à la baisse de la fécondité en Afrique du Sud. Pour l'ensemble du pays, la fécondité a été forte et stable entre 1950 et 1970, avec une moyenne de six à sept enfants par femme. En 1999, le niveau de fécondité était de 2,9 enfants par femme. Le gouvernement a commencé à fournir un appui important à la planification familiale dans les années 60 et, en 1974, a lancé le programme national de planification familiale, doté d'un financement approprié. Ce programme a donné des résultats impressionnants et sans précédent en Afrique subsaharienne. En 1983, plus de la moitié des femmes admises au bénéfice de ce programme pratiquaient la contraception. Le programme sud-africain a été conçu et mis en application par un gouvernement blanc minoritaire soucieux de ralentir l'accroissement de la population noire majoritaire, mais beaucoup de femmes noires ont adopté la planification familiale en dépit de la nature du programme. Divers facteurs ont concouru à créer une situation où les femmes devaient assumer la responsabilité principale de l'éducation des enfants sans avoir accès aux ressources productives. Elles ont réagi en régulant leur fécondité, ce non parce qu'elles souhaitaient faire des études ou prendre un emploi, ou pour sacrifier à un mode de vie de nantis, mais au nom d'une stratégie de survie. La fécondité reste très valorisée en Afrique du Sud, comme du reste dans toute l'Afrique subsaharienne. En dépit d'une fécondité relativement faible, les taux élevés de grossesses non désirées et de grossesses d'adolescentes et les immenses besoins non satisfaits en matière de contraception sont de graves sujets de préoccupation. Beaucoup de femmes n'exercent encore aucun contrôle sur leurs choix en matière de procréation.

LES PERSPECTIVES DE BAISSÉ INDÉFINIE DE LA FÉCONDITÉ EN ASIE DU SUD

Alaka Malwade Basu

Il ne faut pas confondre la baisse mondiale de la fécondité, qui représente la baisse de la fécondité dans la majorité ou la totalité des pays du monde, avec la convergence mondiale de la fécondité, à savoir la baisse de la fécondité jusqu'à un niveau commun à la plupart ou à la totalité des pays. La baisse mondiale de la fécondité est engagée, alors que des variations géographiques et culturelles tempéreront la réalisation de la convergence mondiale de la fécondité pendant encore des décennies. Cette affirmation est corroborée à la fois par les écarts de fécondité dans le monde en développement et par les multiples variations des déterminants immédiats de la fécondité, notamment le mariage, l'utilisation des contraceptifs et l'avortement. L'étude de Mme Basu s'est appuyée sur les leçons tirées de ces variations pour soutenir que la fécondité future en Asie du Sud pourrait ne pas descendre jusqu'aux très faibles niveaux observés dans bien des pays développés aujourd'hui.

Les études des déterminants immédiats de la baisse de la fécondité dans les pays en développement établissent généralement une distinction entre le recul de l'âge au mariage et la diminution de la fécondité dans le mariage, mais l'expérience des pays développés montre que l'augmentation de la fréquence du célibat peut être plus déterminante que l'évolution de l'âge au mariage. La fréquence élevée du célibat peut expliquer autant que la faible fécondité des mariages les très faibles taux de fécondité observés dans certains pays développés. En Asie du Sud, il faudra sans doute attendre encore bien des décennies avant de constater une fréquence élevée du célibat. Cela y limitera la baisse future de la fécondité.

Il importe également d'examiner la distribution de la fécondité des mariages selon le nombre d'enfants par famille. Les incidences d'une baisse de la fécondité des mariages qui découlent d'une baisse de la proportion des familles nombreuses peuvent être très différentes des incidences d'une baisse liée à une augmentation de la proportion de couples sans enfants. L'expérience des États-Unis et des pays européens montre que, pour se maintenir, la fécondité déficitaire requiert un taux relativement élevé d'absence d'enfants dans le mariage. À en juger par les impératifs culturels en vigueur en Asie du Sud, il est hautement improbable que l'on assiste à une augmentation appréciable de l'absence d'enfants voulue dans le mariage. La mutation idéologique qui accompagne le passage d'une famille nombreuse à une famille peu nombreuse est compatible avec les normes régissant actuellement la vie familiale. Le passage d'une famille peu nombreuse à l'absence d'enfants voulue ne l'est pas : il requerrait une mutation normative en contradiction avec les trajectoires actuelles du développement, de l'éducation et de la modernisation.

S'agissant du rythme de la baisse de la fécondité, il n'a pas à être uniforme tout au long de la transition. Il peut exister des périodes où la baisse se ralentit ou cesse tandis que certains facteurs ou certaines conditions de base « regagnent du terrain ». Dans le cas de l'Inde, par exemple, les femmes peuvent être parfaitement disposées à avoir moins de quatre ou cinq enfants, dès l'instant que la mortalité infantile et postinfantile baisse et que les services de contraception sont mis à leur disposition, mais peu soucieuses de renoncer au fils ou plutôt aux deux fils qu'elles considèrent comme indispensables pour des raisons économiques, sociales et spirituelles. Il s'ensuit que le niveau de la fécondité en Inde peut se stabiliser pour un temps aux alentours de trois enfants par femme pendant que se développent l'éducation et la modernisation qui favorisent les familles peu nombreuses. Cette idée se trouve corroborée par la récente stagnation de la fécondité au Bangladesh. En conclusion, Mme Basu a appelé l'attention sur le fait que la technologie médicale pourrait permettre de satisfaire aux impératifs de la fécondité patriarcale de l'Asie du Sud même dans un contexte de baisse rapide de la fécondité en rendant possible la naissance d'une majorité de fils.

Annexes

Ordre du jour

Lundi 11 mars 2002	
Matin	I. Ouverture de la Réunion
	II. Discours-programme
Après-midi	III. Problèmes mondiaux ayant un impact sur la transition de la fécondité
Mardi 12 mars 2002	
Matin	IV. Niveaux, tendances et déterminants de la fécondité
Après-midi	V. Politiques et programmes nationaux
Mercredi 13 mars 2002	
Matin	VI. Perspectives de la fécondité
Après-midi	VII. Réflexions de personnalités éminentes
Jeudi 14 mars 2002	
Matin	VIII. Revenons au futur: hypothèses proposées par les Nations Unies
Après-midi	IX. Synthèse du rapporteur
	X. Conclusion
	XI. Clôture de la Réunion

Liste des participants

M. Mohammed Jalal Abbasi-Shavazi
Maître de conférences
Département de démographie
Faculté des sciences sociales
Université de Téhéran, Téhéran, Iran
Tél.: +98 (21) 802 4936
Fax: +98 (21) 801 2524
Courriel: mabbasi@chamran.ut.ac.ir

M. Fred Arnold
ORC Macro
11785 Beltsville Drive
Calverton, MD 20705, États-Unis
Tél.: (301) 572-0938
Fax: (301) 572-0999
Courriel: arnold@macroint.com

M. Akinrinola Bankole
Associé de recherche principal
The Alan Guttmacher Institute
120 Wall Street, 21st Floor
New York, NY 10005, États-Unis
Tél.: (212) 248-1111
Fax: (212) 248-1951
Courriel: abankole@guttmacher.org

Mme Alaka Malwade Basu
Harvard Center for Population and Development
Studies
9 Bow Street,
Cambridge, MA 02138, États-Unis
Tél.: +1 (617) 496-3225

Fax: +1 (617) 495-5418
Courriel: abasu@hsph.harvard.edu

M. Mari Bhat
Institute of Economic Growth
University Enclave
Delhi 110007, Inde
Tél.: +91 (11) 766 7288
Fax: +91 (11) 766 7410
Courriel: mari@ieg.ernet.in

M. John Blacker
Centre for Population Studies
49-51 Bedford Square
London WC1B 3DP, Royaume-Uni
Courriel: john.blacker@lshtm.ac.uk

M. John Bongaarts
Conseil de la population
One Dag Hammarskjöld Plaza 9th Floor
New York, NY 10017, États-Unis
Tél.: (212) 339-0660
Fax: (212) 755-3755
Courriel: jbongaarts@popcouncil.org

M. John Caldwell
Health Transition Centre
National Centre for Epidemiology & Population
Health
Australian National University
Canberra, A.C.T. 0200, Australie
Tél.: 61 2 6249 2305 (d)
Fax: 61 2 6249 7926
Courriel: jack.caldwell@anu.edu.au

M. John Casterline
 Associé principal
 Division de la recherche sur les politiques
 Conseil de la population
 One Dag Hammarskjold Plaza
 New York, NY 10017, États-Unis
 Tél.: (212) 339-0692
 Fax: (212) 755-6052
 Courriel: jcasterline@popcouncil.org

M. John Cleland
 Directeur
 Centre for Population Studies
 London School of Hygiene and Tropical Medicine
 49-51 Bedford Square
 London WC1B 3DP, Royaume-Uni
 Tél.: +44 207 299 4621
 Fax: +44 207 299 4637
 Courriel: john.cleland@lshtm.ac.uk

Mme María Eugenia Cosío-Zavala
 Directrice du CREDAL
 IHEAL
 28, rue Saint-Guillaume
 75007 Paris, France
 Tél.: (33 1) 4439 8672
 Fax: (33 1) 4548 7958
 Courriel: cosio@univ-paris3.fr

M. Youssef Courbage
 Institut national d'études démographiques (INED)
 15, rue Sedaine
 75011 Paris, France
 Tél.: +331 4218 2147
 Fax: +331 4218 2199
 Courriel: courbage@ined.fr

M. Tim Dyson
 Department of Population Studies
 London School of Economics
 Houghton Street
 London WC2A 2AE, Royaume-Uni
 Tél.: +44 207 955 7662
 Fax: 44 207 955 7662
 Courriel: t.dyson@lse.ac.uk

M. Griffith Feeney
 Organisation des Nations Unies
 2 United Nations Plaza
 New York, NY 10017, États-Unis
 Tél.: (212) 963-3203
 Fax: (212) 963-2147
 Courriel: gfeeney@gfeeney.com

M. Jason Finkle
 School of Public Health
 2645 Bedford Rd.
 Ann Arbor, MI 48104, États-Unis
 Tél.: (313) 936-1628
 Fax: (313) 647-0643
 Courriel: jfinkle@umich.edu

M. Tomas Frejka
 3997 Coquina Drive
 Sanibel, FL 33957, États-Unis
 Tél.: 941 395 2534
 Fax: 941 395 2543
 Courriel: tfrejka@aol.com

M. Dov Friedlander
 Department of Population Studies
 Faculty of Social Sciences
 The Hebrew University of Jerusalem
 Mount Scopus Campus
 Jérusalem 91905, Israël
 Tél.: +972 (2) 5883334
 Fax: +972 (2) 5322545
 Courriel: dovfri@vms.huji.ac.il

Mme Ana Maria Goldani
 Professeure invitée
 Department of Sociology and Latin American
 Studies of the University
 of California, Los Angeles (UCLA)
 1362 Woodruff Avenue
 Los Angeles, CA 90024, États-Unis
 Tél.: (310) 825 4572
 Fax: (310) 206 6859
 Courriel: anagold@isop.ucla.edu

M. Jean Pierre Guengant
 Institut de recherche pour le développement
 (IRD-Niamey)
 BP 11416
 Niamey, Niger
 Tél.: +227 (75) 31 15 /75 26 10/75 38 27
 Fax: +227 (75) 28 04 /75 20 54
 Courriel: guengant@ird.ne

M. Carl Haub
 Population Reference Bureau
 1875 Connecticut Avenue, Suite 520
 Washington, D.C. 20009
 États-Unis
 Tél.: 202 939 5415
 Fax: 202-3283937
 Courriel: carlh@prb.org

M. François Héran
 Directeur
 Institut national d'études démographiques (INED)
 Courriel: heran@ined.fr

M. Terence Hull
 Demography Program
 Australian National University
 Canberra, ACT 0200, Australie
 Tél.: (61-2) 6125-0527
 Fax: (61-2) 6125-3031
 Courriel: terry.hull@anu.edu.au

Mme Lin Lean Lim
 Programme pour la promotion de l'égalité entre
 hommes et femmes (GENPROM)
 Bureau international du Travail
 4, route des Morillons
 CH-1211 Genève 22, Suisse
 Tél.: (41-22) 799-7843
 Fax: (41-22) 799-7657
 Courriel: lim@ilo.org

Mme Thérèse Locoh
 Institut national d'études démographiques (INED)
 133, boulevard Davout
 75980 Paris Cédex 20, France
 Tél.: +33 1 5606 2218
 Fax: +33 1 5606 2192
 Courriel: locoh@ined.fr

Mme Marilou Palabrica-Costello
 Associée au programme
 International Programs Division
 Population Council, Manila
 802 Pacific Place
 Pearl Drive, Ortigas Center
 Pasig, Metro Manila,
 Philippines
 Tél.: (632) 687 3307
 Fax: (632) 638-6618
 Courriel: costello@pcmanila.org

Mme Edith Alejandra Pantelides
 CENEP
 Casilla 1457, Correo Central
 (1000) Buenos Aires, Argentine
 Tél.: +54 11 4961 2268/0309
 Fax: +54 11 4961 8195
 Courriel: eap@cenep.org.ar

M. Virgilio Partida
 Rancho Guadalupe 55
 Col. Campestre Coyoacan
 C.P. 04938. Delegacion Coyoacan
 Distrito Federal, Mexique
 Courriel: vpartida@prodigy.net.mx

M. Mizanur Rahman
 Pathfinder International
 Nine Galen St., Suite 217
 Watertown, MA 02472, États-Unis
 Tél.: (617) 924-7200
 Fax: (617) 924-3833
 Courriel: mrahman@pathfind.org

M. John Ross
 Futures Group International
 80 Glastonbury Blvd
 Glastonbury, CT 06033-4409, États-Unis
 Tél.: (860) 633-3501
 Fax: (860) 657-3918
 Courriel: j.ross@tfgi.com

M. Steven Sinding
 Columbia University
 60 Haven Ave.
 New York, NY 10032, États-Unis
 Tél.: (212) 304-5239
 Fax: (212) 305-7024
 Courriel: sws61@columbia.edu

Autres participants

M. Alisson Flavio Barbieri
 Caroline du Nord, États-Unis

Mme Sunita Bose
 New York, États-Unis

Système des Nations Unies

Siège

Division de la population

M. Joseph Chamie
 Directeur

M. Larry Heligman
 Directeur assistant et Chef du Service des études
 démographiques

M. Leon Swartz
 Directeur adjoint
 Intergovernmental HIV/Aids Research
 Collaboration
 Department of Social Development
 Private Bag X901
 Pretoria 0001, République d'Afrique du Sud
 Tél.: 27 (12) 312 7654
 Fax: 27 12 312 7932
 Courriel: leon@welspta.pwv.gov.za

M. Riad Tabbarah
 Directeur,
 Center for Development Studies and Projects
 (MADMA)
 Beyrouth, Liban
 Tél.: (9611) 345 742
 Fax: (9611) 345 742
 Courriel: rtabbarah@aol.com

M. Rodolfo Tuirán
 Angel Urraza 1137
 Col. del Valle
 03100 México, D.F., Mexique
 Tél.: (525) 559-5263
 Fax: (525) 559-7318
 Courriel: tuiran@servidor.unam.mx

M. Ben Wattenberg
 American Enterprise Institute
 1150 17th Street, NW
 Washington, DC 20036, États-Unis
 Courriel: wattenberg@aol.com

M. Peter Way
 Chef
 International Programs Center
 U.S. Census Bureau
 Washington, DC 20233, États-Unis
 Tél.: 301 457 1390
 Fax: 301 457 3034
 Courriel: pway@census.gov

Mme Basia Zaba
 Centre for Population Studies
 London School of Hygiene and Tropical Medicine
 49/51 Bedford Square
 London WC1B 3DP, Royaume-Uni
 Tél.: +44 (0) 207 299 4699
 Fax: +44 (0) 207 299 4637
 Courriel: basia.zaba@lshtm.ac.uk

Mme Sanyu Mojola
 Chicago, États-Unis

M. Maxwell Ndigume Kwenda
 Ohio, États-Unis

Mme Hania Zlotnik
 Chef de la Section des estimations
 et des projections démographiques

Mme Vasantha Kandiah
 Chef de la Section de la fécondité et
 de la planification de la famille

M. Armino Miranda
Conseiller interrégional

Mme Nancy Yu-ping Lin
Spécialiste hors classe des questions de population

M. Thomas Buettner
Spécialiste des questions de population

M. Anatoli Zoubanov
Spécialiste des questions de population

Mme Hanta Rafalimanana
Spécialiste des questions de population

M. Stephen Kisambira
Spécialiste des questions de population

M. Francois Pelletier
Spécialiste des questions de population

Mme Sabine Henning
Spécialiste des questions de population

Mme Karoline Schmid
Spécialiste des questions de population
adjointe de 1^{re} classe

Mme Cheryl Sawyer
Spécialiste des questions de population
adjointe de 1^{re} classe

Mme Marilyn El-Shahawi
Assistante administrative

Mme Maria Delarosa
Assistante d'édition

Division de statistique

M. Hermann Habermann
Directeur

Mme Mary Chamie
Chef du Service des statistiques démographiques
et sociales

Division des politiques sociales et du développement social

Mme Odile Frank
Chef du Service de l'intégration sociale

Commissions régionales

Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes/Centre de démographie d'Amérique latine et des Caraïbes (CEPALC/CELADE)

Mme Susana Schkolnik
Demography Area
Casilla 91, Santiago, Chili
Tél.: 56 2 210 2003
Fax: 56 2 208 0196
Courriel: sschkoln@eclac.cl

M. Jose Miguel Guzman
Population and Development Area
Casilla 91
Santiago
Chili

Commission économique pour l'Europe (CEE)

M. Miroslav Macura
Chef
Groupe des activités relatives à la population
Division de l'analyse économique
Palais des Nations
1211 Genève 10
Suisse
Tél.: ++ 41 22 917 2764
Fax: ++ 41 22 917 0101
Courriel: miroslav.macura@unece.org

Institutions spécialisées, fonds et programmes

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

M. Gareth Jones
Base d'information et statistiques
3 United Nations Plaza, Room H-11F
New York, NY 10017
États-Unis
Courriel: gjones@unicef.org

Fonds des Nations Unies pour la population

M. Richard Leete
 Chef
 Service de la population et du développement
 Division de l'appui technique
 220 East 42nd Street
 New York, NY 10017
 États-Unis
 Tél. : (212) 297-5281
 Fax : (212) 297-4915
 Courriel : leete@unfpa.org

Mme Kourtoum Nacro
 Technicienne
 Service de la population et du développement
 Division de l'appui technique
 220 East 42nd Street
 New York, NY 10017
 États-Unis
 Tél. : (212) 297-5281
 Fax : (212) 297-4915
 Courriel : nacro@unfpa.org

Banque mondiale

M. Eduard Bos
 1818 H Street, N.W.
 Washington, DC 20433
 États-Unis
 Courriel : ebos@worldbank.org

Liste des documents

Cote	Titre/auteur
Documents de base	
UN/POP/CFT/2002/BP/1	Le défi contemporain de la population (John C. Caldwell)
UN/POP/CFT/2002/BP/2	L'impact de la Conférence internationale sur la population et le développement (Jason Finkle)
UN/POP/CFT/2002/BP/3	Le rôle du financement international dans la baisse future de la fécondité parmi les pays à taux de fécondité intermédiaire (Steven W. Sinding)
UN/POP/CFT/2002/BP/4	Examen des changements dans le statut de la femme et l'égalité des sexes en tant que facteurs prédictifs de l'évolution de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire (Maria E. Cosio-Zavala)
UN/POP/CFT/2002/BP/5	L'impact du VIH-1 sur la fécondité en Afrique subsaharienne : causes et conséquences (Simon Gregson, Basia Zaba et Susan-Catherine Hunter)
UN/POP/CFT/2002/BP/6	Niveaux et tendances de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire (Division de la population)
UN/POP/CFT/2002/BP/7	Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest (Thérèse Locoh)
UN/POP/CFT/2002/BP/8	Éducation et tendances futures de la fécondité, en particulier dans les pays en milieu de transition (John Cleland)
UN/POP/CFT/2002/BP/9	Participation des femmes au marché du travail (Lin Lean Lim)
UN/POP/CFT/2002/BP/10	Les déterminants immédiats à l'œuvre pendant la transition de la fécondité (Jean-Pierre Guengant)

UN/POP/CFT/2002/BP/11	Opinions et politiques des gouvernements des pays à taux de fécondité intermédiaire concernant l'accroissement de la population et la fécondité (Division de la population)
UN/POP/CFT/2002/BP/12	Mesures de l'effort des programmes de planification familiale : tendances antérieures et perspectives (John Ross)
UN/POP/CFT/2002/BP/13	L'avenir de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire (Division de la population)
UN/POP/CFT/2002/BP/14	La fin de la transition de la fécondité dans le monde en développement (John Bongaarts)
Études nationales	
UN/POP/CFT/2002/CP/1	Achever la transition en matière de fécondité : l'exemple de l'Argentine (Edith Alejandra Pantelides)
UN/POP/CFT/2002/CP/2	Quand le Bangladesh atteindra-t-il le seuil de remplacement ? (Mizanur Rahman, Julie DaVanzo et Abdur Razzaque)
UN/POP/CFT/2002/CP/3	Que va-t-il advenir de la fécondité brésilienne ? (Ana Maria Goldani)
UN/POP/CFT/2002/CP/5	Date à laquelle l'Inde pourrait atteindre le seuil de remplacement : analyse de l'évolution récente et prévisible de la fécondité (P. N. Mari Bhat)
UN/POP/CFT/2002/CP/6	L'avenir de la fécondité humaine en Inde (Tim Dyson)
UN/POP/CFT/2002/CP/7	Les incertitudes de la transition : questions posées à propos de l'avenir de la fécondité indonésienne (Terry Hull)
UN/POP/CFT/2002/CP/8	Évolution récente et avenir de la fécondité en République islamique d'Iran (Mohammed Jalal Abbasi-Shavazi)
UN/POP/CFT/2002/CP/9	La fécondité en Israël : le passage au seuil de remplacement est-il proche ? (Dov Friedlander)
UN/POP/CFT/2002/CP/10	Achever la transition de la fécondité : Jordanie, Liban, République arabe syrienne (Riad Tabbarah)
UN/POP/CFT/2002/CP/11	La transition de la fécondité au Kenya : à quel niveau la fécondité va-t-elle se stabiliser ? (John Blacker)
UN/POP/CFT/2002/CP/12	Sur les pas de l'Europe du Sud : la fécondité au Maghreb (Youssef Courbage)
UN/POP/CFT/2002/CP/13	La fécondité au Mexique : évolution récente et prévisions (Rodolfo Tuiran, Virgilio Partida, Octavio Mojarro et Elena Zúñiga)
UN/POP/CFT/2002/CP/14	La transition de la fécondité au Nigéria : évolution et perspectives (Bamikale J. Feyisetan et Akinrinola Bankole)
UN/POP/CFT/2002/CP/15	La baisse de la fécondité aux Philippines : situation actuelle et perspectives futures (Marilou Palabrica-Costello et John B. Casterline)
UN/POP/CFT/2002/CP/16	La transition de la fécondité en Afrique du Sud (Leon Swartz)
UN/POP/CFT/2002/CP/17	Les perspectives de baisse indéfinie de la fécondité en Asie du Sud (Alaka Malwade Basu)
Documents d'information	
UN/POP/CFT/2002/INF.1	Ordre du jour
UN/POP/CFT/2002/INF.2	Organisation des travaux
UN/POP/CFT/2002/INF.3	Liste des participants
UN/POP/CFT/2002/INF.4	Liste des documents

DEUXIÈME PARTIE

DOCUMENTS DE BASE

L'avenir de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire

*Division de la population**

RÉSUMÉ

Le présent document fait le point de la transition de la fécondité et des processus qui ont conduit à la baisse quasi universelle de la fécondité obtenue jusqu'ici. L'état des connaissances actuelles, corroborées par l'expérience vécue d'un nombre croissant de pays, donne à penser que l'on peut s'attendre à l'avenir à ce que de longues périodes de fécondité déficitaire deviennent courantes. On propose des directives révisées pour la *Révision de 2002* de l'ONU concernant la projection de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire d'aujourd'hui car on a compris que la fécondité ramenée au seuil de remplacement ne marquait pas nécessairement la fin de l'évolution des populations. Les directives proposées impliquent que, dans le cadre de la variante moyenne, il est prévu que pour 80 % environ de la population mondiale, la fécondité sera ramenée au seuil de remplacement avant 2050.

* Département des affaires économiques et sociales, Secrétariat de l'ONU.

INTRODUCTION

Depuis la fin des années 60, lorsque l'explosion nataliste (baby-boom) qui avait fait grimper les taux de fécondité dans bien des régions du monde développé a cédé rapidement la place à un *baby bust*, une très faible fécondité est observée dans un grand nombre des pays où la transition démographique s'est déclenchée de bonne heure. Ainsi, les taux de fécondité sont-ils restés systématiquement inférieurs à 2,1 enfants par femme pendant au moins 25 ans dans 20 pays d'Europe et au Japon, et, à partir de la période 1995-2000, une fécondité déficitaire a-t-elle été constatée dans 44 pays supplémentaires. Des taux de fécondité aussi faibles sont pour l'essentiel caractéristiques des pays européens, mais ils ne sont pas restés confinés à cette grande région. Plusieurs îles des Caraïbes (Barbade, Cuba, Guadeloupe, Martinique, Porto Rico et Trinité-et-Tobago) ainsi qu'un certain nombre de pays ou régions d'Asie de l'Est et du Sud-Est (Chine, Région administrative spéciale chinoise de Hong Kong, Région administrative spéciale chinoise de Macao, République de Corée, République populaire démocratique de Corée et Singapour) font également partie de ce groupe et ont la particularité d'y être entrés alors que leur fécondité a commencé de diminuer bien après 1950. En d'autres termes, pour ces pays comme pour ceux où la transition s'est déclenchée de bonne heure, la baisse de la fécondité ne s'est pas arrêtée au seuil de remplacement et, dans cette « phase démographique moderne », la fécondité pourrait ne pas revenir inéluctablement au seuil de remplacement dans un avenir prévisible.

Au cours des 50 années pendant lesquelles elle a établi des estimations et des projections concernant la population de tous les pays et régions du monde, la Division de la population du Secrétariat de l'ONU s'est appliquée à prévoir les taux de fécondité futurs des pays à fécondité très faible. Dans la *Révision de 1968* déjà, la variante moyenne de la projection concernant le Japon maintenait ses taux de fécondité légèrement au-dessous du seuil de remplacement pendant une partie de la période de projection et, dans la *Révision de 1978*, il était prévu que la Chine serait descendue au-dessous du seuil de rem-

placement en 2000. Toutefois, jusqu'à la fin des années 80, lorsque les projections étaient établies sur la base d'un horizon temporel ne dépassant pas 2025, le nombre de pays dont il était prévu que la fécondité serait ou resterait inférieure au seuil de remplacement pendant une bonne partie de la période de projection était réduit. Dans les années 90, à mesure qu'augmentait le nombre des pays à taux de fécondité très faible, il est devenu nécessaire de leur appliquer un traitement plus systématique. Afin d'examiner les directives relatives à la prévision de la fécondité dans les pays à fécondité déficitaire, la Division de la population a convoqué en 1997 une réunion d'experts pour analyser les causes des changements observés et les perspectives de maintien de la fécondité déficitaire à long terme. Les hypothèses inspirant la *Révision de 1998* ont été les premières à rendre compte des débats de cette réunion et des conclusions auxquelles elle était parvenue.

En 2001, une réunion d'experts du même type a été convoquée pour analyser l'évolution de la fécondité dans les pays où soit cette dernière n'avait pas encore commencé à baisser, soit la baisse en était à ses débuts. L'importance de ces pays a été mise en relief par les résultats de la *Révision de 2000*, laquelle prévoyait que leur fécondité baisserait plus lentement que dans le cas de la *Révision de 1998*. Du fait de ce changement, les pays à taux de fécondité élevé ont grossi d'environ un quart de milliard d'individus la projection de la population mondiale en 2050, en dépit des baisses importantes de la fécondité prévues dans le cadre de la variante moyenne. Si ces baisses de fécondité avaient été encore différées ou moins importantes que prévu, l'accroissement de la population aurait été encore plus marqué.

Enfin, un autre aspect qui mérite examen est l'analyse de l'évolution de la baisse de la fécondité jusqu'à des niveaux inférieurs au seuil de remplacement dans les nombreux pays où la transition en matière de fécondité est déjà bien avancée. Si, emboîtant le pas à leurs homologues européens, la plupart de ces pays devaient atteindre un niveau de fécondité déficitaire à mesure qu'ils achèvent leur transition à une fécondité faible et se maintenir à ce niveau pendant une longue période, le croît démographique et le rythme du vieillissement de leur population en seraient tous deux affectés. La présente réunion a donc pour objet d'analyser l'ensemble de facteurs qui semblent intervenir dans le maintien d'une très faible fécondité et d'évaluer l'importance et les conséquences que ces facteurs pourraient avoir pour les pays qui n'ont pas achevé la transition d'un taux de fécondité élevé à un taux de fécondité faible, et dont la plupart ont atteint des niveaux de fécondité intermédiaires. Cette évaluation a pour but de fournir des indications pour la formulation d'hypothèses spécifiques concernant les futurs niveaux de fécondité dans ces pays. Le présent document propose une approche générale de la formulation d'hypothèses concernant les projections et énonce des propositions concrètes concernant l'évolution de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire.

Les problèmes

La prévalence de longue durée d'une fécondité déficitaire finit par entraîner des réductions pures et simples de l'effectif de la population à moins que la migration nette soit elle aussi durable et suffisamment importante pour contrebalancer la diminution du nombre des naissances. De plus, en l'absence de migration, plus le niveau de fécondité atteint et maintenu est faible, plus le rythme de vieillissement de la population est rapide, et lorsqu'une population parvient à un stade avancé de son vieillissement et que la baisse de la proportion des personnes en âge de procréer devient régulière, le retour de la fécondité à des niveaux supérieurs au seuil de remplacement n'arrêtera pas immédiatement la réduction de l'effectif général de la population. En d'autres termes, de même qu'un régime de fécondité élevée de longue durée produit une population qui ne cesse de s'accroître pendant au moins une génération après l'apparition de la fécondité déficitaire, de longues périodes de fécondité déficitaire créent une population dont la dynamique de la procréation a une tendance intrinsèque à faire baisser l'effectif. En bref, ni les niveaux soutenus de fécondité au-dessus du seuil de remplacement, ni les niveaux inférieurs à ce seuil ne

débouchent sur un état d'équilibre du point de vue du croît démographique. Ce principe fondamental de la dynamique de la population a explicitement ou implicitement guidé la réflexion des démographes en général et au sein de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU en particulier sur les tendances de longue durée de la fécondité.

Notre connaissance de la dynamique des populations à travers l'histoire de l'humanité est insuffisante, mais il ne fait aucun doute que les tendances observées au XX^e siècle ont été tout à fait spécifiques. Jamais auparavant la population mondiale ne s'était accrue aussi rapidement et pendant une aussi longue période qu'au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Et jamais auparavant la réduction mondiale du taux d'accroissement n'avait été réalisée grâce à la baisse durable et de plus en plus répandue de la fécondité parmi les populations du monde. Dans les années 50, lorsqu'on a commencé d'évaluer de façon systématique la dynamique de la population dans le monde en développement, les démographes insistaient sur le caractère intenable d'un accroissement de longue durée et rapide de la population. L'intérêt des projections démographiques était d'attirer l'attention sur les problèmes qui ne manqueraient pas de surgir. On peut juger remarquable que la Division de la population du Secrétariat de l'ONU ait prévu au début des années 60 qu'en 2000 la population mondiale compterait près de 6,1 milliards d'individus (variante moyenne), chiffre très voisin de l'estimation figurant dans la *Révision de 2000*. Même à la fin des années 50 et au début des années 60, alors que l'on ne disposait pas de données permettant de conclure que des baisses de la fécondité allaient se produire, ces projections découlaient d'hypothèses qui avaient prévu d'importantes réductions de la fécondité dans presque toutes les régions. Le fait que ces réductions ne pouvaient pas, à terme, ne pas déboucher sur un état d'équilibre approximatif des naissances et des décès était un postulat indéniable, même s'il n'était peut-être pas formulé explicitement, qui a inspiré les hypothèses retenues.

Aujourd'hui que nous disposons de données qui ne nous permettent pas de douter que la baisse de la fécondité a commencé dans la quasi-totalité des pays du monde, l'analyse s'est recentrée sur « la fin de la croissance de la population », expression de plus en plus utilisée pour évoquer la baisse de l'effectif de la population¹. Les résultats des projections de l'état de la population sont interprétés comme un signe de l'inéluctabilité de nouvelles baisses de la fécondité dans chaque population et l'on n'accorde pas toute l'attention voulue au fait que, même si ces baisses de la fécondité se matérialisent comme prévu, la population mondiale continuera de s'accroître jusqu'à des niveaux jamais atteints et, surtout peut-être, que l'essentiel du croît démographique attendu sera concentré dans certaines régions, prolongeant ainsi l'hétérogénéité de la dynamique de la population aux niveaux régional, national et infranational pendant encore des décennies.

C'est dans ce contexte que se pose la principale question dont cette réunion a à traiter : la réalisation de l'état d'équilibre de la dynamique de la population au cours des cinquante prochaines années doit-elle être la norme la plus réaliste assignée aux projections concernant les pays qui sont très avancés dans la transition vers la fécondité faible ? Ou si, comme il découle de l'expérience des pays développés, les baisses de fécondité effectives n'ont que faire de l'état d'équilibre et produisent très souvent des niveaux très inférieurs à ceux nécessaires pour l'atteindre, quel(s) niveau(x) de fécondité inférieur(s) au seuil de remplacement devrai(en)t-il(s) être prévu(s) pour l'avenir et en combien de temps devrai(en)t-il(s) être atteint(s) ?

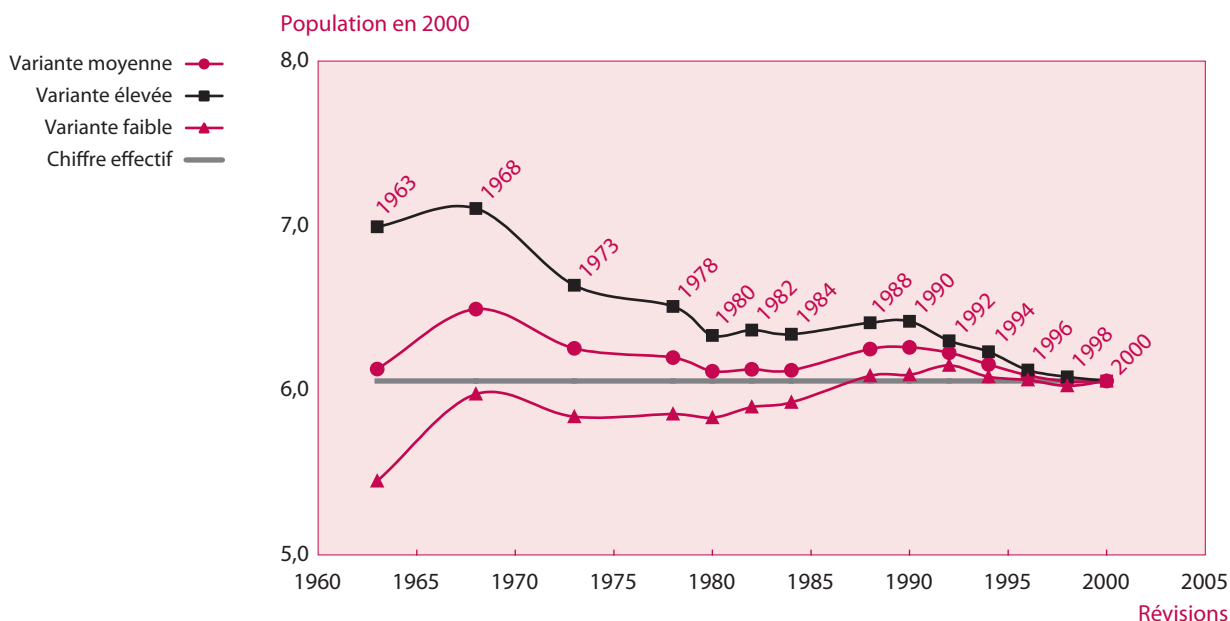
Pour répondre à ces questions essentielles, il sera bon de garder à l'esprit les incidences de différentes erreurs. Étant donné que nul n'a la plupart du temps la moindre chance de prévoir l'avenir avec exactitude, des erreurs ne peuvent pas manquer de se produire. Si, pour un pays donné, les niveaux de fécondité prévus à long terme s'avèrent supérieurs aux niveaux effectifs enregistrés par le pays en question, celui-ci comptera en dernière analyse moins d'habitants et aura une population plus âgée que prévu mais, toutes choses étant égales par ailleurs, aura sans doute davantage de ressources par habitant que si sa population était plus importante. Si, au contraire, le niveau de fécondité prévu à long terme s'avère inférieur au niveau effectif, il faudra satisfaire aux besoins d'un nombre plus important d'individus que prévu. Aux niveaux régional ou mondial, la prédominance de

¹ En réalité, la possibilité de la fin de la croissance de la population et de la population décroissante a été envisagée par beaucoup d'auteurs au fil des ans. Dans les années 30, Spengler (1930) et Stuart (1939) ont écrit des articles intitulés « Lorsque la population cesse de croître » et « La population diminue », respectivement. En 1970, Kingsley Davis (1970) a analysé les chances de la fin de la croissance de la population dans un article intitulé « Le point d'orgue de la croissance de la population : perspectives passées et futures ». Dans les années 80, Ben Wattenberg a forgé l'expression « birth dearth » (« manque à naître ») et publié un livre portant ce titre, qui avait pour thème les perspectives démographiques des pays à taux de fécondité inférieur au seuil de remplacement (Wattenberg, 1987). Plus récemment, Lutz, Sanderson et Scherbov ont attiré l'attention sur la question dans un article intitulé « La fin de la croissance de la population », dans lequel ils indiquaient que « la croissance [de la population humaine] semble devoir toucher à sa fin dans un avenir prévisible » (Lutz, Sanderson et Scherbov, 2001, p. 543).

l'erreur du premier type se traduira par une population plus nombreuse que l'effectif réel et l'inverse sera vrai si l'erreur du second type prédomine. Dans l'histoire des projections démographiques de la Division de la population, une évaluation a posteriori indique que c'est le premier type d'erreur qui a généralement prédominé. Ainsi que l'ont déjà fait remarquer plusieurs commentateurs, la variante moyenne a généralement produit des populations plus nombreuses que l'effectif réellement atteint au niveau mondial (figure 1). Naturellement, cette tendance générale a été la résultante de décisions prises indépendamment au niveau national, auquel, en particulier dans un contexte de baisses sans précédent de la fécondité, les analystes ont en moyenne sous-estimé le taux effectif de diminution. En particulier, parce qu'il est difficile de prévoir le début des baisses de fécondité dans des pays où la fécondité n'a encore donné aucun signe de changement, les projections ont généralement manqué le point d'inflexion. Ainsi, même si au début des années 70, les projections de population établies par l'ONU étaient déjà fondées sur l'hypothèse selon laquelle des baisses de fécondité se produiraient à un moment ou à un autre dans toutes les régions, la date de ces réductions était incertaine et n'était pas nécessairement prévue avec exactitude pour chaque pays. Il s'est avéré que la *Révision de 1973* avait eu raison d'estimer que la dernière région à observer des baisses sensibles de la fécondité serait l'Afrique, où il était prévu que la baisse de la fécondité commencerait vers la fin des années 80, et que les mauvaises perspectives socioéconomiques seraient généralement associées à de lentes baisses de la fécondité, comme en témoignait l'expérience de l'ensemble du groupe des pays les moins avancés, en dépit d'exceptions importantes qui se sont produites parmi eux.

La question posée aujourd'hui présente des difficultés analogues. Même s'il est établi avec un degré raisonnable de certitude que la plupart des pays dont la fécondité est encore très supérieure au seuil de remplacement ont une grande chance d'enregistrer de longues périodes de fécondité déficitaire à l'avenir, le niveau de fécondité déficitaire que chacun d'eux atteindrait, la période pendant laquelle ce niveau serait atteint et la période pendant laquelle cette fécondité déficitaire serait observée sont incertains et difficiles à prévoir. L'expérience des pays ayant actuellement un taux de fécondité faible est diverse. Dans la période 1995-2000, leurs niveaux de fécondité totale s'échelonnaient de 1,12 enfant par femme à 2,06 enfants par femme, avec une moyenne de 1,57 enfant par femme (tableau 1). Toutefois, dans le cas des pays où la fécondité est restée déficitaire pendant plus de cinq ans, la

Figure 1
Population en 2000 selon différentes Révisions



valeur de 1995-2000 a généralement été la valeur minimale atteinte. Mais si l'on considérait le taux moyen de fécondité maintenu pendant la période au cours de laquelle chaque pays à taux de fécondité faible a enregistré une fécondité déficitaire, ce niveau moyen oscillait entre une valeur minimale de 1,38 enfant par femme et une valeur maximale de 2,08 enfants par femme, avec une moyenne de 1,76 enfant par femme. Un examen plus poussé des tendances observées depuis 1950 dans les pays à taux de fécondité faible indique qu'un grand nombre d'entre eux se trouvaient déjà, pendant la période 1950-1955, aux derniers stades de la transition à la fécondité faible, ayant atteint des niveaux de fécondité totale inférieurs à 3 enfants par femme. Comme la majorité des pays à taux de fécondité intermédiaire d'aujourd'hui ont encore des niveaux de fécondité supérieurs à 3 enfants par femme et que le groupe des pays à taux de fécondité faible dont la fécondité totale pendant la période 1950-1955 était supérieure à 3 enfants par femme inclut la plupart des pays en développement qui ont déjà vu leur fécondité descendre au-dessous du seuil de remplacement, il est utile de comparer les niveaux récents de fécondité de ces derniers et ceux de tous les pays à taux de fécondité faible. S'agissant des niveaux de fécondité totale pour la période 1995-2000, le groupe des pays à taux de fécondité faible qui avaient un taux de fécondité élevé entre 1950 et 1955 avaient une fécondité totale moyenne légèrement supérieure à celle de tous les pays à taux de fécondité faible (1,71 enfant par femme contre 1,57 enfant par femme). En outre, en ce qui concerne les niveaux moyens de fécondité totale enregistrés dans des conditions de fécondité déficitaire, les pays à taux de fécondité faible qui avaient des taux de fécondité élevés pendant la période 1950-1955 ont une moyenne supérieure à celle de l'ensemble des pays à taux de fécondité faible (1,81 enfant par femme au lieu de 1,76 enfant par femme). En se fondant sur ces comparaisons et en présumant que l'expérience passée des pays à taux de fécondité faible peut fournir des indications sur les niveaux moyens futurs de fécondité déficitaire que les pays à taux de fécondité intermédiaire d'aujourd'hui pourraient atteindre et conserver à l'avenir, on peut considérer comme un point de départ réaliste une valeur arrondie d'environ 1,8 enfant par femme.

S'agissant des deux autres questions que pose la projection concernant le niveau de fécondité inférieur au seuil de remplacement dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, à savoir le moment de la transition à une fécondité déficitaire et la période pendant laquelle cette fécondité déficitaire serait observée, les données de l'expérience antérieure ne sont pas d'un grand secours. Plusieurs des pays à taux de fécondité faible d'aujourd'hui ont connu dans le premier tiers du XX^e siècle une période relativement longue de fécon-

Tableau 1
Indicateurs de la distribution de certains groupes de pays à taux de fécondité faible^a
en fonction de la fécondité totale (FT)

	Taux de fécondité totale en 1995-2000	Taux moyen de FT maintenu au cours de la période de fécondité déficitaire avant 2000	Projection à l'horizon 2045-2050 (variante moyenne)
Ensemble des pays à taux de fécondité faible			
Minimal	1,12	1,38	1,61
Quartile inférieur	1,34	1,65	1,82
Médian	1,55	1,74	1,90
Quartile supérieur	1,77	1,86	1,97
Maximal	2,06	2,08	2,10
Moyen	1,57	1,76	1,88
Pays à FT > 3 entre 1950 et 1955			
Minimal	1,15	1,38	—
Quartile inférieur	1,52	1,69	—
Médian	1,76	1,83	—
Quartile supérieur	1,96	1,96	—
Maximal	2,06	2,08	—
Moyen	1,71	1,81	—

^a Il s'agit des pays à fécondité déficitaire entre 1995 et 2000.

dité déficitaire mais, pour la plupart d'entre eux, la fécondité est remontée à des niveaux très supérieurs au seuil de remplacement pendant les années 40, 50, voire une partie des années 60. Dans la plupart des pays à taux de fécondité faible ayant enregistré des taux de fécondité très faibles dans les années 20 et 30, cette transition précoce à la fécondité déficitaire n'a pas été brusque, mais a plutôt représenté le prolongement de tendances à la baisse de longue durée (Teitelbaum et Winter, 1985). En revanche, pour les pays en développement qui ont atteint des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement après 1950, la transition à une fécondité déficitaire a été moins prolongée. Il y a donc des raisons de s'attendre à ce que si les pays à taux de fécondité intermédiaire passent à une fécondité déficitaire, ils le fassent relativement vite, c'est-à-dire sans se maintenir pendant longtemps à des niveaux de fécondité faibles mais supérieurs au seuil de remplacement.

Il y a toutefois des exemples de pays en développement où la transition à une fécondité faible a eu lieu assez tôt, mais dont les niveaux de fécondité ne sont pas encore descendus même jusqu'au seuil de remplacement. L'Argentine et l'Uruguay sont dans ce cas. Dans ces deux pays, à environ 3 enfants par femme, la fécondité totale était déjà faible, par comparaison avec les niveaux mondiaux, pendant la période 1950-1955, mais elle est demeurée systématiquement au-dessus de 2,1 enfants par femme pendant les 45 années suivantes : elle était de 2,6 enfants par femme en Argentine et de 2,4 en Uruguay pendant la période 1995-2000. Ni une forte inflation, les récessions, la guerre, des niveaux d'instruction élevés ni des taux relativement élevés de participation des femmes au marché du travail n'ont débouché sur des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement en Argentine. Les données dont nous disposons actuellement ne nous permettent pas de répondre facilement à la question de savoir si les deux pays continueront à l'avenir d'enregistrer des tendances de fécondité aussi exceptionnelles et si ces dernières représentent un type d'évolution appelé à se répéter dans d'autres pays, en particulier en Amérique latine.

Enfin, en ce qui concerne la durée de la fécondité déficitaire, les données d'expérience ne sont pas concluantes. Comme nous l'avons déjà indiqué, le baby-boom de 1945-1960 a interrompu la période de fécondité déficitaire pour beaucoup de pays développés et rien ne garantit que l'avenir ne nous réserve pas, dans d'autres contextes, des « baby boomlets » (petits baby-booms). En fait, des révisions antérieures des projections de population avaient généralement choisi, au moins à long terme, de faire revenir au seuil de remplacement la fécondité des pays à taux de fécondité faible. Toutefois, à partir de la *Révision de 1998*, le retour au seuil de remplacement pour 2050 n'a plus été considéré comme très vraisemblable et la fécondité totale de la plupart des pays à taux de fécondité faible a été maintenu à un niveau très inférieur à ce seuil jusqu'à la période 2045-2050. Ce changement d'appréciation est l'une des raisons pour lesquelles on s'est demandé si le chiffre de 2,1 était un niveau cible réaliste pour la fécondité totale future dans la plupart des pays en développement. Si l'on s'entend pour adopter un niveau cible inférieur, il serait bon de le maintenir constant jusqu'à la période 2045-2050 car il ne semble pas, au vu des indications dont on dispose aujourd'hui, que l'on puisse prévoir des fluctuations à long terme de la fécondité totale future. De plus, à la différence du cas des pays développés à taux de fécondité faible, il n'existe pas d'informations détaillées sur les tendances de la fécondité pour beaucoup de pays à taux de fécondité intermédiaire. Il en découle que l'absence de données interdit d'analyser la fécondité des cohortes par rapport à la fécondité du moment pour essayer de déterminer, par exemple, si l'ajournement des naissances pourrait ne peser sur les taux de fécondité du moment que temporairement et si un retour aux taux antérieurs serait probable.

En somme, de même que les analystes chargés d'établir les projections de population pendant les années 60 et au début des années 70, leurs homologues d'aujourd'hui ont pour mission de se demander si un deuxième changement inscrit dans la dynamique de la population, lourd de conséquences et pour l'essentiel sans précédent, ne va pas se produire au cours des cinquante prochaines années. La fécondité déficitaire va-t-elle devenir la norme pour la grande majorité des pays du monde avant 2050 ? La période de fécondité déficitaire serait-elle de longue durée dans la plupart des pays ? Tout comme pour nos prédécesseurs, les principaux éléments d'appréciation orientant nos décisions aujourd'hui sont ceux tirés

de l'expérience des pays développés et des quelques pays en développement qui se sont déjà engagés sur la voie de la très faible fécondité. Vu la rapidité des baisses de fécondité déjà enregistrées par la majorité des pays en développement, il semble de moins en moins plausible que leur fécondité finisse par se stabiliser à un niveau très nettement supérieur à la moyenne enregistrée par les pays développés. En dépit de la séduction théorique qu'exerce la fécondité de remplacement, le remplacement n'est pas un objectif intrinsèque des populations réelles, et les écarts à long terme du seuil de remplacement pourraient bien s'avérer être la règle plutôt que l'exception, surtout s'ils demeurent inscrits dans le cadre d'un éventail étroit de valeurs de part et d'autre du seuil de remplacement effectif.

Indications théoriques

Conscients de l'importance cruciale et du caractère inédit des baisses durables de la fécondité se produisant en l'absence de crise, les spécialistes de la population en étudient les causes depuis au moins cinquante ans. Le sujet a inspiré un ensemble de publications dont la diversité ne le cède en rien à la richesse. Cela étant, les évaluations de l'état des connaissances publiées récemment aboutissent à la conclusion que nous sommes encore loin d'avoir identifié avec précision les facteurs qui déclenchent et entretiennent les baisses de fécondité prononcées qui ont eu lieu (Bulatao et Casterline, 2001; Casterline, 2001a). Cleland (2001a), par exemple, juge « incompréhensible » la diversité des circonstances dans lesquelles s'est produite la baisse de la fécondité : elle a eu lieu lorsque la situation économique s'améliorait ou se détériorait; parmi des populations à niveau de vie élevé ou faible; dans des pays ayant des liens étroits avec la culture mondiale de la consommation et dans ceux où ces liens sont ténus; et elle a eu lieu dans le cadre des régimes politiques et des cadres de politique générale les plus divers. Une conjonction de facteurs et de circonstances peut permettre d'expliquer la baisse de fécondité qui a eu lieu dans certains cas, mais pas dans d'autres.

Casterline (2001b) relève que les plus anciennes tentatives d'explication de la baisse de la fécondité la relient aux autres grandes mutations sociales et économiques qui se sont produites au XIX^e siècle et au début du XX^e dans le monde développé, à savoir l'industrialisation et l'urbanisation. Ces mutations ont été considérées comme augmentant le coût de l'éducation des enfants et réduisant les avantages que les enfants représentaient pour les générations plus âgées (Thompson, 1929; Davis, 1945; Notestein 1945 et 1953). On a également pris conscience de l'importance de la baisse de la mortalité comme condition préalable de la baisse de la fécondité (Davis, 1963) et on a avancé que l'évolution de la conception que l'on se faisait de la famille (Ariès, 1962, 1980; Caldwell, 1982) et le recul de la fidélité aux systèmes religieux et éthiques (c'est-à-dire la « laïcisation » croissante des populations) avaient également joué un rôle (Lesthaeghe, 1983).

Toutefois, lorsqu'on a cherché à vérifier la validité de ces idées théoriques, on a constaté qu'elles n'avaient aucune force probante. Dans les années 70, on a démarré deux grands projets d'analyse des facteurs déterminant la baisse de la fécondité, à savoir le Projet européen de Princeton et l'analyse des données de l'Enquête mondiale sur la fécondité (EMF). Les deux projets ont abouti à des conclusions analogues (Casterline, 2001b; Cleland, 2001b). Le Projet européen de Princeton était focalisé sur l'analyse de données démographiques agrégées concernant les provinces d'Europe au cours de la période de leur transition à une fécondité faible, à savoir la période 1880-1930 (Coale et Watkins, 1986). L'étude a conclu que le moment du début des baisses de la fécondité n'était que faiblement lié aux niveaux de modernisation socioéconomique des provinces étudiées, mais lié à n'en pas douter aux clivages linguistiques, ethniques ou religieux. De plus, la diminution de la fécondité des mariages en Europe ne semblait pas alimentée par l'évolution de l'utilité des enfants (Knodel et van de Walle, 1986).

Axée sur les pays en développement, dont beaucoup voyaient se déclencher la transition à une fécondité faible, l'analyse des données de l'EMF a abouti à des conclusions très voisines. Comme pour le projet européen, les facteurs socioéconomiques n'étaient que faiblement liés aux baisses de la fécondité observées. La participation des femmes au marché

du travail, par exemple, n'était pas, dans la plupart des pays, un prédicteur des niveaux de fécondité (Organisation des Nations Unies, 1985), et le passage de modes de production familiaux à des modes non familiaux n'a pas eu l'effet escompté sur la dimension de la famille (Rodriguez et Cleland, 1981). La mise à disposition de nouvelles données et la croissance du nombre des pays enregistrant une baisse de la fécondité n'ont pas modifié ces conclusions. Une étude récente de Bongaarts et Watkins (1996) a examiné les liens entre l'indicateur du développement humain (IDH), le début de la baisse de la fécondité et le rythme ultérieur de cette baisse dans des pays en développement à l'époque contemporaine. Là encore, le lien entre l'IDH et le début de la baisse de la fécondité s'est avéré ténu, car les pays avaient commencé leur transition en matière de fécondité avec des IDH très différents. Cela étant, les pays qui avaient commencé leur transition en ayant atteint un niveau élevé de développement socioéconomique ont maintenu en général un rythme plus rapide de diminution de la fécondité.

Selon Casterline (2001b, p. 2), « face aux conclusions du projet de Princeton, les spécialistes se sont tournés vers d'autres explications permettant de compléter, voire de supplanter le cadre théorique dominant selon lequel les principales forces causales présidant à la baisse de la fécondité étaient la baisse de la mortalité et les changements économiques et sociaux paradigmatiques ayant eu lieu en Europe au XIX^e siècle et au début du XX^e ». Les éléments du cadre théorique qu'il a été proposé de lui substituer ont été regroupés sous la désignation assez élastique de « théories de la diffusion ». Le Projet européen de Princeton a prouvé que la capacité d'explication de variables mesurant l'industrialisation, l'urbanisation, la centralisation étatique, la bureaucratisation et d'autres aspects de la situation socioéconomique au niveau des provinces avait au mieux un impact limité pour ce qui est de prévoir le début de la baisse de fécondité selon l'analyse de régression classique. On a donc été amené à construire des meilleurs modèles du fonctionnement de la diffusion et de la résistance à la diffusion dans des sociétés fortement marquées par des clivages linguistiques, ethniques ou religieux. Dans le cadre d'un examen très poussé des données disponibles, Cleland et Wilson (1987) indiquent qu'aucune version de la théorie de la demande, autrement dit aucune théorie économique selon laquelle les changements structurels apportés à la situation des individus sont une condition préalable nécessaire à la baisse de la fécondité, ne peut en dernière analyse rendre compte du déclenchement, du rythme et de la géographie des baisses de la fécondité dans le monde en développement. Ces baisses apparaissent bien plutôt déterminées par des changements de caractère idéationnel résultant des processus de diffusion. Des conclusions analogues avaient été précédemment tirées par Caldwell (1982), qui estimait que le changement idéationnel (c'est-à-dire l'« occidentalisation ») précède les changements au niveau des modes de production et de répartition de la population et est partiellement indépendant de ces changements. Bongaarts et Watkins (1996), après avoir examiné les données empiriques agrégées sur la relation entre les facteurs socioéconomiques et le déclenchement et le rythme de la baisse de la fécondité, concluent également qu'une grande partie de la baisse observée a été impulsée par la transmission d'informations et d'idées touchant la régulation de la fécondité. Leur conceptualisation de ce qui est transmis englobe à la fois les processus de diffusion parmi les individus et les familles (au niveau des réseaux locaux et des pairs) et au niveau des communautés ou des pays (réseaux mondiaux et nationaux).

Dans leurs analyses des processus de diffusion et de la transition de la fécondité, Casterline (2001b) et Cleland (2001b) indiquent qu'une explication globale de cette transition doit probablement s'appuyer sur une « théorie mixte » selon laquelle, comme le dit Cleland (2001b, p. 45) : « le changement démographique a pour moteur la transformation structurelle des sociétés et la diffusion comme lubrifiant ». Une approche mixte possible est celle que proposent Lesthaegue et Vanderhoeft (2001) en s'appuyant sur les trois conditions préalables proposées par Coale (1973) pour l'adaptation à un nouveau mode de comportement. Selon Coale, la baisse de la fécondité interviendrait lorsque les couples sont enclins, disposés et aptes à réguler la dimension de la famille. Pour Lesthaegue et Vanderhoeft, l'inclination implique que le nouveau mode de comportement est avantageux pour l'acteur en question, autrement dit que son utilité doit être manifeste et plus que compenser sa désutilité. En ce

sens, l'inclination englobe l'évaluation microéconomique coûts-avantages que les acteurs utilisent pour prendre des décisions ou lui est équivalente. La notion de consentement renvoie à des considérations de légitimité et d'acceptabilité normative (c'est-à-dire de conformité à des normes éthiques, religieuses ou d'autres normes sociétales) du nouveau mode de comportement. Pour évaluer le niveau de consentement, il est très important de comprendre la mesure dans laquelle un nouveau mode de comportement s'oppose aux convictions ou codes de conduites traditionnels et de déterminer si l'acteur peut passer outre aux objections morales et aux appréhensions existantes. Enfin, l'aptitude implique l'accès à de nouvelles techniques qui rendent possibles les nouveaux modes de comportement. Dans le cas de la régulation de la fécondité, la notion d'aptitude est fonction de l'accessibilité de méthodes contraceptives adéquates influencée par les coûts tant matériels que psychologiques.

Il est clair que cette formulation de la proposition de Coale fusionne les enjeux de l'approche économique et de l'approche de la diffusion. S'agissant de la baisse de fécondité, la diffusion peut jouer un rôle en renforçant à la fois la disposition et l'aptitude. La disposition est influencée par la diffusion des idées qui transforment le cadre normatif et légitiment la régulation de la fécondité. Cette diffusion peut être officiellement encouragée à la faveur de programmes et d'interventions ciblées. L'aptitude peut elle aussi être renforcée par des programmes qui étendent la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et s'emploient à réduire non seulement le coût matériel de leur utilisation, mais aussi le coût psychologique associé. L'application des modèles élaborés par Lesthaegue et Vanderhoeft montre bien comment la baisse de la fécondité peut être retardée ou ralentie si l'une quelconque des trois conditions nécessaires élève un obstacle à l'adoption de comportements propres à limiter la dimension de la famille.

Si on le compare à l'état de la théorie applicable à la transition d'une fécondité élevée à une fécondité faible, l'état de celle qui concerne la réalisation et le maintien de la fécondité déficitaire est moins avancé. Il n'en est pas moins utile d'examiner l'histoire et l'état de la première car la seconde en est probablement au point où la théorie de la transition en matière de fécondité se trouvait au début des années 70. Jusqu'à présent, les travaux consacrés aux causes et au maintien de la fécondité déficitaire se sont pour l'essentiel focalisés sur l'importance des facteurs socioéconomiques à l'œuvre au niveau des communautés ou des pays. Comme l'indiquent Lesthaegue et Willems (1999), deux approches théoriques dominantes sont invoquées pour rendre compte du maintien de la fécondité déficitaire. La première repose sur la théorie économique et comporte deux variantes principales: *a*) la théorie de l'autonomisation des femmes, proposée par Becker (1981) et d'autres économistes néoclassiques; et *b*) la théorie du dénuement économique relatif, avancée par Easterlin (1976) et ses collègues. Dans les deux théories, l'augmentation du niveau d'études et de l'emploi des femmes sont des déterminants essentiels de la faible fécondité. Selon Becker, l'élévation du niveau d'instruction des femmes accroît pour celles-ci les coûts d'opportunité de la maternité et, de ce fait, débouche sur la prolongation du célibat, l'ajournement de la maternité et la diminution de la fécondité. Selon Easterlin et ses collègues, les aspirations de plus en plus fortes à consommer peuvent être mieux réalisées dans des familles où les deux conjoints travaillent, situation qui conduit à un renforcement de la participation des femmes au marché du travail, à l'ajournement de la procréation et à une diminution de la fécondité. Oppenheimer (1988) a également fait valoir que l'élévation du niveau d'instruction des femmes amène celles-ci à être plus exigeantes quant aux qualifications d'un futur époux et prolonge d'autant la recherche de celui-ci sur le marché matrimonial, ce qui prolonge le célibat, voire rend le mariage tout à fait impossible si le partenaire approprié n'est pas trouvé.

La seconde approche a trait aux changements intervenus au niveau de la valorisation du projet parental. Pour un certain nombre de pays européens, Lesthaegue et Willems (1999, p. 224) relèvent que «des corrélations statistiques systématiques ont été constatées entre, d'une part, des paramètres tels que la laïcisation, l'affaiblissement de la vie associative, l'accentuation de l'autonomie de l'individu, le "postmatérialisme", la symétrie des rôles dévolus aux deux sexes, l'émancipation des femmes et la tolérance de nouveaux groupes sexuels et, d'autre part, le fait de préférer la cohabitation au mariage, le fait de différer

les naissances et l'abaissement de la fécondité générale». Ces corrélations sont maintenues même lorsque les effets des autres variables socioéconomiques, comme la participation des femmes au marché du travail, le type d'emploi et le niveau d'instruction, sont neutralisés.

D'autres auteurs qui ont tenté d'étudier les causes des longues périodes de fécondité très faible ont proposé des arguments de nature similaire. Recensant les récents changements conduisant à la postmodernité et au *baby bust*, Chesnais (2000) parle d'«atomisation sociale et [du] féminisme correspondant», montrant que les niveaux d'instruction élevés et la possibilité de revendiquer leur propre identité indépendante permettent aux femmes de renoncer au mariage et de se concentrer sur la réalisation d'objectifs personnels plutôt que des objectifs de procréation. Il note que dans beaucoup de pays européens, la proportion des femmes célibataires âgées de 25 à 29 ans a atteint des niveaux sans précédent et que celle des ménages d'une personne, où les femmes prédominent, a également augmenté pour des raisons qui tiennent à la fois au célibat et au divorce. Chesnais avance également que l'existence de régimes de retraite a mis un frein à la procréation dans la mesure où il n'est plus nécessaire d'avoir plusieurs enfants qui garantissent la viabilité économique du troisième âge. En fait, c'est l'intérêt économique bien compris de l'individu de maximiser ses perspectives de carrière car le nombre d'enfants élevés n'est pas pris en considération dans le calcul des pensions. Dorbritz et Hohn (2000) ajoutent que l'évolution des institutions sociales de base que sont le mariage et la famille est pour beaucoup dans le recul de la procréation. Dans les pays développés, l'époque où les gens se mariaient et restaient mariés jusqu'à la mort est révolue. Les taux de divorce élevés sont fréquents. De plus, les individus mariés vivent souvent séparément pendant de longues périodes, pris par leur profession ou d'autres centres d'intérêt. L'augmentation de l'âge au mariage, l'absence d'enfants et le célibat de plus en plus fréquents et des taux de divorce élevés semblent être les caractéristiques de la société «postmoderne».

Cela étant, l'analyse des tendances à l'œuvre dans les pays à taux de fécondité faible révèle une plus grande variabilité que ce que la présente analyse pourrait donner à penser (Organisation des Nations Unies, 2000a; Lesthaegue et Willems, 1999). L'âge au mariage ou l'âge à la naissance du premier enfant a très nettement reculé dans certains pays, mais pas dans d'autres; la cohabitation avant le mariage est courante dans certains pays, mais pas dans d'autres; la forte proportion des naissances illégitimes (naissances hors mariage) est fréquente dans certains pays, mais pas dans d'autres; les positions de principe varient énormément selon les pays à taux de fécondité faible; dans certains d'entre eux, il est clair que les très faibles niveaux actuels de fécondité découlent de la prolongation du célibat, alors que dans d'autres, les indicateurs normaux de la prolongation du célibat ne jouent qu'un rôle très secondaire comme facteur d'explication des taux de fécondité déficitaire. Cette situation «incompréhensible», pour reprendre l'adjectif dont Cleland qualifie la multitude de circonstances dans lesquelles des baisses de fécondité se sont produites, ne permet guère de préciser les facteurs pouvant laisser présumer aujourd'hui qu'un pays dont le niveau de fécondité actuel est encore intermédiaire descendra dans vingt ou trente ans au-dessous du seuil de remplacement.

Le fait que des populations ayant atteint des niveaux de développement socioéconomiques très différents et où la constitution de la famille s'inscrit dans des conjonctures démographiques fort diverses aient atteint et conservé des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement pendant des périodes relativement longues donne à penser que l'on a affaire à une sorte de processus de diffusion. On ne sait pas trop ce qui fait l'objet de cette diffusion: des valeurs, des mentalités, l'individualisme, le féminisme, le consumérisme, la laïcisation? Quoi qu'il en soit, ce processus pourrait être aussi puissant que la diffusion des idées qui a déjà eu lieu et qui semble être à l'origine d'un grand nombre des transitions d'une fécondité élevée à une fécondité faible auxquelles nous avons assisté jusqu'ici. Ce raisonnement, qui pose en principe que la diffusion d'idées et de valeurs peut être un puissant facteur de forte réduction de la dimension de la famille, peut justifier la révision des directives applicables aux projections de la fécondité des pays à taux de fécondité intermédiaire.

Cette analyse permet de tirer une autre conclusion importante, à savoir qu'il ne servirait pas à grand-chose de se mettre en quête d'indicateurs principaux relatifs à des

baisses de fécondité ayant des chances d'être suffisantes pour faire descendre celle-ci au-dessous du seuil de remplacement avant de formuler des directives révisées concernant les projections. Non seulement il est peu probable que quelques facteurs faciles à mesurer puissent servir d'indicateurs principaux, mais il pourrait y avoir lieu d'établir une projection de leurs valeurs dans l'avenir pour tenter de déterminer s'ils garantissent que la fécondité descendra au-dessous du seuil de remplacement. En procédant de la sorte, on risquerait d'obtenir des projections de la fécondité moins fiables qu'avec les méthodes actuelles, la raison en étant surtout que la plupart des indicateurs économiques, sociaux ou de diffusion risquent d'être nettement plus irréguliers que les tendances démographiques. À cet égard, il est intéressant de rappeler les résultats du rapport du Groupe d'étude des projections de population du National Research Council (Bongaarts et Bulatao, 2000). En essayant de déterminer si les indicateurs principaux permettaient d'établir des projections de la fécondité totale d'une période de cinq ans à la suivante, le Groupe d'étude a constaté que, pour les pays parvenus à mi-parcours dans la transition à une fécondité faible, le changement du taux de fécondité au cours de la période précédant immédiatement la période de référence avait la meilleure efficacité prédictive en ce qui concerne le taux de changement au cours de la période de référence par comparaison avec les autres facteurs socioéconomiques (c'est-à-dire la mortalité infantile, la scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire et le pourcentage de citadins). Toutefois, l'efficacité prédictive du changement du taux de fécondité diminuait pour des périodes plus éloignées et était pratiquement nulle pour des tendances distantes de plus de 10 ans dans l'avenir. Pour les pays très avancés dans la transition, l'analyse n'a révélé aucun prédicteur utile de l'évolution future de la fécondité, même à un horizon de cinq ans.

Enfin, il est à noter qu'il ressort clairement des théories de la baisse de la fécondité que la disponibilité de méthodes contraceptives efficaces est une importante condition favorisant le maintien de niveaux de fécondité très faibles. On observe que la plupart des sociétés à fécondité déficitaire ont des taux très élevés d'utilisation de contraceptifs, généralement supérieurs à 65 ou 70 % des femmes en âge de procréer et atteignant dans certains cas 85 %. Si l'on veut que les pays à taux de fécondité intermédiaire d'aujourd'hui atteignent des taux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement, il faudra que leur taux d'utilisation de contraceptifs augmentent dans des proportions importantes. La réalisation et le maintien d'une fécondité déficitaire (voire d'une fécondité approximativement égale au seuil de remplacement) impliqueront le plus souvent un accès facile et permanent, pour la plupart des femmes, à une méthode contraceptive moderne.

Les paramètres du problème

La question de savoir si les pays à taux de fécondité intermédiaire atteindront avant 2050 et maintiendront des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement doit être abordée en examinant le cas de pays précis, à savoir ceux qui sont déjà très avancés dans la transition à une fécondité faible, mais où la fécondité totale demeure supérieure à 2,1 enfants par femme, cette valeur servant de marqueur de la fécondité déficitaire. Avant que ne s'enclenche la transition à une fécondité faible, la plupart des 143 pays du monde en développement avaient une fécondité totale d'au moins 5 enfants par femme. Aujourd'hui, ils ne sont plus que 49 dans ce cas. Parmi les autres, 73 avaient, au cours de la période 1995-2000, une fécondité totale oscillant entre 2,1 enfants par femmes à un peu moins de 5 enfants par femme, et 21 étaient déjà descendus au-dessous du seuil de remplacement. En outre, un pays développé, l'Albanie, avait également une fécondité totale se situant dans la tranche de 2,1 à 5 enfants par femme. Étant donné que les baisses de fécondité parmi les pays en développement ont atteint une moyenne d'un enfant par décennie pendant la période 1950-2000, il est possible que la plupart des pays à fécondité totale inférieure à 5 enfants par femme pendant la période 1995-2000 atteignent des niveaux de fécondité totale de 2 enfants par femme ou moins au cours de la période sur laquelle porte la projection (2000-2050), même si, comme on l'a constaté, le rythme

de la baisse de fécondité se ralentit à mesure que des niveaux de fécondité plus faibles sont atteints. En conséquence, le groupe de pays considérés comme étant susceptibles d'atteindre des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement au cours de la période sur laquelle porte la projection comprend tous ceux dont la fécondité totale pendant la période 1995-2000 était estimée comprise entre 2,1 enfants par femme et un peu moins de 5 enfants par femme (tableau 2). Les 74 pays de ce groupe représentaient 43 % de la population mondiale en 2000 et on y trouvait des pays très peuplés comme l'Inde, l'Indonésie, le Brésil, le Bangladesh, le Mexique, les Philippines, le Viet Nam et l'Égypte, présentés ici par ordre décroissant de l'effectif de la population.

Tableau 2
Liste des pays à taux de fécondité intermédiaire classés selon le taux de fécondité totale en 1995-2000 et indicateurs de la rapidité de la baisse de la fécondité

Grande région ou pays	Fécondité totale					Période où le maximum est atteint
	1950-1955	1975-1980	1995-2000	Maximale	Minimale	
Ensemble du monde	5,01	3,90	2,82	5,01	2,82	1950-1955
Afrique	6,71	6,56	5,27	6,84	5,27	1960-1965
1 Réunion	5,65	3,28	2,30	5,85	2,30	1955-1960
2 Tunisie	6,93	5,69	2,31	7,25	2,31	1960-1965
3 Afrique du Sud	6,50	5,00	3,10	6,50	3,10	1950-1955
4 Algérie	7,28	7,18	3,25	7,38	3,25	1960-1965
5 Égypte	6,56	5,27	3,40	7,07	3,40	1960-1965
6 Maroc	7,18	5,90	3,40	7,18	3,40	1950-1955
7 Cap-Vert	6,60	6,70	3,56	7,00	3,56	1960-1965
8 Jamahiriya arabe libyenne	6,87	7,38	3,80	7,59	3,80	1970-1975
9 Botswana	6,50	6,37	4,35	6,90	4,35	1960-1965
10 Sahara occidental	6,53	6,05	4,40	6,53	4,40	1950-1955
11 Ghana	6,90	6,90	4,60	6,90	4,60	1950-1955
12 Kenya	7,51	7,90	4,60	8,12	4,60	1960-1965
13 Lesotho	5,84	5,74	4,75	5,86	4,75	1955-1960
14 Swaziland	6,50	6,49	4,80	6,50	4,80	1950-1955
15 Soudan	6,50	6,30	4,90	6,67	4,90	1955-1960
Asie	5,88	4,17	2,70	5,88	2,70	1950-1955
1 Liban	5,74	4,31	2,29	6,36	2,29	1960-1965
2 Viet Nam	5,75	5,89	2,50	7,25	2,50	1960-1965
3 Indonésie	5,49	4,73	2,60	5,67	2,60	1955-1960
4 Bahreïn	6,97	5,23	2,63	7,18	2,63	1960-1965
5 Mongolie	6,00	6,65	2,70	7,33	2,70	1970-1975
6 Turquie	6,90	4,65	2,70	6,90	2,70	1950-1955
7 Brunéi Darussalam	7,00	4,40	2,80	7,00	2,80	1950-1955
8 Ouzbékistan	5,97	5,58	2,85	6,80	2,85	1960-1965
9 Koweït	7,21	5,89	2,89	7,41	2,89	1965-1970
10 Kirghizistan	4,51	4,05	2,89	5,39	2,89	1960-1965
11 Israël	4,16	3,41	2,93	4,16	2,93	1950-1955
12 Émirats arabes unis	6,97	5,66	3,17	6,97	3,17	1950-1955
13 Iran (République islamique, d')	7,00	6,00	3,20	7,00	3,20	1950-1955
14 Malaisie	6,83	4,16	3,26	6,94	3,26	1955-1960
15 Myanmar	6,00	5,30	3,30	6,00	3,30	1950-1955
16 Inde	5,97	4,83	3,32	5,97	3,32	1950-1955
17 Turkménistan	6,00	5,32	3,60	6,75	3,60	1960-1965

Le tableau 2 montre les indicateurs de certaines tendances antérieures de la fécondité pour le groupe de 74 pays ou territoires qui seront dorénavant dénommés « pays à taux de fécondité intermédiaire ». À partir des niveaux estimés de fécondité totale correspondant à chaque période de cinq ans écoulée depuis la période 1950-1955 jusqu'à la période 1995-2000, le tableau 2 indique la fécondité totale maximale et minimale atteinte entre 1950 et 2000 et donne une estimation de la diminution moyenne par décennie découlant des valeurs maximales et minimales de la fécondité totale et une estimation des baisses (ou augmentations) moyennes par décennie entre la période 1975-1980 et la période 1995-2000. Sur la base de ces indicateurs, il apparaît clairement que pour l'immense majorité des pays

Période où le minimum est atteint	Fécondité totale			Population (en millions)		Grande région ou pays
	Baisse par décennie du maximum au minimum	Baisse entre 1975-1980 et 1995-2000	Signe de ralentissement du rythme de la baisse	2000	2050	
1995-2000	0,5	0,5		6 056,7	9 322,3	Ensemble du monde
1995-2000	0,4	0,6		793,6	2 000,4	Afrique
1995-2000	0,9	0,5	Ralentissement	0,7	1,0	1 Réunion
1995-2000	1,4	1,7	—	9,5	14,1	2 Tunisie
1995-2000	0,8	1,0	—	43,3	47,3	3 Afrique du Sud
1995-2000	1,2	2,0	—	30,3	51,2	4 Algérie
1995-2000	1,0	0,9	Ralentissement	67,9	113,8	5 Égypte
1995-2000	0,8	1,3	—	29,9	50,4	6 Maroc
1995-2000	1,0	1,6	—	0,4	0,8	7 Cap-Vert
1995-2000	1,5	1,8	—	5,3	10,0	8 Jamahiriya arabe libyenne
1995-2000	0,7	1,0	—	1,5	2,1	9 Botswana
1995-2000	0,5	0,8	—	0,3	0,6	10 Sahara occidental
1995-2000	0,5	1,2	—	19,3	40,1	11 Ghana
1995-2000	1,0	1,7	—	30,7	55,4	12 Kenya
1995-2000	0,3	0,5	—	2,0	2,5	13 Lesotho
1995-2000	0,4	0,8	—	0,9	1,4	14 Swaziland
1995-2000	0,4	0,7	—	31,1	63,5	15 Soudan
1995-2000	0,7	0,7		3 672,3	5 428,2	Asie
1995-2000	1,2	1,0	Ralentissement	3,5	5,0	1 Liban
1995-2000	1,4	1,7	—	78,1	123,8	2 Viet Nam
1995-2000	0,8	1,1	—	212,1	311,3	3 Indonésie
1995-2000	1,3	1,3	—	0,6	1,0	4 Bahreïn
1995-2000	1,9	2,0	—	2,5	4,1	5 Mongolie
1995-2000	0,9	1,0	—	66,7	98,8	6 Turquie
1995-2000	0,9	0,8	Ralentissement	0,3	0,6	7 Brunéi Darussalam
1995-2000	1,1	1,4	—	24,9	40,5	8 Ouzbékistan
1995-2000	1,5	1,5	Ralentissement	1,9	4,0	9 Koweït
1995-2000	0,7	0,6	Ralentissement	4,9	7,5	10 Kirghizistan
1990-1995	0,3	0,2	Ralentissement	6,0	10,1	11 Israël
1995-2000	0,8	1,2	—	2,6	3,7	12 Émirats arabes unis
1995-2000	0,8	1,4	—	70,3	121,4	13 Iran (République islamique, d')
1995-2000	0,9	0,5	Ralentissement	22,2	37,8	14 Malaisie
1995-2000	0,6	1,0	—	47,7	68,5	15 Myanmar
1995-2000	0,6	0,8	—	1 008,9	1 572,1	16 Inde
1995-2000	0,9	0,9	Ralentissement	4,7	8,4	17 Turkménistan

Tableau 2

Liste des pays à taux de fécondité intermédiaire classés selon le taux de fécondité totale en 1995-2000 et indicateurs de la rapidité de la baisse de la fécondité (suite)

Grande région ou pays	Fécondité totale					Période où le maximum est atteint
	1950-1955	1975-1980	1995-2000	Maximale	Minimale	
Asie (suite)	5,88	4,17	2,70	5,88	2,70	1950-1955
18 Philippines	7,29	5,50	3,64	7,29	3,64	1950-1955
19 Qatar	6,97	6,11	3,70	6,97	3,70	1950-1955
20 Tadjikistan	6,00	5,90	3,72	6,83	3,72	1970-1975
21 Bangladesh	6,70	5,70	3,80	7,10	3,80	1960-1965
22 République arabe syrienne	7,09	7,44	4,00	7,79	4,00	1965-1970
23 Timor Leste	6,44	4,31	4,35	6,44	4,31	1950-1955
24 Jordanie	7,38	7,38	4,69	8,00	4,69	1960-1965
25 Népal	5,75	5,65	4,83	6,06	4,83	1960-1965
Europe	2,66	1,97	1,41	2,66	1,41	1950-1955
1 Albanie	5,60	4,20	2,60	5,98	2,60	1955-1960
Amérique latine et Caraïbes	5,89	4,49	2,69	5,97	2,69	1960-1965
1 Suriname	6,56	4,20	2,21	6,56	2,21	1950-1955
2 Brésil	6,15	4,31	2,27	6,15	2,27	1950-1955
3 Uruguay	2,73	2,89	2,40	3,00	2,40	1970-1975
4 Bahamas	4,05	3,22	2,40	4,50	2,40	1960-1965
5 Chili	4,95	2,95	2,44	5,33	2,44	1955-1960
6 Guyana	6,68	3,94	2,45	6,77	2,45	1955-1960
7 Jamaïque	4,22	4,00	2,50	5,78	2,50	1965-1970
8 Argentine	3,15	3,44	2,62	3,44	2,62	1975-1980
9 Panama	5,68	4,05	2,63	5,92	2,63	1960-1965
10 Sainte-Lucie	6,00	5,20	2,70	6,94	2,70	1955-1960
11 Mexique	6,87	5,30	2,75	6,96	2,75	1955-1960
12 Colombie	6,76	4,34	2,80	6,76	2,80	1950-1955
13 Costa Rica	6,72	3,89	2,83	7,11	2,83	1955-1960
14 République dominicaine	7,40	4,70	2,88	7,40	2,88	1950-1955
15 Pérou	6,85	5,38	2,98	6,85	2,98	1950-1955
16 Venezuela	6,46	4,47	2,98	6,66	2,98	1960-1965
17 Équateur	6,70	5,40	3,10	6,70	3,10	1950-1955
18 El Salvador	6,46	5,60	3,17	6,85	3,17	1960-1965
19 Belize	6,65	6,20	3,41	6,65	3,41	1950-1955
20 Guyane française	5,00	3,30	4,05	5,02	3,30	1960-1965
21 Paraguay	6,50	5,15	4,17	6,55	4,17	1960-1965
22 Honduras	7,50	6,60	4,30	7,50	4,30	1950-1955
23 Nicaragua	7,33	6,40	4,32	7,33	4,32	1950-1955
24 Bolivie	6,75	5,80	4,36	6,75	4,36	1950-1955
25 Haïti	6,30	5,96	4,38	6,30	4,38	1950-1955
26 Guatemala	7,09	6,40	4,93	7,09	4,93	1950-1955
Océanie	3,87	2,78	2,41	4,10	2,41	1955-1960
1 Polynésie française	6,00	4,23	2,60	6,50	2,60	1960-1965
2 Nouvelle-Calédonie	5,00	3,90	2,60	5,30	2,60	1960-1965
3 Fidji	6,63	4,00	3,20	6,79	3,20	1955-1960
4 Guam	5,53	3,52	3,95	6,03	3,08	1960-1965
5 Samoa	7,30	4,89	4,51	7,30	4,51	1950-1955
6 Vanuatu	7,60	5,75	4,59	7,60	4,59	1950-1955
7 Papouasie-Nouvelle-Guinée	6,24	5,87	4,60	6,29	4,60	1960-1965

Période où le minimum est atteint	Fécondité totale			Population (en millions)		Grande région ou pays
	Baisse par décennie du maximum au minimum	Baisse entre 1975-1980 et 1995-2000	Signe de ralentissement du rythme de la baisse	2000	2050	
1995-2000	0,7	0,7		3 672,3	5 428,2	Asie
1995-2000	0,8	0,9	—	75,7	128,4	18 Philippines
1995-2000	0,7	1,2	—	0,6	0,8	19 Qatar
1995-2000	1,2	1,1	Ralentissement	6,1	9,8	20 Tadjikistan
1995-2000	0,9	1,0	—	137,4	265,4	21 Bangladesh
1995-2000	1,3	1,7	—	16,2	36,3	22 République arabe syrienne
1975-1980	0,9	0,0	Ralentissement	0,7	1,4	23 Timor Leste
1995-2000	0,9	1,3	—	4,9	11,7	24 Jordanie
1995-2000	0,4	0,4	—	23,0	52,4	25 Népal
1995-2000	0,3	0,3		727,3	603,3	Europe
1995-2000	0,8	0,8	Ralentissement	3,1	3,9	1 Albanie
1995-2000	0,9	0,9		518,8	805,6	Amérique latine et Caraïbes
1995-2000	1,0	1,0	—	0,4	0,4	1 Suriname
1995-2000	0,9	1,0	—	170,4	247,2	2 Brésil
1995-2000	0,2	0,2	Pas de changement	3,3	4,2	3 Uruguay
1995-2000	0,6	0,4	Ralentissement	0,3	0,4	4 Bahamas
1995-2000	0,7	0,3	Ralentissement	15,2	22,2	5 Chili
1995-2000	1,1	0,7	Ralentissement	0,8	0,5	6 Guyana
1995-2000	1,1	0,8	Ralentissement	2,6	3,8	7 Jamaïque
1995-2000	0,4	0,4	Pas de changement	37,0	54,5	8 Argentine
1995-2000	0,9	0,7	Ralentissement	2,9	4,3	9 Panama
1995-2000	1,1	1,3	—	0,1	0,2	10 Sainte-Lucie
1995-2000	1,1	1,3	—	98,9	146,7	11 Mexique
1995-2000	0,9	0,8	Ralentissement	42,1	70,9	12 Colombie
1995-2000	1,1	0,5	Ralentissement	4,0	7,2	13 Costa Rica
1995-2000	1,0	0,9	Ralentissement	8,4	12,0	14 République dominicaine
1995-2000	0,9	1,2	—	25,7	42,1	15 Pérou
1995-2000	1,0	0,7	Ralentissement	24,2	42,2	16 Venezuela
1995-2000	0,8	1,2	—	12,6	21,2	17 Équateur
1995-2000	1,1	1,2	—	6,3	10,9	18 El Salvador
1995-2000	0,7	1,4	—	0,2	0,4	19 Belize
1975-1980	1,1	-0,4	Augmentation	0,2	0,5	20 Guyane française
1995-2000	0,7	0,5	Ralentissement	5,5	12,6	21 Paraguay
1995-2000	0,7	1,1	—	6,4	12,8	22 Honduras
1995-2000	0,7	1,0	—	5,1	11,5	23 Nicaragua
1995-2000	0,5	0,7	—	8,3	17,0	24 Bolivie
1995-2000	0,4	0,8	—	8,1	14,0	25 Haïti
1995-2000	0,5	0,7	—	11,4	26,6	26 Guatemala
1995-2000	0,4	0,2		30,5	47,2	Océanie
1995-2000	1,1	0,8	Ralentissement	0,2	0,4	1 Polynésie française
1995-2000	0,8	0,7	Ralentissement	0,2	0,4	2 Nouvelle-Calédonie
1995-2000	0,9	0,4	Ralentissement	0,8	0,9	3 Fidji
1980-1985	1,5	-0,2	Augmentation	0,2	0,3	4 Guam
1995-2000	0,6	0,2	Ralentissement	0,2	0,2	5 Samoa
1995-2000	0,7	0,6	Ralentissement	0,2	0,5	6 Vanuatu
1995-2000	0,5	0,6	—	4,8	11,0	7 Papouasie-Nouvelle-Guinée

à taux de fécondité intermédiaire, les niveaux de fécondité les plus élevés ont été atteints au début de la période 1950-2000 et que les niveaux les plus faibles correspondent à ceux qui ont été estimés pour la période 1995-2000. En d'autres termes, les baisses de fécondité ont commencé il y a environ 40 ou 45 ans dans ce groupe de pays et se sont généralement maintenues jusqu'à la période 1995-2000. Toutefois, il existe certaines exceptions manifestes à cette tendance générale. La Guyane française et Guam, par exemple, ont connu une augmentation de la fécondité totale entre la période 1975-1980 et la période 1995-2000.

De plus, le rythme de la baisse de fécondité pour chaque pays considéré a varié dans le temps. Les pays dont la fécondité a sensiblement baissé de bonne heure ont plus de chances d'avoir atteint des niveaux faibles de fécondité totale et, étant donné le temps écoulé depuis le début de la baisse, pourraient avoir déjà atteint le niveau de la fécondité déficitaire s'ils y étaient prédisposés. Pour connaître les pays où la baisse de la fécondité peut s'être suffisamment ralentie pour faire douter qu'ils puissent être prêts à descendre en-dessous du seuil de remplacement dans un avenir proche, on procède à une comparaison entre les baisses moyennes par décennie calculées pour l'ensemble de la période de baisse et la baisse calculée depuis 1975. Lorsque la baisse moyenne pour la période 1975-2000 est inférieure à la baisse estimée au début des baisses de fécondité, il s'est produit un ralentissement du rythme de baisse. Les ralentissements ont été assez courants, mais ne représentent en général qu'un écart peu important entre les rythmes moyens de baisse pour les deux périodes considérées. Toutefois, on remarque des écarts importants dans les cas suivants : Réunion en Afrique; Timor Leste et Malaisie en Asie; Bahamas, Chili, Costa Rica et Guyana, et, à un moindre degré, Jamaïque et Venezuela dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes; et Fidji et Samoa en Océanie. Un examen plus approfondi des tendances de la fécondité montre qu'au Timor Leste, il y a eu une augmentation de la fécondité après 1975; que la fécondité au Chili et à la Réunion est inférieure à 3 enfants par femme depuis 1980, mais que depuis cette date, les baisses ont été très lentes; et que la fécondité demeure élevée au Samoa, où elle a peu changé depuis 1980.

On a également observé des baisses de fécondité remarquablement lentes pendant la période 1950-2000 en Argentine, en Israël et en Uruguay, trois pays qui ont atteint de bonne heure des niveaux de fécondité relativement faibles et n'ont pas donné l'impression de devoir atteindre même le seuil de remplacement, à plus forte raison des niveaux inférieurs à ce seuil. Il est important de recenser les pays tels que ceux-là, dans lesquels la baisse de longue durée de la fécondité n'a pas automatiquement entraîné des niveaux inférieurs au seuil de remplacement, car au moment de réviser les directives concernant la projection des baisses de fécondité futures, il sera nécessaire de justifier le fait que leur fécondité finira par atteindre des niveaux inférieurs au seuil de remplacement, ou bien de les considérer comme des cas exceptionnels si l'on ne prévoit pas que leur fécondité descende au dessous de ce seuil.

Le tableau 3 aborde un autre aspect de la situation actuelle des pays à taux de fécondité intermédiaire. Il présente, à des fins de comparaison, les données les plus récentes sur l'utilisation de contraceptifs en se référant à la proportion de femmes en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive ou une autre et à la proportion des femmes en âge de procréer recourant aux méthodes modernes, ainsi qu'une évaluation du changement moyen par décennie de la proportion des femmes utilisant une méthode ou une autre. En outre, le tableau montre les estimations de la fécondité totale pour la période 1995-2000 telles qu'elles sont dérivées de la *Révision de 2000*, le taux estimatif de changement de la fécondité totale par décennie entre la période 1975-1980 et la période 1995-2000, une estimation de la fécondité ramenée au seuil de remplacement de fait pour chaque pays au cours de la période 2045-2050, la valeur la plus faible de la fécondité totale établie par projection selon la variante moyenne de la *Révision de 2000* (également appelée le niveau cible), et la première année de la période de cinq ans au cours de laquelle ce niveau cible sera atteint selon la variante moyenne de la *Révision de 2000*. Ces données font ressortir le fait que dans la *Révision de 2000*, on avait prévu que l'immense majorité des pays à taux de fécondité intermédiaire atteindraient une fécondité totale de 2,1 enfants par femmes bien

avant la période 2045-2050; leur fécondité prévue demeurait donc constante à 2,1 enfants par femme pendant de longues périodes (30 ans au moins). Si l'on peut tirer de l'histoire récente des indications pour l'avenir, aucune population n'a encore réalisé cette concordance parfaite entre les niveaux de fécondité de fait et le seuil de remplacement. Tout particulièrement sur de longues périodes, on peut s'attendre à des fluctuations de tendances et l'on ne peut pas exclure l'éventualité de voir la fécondité dépasser le seuil de remplacement ou descendre en dessous de ce seuil pendant de longues périodes. On s'attendait jusqu'ici à ce qu'en moyenne la fécondité de la population existante finirait par osciller autour du seuil de remplacement, la permanence de ce seuil dans la longue durée étant alors appropriée. Le changement d'hypothèses actuellement envisagé implique qu'un niveau inférieur au seuil de remplacement sera atteint par la plupart des pays à taux de fécondité intermédiaire avant 2050. Une fois qu'un niveau cible inférieur à ce seuil sera adopté, on établira des projections en appliquant la même stratégie que jusqu'ici, c'est-à-dire en fixant la période cible au cours de laquelle le niveau cible sera atteint, puis en maintenant ce niveau constant jusqu'à la fin de la période de projection. Vu la taille et l'importance de beaucoup des pays à taux de fécondité intermédiaire, cette stratégie réduira considérablement la fécondité totale de l'ensemble du monde et fera probablement descendre à des niveaux inférieurs au seuil de remplacement la fécondité totale du monde à partir de 2040 ou plus tôt. On ne saurait trop souligner l'importance cruciale de ce résultat.

Une comparaison entre les estimations de fécondité récentes et les données disponibles sur les taux enregistrés d'utilisation de contraceptifs fait apparaître des écarts importants entre les deux pour un certain nombre de pays. Le Soudan, par exemple, a des taux très faibles d'utilisation de contraceptifs et, bien que sa fécondité totale soit estimée à près de cinq enfants par femme, ce niveau pourrait avoir été sous-estimé. Dans le cas du Lesotho, l'absence de données récentes sur les taux d'utilisation de contraceptifs n'autorise pas pareil contrôle. Des écarts entre les taux d'utilisation de contraceptifs et les niveaux estimés de la fécondité totale pourraient également exister dans les cas des Émirats arabes unis, du Guyana, de la Jamahiriya arabe libyenne et du Myanmar. Au moment de la préparation de nouvelles estimations, il faudra analyser plus avant les raisons de ces écarts.

Toutefois, en admettant que toutes les données soient correctes, les baisses importantes de la fécondité obtenues sans nette augmentation du taux d'utilisation de contraceptifs n'auraient pu se produire qu'à la faveur de changements importants affectant les autres déterminants immédiats de la fécondité (c'est-à-dire le choix du moment du mariage ou le début de l'exposition au risque de grossesse, les changements de fécondabilité liés à la continence et l'aménorrhée postgravidiques et à l'allaitement, ainsi qu'à la perte fœtale, qu'elle soit naturelle ou provoquée) et ne sont guère susceptibles de se poursuivre longtemps. Il ressort de l'analyse du lien existant entre le taux d'utilisation de contraceptifs et les niveaux de fécondité que les niveaux de fécondité déficitaire ne sont le plus souvent pas atteints avec des taux d'utilisation de contraceptifs inférieurs à 50 % (sauf dans les cas où les taux d'avortement sont élevés) et qu'en fait les taux d'utilisation de contraceptifs supérieurs à 70 % sont plus courants parmi les populations à taux de fécondité très faible (Organisation des Nations Unies, 2000b). En conséquence, accepter l'hypothèse selon laquelle la fécondité finira par atteindre des niveaux inférieurs au seuil de remplacement dans tous les pays à taux de fécondité intermédiaire peut être considéré comme équivalent au fait d'accepter celle selon laquelle leurs populations atteindront des taux très élevés d'utilisation de méthodes contraceptives efficaces. La probabilité de ce changement pourra devoir être prise en considération au moment de déterminer si certains pays à taux de fécondité intermédiaire seront plus susceptibles que d'autres d'atteindre un niveau de fécondité inférieur au seuil de remplacement.

Enfin, en analysant les hypothèses concernant les niveaux de fécondité futurs, la Division de la population utilise depuis longtemps la fécondité totale de 2,1 enfants par femme comme équivalent du seuil de remplacement. En fait, le niveau de fécondité effectif qui produirait un renouvellement parfait de la population à long terme varie selon le niveau de mortalité auquel la population est exposée. Étant donné que les projections

Tableau 3
Mesures de l'utilisation des contraceptifs et indicateurs des tendances antérieures et futures de la fécondité pour les pays à taux de fécondité intermédiaire selon la Révision de 2000

Pays ou territoire	Population en 2000 (millions)	Date de référence	Taux d'utilisation de contraceptifs		
			Pourcentage de femmes utilisant une méthode (toutes méthodes confondues)	Pourcentage de femmes utilisant des méthodes modernes	Changement moyen par décennie du pourcentage de femmes utilisant toutes les méthodes
Fécondité totale inférieure à 2,5					
Brésil	170,4	1996	76,7	70,3	10,9
Viet Nam	78,1	1997	75,3	55,8	24,6
Réunion	0,7	1990	66,6	61,7	—
Jamaïque	2,6	1997	65,9	62,6	12,5
Bahamas	0,3	1988	61,7	60,1	—
Liban	3,5	1996	61,0	37,0	3,2
Tunisie	9,5	1994	60,0	51,0	17,9
Guyana	0,8	1975	31,4	28,3	—
Suriname	0,4	—	—	—	—
Uruguay	3,3	—	—	—	—
Chili	15,2	—	—	—	—
Fécondité totale entre 2,5 et 3					
Colombie	42,1	2000	76,9	64,0	18,2
Costa Rica	4,0	1992	75,0	64,6	6,6
Mexique	98,9	1995	66,5	57,5	19,1
Pérou	25,7	1996	64,2	41,3	14,1
Turquie	66,7	1998	63,9	37,7	12,0
République dominicaine	8,4	1996	63,7	59,2	15,2
Bahreïn	0,6	1995	61,8	30,6	14,0
Mongolie	2,5	1998	59,9	45,7	—
Kirghizistan	4,9	1997	59,5	48,9	—
Panama	2,9	1984	58,2	54,2	5,1
Indonésie	212,1	1997	57,4	54,7	20,3
Koweït	1,9	1996	50,2	40,9	17,3
Venezuela	24,2	1977	49,3	37,7	—
Sainte-Lucie	0,1	1988	47,3	46,1	6,6
Albanie	3,1	—	—	—	—
Polynésie française	0,2	—	—	—	—
Nouvelle-Calédonie	0,2	—	—	—	—
Argentine	37,0	—	—	—	—
Brunéi Darussalam	0,3	—	—	—	—
Ouzbékistan	24,9	—	—	—	—
Israël	6,0	—	—	—	—
Fécondité totale entre 3 et 3,5					
Iran (République islamique d')	70,3	1997	72,9	56,0	17,6
Équateur	12,6	1999	65,8	50,1	16,1
El Salvador	6,3	1998	59,7	54,1	12,7
Afrique du Sud	43,3	1998	56,3	55,1	8,4
Égypte	67,9	2000	56,1	53,9	12,0
Malaisie	22,2	1994	54,5	29,8	16,4
Maroc	29,9	1995	50,3	42,4	20,4
Inde	1,008,9	1998	48,2	42,8	12,7
Algérie	30,3	1992	46,7	42,9	18,7
Belize	0,2	1991	46,7	41,8	—

Révision de 2000 (variante moyenne)						
Fécondité totale en 1995-2000	Changement moyen par décennie de la fécondité totale entre 1975-1980 et 1995-2000	Seuil de remplacement effectif en 2045-2050	Taux cible	Date cible	Pays ou territoire	
Fécondité totale inférieure à 2,5						
2,27	1,02	2,08	2,10	2005	Brésil	
2,50	1,69	2,09	2,10	2005	Viet Nam	
2,30	0,49	2,03	1,90	2010	Réunion	
2,50	0,75	2,08	2,10	2010	Jamaïque	
2,40	0,41	2,09	2,10	2010	Bahamas	
2,29	1,01	2,08	1,90	2015	Liban	
2,31	1,69	2,10	2,10	2000	Tunisie	
2,45	0,75	2,16	2,10	2010	Guyana	
2,21	1,00	2,08	1,70	2010	Suriname	
2,40	0,25	2,07	2,10	2015	Uruguay	
2,44	0,26	2,06	2,10	2020	Chili	
Fécondité totale entre 2,5 et 3						
2,80	0,77	2,09	2,10	2030	Colombie	
2,83	0,53	2,07	2,10	2030	Costa Rica	
2,75	1,28	2,09	2,10	2020	Mexique	
2,98	1,20	2,11	2,10	2020	Pérou	
2,70	0,98	2,08	2,10	2005	Turquie	
2,88	0,91	2,13	2,10	2025	République dominicaine	
2,63	1,30	2,07	2,10	2005	Bahreïn	
2,70	1,97	2,10	2,10	2005	Mongolie	
2,89	0,58	2,07	2,10	2005	Kirghizistan	
2,63	0,71	2,08	2,10	2015	Panama	
2,60	1,07	2,08	2,10	2005	Indonésie	
2,89	1,50	2,05	2,10	2015	Koweït	
2,98	0,74	2,08	2,10	2020	Venezuela	
2,70	1,25	2,10	2,10	2015	Sainte-Lucie	
2,60	0,80	2,10	2,10	2005	Albanie	
2,60	0,81	2,07	2,10	2015	Polynésie française	
2,60	0,65	2,07	2,10	2015	Nouvelle-Calédonie	
2,62	0,41	2,06	2,10	2015	Argentine	
2,80	0,80	2,07	2,10	2010	Brunéi Darussalam	
2,85	1,37	2,09	2,10	2005	Ouzbékistan	
2,93	0,24	2,08	2,10	2015	Israël	
Fécondité totale entre 3 et 3,5						
3,20	1,40	2,08	2,10	2010	Iran (République islamique d')	
3,10	1,15	2,10	2,10	2020	Équateur	
3,17	1,22	2,09	2,10	2025	El Salvador	
3,10	0,95	2,21	2,10	2015	Afrique du Sud	
3,40	0,93	2,08	2,10	2010	Égypte	
3,26	0,45	2,08	2,10	2015	Malaisie	
3,40	1,25	2,08	2,10	2015	Maroc	
3,32	0,75	2,13	2,10	2015	Inde	
3,25	1,96	2,09	2,10	2010	Algérie	
3,41	1,40	2,07	2,10	2010	Belize	

Tableau 3

Mesures de l'utilisation des contraceptifs et indicateurs des tendances antérieures et futures de la fécondité pour les pays à taux de fécondité intermédiaire selon la *Révision de 2000 (suite)*

Pays ou territoire	Population en 2000 (millions)	Date de référence	Taux d'utilisation de contraceptifs		
			Pourcentage de femmes utilisant une méthode (toutes méthodes confondues)	Pourcentage de femmes utilisant des méthodes modernes	Changement moyen par décennie du pourcentage de femmes utilisant toutes les méthodes
Fécondité totale entre 3 et 3,5 (suite)					
Fidji	0,8	1974	41,0	35,1	—
Myanmar	47,7	1997	32,7	28,4	31,8
Émirats arabes unis	2,6	1995	27,5	23,6	—
Fécondité totale entre 3,5 et 4					
Turkménistan	4,7	2000	61,8	53,1	—
Bangladesh	137,4	1999	53,8	43,4	16,7
Cap-Vert	0,4	1998	52,9	46,0	—
Philippines	75,7	1998	46,5	28,2	10,6
Qatar	0,6	1998	43,2	32,3	9,9
Jamahiriya arabe libyenne	5,3	1995	39,7	25,6	—
Tadjikistan	6,1	—	—	—	—
Guam	0,2	—	—	—	—
Fécondité totale supérieure à 4					
Nicaragua	5,1	1998	60,3	57,4	19,6
Paraguay	5,5	1998	57,4	47,7	13,7
Jordanie	4,9	1997	52,6	37,7	12,1
Honduras	6,4	1996	50,0	41,0	15,4
Bolivie	8,3	1998	48,3	25,2	14,9
Kenya	30,7	1998	39,0	31,5	15,4
Guatemala	11,4	1998	38,2	30,9	10,1
République arabe syrienne	16,2	1998	36,1	28,3	8,2
Botswana	1,5	1988	33,0	31,7	13,0
Népal	23,0	1996	28,5	26,0	13,0
Haïti	8,1	2000	28,1	22,3	4,0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4,8	1996	25,9	19,6	—
Ghana	19,3	1998	22,0	13,3	6,6
Swaziland	0,9	1988	19,9	17,2	—
Soudan	31,1	1992	8,3	6,9	2,6
Lesotho	2,0	1977	5,3	2,4	—
Guyane française	0,2	—	—	—	—
Timor Leste	0,7	—	—	—	—
Sahara occidental	0,3	—	—	—	—
Samoa	0,2	—	—	—	—
Vanuatu	0,2	—	—	—	—

établies par la Division de la population ont généralement incorporé des niveaux de fécondité variables pendant la période de projection, le niveau effectif de fécondité correspondant au seuil de remplacement évolue au cours de cette période. Toutefois, puisqu'à l'époque antérieure au sida, les niveaux de mortalité pour tous les pays étaient, selon les projections, supposés devoir diminuer régulièrement à l'avenir, ils étaient, à la fin de la période de projection, suffisamment faibles pour garantir que la fécondité de remplacement effective soit proche de 2,1 enfants par femme. Depuis 1990, date à laquelle on a commencé à incorporer officiellement l'impact du VIH/sida dans les projections concernant certains pays, les baisses de mortalité ont cessé d'être la règle, d'autant plus que le nombre

Révision de 2000 (variante moyenne)						
Fécondité totale en 1995-2000	Changement moyen par décennie de la fécondité totale entre 1975-1980 et 1995-2000	Seuil de remplacement effectif en 2045-2050	Taux cible	Date cible	Pays ou territoire	
Fécondité totale entre 3 et 3,5 (suite)						
3,20	0,40	2,09	2,10	2020	Fidji	
3,30	1,00	2,16	2,10	2010	Myanmar	
3,17	1,24	2,07	2,10	2015	Émirats arabes unis	
Fécondité totale entre 3,5 et 4						
3,60	0,86	2,10	2,10	2015	Turkménistan	
3,80	0,95	2,09	2,10	2025	Bangladesh	
3,56	1,57	2,08	2,10	2020	Cap-Vert	
3,64	0,93	2,09	2,10	2015	Philippines	
3,70	1,20	2,07	2,10	2020	Qatar	
3,80	1,79	2,08	2,10	2015	Jamahiriya arabe libyenne	
3,72	1,09	2,11	2,10	2025	Tadjikistan	
3,95	-0,22	2,08	2,10	2025	Guam	
Fécondité totale supérieure à 4						
4,32	1,04	2,10	2,10	2030	Nicaragua	
4,17	0,49	2,10	2,10	2035	Paraguay	
4,69	1,35	2,08	2,10	2030	Jordanie	
4,30	1,15	2,13	2,10	2030	Honduras	
4,36	0,72	2,13	2,10	2030	Bolivie	
4,60	1,65	2,21	2,10	2025	Kenya	
4,93	0,74	2,11	2,10	2035	Guatemala	
4,00	1,72	2,08	2,10	2025	République arabe syrienne	
4,35	1,01	2,34	2,10	2025	Botswana	
4,83	0,41	2,10	2,10	2035	Népal	
4,38	0,79	2,21	2,10	2040	Haïti	
4,60	0,64	2,14	2,10	2040	Papouasie-Nouvelle-Guinée	
4,60	1,15	2,14	2,10	2030	Ghana	
4,80	0,85	2,27	2,10	2035	Swaziland	
4,90	0,70	2,14	2,10	2030	Soudan	
4,75	0,50	2,27	2,10	2035	Lesotho	
4,05	-0,38	2,08	2,10	2045	Guyane française	
4,35	-0,02	2,15	2,10	2020	Timor Leste	
4,40	0,83	2,08	2,10	2030	Sahara occidental	
4,51	0,19	2,09	2,10	2035	Samoa	
4,59	0,58	2,12	2,10	2035	Vanuatu	

des pays fortement touchés par l'épidémie continue d'augmenter. Dans la *Révision de 2000*, les projections concernant les populations de 45 pays ont dû tenir compte du VIH/sida et dans le cas de tous ces pays, une certaine augmentation de la mortalité a été incorporée dans les projections, au moins à court et à moyen termes. Certains de ces pays sont des pays à taux de fécondité intermédiaire; il convient donc de noter qu'en ce qui les concerne une fécondité totale de 2,1 enfants par femme pourrait déjà être inférieure au seuil de remplacement effectif (voir tableau 4). Il pourra y avoir lieu de prendre ce fait en considération au moment de proposer des hypothèses sur les futures tendances de la fécondité concernant ces pays.

Tableau 4
Fécondité totale au seuil de remplacement effectif pour les pays à taux de fécondité intermédiaire qui sont très affectés par le VIH/sida

Pays	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025	2025-2030	2030-2035	2035-2040	2040-2045	2045-2050
Afrique										
Botswana	3,36	3,10	2,82	2,66	2,56	2,50	2,46	2,42	2,39	2,34
Ghana	2,48	2,41	2,34	2,29	2,24	2,20	2,18	2,16	2,15	2,14
Kenya	2,64	2,58	2,49	2,43	2,37	2,33	2,30	2,27	2,24	2,21
Lesotho	3,30	3,48	3,29	3,04	2,84	2,68	2,55	2,44	2,35	2,27
Afrique du Sud	2,69	2,83	2,80	2,70	2,61	2,51	2,42	2,35	2,27	2,21
Soudan	2,55	2,48	2,42	2,36	2,31	2,26	2,21	2,18	2,16	2,14
Swaziland	3,39	3,43	3,04	2,73	2,55	2,44	2,37	2,33	2,30	2,27
Zimbabwe	2,82	2,64	2,50	2,41	2,35	2,31	2,28	2,26	2,24	2,22
Asie										
Inde	2,35	2,30	2,25	2,22	2,20	2,18	2,16	2,15	2,14	2,13
Myanmar	2,52	2,44	2,36	2,30	2,26	2,22	2,20	2,18	2,17	2,16
Thaïlande	2,11	2,10	2,09	2,08	2,08	2,07	2,07	2,07	2,07	2,07
Amérique latine et Caraïbes										
Bahamas	2,14	2,13	2,11	2,10	2,10	2,10	2,10	2,09	2,09	2,09
Brésil	2,16	2,15	2,14	2,13	2,12	2,11	2,10	2,09	2,09	2,08
République dominicaine	2,21	2,20	2,19	2,18	2,16	2,18	2,16	2,15	2,14	2,13
Guyana	2,26	2,26	2,26	2,26	2,25	2,24	2,22	2,20	2,18	2,16
Haïti	2,53	2,47	2,42	2,38	2,34	2,31	2,28	2,26	2,23	2,21
Honduras	2,24	2,22	2,20	2,19	2,17	2,16	2,15	2,14	2,14	2,13

En somme, la tâche de révision des hypothèses formulées au sujet de l'avenir de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire appelle au moins cinq décisions :

1. Choisir un niveau cible de fécondité que l'ensemble (ou la plupart) des pays à taux de fécondité intermédiaire atteindront avant 2050 selon la variante moyenne.
2. Déterminer, pour chaque pays, la période au cours de laquelle le niveau cible sera atteint selon la variante moyenne.
3. Déterminer si ce niveau sera maintenu ou non jusqu'à la fin de la période de projection.
4. Établir les niveaux cibles correspondant aux variantes faible et élevée, éventuellement en modifiant la période cible.
5. Déterminer si certains pays doivent être considérés comme des exceptions au regard de critères précis.

Avant de présenter le projet d'hypothèses révisées concernant les pays à taux de fécondité intermédiaire, il est bon de passer en revue les hypothèses retenues pour établir les projections de fécondité dans la *Révision de 2000*.

Hypothèses concernant l'avenir de la fécondité sur lesquelles la *Révision de 2000* est fondée

Les projections de la *Révision de 2000* comprennent six variantes. Quatre variantes sont fondées sur des hypothèses différentes concernant l'évolution de la fécondité. Pour les décrire, on commence par classer les pays en trois groupes :

1. *Pays à taux de fécondité élevé* : les pays qui, jusqu'en 2000, n'avaient pas enregistré de baisse de la fécondité ou avaient connu à peine un début de baisse;

2. *Pays à taux de fécondité moyen*: les pays où le taux de fécondité a baissé, mais est encore supérieur au seuil de remplacement (2,1 enfants par femme entre 1995 et 2000);
3. *Pays à taux de fécondité faible*: les pays où le taux de fécondité est égal ou inférieur au seuil de remplacement (2,1 enfants par femme entre 1995 et 2000), ainsi que quelques pays où le taux de fécondité, très proche du seuil de remplacement, est considéré comme appelé à descendre en-dessous de ce seuil dans un proche avenir (2000-2005).

Hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen :

1. On suppose en général que la fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé baissera à un rythme moyen de près d'un enfant par décennie à compter de 2005 ou plus tard. Il s'ensuit que certains de ces pays n'auront pas atteint le seuil de remplacement en 2050.
2. On suppose que la fécondité dans les pays à taux de fécondité moyen atteindra le seuil de remplacement avant 2050.
3. On suppose en général que la fécondité dans les pays à taux de fécondité faible restera inférieure au seuil de remplacement pendant la période de projection, atteignant entre 2045 et 2050 le taux de fécondité de la cohorte de femmes nées au début des années 60 ou, si cette information fait défaut, atteignant 1,7 enfant par femme si la fécondité du moment est inférieure à 1,5 enfant par femme, ou 1,9 enfant par femme si la fécondité du moment est égale ou supérieure à 1,5 enfant par femme.

Hypothèse fondée sur un taux de fécondité élevé :

1. La fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé et moyen demeure à un niveau supérieur à la fécondité correspondant à l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen et finit par atteindre entre 2045 et 2050 une valeur supérieure de 0,5 enfant par femme à la valeur atteinte selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen.
2. Pour les pays à taux de fécondité faible, la fécondité totale finit par atteindre entre 2045 et 2050 une valeur supérieure de 0,4 enfant par femme à la valeur atteinte selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen.

Hypothèse fondée sur un taux de fécondité faible :

1. La fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé et moyen reste inférieure à la fécondité enregistrée selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen et finit par atteindre, entre 2045 et 2050, une valeur inférieure de 0,5 enfant par femme à la valeur atteinte selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen.
2. Pour les pays à taux de fécondité faible, la fécondité totale finit par atteindre entre 2045 et 2050 une valeur inférieure de 0,4 enfant par femme à la valeur atteinte selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen.

Hypothèse fondée sur un taux de fécondité constant :

Pour chaque pays, la fécondité reste constante au taux estimé pour la période 1995-2000.

Hypothèses proposées pour la Révision de 2002

Avant de formuler les hypothèses concernant la *Révision de 2002* d'une manière analogue à la présentation de celles qui correspondaient à la *Révision de 2000*, intéressons-nous aux différentes décisions à prendre.

- *Le taux cible de fécondité dans la variante moyenne*: Si l'on veut que les pays à taux de fécondité intermédiaire atteignent un taux de fécondité qui soit inférieur à 2,1 enfants par femme, le taux cible de fécondité proposé est de 1,85 enfant par femme. C'est une valeur qui se situe exactement à mi-chemin entre les taux cibles pour les variantes faible et moyenne des *Révisions* antérieures, y compris la *Révision de 2000*. En outre, elle est très proche du taux moyen de fécondité totale prévu pour les pays à taux de fécondité faible pour la période 2045-2050 selon la *Révision de 2000* (1,88 enfant par femme) et ne se situe pas trop loin au-dessus du taux moyen de fécondité enregistré au cours des périodes récentes par les pays à fécondité déficitaire (voir tableau 1). Si, comme c'était le cas des *Révisions* antérieures, les taux cibles pour les variantes élevée et faible sont fixés de manière à englober une dispersion comprise entre 0,8 et 1 enfant de part et d'autre du taux cible pour la variante moyenne, le taux cible pour la variante élevée serait compris entre 2,25 et 2,35 enfants par femme, soit une valeur nettement supérieure au seuil de remplacement, et le taux cible pour la variante faible serait compris entre 1,35 et 1,45 enfant par femme, soit une valeur plus proche du taux moyen de fécondité totale qu'enregistrent aujourd'hui les pays à taux de fécondité faible (1,5 enfant par femme). En d'autres termes, la dispersion comprise entre 1,35 et 2,35 enfants par femme (ou 1,45 et 2,25 enfants par femme) semblerait suffisamment étendue pour couvrir les cas où la fécondité déficitaire ne se matérialise pas et où la fécondité reste supérieure au seuil de remplacement ainsi que ceux où la fécondité descend encore plus bas dans la dispersion inférieure au seuil de remplacement.
- *Détermination de la période cible*: La période cible pour chaque pays sera déterminée d'une manière concordant avec celle dont ont été déterminées les périodes cibles déjà utilisées pour la variante moyenne de la *Révision de 2000*. En d'autres termes, à moins que les tendances antérieures de la fécondité ne connaissent une évolution appréciable, la directive générale consistera à choisir pour la réalisation de la fécondité déficitaire une période cible qui soit postérieure à la période cible actuelle pour la réalisation d'une fécondité correspondant au seuil de remplacement.
- *Maintien du taux de fécondité déficitaire jusqu'à la fin de la période de projection*: Le nouveau taux cible sera traité comme l'a été le seuil de remplacement dans les *Révisions* antérieures. Une fois que le taux cible aura été atteint, il sera maintenu jusqu'à la fin de la période de projection.
- *Taux cibles pour les variantes élevée et faible*: Il est proposé que, pour les pays à taux de fécondité intermédiaire, les taux cibles pour les variantes élevée et faible restent fixés à un demi-enfant au-dessus et au-dessous du taux cible correspondant à la variante moyenne. Étant donné la plus grande incertitude qui entoure la réalisation de la fécondité déficitaire dans le cas d'un grand nombre de pays à taux de fécondité intermédiaire, il ne semble pas judicieux, pour le moment, de réduire la dispersion pour les variantes élevée et basse.
- *Détermination d'exceptions*: Comme dans le cas des autres révisions, il pourra y avoir lieu de modifier le taux cible pour certains pays à taux de fécondité intermédiaire compte tenu de tendances antérieures ou d'autres informations pertinentes. Il est recommandé de fonder la détermination en question sur la prise en considération, au minimum, des aspects suivants: tendances antérieures de la fécondité et signes de stagnation des taux de fécondité; taux d'utilisation des contraceptifs si faibles qu'ils font douter de la durabilité de baisses de fécondité rapides; impact du VIH/sida sur le seuil de remplacement effectif; et caractéristiques des politiques et programmes de population.

D'une manière concordant avec celle dont a été établie la *Révision de 2000*, les hypothèses proposées pour la *Révision de 2002* sont décrites pour trois groupes de pays:

1. *Pays à taux de fécondité élevé*: les pays qui, jusqu'en 2000, n'avaient pas enregistré de baisse de la fécondité ou avaient connu à peine un début de baisse (il s'agit généralement des pays dont la fécondité totale a été égale ou supérieure à 5 enfants par femme entre 1995 et 2000);
2. *Pays à taux de fécondité intermédiaire*: les pays où le taux de fécondité a baissé, mais est encore supérieur au seuil de remplacement (supérieur à 2,1 enfants par femme entre 1995 et 2000);
3. *Pays à taux de fécondité faible*: les pays où le taux de fécondité est égal ou inférieur au seuil de remplacement (2,1 enfants par femme entre 1995 et 2000).

Hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen :

1. On suppose que la fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé baissera à un rythme moyen d'un enfant au plus par décennie. Le rythme de la baisse sera fixé compte tenu de la situation socioéconomique et autres conditions connexes de chaque pays. Le taux de fécondité des pays appartenant à ce groupe restant élevé, leur fécondité totale ne sera pas nécessairement descendue au dessous du seuil de remplacement à la fin de la période de projection.
2. On suppose que la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire atteindra 1,85 enfant par femme avant 2050. Une fois que ce taux aura été atteint, la fécondité totale restera à ce niveau jusqu'à la fin de la période de projection.
3. On suppose en général que la fécondité dans les pays à taux de fécondité faible restera inférieure au seuil de remplacement pendant la période de projection, atteignant entre 2045 et 2050 le taux de fécondité de la cohorte de femmes nées au début des années 60 ou, si cette information fait défaut, atteignant 1,7 enfant par femme si la fécondité du moment est inférieure à 1,5 enfant par femme, ou 1,9 enfant par femme si la fécondité du moment est égale ou supérieure à 1,5 enfant par femme.

Hypothèse fondée sur un taux de fécondité élevé :

1. La fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé et intermédiaire reste supérieure à la fécondité enregistrée selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen et finit par atteindre, entre 2045 et 2050, une valeur supérieure de 0,5 enfant par femme à la valeur atteinte selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen.
2. Pour les pays à taux de fécondité faible, la fécondité totale finit par atteindre entre 2045 et 2050 une valeur supérieure de 0,4 enfant par femme à la valeur atteinte selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen.

Hypothèse fondée sur un taux de fécondité faible :

1. La fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé et intermédiaire reste inférieure à la fécondité enregistrée selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen et finit par atteindre, entre 2045 et 2050, une valeur inférieure de 0,5 enfant par femme à la valeur atteinte selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen.
2. Pour les pays à taux de fécondité faible, la fécondité totale finit par atteindre entre 2045 et 2050 une valeur inférieure de 0,4 enfant par femme à la valeur atteinte selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen.

Hypothèse fondée sur un taux de fécondité constant :

Pour chaque pays, la fécondité reste constante au taux estimé pour la période 1995-2000.

Les répercussions

Les répercussions des directives concernant la fécondité future proposées dans la *Révision de 2002* sont d'une ampleur sans précédent. La perspective de voir les pays à taux de fécondité intermédiaire enregistrer une fécondité déficitaire contraste notablement avec l'hypothèse actuelle selon laquelle leur fécondité se stabilisera au seuil de remplacement. La mise en œuvre des hypothèses de fécondité proposées implique que, dans la variante moyenne, il est prévu que pour 80 % environ de la population mondiale, la fécondité sera ramenée au seuil de remplacement avant 2050.

Même dans le cadre des hypothèses ainsi proposées, la population mondiale n'en continuera pas moins de croître au milieu du siècle. Toutefois, les taux d'accroissement de la population seront très inférieurs aux projections actuelles. L'affirmation quelque peu exagérée selon laquelle la « fin de l'accroissement de la population » est en vue sera alors un peu moins éloignée de la vérité qu'elle ne l'a été jusqu'ici.

Dans l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que les taux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement sont inévitables. Toutefois, ce que l'on connaît, et qui est corroboré par l'expérience vécue par un nombre croissant de pays, donne à penser que l'on peut s'attendre à enregistrer un peu partout à l'avenir de longues périodes de fécondité déficitaire. De plus, la réalisation de cette fécondité déficitaire semble probable si l'on considère le succès avec lequel la fécondité a été ramenée de 5,6 ou 7 enfants par femme à 2, 3 ou 4 enfants par femme. Aujourd'hui, les pays à taux de fécondité intermédiaire ont encore des taux de fécondité moyennement élevés et c'est la rapidité avec laquelle ces taux ont diminué qui autorise à penser que les baisses de fécondité ne s'arrêteront pas nécessairement au seuil de remplacement.

En somme, les nouvelles directives concernant la projection de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire sont proposées parce qu'il a été scientifiquement établi que la fécondité ramenée au seuil de remplacement ne marquait pas nécessairement la fin de l'évolution des populations. Dans le passé, les analystes de la Division de la population de l'ONU se sont montrés clairvoyants dans leurs projections de population. À la fin des années 40, par exemple, ils ont prévu les taux rapides d'accroissement futur de la population. Dans les années 60 et au début des années 70, ils ont prévu des baisses importantes de la fécondité alors que les données permettant de penser que de telles baisses devaient se produire étaient encore rares. Aujourd'hui, la Division de la population prévoit la poursuite de changements sans précédents affectant la dynamique de l'accroissement de la population. Compte tenu de l'expérience des pays à taux de fécondité faible d'aujourd'hui et des progrès de notre compréhension des processus débouchant sur la transition virtuellement universelle d'une fécondité élevée à une fécondité faible, il semble probable que la fécondité déficitaire sera courante à l'avenir. Le taux de fécondité proposé — 1,85 enfant par femme — ne représente qu'un écart modeste, mais significatif par rapport au seuil de remplacement. Si elle est atteinte et maintenue, la fécondité déficitaire entraînera d'abord un ralentissement des taux d'accroissement de la population, puis une lente diminution de l'effectif de la population mondiale.

BIBLIOGRAPHIE

- Ariès, P. (1962). *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life*. New York: Knopf. [*L'Enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. Paris: Plon]
- Ariès, P. (1980). Two successive motivations for the declining birth rate in the West. *Population and Development Review*, vol. 6, n° 4, p. 645-650.
- Beckers, Gary S. (1981). *A Treatise on the Family*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bongaarts, John et Rodolfo A. Bulatao (dir.) (2000). *Beyond Six Billion: Forecasting the World's Population*. Washington, DC: National Academy Press.
- Bongaarts, John et Susan C. Watkins (1996). Social interactions and contemporary fertility transitions. *Population and Development Review*, vol. 22, n° 4, p. 639-682.

- Bulatao, Rodolfo A. et John B. Casterline (dir.) (2001). Global Fertility Transition. *Population and Development Review*, vol. 27 (supplément).
- Caldwell, John C. (1982). *Theory of Fertility Decline*. Londres : Academic Press.
- Casterline, John B. (2001a). The pace of fertility transition : National patterns in the second half of the twentieth century. *Population and Development Review*, vol. 27 (supplément), p. 53-59.
- Casterline, John B. (dir.) (2001b). *Diffusion Processes and Fertility Transition : Selected Perspectives*. Washington, DC : National Academy Press.
- Casterline, John B. (2001c). Diffusion processes and fertility transition : Introduction. In *Diffusion Processes and Fertility Transition : Selected Perspectives*, John B. Casterline (dir.). Washington, DC : National Academy Press, p. 1-38.
- Chase, Stuart (1939). Population going down. *Atlantic Monthly* condensé dans Reader's Digest, mars, 1-5.
- Cleland, John (2001a). The effects of improved survival on fertility : A reassessment. *Population and Development Review*, vol. 27 (supplément), p. 60-92.
- Chenais, Jean-Claude (2000). Determinants of below-replacement fertility. *Bulletin démographique des Nations Unies*, n° 40/41, 1999, p. 126-136.
- Cleland, John (2001b). Potatoes and pills : An overview of innovation-diffusion contributions to explanations of fertility decline. In *Diffusion Processes and Fertility Transition : Selected Perspectives*, John B. Casterline (dir.). Washington, DC : National Academy Press, p. 39-65.
- Cleland, John et C. R. Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition : An iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, n° 1, p. 5-30.
- Coale, Ansley J. (1973). The demographic transition reconsidered. In *International Population Conference, Liege, 1973*, vol. I. Liège, Belgique, Union internationale pour l'étude scientifique de la population, p. 53-72.
- Coale, Ansley J. et Susan C. Watkins (dir.) (1986). *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton, New Jersey : Princeton University Press.
- Davis, Kingsley (1945). The world demographic transition. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, n° 237, p. 1-11.
- Davis, Kingsley (1963). The theory of change and response in modern demographic history. *Population Index*, vol. 29, n° 4, p. 345-366.
- Davis, Kingsley (1970). The climax of population growth : Past and future perspectives. *California Medicine*, vol. 113, n° 5, p. 33-39.
- Dorbritz, Jürgen et Charlotte Höhn (2000). The future of the family and future fertility trends in Germany. *Bulletin démographique des Nations Unies*, n° 40/41, 1999.
- Easterlin, Richard A. (1976). The conflict between aspirations and resources. *Population and Development Review*, vol. 2, n° 3-4, p. 417-425.
- Knodel, John et Etienne van de Walle (1979). Lessons from the past : Policy implications of historical fertility studies. *Population and Development Review*, vol. 5, n° 2, p. 217-245.
- Lesthaeghe, Ron (1983). A century of demographic and cultural change in Western Europe : An exploration of underlying dimensions. *Population and Development Review*, vol. 9, n° 3, p. 411-435.
- Lesthaeghe, Ron et Paul Willems (1999). Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union ? *Population and Development Review*, vol. 25, n° 2, p. 211-228.
- Lesthaeghe, Ron et Camille Vanderhoeft (2001). A conceptualization of transitions to new behavioral forms. In *Diffusion Processes and Fertility Transition : Selected Perspectives*, John B. Casterline (dir.). Washington, DC : National Academy Press, p. 240-264.
- Lutz, Wolfgang, Warren Sanderson et Sergei Scherbov (2001). The end of world population growth. *Nature*, vol. 412, p. 543-545.
- Organisation des Nations Unies (1985). *Women's Employment and Fertility* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.85.XIII.5).
- Organisation des Nations Unies (2000a). Fécondité en dessous du niveau de remplacement, *Bulletin démographique des Nations Unies*, Numéro spécial 40/41, 1999.

- Organisation des Nations Unies (2000b). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.4).
- Organisation des Nations Unies (2001a). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 1: Comprehensive Tables (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.8).
- Organisation des Nations Unies (2001b). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. II: *The Sex and Age Distribution of the World Population* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.9).
- Notestein, Frank W. (1945). Population. The long view. In *Food for the World*, T. W. Schultz (dir.). Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Notestein, Frank W. (1953). Economic problems of population change. In *Proceedings of the Eight International Conference of Agricultural Economists*. Londres: Oxford University Press.
- Oppenheimer, Valerie Kincade (1988). A theory of marriage timing. *American Journal of Sociology*, n° 94, p. 563-591.
- Rodríguez, Germán et John Cleland (1981). Socio-economic determinants of marital fertility in twenty countries: A multivariate analysis. In *World Fertility Survey Conference 1980: Record of the Proceedings*, vol. 2. Voorburg (Pays-Bas), Institut international de statistique, p. 337-414.
- Spengler, Joseph J. (1930). When population ceases to grow. *The New Republic*, vol. 65 (3 septembre), p. 61-63.
- Teitelbaum, Michael S. et Jay M. Winter (1985). *The Fear of Population Decline*. Orlando et Londres: Academic Press.
- Thompson, W. S. (1929). Population. *American Journal of Sociology*, vol. 34, n° 6, p. 959-975.
- Wattenberg, Ben J. (1987). *The Birth Dearth*. New York, NY: Pharos Books.

Le défi contemporain de la population

John C. Caldwell*

Contre toute attente, nous vivons une époque critique pour le mouvement général de la population et la politique démographique. C'est à peine si nous sommes à un peu plus de la moitié de la grande poussée de croissance démographique qui a commencé au milieu du XX^e siècle, et déjà les gouvernements des pays développés semblent ne plus se soucier de la question. Cette perte d'intérêt pourrait avoir de profondes répercussions démographiques. Ce désintérêt croissant tient à une vague conviction que le changement démographique en cours ne peut plus être arrêté, conviction forgée en réaction à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, et résultant peut-être d'une interprétation erronée du document complexe adopté à l'issue de cette rencontre, ainsi qu'à une fixation sur la fécondité déficitaire dans le monde développé.

L'accroissement démesuré de la population n'appartient pas au passé. Les estimations et projections démographiques des Nations Unies (variante moyenne) (Nations Unies, 2001a) font état d'une population mondiale qui a atteint 2,5 milliards d'individus en 1950 et 6,1 milliards en 2000, et en comptera 9,3 milliards en 2050. Le prochain demi-siècle verra presque autant d'individus s'agréger à la population mondiale que le dernier demi-siècle et, par la suite, celle-ci s'accroîtra peut-être encore d'un ou de deux milliards d'individus avant que la croissance ne prenne fin. La baisse mondiale de la fécondité aurait effectué plus des quatre cinquièmes du parcours qui doit faire descendre la fécondité cumulée de 5,0 en 1950 à 2,1 en 2050. Mais en raison de l'effet d'inertie propre à l'accroissement de la population et du fait que la population de base est en constante progression, les additions à la population mondiale n'ont atteint, dans les années 90, qu'un sommet d'environ 80 millions d'individus par an et n'ont fait que diminuer légèrement depuis.

Les augures et les responsables politiques peuvent en tirer deux enseignements principaux. Le premier, c'est que les projections ne sont pas une science exacte. Le second, c'est que les projections s'appuient nécessairement sur l'expérience antérieure—y compris au niveau des politiques—et que, s'il y a une évolution, les projections doivent évoluer elles aussi.

L'absence de certitude est bien montrée par le fait que, pour 2050, les Nations Unies ont établi, en plus de la projection moyenne de 9,322 milliards d'individus, une projection basse de 7,866 milliards et une projection haute de 10,934 milliards. La projection haute est supérieure à la projection basse de plus de trois milliards ou près de 40 %. Une autre projection, récemment établie par Lutz *et al.* (2001), comporte pour 2050 un chiffre médian de 8,797 milliards, le chiffre effectif ayant une probabilité de 80 % de se situer entre 7,347 et 10,443 milliards. Le chiffre « le plus vraisemblable » pour 2050 de cette dernière projection est inférieur d'environ un demi-milliard à celui des Nations Unies, mais implique lui aussi un énorme accroissement et une grande incertitude quant à son ampleur.

Ces dernières années, la plupart des analystes ont marqué une préférence pour la projection moyenne des Nations Unies car elle s'est avérée remarquablement fiable pendant ces années-là. Mais cette période de quasi-certitude pourrait bien toucher à sa fin. Deux ans après avoir publié, en 1999, les projections de 1998, les Nations Unies ont produit des chiffres révisés qui relevaient de 413 millions d'individus l'estimation moyenne pour 2050. La différence était attribuable pour 96 % aux nouveaux chiffres pour l'Afrique

* Australian National University, Canberra, Australie.

et l'Asie, essentiellement l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. La Division de la population du Secrétariat de l'ONU a indiqué que cette révision à la hausse s'expliquait à raison de 59 % par le fait que, dans certains pays (essentiellement d'Afrique subsaharienne), la baisse de la fécondité n'avait pas commencé à la date prévue et à raison de 32 % par le fait que la baisse de la fécondité était plus lente que prévu dans de grands pays tels que le Bangladesh, l'Inde et le Nigéria.

Les projections du XX^e siècle étaient fondées sur la pratique du XX^e siècle, elle-même arrimée à un quasi-consensus entre les pays donateurs les plus puissants et leurs habitants sur le degré élevé de priorité et le niveau de financement approprié à accorder à la maîtrise de la croissance démographique¹. Ce consensus est l'un des facteurs qui ont poussé les gouvernements des pays en développement à adopter des politiques de population qui ont fait baisser les taux de fécondité et l'accroissement démographique plus vite que l'aurait pu le faire le seul changement socioéconomique. Il a également contribué à la mise au point de moyens contraceptifs adaptés à des programmes de planification familiale de grande ampleur dans des pays pauvres dont la population est insuffisamment instruite. Ce consensus fait à présent moins recette, ce qui ne va pas sans répercussions au niveau du financement et de la suprématie du monde développé. On peut s'attendre presque à coup sûr à un ralentissement de la baisse de la fécondité et à une accélération de l'accroissement démographique, ce dont il faut bien tenir compte au niveau des projections de population.

Les raisons pour lesquelles ce consensus ne fait plus recette sont de plusieurs ordres. Il y a d'abord le succès initial de la réduction de la fécondité et l'expression de ce succès dans les statistiques des Nations Unies, entre autres. Le monde n'est pas aussi homogène que la réaction à ces changements pourraient le donner à penser. La baisse de la fécondité a été soutenue dans la région relativement aisée et instruite de l'Amérique latine et dans les parties de l'Asie de l'Est et de l'Asie du Sud-Est connaissant un développement économique rapide. Ailleurs, toutefois, des problèmes existaient en puissance qui souvent n'ont pas été remarqués, mais qui peuvent être observés dans les trois grands pays au sujet desquels les plus récentes projections des Nations Unies ont déterminé que la baisse de fécondité était inopinément lente à se manifester.

Le fait que la transition en matière de fécondité puisse être lente dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne s'explique de bien des manières. La population y oppose des résistances culturelles et les gouvernements ne s'empressent guère de prendre des initiatives dans ce domaine: on ne peut donc pas s'attendre à ce que les programmes nationaux de planification familiale ressemblent à leurs équivalents asiatiques ni produisent les mêmes effets. Par ailleurs, le niveau de développement est très faible et une proportion importante de la population pratique l'agriculture de subsistance. Ici, qui dit bras supplémentaires dit surcroît de produits alimentaires; or, on trouve des bras supplémentaires lorsque peu d'enfants vont à l'école. Il y a en Afrique subsaharienne 20 pays où les femmes ont encore six enfants, voire davantage, et il n'y a guère de signe de baisse de la fécondité en vue. Ensemble, ces 20 pays ont en moyenne un taux de mortalité infantile supérieur à 150 pour 1000, une espérance de vie de 45 ans et un revenu national brut par habitant, calculé sur la base de la parité de pouvoir d'achat, légèrement supérieur à 850 dollars (1999). Fait peut-être plus important, la moitié seulement de leurs filles en âge d'aller à l'école primaire y vont, et un tiers seulement des filles en âge de faire des études secondaires sont scolarisées (taux de scolarisation nets). Si on les compare à des pays comme le Ghana, le Kenya et l'Afrique du Sud, où l'on a observé une forte réduction de la fécondité, leurs taux de mortalité infantile sont deux ou trois fois plus élevés, leurs niveaux de revenu plus faibles et les taux de scolarisation secondaire de leurs filles inférieurs de moitié. Le Ghana et le Kenya ont jeté les bases de la baisse de leur fécondité avant la crise économique qui a frappé l'Afrique à partir du milieu des années 80. Leurs populations partaient déjà du principe que la santé de leurs enfants pouvait être protégée par la médecine moderne et que les filles comme les garçons pouvaient aller à l'école. Lorsque la crise économique a frappé et que les familles ont dû dépenser davantage eu

¹ Pour mon analyse de cette pratique, voir Caldwell et Caldwell (1986).

égard au recouvrement des coûts mis en place dans le cadre des programmes d'ajustement structurel, non seulement beaucoup de parents de ces pays n'ont pas changé d'avis, mais ils ont acquis la conviction que les perspectives en matière d'éducation et de santé les concernant ne pouvaient être maintenues que s'ils espaçaient davantage les naissances de leurs enfants. Cette double prise de conscience ne s'est pas produite dans les pays plus pauvres, qui restent aux prises avec des écoles et des centres de santé peu nombreux et payants. Ils doivent également entamer la transition démographique à une époque marquée par le sida. En Afrique, à l'exception de quelques pays situés surtout dans le sud du continent, la baisse de la fécondité est pour l'essentiel un phénomène urbain, car la nature des familles, les occupations exercées par les adultes et le rôle des enfants et ce que l'on attend d'eux sont très différents en milieu urbain et en milieu rural. Les pays atoniques sont généralement moins urbanisés que les pays où la baisse de la fécondité est une réalité et, en particulier, on n'y trouve généralement pas de grandes villes. Enfin, les pays à taux de fécondité élevé ont souvent eu à régler des problèmes plus immédiats que les problèmes démographiques, car il s'agit de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne ravagés par la guerre : le Libéria, la Sierra Leone, l'Érythrée, la Somalie, l'Ouganda, l'Angola et la République démocratique du Congo.

Les explications fournies par l'analyse de seuil ne sont plus très en vogue, mais une explication de ce genre serait sans doute bien adaptée à la situation propre aux grands pays atoniques d'Asie du Sud. Le Bangladesh est probablement le meilleur exemple. Voilà un pays où un programme de planification familiale relativement onéreux et efficace, s'appuyant sur un changement socioéconomique notable, a réduit de moitié le taux de natalité vers la fin des années 70 et pendant les années 80, et qui, en définitive, a constaté que sa fécondité cumulée s'est stabilisée aux alentours de 3,3 jusqu'à la fin des années 90. Il s'ensuit que les projections de population des Nations Unies le présente comme devant atteindre le seuil de remplacement à une date de 30 ans plus éloignée que ne le faisaient les projections de 1998. Ce qui n'avait pas auparavant été pris en considération, c'est que le Bangladesh est le plus pauvre pays du monde à avoir fait descendre sa fécondité cumulée à 3,3, et il l'a fait avec un taux de mortalité infantile d'environ 70, soit plus du double du taux de l'Asie de l'Est et de l'Asie du Sud-Est. Si le Bangladesh a ramené sa fécondité à un niveau aussi bas, c'est en partie parce qu'il a surmonté les problèmes liés au *pardah* (confinement des femmes au foyer) en dépêchant des agents de planification familiale dans chaque maison pour distribuer les contraceptifs hormonaux qui ont la faveur des sociétés musulmanes, mais l'ironie veut que les donateurs, à présent que le financement des programmes de planification familiale a diminué, demandent que l'on ait davantage recours aux services centralisés et aux méthodes permanentes ou à long terme. L'Inde, qui a pour l'essentiel financé elle-même son programme, mise depuis longtemps sur les méthodes peu coûteuses en mettant l'accent sur la stérilisation. Elle a obtenu un succès extraordinaire dans le sud du pays, mais a beaucoup moins bien réussi dans sa partie hindouiste composée des grands États du nord (où la mortalité infantile est également assez élevée). On constate des similitudes au Nigéria, où la moitié sud du pays a connu une baisse de la fécondité comparable à celle du Ghana et du Kenya, mais où le nord, plus pauvre, à taux de mortalité plus élevé et très largement musulman, comme le Niger et le Tchad voisins, conserve un taux de fécondité élevé.

La CIPD a produit un *Programme d'action* qui, comme le résultat d'autres consensus internationaux, était complexe, dont la logique interne était parfois prise en défaut et qui se prêtait facilement à des erreurs d'interprétation. Il a proclamé que le mouvement de la population n'avait plus à être motivé par les peurs démographiques, tout en consacrant un grand nombre de ses pages à l'accroissement de la population et à ses répercussions. Il a donné la priorité à l'amélioration de la situation des femmes, en particulier dans les domaines de l'éducation et de la santé en matière de procréation, tout en justifiant en partie cette priorité en disant qu'elle se traduirait par des progrès démographiques sous la forme d'une diminution de la mortalité infantile et de la fécondité, ou du moins en signalant ces progrès. Il militait en faveur de programmes de santé en matière de procréation

d'un type dont les meilleurs programmes de planification familiale avaient toujours rêvé. Néanmoins, il entendait dissuader bien des participants aux programmes de planification familiale existants en donnant l'impression de condamner ce qu'ils avaient jusqu'alors considéré comme des succès antérieurs et de demander aux services de santé des pays où ces programmes étaient exécutés plus qu'ils ne pourraient offrir dans un avenir prévisible. Il a assurément semé également la confusion dans les rangs des donateurs, qui ne s'étaient pas jusque-là imaginé que les services éducatifs et sanitaires nationaux, beaucoup plus onéreux, méritaient proportionnellement le même appui de leur part que les programmes de planification familiale.

Mais l'appui des donateurs occidentaux aux programmes de planification familiale s'est également senti de la prise de conscience du fait que la fin de la transition démographique pourrait ne pas prendre la forme de l'égalité des taux de natalité et de mortalité, mais d'une fécondité déficitaire. C'est déjà chose faite dans des pays abritant 44 % de la population mondiale et ce phénomène a commencé à se manifester sous forme de baisses soutenues de la fécondité dans les pays développés à partir des années 70. Il s'explique en partie par le fait que davantage de filles vont à l'école et davantage de femmes participent au marché du travail, mais il est aussi la résultante de forces libérées par l'action entreprise au niveau mondial pour limiter l'accroissement de la population, à savoir l'invention de meilleures méthodes contraceptives, et par l'appui moral apporté aux jeunes couples ou aux jeunes femmes pour qu'ils aient peu d'enfants. Plus d'un responsable politique a à présent entendu l'argument selon lequel la décision de limiter l'accroissement de la population dans les pays en développement soit n'avait jamais été nécessaire, soit ne l'était plus. On a même laissé entendre qu'en dernière analyse la baisse de la fécondité serait catastrophique pour tous les pays car ils se rapprocheraient d'une situation dans laquelle plus de 30 % de la population serait composée de personnes âgées, c'est-à-dire qu'elles auraient plus de 65 ans (le Japon doit atteindre ce niveau en 2030); cela imposerait un fardeau insupportable aux actifs qui devraient financer les pensions de retraite et les services de santé pour personnes âgées sous la forme d'une forte imposition.

En fait, la situation démographique est beaucoup plus complexe que cela, même si cette complexité a été insuffisamment expliquée aux gouvernements, ou l'a été de façon peu convaincante. Premièrement, tout le monde n'est pas convaincu que la Chine se situe au-dessous ou très au-dessous du seuil de remplacement; or, si l'on ne tient pas compte de sa population, la proportion de la population mondiale relevant de cette catégorie est réduite de moitié pour descendre à 22 %. Deuxièmement, la situation caractérisée par une très faible fécondité (fécondité cumulée inférieure à 1,6), avec peu de chance de voir la fécondité finale d'une cohorte se rapprocher du seuil de remplacement dans la mesure où les femmes continuent d'ajourner les naissances depuis leurs jeunes années, est largement le fait de l'Europe centrale, orientale et méridionale, du Japon et de la République de Corée et, peut-être, du Canada, soit environ 750 millions d'individus ou un huitième de l'espèce humaine. Troisièmement, l'effet d'inertie démographique garantit que la crise, même dans ces pays, n'est pas pour demain. Si la situation actuelle se poursuit, il faudra un tiers de siècle pour que l'Italie, l'Espagne et le Japon enregistrent une dépopulation d'un demi pour cent par an et que leur population soit composée à raison de 30 % ou davantage de personnes âgées de plus de 65 ans, et il faudra un demi-siècle pour que l'Allemagne soit dans ce cas.

Ce que je veux dire ici est que l'accroissement de la population mondiale devrait demeurer le principal sujet de préoccupation des pays riches. En 2050, la population mondiale pourrait avoir atteint 8,9 milliards d'individus, selon la projection moyenne de 1998 des Nations Unies, ou 9,3 milliards selon la projection moyenne de 2000. Elle pourrait tout aussi bien avoir atteint le chiffre de 10,9 milliards de la projection haute de 2000 ou, ce qui est de moins en moins probable, les 7,9 milliards de la projection basse de 2000. La valeur de pointe de la population mondiale pourrait osciller entre 9 et 12 milliards, ou bien, selon les projections avec probabilité de 80 % de Lütz *et al.* (2001), être comprise entre 8 et 12 milliards. En ce qui concerne la stabilité à long terme des écosystèmes de la pla-

nète et notre capacité de nourrir convenablement tout le monde et de donner à tous une vie relativement bonne, cette marge de 3 ou 4 milliards d'individus supplémentaires peut s'avérer déterminante. Nous serons peut-être en mesure d'atteindre ces objectifs auprès d'une population de 12 milliards d'individus, mais nous sommes beaucoup plus assurés de pouvoir le faire avec 9 milliards; risquer de devoir avoir affaire à 3 milliards d'individus supplémentaires ne semble pas être une expérience qui en vaille la chandelle.

Et que va-t-il probablement arriver dans les pays riches? Pour simplifier, on peut répondre que ces sociétés continueront de connaître des taux de fécondité faibles. Mais la situation est loin d'être simple. Le fait que la fécondité cumulée soit actuellement maintenue à un faible niveau parce que les femmes continuent de retarder l'âge auquel elles se marient et ont des enfants conduit la plupart des pays à exagérer la menace pesant sur le renouvellement de la population. En Europe, les pays scandinaves, la France, le Royaume-Uni, l'Irlande et peut-être même les Pays-Bas se rapprocheront probablement du seuil de remplacement, tout comme les États-Unis. En tout état de cause, les pays d'immigration traditionnels — États-Unis, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande — ont peu de chances de connaître la dépopulation. En revanche, si les tendances actuelles se poursuivent, une grande partie de l'Europe méridionale, orientale et centrale, ainsi que le Japon et la République de Corée devront faire face à la dépopulation. Mais il ne faut pas perdre de vue deux faits: premièrement, c'est que, même compte tenu des tendances actuelles, une dépopulation appréciable ne se produira pas avant des décennies dans la plupart des cas; deuxièmement, les taux de fécondité ne resteront peut-être pas à un niveau aussi faible.

La raison pour laquelle la fécondité pourrait ne pas demeurer à un niveau aussi faible est que le nationalisme n'a pas dit son dernier mot. Lorsqu'une véritable baisse de fécondité se manifesterait, on pourrait fort bien voir les pouvoirs publics et le grand public faire de la maternité leur cheval de bataille en rendant dérisoires les initiatives semblables prises dans les années 30 ou en Europe orientale entre les années 50 et les années 70. Les baisses de fécondité postérieures aux années 60 ont été l'aboutissement non seulement du changement économique mais aussi de l'évolution des mentalités à l'égard des familles peu nombreuses, voire de l'absence d'enfants, évolution découlant en partie du débat sur l'« explosion démographique ». J'ai le sentiment que, dans les décennies qui viennent, nous allons assister au phénomène inverse: l'opinion publique et les pouvoirs publics vont faire l'éloge des familles de deux, voire trois enfants, ce qui donnera lieu à un changement tout à fait radical de politique destiné à rendre cette nouvelle donne possible. La très faible fécondité actuelle s'explique moins par la réalisation des objectifs du projet parental que par les difficultés financières que connaissent les familles vivant dans une société de haute consommation sans avoir deux soutiens de famille et par les difficiles problèmes auxquels sont confrontés les mères désireuses de poursuivre leurs études ou leur carrière ou de conserver leur emploi et leurs chances de promotion. Ces difficultés tiennent à l'insuffisance de l'appui des gouvernements, des employeurs et des maris. Nous savons que lorsque la Suède a injecté des crédits dans des programmes préscolaires gratuits dans les années 80 et au début des années 90 (au nom de l'égalité des sexes, non pour des raisons démographiques), la fécondité s'est hissée jusqu'au seuil de remplacement, avant de retomber d'un tiers quand ces crédits ont été supprimés lorsque la Suède a satisfait aux critères d'adhésion à l'Union européenne. Le temps viendra peut-être où ce sera la réalisation de la maternité qui sera liée à l'obtention de bourses universitaires, au remboursement d'un prêt hypothécaire finançant l'achat d'un logement et au maintien dans la filière de promotion rapide.

Ces changements politiques et sociaux peuvent ne pas être favorisés uniquement par le nationalisme démographique, mais aussi par une variante du mouvement féministe et des forces puissantes militant en faveur d'une plus grande égalité des sexes. L'Italie s'interroge d'ores et déjà sur les causes de sa très faible fécondité au moment où les spécialistes des sciences sociales l'expliquent par le fait que les maris ne prennent pas leur part des devoirs domestiques et de l'éducation des enfants et relie cette situation au fait que les hommes se marient tard après avoir vécu les premières années de leur vie adulte chez leurs parents et avoir été habitués par leur mère à s'attendre à ne devoir prendre aucune responsabilité en

matière de tâches domestiques. Il faut espérer que les gouvernements des pays développés puissent devenir suffisamment intelligents pour prendre en charge un monde bipolaire, de façon à pouvoir séparer leurs politiques de population intérieures de l'attitude qu'ils adoptent à l'égard de l'aide technique à apporter aux pays à taux de fécondité élevé.

Les faibles taux de fécondité sont en train de modifier rapidement la pyramide des âges des pays développés et les démographes continueront de suivre cette nouvelle donne. Il n'est pas démontré qu'elle annonce une catastrophe économique. Le principal groupe d'âges actif (les 20-64 ans, définition qui correspond mieux à la situation des pays riches que les 15-64 ans) demeure une proportion constante de la population, autour de 56%. Le seul changement est que la charge pesant sur les actifs n'est plus de soutenir les jeunes, mais de soutenir les personnes âgées. Il s'agit d'une question qui suscite beaucoup d'émotion en Occident, où les jeunes sont en général pris en charge par la famille (dépenses directes des familles) alors que les personnes âgées le sont par l'État (imposition des familles). Cette nouvelle situation n'est pas universelle et, au demeurant, son impact sur l'économie nationale n'est sans doute pas aussi important que ce qu'on en a dit. On relève par ailleurs une tendance à sous-estimer l'efficacité de l'économie moderne et d'en surestimer la capacité de création d'emplois. Elle a montré qu'elle était tout à fait capable d'assurer une élévation du niveau de vie avec un taux de chômage allant jusqu'à 10% et avec 5 ou 10% d'autres personnes partant en préretraite. Ainsi, s'il est certes possible d'élargir suffisamment l'assiette de l'impôt pour prendre en charge les personnes âgées en portant l'âge de la retraite à 70 ans, cela pourrait ne pas être nécessaire. En fait, l'économie pourrait atteindre sa meilleure performance si cette mesure n'est pas prise, car on pourrait avoir à verser des allocations de chômage aux personnes âgées de 65 à 69 ans.

Pays à taux de fécondité intermédiaire

J'en viens à présent brièvement aux grands « pays à taux de fécondité intermédiaire ». Pour la Division de la population du Secrétariat de l'ONU, il s'agit des pays dont la fécondité cumulée est comprise entre 2,2 et 4,9. Aux fins de la présente analyse, un pays est « grand » s'il comptait en 2000 au moins 30 millions d'habitants (Organisation des Nations Unies, 2001b). Ce groupe comprend 18 pays (Algérie, Égypte, Maroc, Soudan, Kenya, Afrique du Sud, Mexique, Argentine, Brésil, Colombie, Turquie, Bangladesh, Inde, République islamique d'Iran, Indonésie, Myanmar, Philippines et Viet Nam), avec une population totale de 2,260 milliards ou 46% de la population du monde en développement, 63% sans la Chine. À elle seule, l'Inde représente 45% de la population de ce groupe. Aux fins de l'analyse, j'ajoute trois autres grands pays à taux de fécondité élevé pour constituer un groupe « élargi » : le Nigéria, la République-Unie de Tanzanie et le Pakistan. Ainsi élargi, ce groupe de 21 pays représente 53% de la population du monde en développement (72% sans la Chine) et l'Inde représente 39% du total.

La Division de la population du Secrétariat de l'ONU a eu raison de ne pas vouloir exagérer la rapidité de la baisse de la fécondité. Il ressort toutefois d'une comparaison avec les autres sources (Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires, INED, Population Reference Bureau) qu'elle semble à présent surévaluer la fécondité cumulée du Bangladesh, en la situant à 3,6 dans *L'État de la population mondiale, 2000* et à 3,7 en réalisant la moyenne entre l'estimation pour la période 1995-2000 et la projection moyenne pour la période 2000-2005 figurant dans la *Révision de 2000 des Perspectives démographiques mondiales* (Organisation des Nations Unies, 2001a). Il semble qu'une estimation se situant aux alentours de 3,3 soit plus plausible. En revanche, il semble que les fécondités cumulées de l'Afrique du Nord (Algérie, Égypte, Maroc, Soudan) soient sous-évaluées, moins toutefois dans le cas des projections tirées de la moyenne des deux périodes que dans celui de la fiche technique de *L'État de la population mondiale* (Organisation des Nations Unies, 2001b). On notera par ailleurs qu'il est difficile de considérer certains pays comme des entités unitaires du point de vue de la fécondité. Au Nigéria, la fécondité cumulée du Nord musulman relativement pauvre se situe encore aux alentours de 7,0,

tandis que celle du Sud plus riche, mieux instruit et essentiellement chrétien se situe entre 4 et 5, comparable donc avec celles du Ghana et du Kenya. Inversement, au Soudan, c'est le Nord musulman plus riche qui se caractérise par un taux de fécondité plus faible.

Il semble qu'aucun obstacle ne puisse plus s'opposer à ce que la plupart des pays atteignent le seuil de remplacement et, ultérieurement, descendent en dessous de ce seuil; aucun obstacle lié au revenu, assurément, car la République de Moldova et l'Arménie, dont le revenu par habitant calculé sur la base de la parité de pouvoir d'achat (rph ppa) est du même ordre que celui de l'Inde, enregistrent des fécondités cumulées de 1,4 et 1,1, respectivement. De même, les obstacles religieux ne sont pas insurmontables: la fécondité de l'Italie et de l'Espagne catholiques est d'un peu plus de la moitié du seuil de remplacement et celle de l'Afrique du Nord musulmane ne cesse de baisser. L'analyse de seuil n'a plus bonne presse, mais il existe une corrélation significative entre les taux de fécondité faibles et le revenu par habitant, un faible taux de mortalité postinfantile, des niveaux d'instruction et d'emploi des femmes élevés et l'urbanisation. Sur la base de ces critères (rph ppa supérieur à 2000 dollars; mortalité des moins de cinq ans inférieure à 75 pour 1000 naissances; plus de 30% de filles inscrites dans les écoles secondaires; et plus de 40% d'urbanisation), 13 des 21 pays étudiés ici semblent appelés à connaître une fécondité déficitaire bien avant 2050: c'est le cas d'un groupe de pays d'Amérique du Sud (Argentine, Brésil, Colombie et Mexique), d'un autre groupe en Afrique du Nord (Algérie, Égypte, Maroc), de cinq pays d'Asie (Indonésie, République islamique d'Iran, Philippines, Turquie, Viet Nam) et d'un pays d'Afrique subsaharienne (Afrique du Sud). Les pays qui, si l'on tient compte de ces critères, sont moins susceptibles d'enregistrer une fécondité déficitaire sont le Soudan, le Nigéria, le Kenya, la République-Unie de Tanzanie, le Bangladesh, l'Inde, le Pakistan et le Myanmar. Si l'on ajoute un autre facteur, la détermination du gouvernement exprimée sous la forme d'un programme efficace de planification familiale susceptible d'être maintenu lorsque la fécondité baissera, l'Inde et, éventuellement, le Bangladesh pourraient passer dans le premier groupe. Il est possible que l'Église catholique ait retardé la baisse de la fécondité en Amérique latine, comme l'atteste le cas de l'Argentine, qui, tout en ayant un rph ppa voisin de celui de la Hongrie ou de la République tchèque, a connu pendant un demi-siècle, de 1950 à 2000, une fécondité cumulée qui n'est descendue que de 3,2 à 2,6. Néanmoins, il pourrait y avoir écho différé à l'expérience de l'Italie, de l'Espagne et du Portugal, où les fécondités cumulées oscillaient entre 2,5 et 2,9 entre 1965 et 1970, se situant alors au-dessus de celles de l'Europe du Nord et de l'Europe centrale, mais où elles oscillent actuellement entre 1,1 et 1,5, soit au-dessous de celles de l'Europe du Nord. Toutes les femmes n'ont même pas besoin d'occuper un emploi pour que le taux de fécondité soit très faible. L'augmentation constante du niveau d'instruction des enfants, garantie par le principe du mimétisme social, peut suffire. Les bases de la réduction de la fécondité en Afrique ont été établies par le développement économique, mais, par la suite, le facteur le plus déterminant semble avoir été le coût de l'éducation et des soins de santé pour les enfants à partir du moment où, l'économie des pays africains s'étant trouvée en crise, les programmes d'ajustement structurels qui ont suivi ont rendu ces services payants pour leurs utilisateurs. Parmi l'élite urbaine indienne, les familles à enfant unique ne sont plus rares.

Il se peut que d'autres facteurs soient plus importants, en particulier la mondialisation des marchés et de la société de consommation, l'objectif consistant à donner une bonne instruction à toutes les filles et la conviction que les femmes instruites doivent prendre un emploi hors du foyer. L'analyse des facteurs déterminant le très faible taux de fécondité de l'Italie a donné un tour nouveau à cette conviction. On a pu dire que beaucoup de femmes ne peuvent pas réussir dans leur carrière professionnelle dans une société patriarcale où les maris ne contribuent guère à l'éducation des enfants ni aux autres tâches domestiques et où l'État n'intervient pas sous la forme de programmes d'éducation préscolaire ou de dispositions de la législation du travail interdisant de pénaliser les femmes qui quittent leur emploi pendant qu'elles doivent s'occuper de jeunes enfants. On a également soutenu que les hommes sont conditionnés à ne pas prendre leur part des

responsabilités domestiques par leur mère au cours de la longue période qu'ils passent au domicile de leurs parents jusqu'à ce qu'ils se marient, ce qu'ils ne font guère avant l'âge de 30 ans en moyenne. On a rapproché cette situation du cas des maris censément plus coopératifs d'Europe du Nord et des États-Unis et des gouvernements plus coopératifs d'Europe du Nord et d'Europe centrale. L'ironie de cette comparaison veut que le modèle patriarcal méditerranéen soit beaucoup plus répandu dans le monde que le modèle d'Europe du Nord; il caractérise en effet l'Amérique latine, l'Afrique du Nord, l'Afrique subsaharienne, l'Asie occidentale, l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Est. Si les analyses de la situation italienne sont correctes, la plupart des régions du monde pourraient bien avoir atteint le seuil de remplacement en 2050.

J'ai le sentiment que la *Révision de 2000* est pour l'essentiel sur la bonne voie, mis à part le fait que la projection moyenne va un peu trop loin dans la généralisation d'un plancher pour la fécondité cumulée de 2,1, niveau qui ne semble pas devoir s'avérer être le point le plus bas pour la majorité des pays. Mon interprétation des données disponibles est que la prudence dont on a fait preuve au sujet du Bangladesh était justifiée, mais que l'on est allé un peu trop loin dans la prudence en ce qui concerne la date à laquelle le seuil de remplacement sera atteint. J'ai également l'impression que le seuil de remplacement sera atteint plus tôt que la révision moyenne de 2000 ne le postule dans les cas de l'Argentine, de la Colombie et du Mexique, et peut-être aussi de l'Afrique du Sud et du Pakistan.

Mais, comme on l'a avancé plus haut, la situation pourrait être modifiée du tout ou tout si l'Europe venait à adopter des mentalités et des politiques fermement natalistes.

CONCLUSIONS

L'ensemble du monde va-t-il s'acheminer vers des taux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement? L'exemple de sociétés non occidentales telles que celles du Japon et de la République de Corée autorise à penser que tel sera le cas. La quasi-totalité des pays du monde ne sont plus loin de penser qu'il ne faut pas cesser d'augmenter le niveau d'instruction, que les femmes devraient recevoir une instruction au même titre que les hommes, et que les femmes instruites doivent entrer sur le marché du travail si tel est leur souhait; et il semble bien que la plupart d'entre elles le souhaitent. La Chine comme l'Inde maintiendront vraisemblablement en place leurs programmes nationaux de planification familiale même lorsque leur fécondité sera devenue déficitaire, et il est probable que l'une comme l'autre envisageront avec confiance l'éventualité d'une certaine diminution de l'effectif de leur population. Tout cela n'empêchera pas la population du monde d'atteindre 8, 9 ou 10 milliards d'individus, mais pourra l'aider à se stabiliser, voire à décroître.

L'aspect le plus douloureux du comportement démographique futur du monde sera sans doute les migrations internationales. Jusqu'à une date récente, les migrations internationales ont été limitées par le fait que la plus grande partie de la population mondiale était illettrée et rurale et pratiquait l'agriculture de subsistance. En général, les personnes qui sont dans ce cas ne veulent pas s'expatrier, surtout pour se rendre dans des contrées où la société est très différente, car elles savent qu'elles auraient beaucoup de mal à s'acclimater sur les plans social et psychologique. La mondialisation économique et sociale et la généralisation de l'instruction ont complètement changé cette position, au point que tant que le monde en développement ne se sera pas développé, nous devons faire face à la situation angoissante qui verra les migrants en situation régulière ou non frapper à la porte des pays riches en nombre très supérieur à celui que ces pays sont disposés à accepter. Les efforts déployés par les pays riches pour endiguer ce flot menaçant de changer la nature de leurs sociétés et de donner des armes au racisme. Les pays d'installation accepteront certainement assez d'immigrants pour maintenir la croissance démographique. La réaction en Europe est moins certaine. Dans les pays européens où la population autochtone est en déclin numérique, un fort courant d'immigration maintiendrait assurément l'effectif de la population, mais plus le déclin numérique de la population autochtone serait rapide, plus marqué serait l'effet de dilution ethnique de l'immigration.

Par ailleurs, les démographes seront appelés à accomplir un travail plus habituel dans des domaines importants mais moins politiquement chargés, tels que l'évolution de la morbidité et de la mortalité, les migrations internes et l'urbanisation. Ces deux domaines ne sont pas entièrement étrangers l'un à l'autre car la croissance d'énormes agglomérations urbaines dans des pays pauvres soulève des questions touchant l'état sanitaire des pauvres auxquelles il faut répondre par des enquêtes quantitatives afin d'orienter les mesures correctives. Même dans les pays développés, on s'intéresse de plus en plus aux différences de niveau de santé selon la classe sociale, le niveau d'instruction et le lieu de résidence, et la demande d'informations de ce genre va certainement s'amplifier. Le besoin de travaux spécialisés se fera également sentir en ce qui concerne des crises spécifiques : c'est ainsi qu'il faudra cerner et mesurer l'impact de l'épidémie de sida. L'urbanisation de la planète est un phénomène hors du commun : d'à peine plus d'un tiers de l'espèce humaine en 1970, la population vivant dans les villes passera à environ les deux tiers en 2025 pour atteindre peut-être 80 % peu après le milieu du XXI^e siècle. Nous suivons cette croissance, sans nous soucier vraiment d'en préciser la nature ou les effets.

La tâche qui s'impose dans l'immédiat consiste à préserver les attitudes, politiques et les schémas de dépenses qui ont jusqu'ici soutenu la baisse de la fécondité dans le monde en développement. Si on n'y parvient pas, l'accroissement lent ou stationnaire de la population pourrait être atteint non pas avec 8 milliards d'individus, mais avec 9, 10, 11 ou 12 milliards. Les différences du point de vue de la viabilité à long terme de l'environnement pourraient être énormes. Les chiffres les plus faibles ont des chances d'être atteints si l'Occident ne fait pas de fixation sur la baisse de la population au cours des deux ou trois décennies à venir. La source de préoccupation mineure est que l'aide technique destinée aux programmes de planification familiale des pays en développement continuera de diminuer si la dépopulation devient un thème qui monopolise l'attention. La source de préoccupation majeure est que le monde entier risque de retenir les nouvelles politiques et stratégies visant à stabiliser l'effectif de la population dans les pays à taux de fécondité faible, même dans le cas des pays à taux de fécondité moyennement élevée.

Nous envisageons naguère la fin de la transition démographique comme une population stationnaire d'environ 10 milliards d'individus. Nous en sommes venus plus récemment à nous la représenter comme une population maximale suivie d'une longue période de déclin allant peut-être s'accéléralent. Cela pourrait ne pas être un mauvais dénouement. Il existe actuellement une vraie possibilité que les mesures destinées à enrayer la dépopulation aient des répercussions mondiales dans la seconde moitié du XXI^e siècle, débouchant soit sur un accroissement de population modeste et continu, soit sur une population mondiale ballottée au gré des changements d'idéologie et de politique. À long terme, beaucoup dépendra des données environnementales et des idéologies.

Les problèmes de population, les démographes et les cours universitaires de démographie ne semblent pas appelés à disparaître. Tel pourrait être le cas si l'on parvenait à la stagnation de la population, mais cela semble de moins en moins probable.

BIBLIOGRAPHIE

- Caldwell, John C. et Pat Caldwell (1986). *Limiting Population Growth, and the Ford Foundation Contribution*. Londres : Frances Pinter.
- Lutz, Wolfgang, Warren Sanderson et Sergei Scherbov (2001). The end of world population growth. *Nature*, vol. 412, n° 2 (août), p. 543-546.
- Organisation des Nations Unies (2001a). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. I: Comprehensive Tables (publication des Nations Unies numéro de vente : E.01.XIII.8).
- Organisations des Nations Unies (2001b). *État de la population mondiale 2000* (fiche technique). New York.

L'impact de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994

*Jason L. Finkle**

Le présent document devait initialement évaluer l'impact de la Conférence du Caire sur un groupe de pays que la Division de la population du Secrétariat de l'ONU appelle « pays à taux de fécondité intermédiaire ». Comme vous allez le voir, j'ai pris la liberté de reformuler la question d'une façon qui me la rende plus facile à traiter. Ainsi, au lieu de tenter de cerner et de mesurer l'« effet du Caire » sur les tendances de la fécondité, j'examinerai ici la dynamique politique et les modèles d'influence qui ont donné forme et corps à la Conférence du Caire. Il nous faudra toutefois considérer Le Caire non comme une brève rencontre ayant eu lieu en Égypte en septembre 1994, mais comme un processus qui s'est engagé à une date impossible à préciser, mais antérieure à la Conférence, lorsque différents acteurs se sont penchés sur la manière dont la conférence pourrait être profitable à leurs intérêts ou, dans certains cas, sur la manière de l'empêcher de nuire à leurs intérêts. Selon le schéma théorique sur lequel s'appuie le présent document, le processus de la conférence ne prend pas fin avec la clôture de la rencontre, mais se poursuit pendant des années alors que des groupes et des gouvernements s'évertuent à tenir compte — ou parfois à faire abstraction — du Programme d'action du Caire. Ce qui a motivé une bonne partie des manœuvres politiques, bureaucratiques et diplomatiques postérieures au Caire, c'est la très lourde tâche consistant à amener les signataires du document à donner effet à ses recommandations.

Les conférences sur la population sont une sorte de fête mobile qui permet à tous les pays de choisir leur mets favori et de repousser les autres plats qu'ils trouvent peu ragoûtants, voire franchement répugnants. On peut le dire des trois conférences intergouvernementales sur la population organisées par les Nations Unies : Bucarest 1974, Mexico 1984 et Le Caire 1994. À Bucarest, lieu de la première grande conférence sur la population de l'époque contemporaine, les délégations du tiers monde, des pays occidentaux industrialisés, du Saint-Siège et du bloc communiste ont chacune de leur côté considéré que l'ensemble final de recommandations approuvé par la Conférence avait fait triompher leur cause. On a également pu crier victoire en se basant sur le fait que le document issu de la Conférence avait été établi de manière à ne céder sur tous les points à aucune des forces en présence. Telle a été la démarche appliquée aux trois grandes conférences sur la population. À bien des égards, Bucarest a inauguré ce qui allait devenir un modèle repris avec quelques variations par les conférences sur la population ultérieures.

Ce que l'on oublie parfois, c'est qu'avant la première conférence intergouvernementale sur la population tenue à Bucarest il y avait eu deux autres conférences sur la population, tenues l'une à Rome en 1954 et l'autre à Belgrade en 1965, et organisées conjointement par les Nations Unies et l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population. Véritable aréopage, les experts envoyés à ces deux conférences avaient en commun, notamment, la compétence, la largeur de vues, la formation intellectuelle et les valeurs scientifiques. À la différence des conférences ultérieurement organisées par les Nations Unies sur le thème de la population, les participants aux rencontres de Rome et de Belgrade avaient été invités à

* School of Public health, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, États-Unis d'Amérique.

titre personnel en leur qualité d'expert, non en tant que représentants de gouvernements ou d'organisations. Ils n'étaient ni habilités ni enclins à prendre des « engagements » au nom de leurs gouvernements respectifs; ils étaient plutôt venus débattre de questions scientifiques et de problèmes plus généraux liés à la population et préconiser la recherche et la formation en matière de population dans le tiers monde.

Quelle qu'ait pu être la valeur intellectuelle de ces réunions d'experts, elles n'ont répondu ni aux besoins ni à l'attente du groupe de pays que préoccupait, sinon alarmait, le taux sans précédent d'accroissement démographique enregistré dans le monde en développement. Les États-Unis, qui avaient jusque-là été hostiles à toute action gouvernementale financée par des fonds publics ayant pour finalité la limitation de la croissance démographique, ont changé de position au milieu des années 60 et sont devenus le partisan le plus convaincu de la maîtrise de la croissance démographique en réaction au double fait que la rapidité de la poussée démographique était de plus en plus considérée comme un obstacle au développement et que les techniques contraceptives, devenues disponibles, permettaient de limiter la fécondité. En 1967, motivées par le versement par les États-Unis d'une contribution volontaire de plusieurs millions de dollars, l'Organisation des Nations Unies s'est également montrée disposée à jouer un rôle plus actif en créant ce qui deviendrait le Fonds des Nations Unies pour la population appelé à aider les pays à atteindre leurs objectifs en matière de population.

Avec ces changements, les conférences sur la population organisées par les Nations Unies se sont focalisées non plus sur les questions scientifiques, mais sur l'élaboration de politiques. On peut dire que, dans l'esprit des gouvernements donateurs et des partisans de la limitation de la population, la raison d'être des conférences sur la population a été, à partir de ce moment-là, de sensibiliser les gouvernements à leurs problèmes de population et de les inviter et les aider à faire diminuer le taux de natalité. Devenues intergouvernementales, les conférences ont été alors peuplées de fonctionnaires, d'universitaires, d'hommes politiques et de représentants des gouvernements et de représentants de la société civile choisis par leurs gouvernements respectifs.

Rebutés par ce qu'ils considéraient comme de l'incurie bureaucratique et une qualité de gouvernance laissant généralement à désirer, les pays donateurs s'en sont remis au secteur privé et aux organisations non gouvernementales (ONG) pour acheminer biens et services aux populations concernées. Les donateurs et les organismes internationaux soutiennent que la société civile est appelée à la rescousse pour compléter le travail du gouvernement, mais d'autres, y compris beaucoup de représentants du tiers monde, voient dans l'appui extérieur fourni par les ONG non pas un simple complément de l'action gouvernementale, mais comme la mise en place d'un gouvernement de substitution.

La thèse que je présente ici est que les conférences sur la population des Nations Unies sont passées par trois phases. Dans un premier temps, il s'est agi de rencontres scientifiques auxquelles des experts étaient invités *ès qualités* et étaient, non exclusivement, mais essentiellement comptables à leurs collègues — c'est-à-dire à d'autres experts. Ensuite, cherchant à influencer davantage la politique nationale de population, l'Organisation des Nations Unies, avec la bénédiction des États-Unis et d'autres pays industrialisés, a substitué à l'« assemblée des experts » une assemblée des gouvernements. Le Caire, et les événements ayant précédé et suivi la plus célèbre de toutes les conférences sur la population, représente la troisième phase de l'évolution des conférences des Nations Unies sur la population.

Les ténors du mouvement en faveur de la limitation de la population se sont employés à faire des conférences sur la population un moyen d'action diplomatique pour modifier les orientations et le comportement des pays à taux de fécondité élevé. Pour atteindre leur but, ils ont ressenti le besoin d'élargir le cercle des responsables de l'élaboration des politiques dans le cadre des conférences, de leur agréer des experts, d'associer leurs gouvernements à l'entreprise et de faire appel aux organisations non gouvernementales. Le noyau initial ayant ainsi été diversifié, les nouveaux venus ont montré qu'ils accordaient moins d'importance aux problèmes démographiques et au mouvement général de la population : ils se trouvaient ainsi mieux à même de peser sur l'issue des conférences dans un sens plus conforme à leurs intérêts.

Comme Bucarest et Mexico, Le Caire a été une conférence intergouvernementale, mais les ONG y ont joué un rôle nettement plus visible, actif et influent qu'aux conférences précédentes. Non seulement les ONG avaient mis en place un réseau de mobilisation transnational avec lequel il fallait compter, mais à l'époque de la tenue de la Conférence du Caire, les principaux pays donateurs se reposaient sur les ONG et leur ouvraient bien plus grandes que naguère les portes des conférences. Le processus de préparation officielle de la Conférence du Caire n'a guère été différent de celui des autres conférences, mais des changements se sont produits au début des années 90 qui ont permis à un grand nombre d'ONG de se faire accréditer et de participer amplement à l'établissement du Programme d'action. Le processus du Caire a été influencé par la participation d'une large coalition de plus de 1 500 ONG, dont les préoccupations englobaient le développement, la santé en matière de procréation et la santé des adolescents, les droits et le renforcement des moyens d'action des femmes, la violence à l'égard des femmes, la mutilation génitale féminine, les droits des populations autochtones et la planification familiale, mais il ne s'est pas sérieusement intéressé aux déterminants ou aux conséquences de l'accroissement de la population.

La logique de la participation massive des ONG au Caire, comme à beaucoup d'autres conférences organisées par les Nations Unies dans les années 90, a depuis été identifiée comme une nouvelle forme distincte de politique et de formulation de politiques à l'échelle transnationale (Wapner, 1995; Clark, Friedman, et Hochstetler, 1998; Keck et Sikkink, 1998). Les préparatifs d'une série de conférences tenues pendant cette décennie-là ont donné aux associations féminines—qui étaient devenues un réseau de mobilisation transnational—l'occasion de faire en sorte que chacune de ces conférences reprenne entièrement à son compte leurs préoccupations particulières concernant les droits et la santé des femmes. Bien avant la Conférence du Caire elle-même, comme l'ont indiqué un grand nombre de leurs membres, les associations de défense des droits des femmes avaient formulé une stratégie tendant à faire passer leur message dans toute la série de conférences d'une manière qui leur permettrait de remporter victoire sur victoire. Le succès de cette approche tenait à ce que les associations féminines avaient compris que, dans les années 90, les ONG communiquaient plus étroitement entre elles par-delà les frontières et que les conférences des Nations Unies étaient plus accueillantes pour les ONG que par le passé.

À mesure qu'ils s'évertuaient à trouver les moyens d'utiliser le mécanisme des conférences intergouvernementales pour renforcer la détermination des États membres à adopter des politiques de population, les milieux occidentaux favorables à la limitation de la population se sont rendus compte que l'initiative était en train de passer dans le camp des pays qu'ils essayaient d'influencer. Ce déplacement du centre de gravité de la formulation des politiques au niveau international des puissances occidentales à un ensemble plus universel, imprévisible et parfois désordonné regroupant les nouveaux pays, la presse, les ONG et d'autres groupes de pression s'est accompagné d'une évolution de la thématique des réunions. C'est ainsi que l'on a vu les préoccupations néo-malthusiennes être reléguées au second plan par les pressions exercées par les pays pauvres en faveur d'un nouvel ordre économique international propre à atténuer leur pauvreté et le néo-malthusianisme lui-même commencer à tomber en disgrâce en Occident.

Par ailleurs, nous pourrions bien nous trouver en présence d'une situation paradoxale: au moment où les différentes conférences des Nations Unies, y compris les conférences sur la population, apparaissent être devenues l'un des éléments du système international, il semble que nous assistions à une contre-attaque dirigée contre l'importance accrue du rôle des conférences dans la formulation des politiques. Contrairement à une opinion largement répandue, cette contre-attaque ne se ramène pas entièrement à de l'hostilité vis-à-vis du programme du Caire. On peut être bien disposé à l'égard des thèmes abordés au Caire, mais être opposé à l'idée qu'une conférence internationale puisse formuler des politiques sociales pour son propre pays; on peut y voir une ingérence extérieure dans la formulation des politiques au niveau national. C'est très exactement s'élever contre une violation extérieure de ce qui relève de la prérogative de l'État.

Les difficultés que l'on rencontre en essayant d'évaluer l'impact de la Conférence du Caire sur les politiques publiques des gouvernements des États Membres de l'Organisation des Nations Unies sont illustrées — non exagérées — d'une manière particulièrement frappante par le récit suivant tiré d'une expérience que Jack Kantner et moi-même avons vécue alors que nous effectuions des recherches en Inde. Cela se passait plusieurs années après Le Caire, dont le Programme d'action condamnait l'adoption de «quotas» dans les programmes de planification familiale au motif qu'ils pouvaient ouvrir la voie à la coercition. L'Inde, le deuxième pays du monde par l'effectif de la population, est l'un des tout premiers pays à avoir modifié ses politiques pour les rendre conformes à certaines dispositions du Programme d'action du Caire. Il a été annoncé dans le monde entier, à grand renfort de communiqués et d'articles de presse, que l'Inde, donnant suite aux recommandations du Caire, avait interdit l'application de quotas dans son programme de planification familiale. Quelques mois après l'annonce de cette interdiction, le Dr Kantner et moi-même avons obtenu un exemplaire de la politique de population que l'Andhra Pradesh, État du sud-est de l'Inde comptant plus de 66 millions d'habitants, venait d'adopter. À la lecture du document, nous avons constaté qu'il contenait différents types de quotas de planification familiale. Manifestement, pour les responsables d'un État de l'Inde, les quotas n'étaient pas aussi exécrables que pour les représentants du pays à la Conférence du Caire. C'était également un fait avéré que les responsables de la planification familiale défendaient les quotas comme étant un outil de gestion efficace.

Je viens de décrire une situation dans laquelle une conférence des Nations Unies sur la population, à laquelle l'Inde était représentée, a voté en faveur de l'adoption d'une recommandation tendant à ce que tous les gouvernements interdisent les quotas de planification familiale. Il semble que les ONG indiennes, en particulier les ONG s'occupant de la santé des femmes et des droits des femmes, aient été présentes et actives d'un bout à l'autre du processus. Le Gouvernement indien a réagi à la déclaration du Caire ainsi qu'aux pressions intérieures en proclamant la fin des quotas dans les programmes de planification familiale. Cela n'a pas empêché l'État de l'Andhra Pradesh d'assortir de quotas sa politique de population. On mesure ainsi les difficultés qui se posent lorsqu'il s'agit de concrétiser sur le terrain national la politique élaborée au niveau international. L'acquiescement théorique ou les déclarations des dirigeants nationaux peuvent contribuer à un changement d'orientation; toutefois, dans le système fédéral indien, la responsabilité des questions de santé et de planification familiale ne relève pas du gouvernement central, mais de chacun des États.

Le Programme d'action du Caire se composait d'un certain nombre de recommandations auxquelles les gouvernements devaient conformer leur action. Certaines de ces recommandations sont l'expression d'idéaux et d'un projet pour un monde plus juste et équitable. D'autres énoncent des mesures spécifiques que les gouvernements peuvent facilement prendre pour donner effet au Programme du Caire. Comme on dit, tout est dans les détails. Étant donné qu'il est pratiquement impossible pour un gouvernement quel qu'il soit, en particulier le gouvernement d'un pays en développement, d'appliquer simultanément la totalité du Programme du Caire, quelles dispositions devrait-il choisir d'appliquer en priorité et comment devrait-il adapter les dispositions pertinentes à son système social, au degré de richesse du pays considéré, au niveau d'instruction de la population et à tous les autres facteurs qui rendent le pays en question différent des autres? Ce sont là, naturellement, des problèmes que les gouvernements ne peuvent esquiver. dans le cas de certains pays, la tâche est presque écrasante.

De même que Bucarest avait, indépendamment du texte officiel de la Conférence, préconisé une refonte totale de l'ordre économique mondial, Le Caire a aussi fait passer un message qui se substituait à presque toutes les autres dispositions du Programme d'action. Dans son chapitre IV, intitulé «Égalité entre les sexes et promotion des femmes», le Programme d'action du Caire déclare que « [l]e renforcement des moyens d'action et de l'autonomie des femmes et l'amélioration de leur condition sur les plans politique, social, économique et sanitaire constituent en soi une fin de la plus haute importance. En outre c'est là une condition essentielle du développement durable ». C'est là, avec la promotion des droits et de la santé en matière de reproduction, ce que la plupart des participants à la Conférence

et des ONG ont retenu comme principal message du Caire. Noyées dans la confusion et l'enthousiasme suscités par le programme du Caire, les préoccupations concernant l'effectif et l'accroissement de la population restaient considérées comme ayant une grande importance par les démographes et les autres spécialistes de la population. Comme les Nations Unies l'ont démontré de façon convaincante dans leurs projections de population, l'accroissement de la population mondiale n'est pas près de cesser, même si la population se stabilise ou diminue dans une minorité de pays. L'Asie du Sud et l'Afrique peuvent garantir que cet accroissement se poursuivra jusqu'à une date avancée de ce siècle.

On ne peut sans doute pas demander à des conférences d'imposer des politiques de population. Si l'adoption et l'application des programmes entérinés par Le Caire sont les critères à l'aune desquels nous évaluons l'impact du Caire, les résultats n'apparaissent pas encore clairement. Beaucoup d'études ont été consacrées à l'impact du Caire ou son absence d'impact. Si j'en crois les chiffres indiqués dans les rapports de la Banque mondiale et d'autres entités onusiennes, les taux de scolarisation des filles sont en hausse, l'espérance de vie des femmes s'allonge et la mortalité infantile diminue. Ces tendances, toutes favorables et conformes aux recommandations du Caire, sont également favorables depuis les années 50 et 60. Il n'y a eu depuis Le Caire aucun changement visible de la ligne de tendance.

Les conférences montrent que les pays ne placent pas très haut les questions de population et les questions démographiques sur leur échelle des valeurs. J'ai l'impression que les partisans comme les détracteurs du Caire ont souvent étudié les mauvais indicateurs. Pour beaucoup, partisans ou détracteurs, Le Caire a formulé un vaste programme social en demandant au monde d'en tenir compte. Les changements spécifiques que Le Caire a recommandés d'apporter aux programmes s'effacent devant l'exigence aussi manifeste qu'absolue de faire des femmes les partenaires de plein droit des hommes à toutes les étapes de la vie. En d'autres termes, il s'agissait d'une exigence d'égalité et d'une prise de conscience de l'existence de besoins spéciaux et du désavantage comparatif actuel des femmes.

Nous n'avons pas besoin qu'on nous rappelle que Le Caire n'était pas une rencontre de dirigeants d'entreprise venus élaborer une stratégie et un plan de maximisation des bénéfices. Avec tous ses défauts, Le Caire a été une rencontre qui a exprimé la philosophie et les idéaux d'un grand nombre d'hommes et de femmes. Les conférences internationales ne conditionnent pas et, à plus forte raison, ne lient pas le comportement des États. Elles peuvent toutefois présenter des idées et des recommandations à tous les pays dans le cadre de l'effort permanent de formulation d'un ensemble de normes qui, avec le temps, seront adoptées par les populations et les gouvernements du monde entier. La mise en place d'un régime international est un processus lent et difficile à gérer, comme le montrent les problèmes rencontrés par ceux qui s'emploient à maîtriser la prolifération nucléaire ou la pollution atmosphérique. Quant à l'impact négatif du Caire, j'ai une réserve de taille à formuler: on n'a nullement servi les objectifs du Caire en utilisant la tribune d'une conférence sur la population pour défendre la cause des droits des femmes. La Conférence sur les femmes qui s'est tenue à Beijing était le cadre approprié pour le combat à mener en faveur de l'égalité des sexes, encore que d'aucuns soutiennent que Beijing aurait été impossible sans Le Caire.

La diabolisation des agents de la planification familiale qui a envahi les couloirs de la Conférence et s'est agrégée à la *gestalt* de plus d'une association de défense des droits des femmes est un paradoxe des plus singuliers. En ce qui me concerne, j'ai pu constater que ces agents sont le plus souvent des pédiatres, des infirmières, des médecins spécialisés en hygiène familiale et des travailleurs sociaux, bref des personnes qui ne correspondent guère au profil du zéléateur d'un malthusianisme étriqué déterminé à prévenir les naissances par tous les moyens à sa disposition. En tant que politologue, je sais apprécier les avantages que retire un mouvement social ou une association de défense lorsqu'il est capable de réaliser une unité plus grande en raison de l'existence d'un ennemi commun. En tant que sociologue, toutefois, je trouve déplaisant de voir caricaturer les agents de la planification familiale, tout comme je trouve déplaisant de cataloguer les féministes ou les adversaires de l'avortement.

Une fonctionnaire très intelligente des Nations Unies a contesté la validité de ma «défense» des agents de la planification familiale. Elle m'a fait observer qu'elle les consi-

dérait comme des gens tout à fait respectables qui se souciaient vraiment du bien-être des femmes et des hommes auxquels ils s'efforçaient de fournir des services. Elle a dit que ce n'était pas ces agents qui étaient à blâmer, mais les hauts responsables des organismes qui arrêtent les politiques et organisent le financement des services en question. Je crois que je vois où elle voulait en venir, mais cela ne répond pas à toutes les questions. Les responsables des organismes chargés de l'aide internationale parlaient du principe qu'un accroissement démographique rapide était préjudiciable au développement et que si le taux de cet accroissement pouvait être réduit, la croissance économique en profiterait. La croissance profiterait au pays aussi bien qu'à l'individu. En bref, ils étaient partisans d'une approche fondée sur le développement, approche qui a reçu l'aval et l'appui des gouvernements, des organismes bilatéraux et des organisations multilatérales.

Le Caire a présenté un modèle nouveau et différent, un nouveau cadre théorique, si l'on veut. Il s'agit de se focaliser non plus sur la société, le pays ou la communauté, mais sur les individus, les femmes en particulier, appelés à devenir le nouvel enjeu. Les activités de population auraient en vue la santé des femmes en matière de procréation, les droits et le statut des femmes, et le renforcement de leurs moyens d'action. La dimension radicale de ce nouveau cadre théorique ne tenait pas aux droits ou au statut des femmes, mais à l'exigence affirmée avec force selon laquelle les programmes d'assistance en matière de population et les programmes de planification familiale ne devraient pas être définis en fonction du bien-être de la société, mais viser l'intérêt de l'individu. Il s'agissait, au fond, de se déterminer non plus en fonction du développement, mais du bien-être. C'était troquer le « macro » pour le « micro ».

On peut se demander si la politique du bien-être apportera un plus grand bien. Ce que nous savons, c'est que les pays donateurs n'ont pas atteint les objectifs financiers fixés au Caire; les pays en développement n'ont pas entièrement souscrit au programme du Caire; et ce dernier s'est attiré plus de déclarations de bonne intentions qu'un véritable soutien. Il se pourrait bien que le développement, les problèmes de la société et une macro-approche soient davantage en odeur de sainteté auprès des donateurs d'aide et des gouvernements des pays en développement qu'une politique centrée sur les questions concernant le bien-être de l'individu et une micro-approche. Nous sommes sans doute en train d'apprendre que le navire du développement et de la planification familiale est mieux armé pour prendre en charge la santé en matière de procréation que l'inverse. Je ne fais pas de ce que je viens de dire une prescription normative. Il faut y voir l'expression d'un engagement déjà ancien en faveur du développement de même que d'un véritable intérêt pour les conférences des Nations Unies en tant qu'instruments du changement social et de développement.

Ces jours derniers, j'ai entendu et lu de nombreux commentaires sur la folie du Club de Rome et de ses prophètes et sur les cris d'alarme de Paul Ehrlich et des frères Paddock. En entendant énumérer les défauts de ceux qui ont laissé leur militantisme étouffer leur rigueur scientifique, je ne peux m'empêcher de penser également à ceux qui, il y a plus d'un quart de siècle, annonçaient la fin de l'explosion démographique. Combien de milliards d'individus avons-nous ajoutés au monde depuis que « la fin » a été annoncée?

BIBLIOGRAPHIE

- Clark, Ann Marie, Elizabeth J. Friedman et Kathryn Hochstetler (1998). « The Sovereign limits of global civil society: A comparison of NGO participation in United Nations world conferences on the environment, human rights, and women. » *World Politics*, vol. 52, n° 1, p. 1-36.
- Keck, Margaret D. et Kathryn Sikkink (1998). *Activists Beyond Borders: Transnational Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca: Cornell University Press.
- Wapner, Paul (1995). « Politics beyond the state: Environmentalism activism, and world civic politics. » *World Politics*, vol. 47 (avril), p. 311-340.

Le rôle du financement international dans la baisse future de la fécondité parmi les pays à taux de fécondité intermédiaire

Steven W. Sinding*

Le présent document a pour but d'émettre des hypothèses sur l'évolution future de la fécondité dans les « pays à taux de fécondité intermédiaire » en s'appuyant sur l'examen du rôle que le financement extérieur a joué dans la baisse de la fécondité au cours du passé récent. J'espère ainsi pouvoir montrer que le niveau du financement extérieur a jusqu'ici déterminé en partie le rythme de la baisse de la fécondité dans de nombreux pays et pouvoir en tirer argument pour dire que le rythme et l'ampleur des baisses futures pourront être influencées par le financement extérieur potentiel.

Pour la Division de la population du Secrétariat de l'ONU, organisatrice de la conférence en vue de laquelle le présent document a été établi, les « pays à taux de fécondité intermédiaire » sont les pays à fécondité cumulée (FC) supérieure au seuil de remplacement (2,1) et inférieure à 5,0. Aujourd'hui, 74 pays du monde répondent à cette définition; ils se trouvent presque tous dans les régions du monde en développement d'Asie, d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Amérique latine.

J'ai examiné trois séries de paramètres pour un sous-groupe de 20 pays, où figurent notamment un grand nombre des pays les plus peuplés du groupe: le rythme de la baisse de la FC entre la période 1955-60 et la période 1995-2000; le montant des financements extérieurs et intérieurs dont ont bénéficié les programmes de population en 1982, 1986 et 1989¹; et les scores d'« effort de programme » des pays en 1999. J'ai essayé de composer un échantillon de pays représentatif des différentes régions, où l'on constate différents niveaux de soutien extérieur et différents degrés de « volonté politique » de réduire la fécondité. Les pays diffèrent très sensiblement quant au degré auquel leur « cadre social » se prête et s'est prêté à une baisse de la fécondité. Sept des pays de l'échantillon sont en Asie (Bangladesh, Inde, Indonésie, Malaisie, Népal, Philippines et Viet Nam), trois en Afrique subsaharienne (Botswana, Ghana et Kenya), six en Amérique latine (Brésil, Colombie, Guatemala, Mexique, Pérou et République dominicaine) et quatre dans la région Moyen-Orient/Asie occidentale/Afrique du Nord (Égypte, Maroc, République islamique d'Iran et Tunisie).

D'autres documents présentés à cette conférence étudient toute une série de déterminants supplémentaires de la baisse de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire. On espère qu'à eux tous ils fourniront une explication assez complète de la baisse antérieure de la fécondité ainsi que des indications convaincantes au sujet de l'avenir. Le présent document reconnaît qu'une foule de facteurs autres que la politique publique et les moyens de financement déterminent l'évolution de la fécondité. En fait, il est probable que pour la plupart des pays, ces autres facteurs sont beaucoup plus importants que la politique ou le niveau de dépenses pour rendre compte de la baisse de la fécondité. Pourtant, on ne compte plus les publications autorisant à penser

* Heilbrunn Department of Population and family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, États-Unis d'Amérique.

¹ Les données par pays bénéficiaire n'étaient pas disponibles pour les années ultérieures, ce qui a sérieusement limité l'analyse.

Tableau 1

Pays	Fécondité cumulée ^a					Financement extérieur total ^b		
	1955-1960	1965-1970	1975-1980	1985-1990	1995-2000	1982	1986	1989
Bangladesh	6,90	6,80	5,70	4,80	3,80	36 148	4 3311	49 923
Botswana	6,70	6,80	6,37	5,40	4,35	508	283	631
Brésil	6,15	5,38	4,31	2,96	2,27	6 987	7 666	11 973
Colombie	6,76	6,18	4,34	3,17	2,80	5 854	3 571	6 498
Égypte	6,97	6,56	5,27	4,58	3,40	3 943	11 850	16 712
Ghana	6,90	6,90	6,90	6,00	4,60	620	1 876	4 772
Guatemala	6,93	6,60	6,40	5,80	4,93	1 826	2 490	5 504
Inde	5,92	5,69	4,83	4,08	3,32	20 113	23 415	32 401
Indonésie	5,67	5,57	4,73	3,50	2,60	27 307	18 894	13 632
Iran (République islamique d')	7,00	6,80	6,00	5,60	3,20	0	121	597
Kenya	7,82	8,12	7,90	6,75	4,60	6 957	4 908	20 277
Malaisie	6,94	5,94	4,16	4,00	3,26	1 194	2 030	1 458
Maroc	7,18	7,09	5,90	4,60	3,40	3 626	5 634	8 642
Mexique	6,96	6,82	5,30	3,61	2,75	11 168	5 555	10 629
Népal	5,76	5,92	5,65	5,31	4,83	6 561	8 525	5 697
Pérou	6,85	6,56	5,38	4,00	2,98	2 539	4 452	7 952
Philippines	7,13	6,50	5,50	4,55	3,64	19 532	7 697	7 905
République dominicaine	7,40	6,68	4,70	3,61	2,88	1 813	1 139	2 133
Tunisie	7,04	6,89	5,69	4,12	2,31	4 649	1 555	3 904
Viet Nam	6,55	7,25	5,89	4,02	2,50	2 368	2 529	10 845

^a Source: Division de la population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, volume 1 : *Comprehensive Table*.

^b Milliers de dollars É.-U. « Global Population Assistance Report 1982-1989 », FNUAP, 1991, tableau 10.

^c Millions de dollars É.-U. Dépenses publiques plus dépenses de consommation. Source: « Family Planning Expenditures in 79 Countries: A Current Assessment by Population Action International. »

^d Millions de dollars É.-U. Banque mondiale plus aide des donateurs. Source: « Family Planning Expenditures in 79 Countries: A Current Assessment by Population Action International. »

^e Millions de dollars É.-U. Source: « Family Planning Expenditures in 79 Countries: A Current Assessment by Population Action International. »

^f Exprimé en % du maximum. Table A.14. Appendix A. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs*, John Ross, John Stover et Amy Willard.

^g Exprimé en % du maximum. Somme de tous les indices, pour un maximum de 120. Table A.14. Appendix A. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs*, John Ross, John Stover et Amy Willard.

^h Écart absolu entre la FC de 1985-1990 et la FC de 1995-2000.

ⁱ Écart absolu entre la FC de 1985-1990 et la FC de 1995-2000.

que l'engagement politique et l'affectation de ressources financières peuvent influencer sensiblement le calendrier et le rythme de la transition en matière de fécondité et qu'ils les influencent bel et bien.

Le cadre que Berelson a présenté dans les années 70 pour évaluer si et quand la fécondité va baisser dans un pays reste valide. Il a juxtaposé ce qu'il a appelé la *cadre social*—à propos de la question de savoir si et dans quelle mesure les conditions socioéconomiques sont de nature à favoriser la baisse spontanée de la fécondité; et l'*effort de programme*—le degré auquel le gouvernement s'engage à faire baisser la fécondité. Pour Berelson, chaque dimension peut, dans une certaine mesure, se substituer à l'autre: les pays à cadre social très favorable doivent consentir un bien moindre effort de programme que ceux dont le cadre social est défavorable; et les pays dont le cadre social est un obstacle ont besoin d'exercer une volonté politique et de consentir un effort de programme nettement supérieur pour atteindre un niveau de baisse de la fécondité équivalant à celui des pays plus favorisés sur le plan socioéconomique. Les niveaux de financement et les résultats en matière d'effort de programme peuvent être considérés comme des critères de la volonté politique.

Dépenses de planification familiale, 1995			Score d'effort de programme		Changement de FC entre 1985-1990 et 1995-2000		Pays
Dépenses internes ^c	Financement extérieur ^d	Financement total ^e	Politique ^f	Total ^g	Écart absolu ^h	Écart absolu ⁱ	
35,7	99,7	135,4	69	69	1,00	20,8	Bangladesh
0,4	2,0	2,4	65	66	1,05	19,4	Botswana
125,8	11,6	137,4	43	43	0,69	23,3	Brésil
22,5	6,1	28,6	47	66	0,37	11,7	Colombie
2,3	3,6	5,9	65	67	0,73	20,2	République dominicaine
24,7	17,9	42,6	67	59	1,18	25,8	Égypte
2,7	8,6	11,3	65	52	1,40	23,3	Ghana
1,5	10,8	12,3	37	57	0,87	15,0	Guatemala
260,1	100,5	360,6	69	68	0,76	18,6	Inde
186,2	32,4	218,6	87	84	0,90	25,7	Indonésie
33,3	7,7	41,0	58	61	2,40	42,9	Iran (République islamique d')
3,5	26,7	30,2	48	56	2,15	31,9	Kenya
17,4	2,1	19,5	54	54	0,74	19,0	Malaisie
94,6	13,9	108,5	72	74	0,86	23,8	Mexique
13,8	10,0	23,8	59	63	1,20	26,1	Maroc
2,3	5,2	7,5	62	51	0,48	9,0	Népal
3,4	7,8	11,2	58	59	1,02	25,5	Pérou
10,5	20,4	30,9	65	60	0,91	20,0	Philippines
9,2	8,3	17,5	79	82	1,81	43,9	Tunisie
7,7	7,3	15,0	85	67	1,52	37,8	Viet Nam

J'avais espéré pouvoir montrer que les pays à niveau de volonté politique élevé et bénéficiant d'une aide extérieure importante réalisaient des baisses de fécondité plus rapides, toutes choses étant égales par ailleurs, que les pays où l'un ou l'autre ou les deux étaient inférieurs. Utilisant les scores d'effort de programme (Ross *et al.*, 1999) et les niveaux de financement interne (PAI 1995) comme critères de la volonté politique, et le financement extérieur (FNUAP, 1982, 1986 et 1989) comme facteur exogène (mais pas étranger), j'espérais découvrir certaines tendances ou possibilités de corrélation. Malheureusement, l'analyse n'en a révélé aucune. Je reproduis ici le tableau à données brutes et quatre régressions pour montrer qu'aucune corrélation significative n'est apparue. Il n'existe aucun lien statistiquement significatif entre les baisses de fécondité constatées dans les 20 pays et l'une quelconque des variables indépendantes: l'« effort de programme », le financement intérieur ou le financement extérieur.

Comment cela se peut-il? Je ne pense pas que l'absence de corrélation statistique signifie que ni la volonté politique, ni le financement extérieur n'ont été pour rien dans la baisse de la fécondité observée dans ces pays. Je pense plutôt que le lien entre ces facteurs et la baisse de la fécondité a été si obscurci par d'autres facteurs (facteurs de confusion) que l'effet de la volonté politique et du financement extérieur en a été plus ou moins annulé. Les « autres facteurs » qui pourraient rendre compte de l'absence de corrélation sont presque à coup sûr des déterminants de la fécondité aussi puissants que le niveau d'instruction des femmes, la mortalité infantile et postinfantile, l'urbanisation, l'emploi féminin non agricole et l'autonomie des femmes.

En outre, j'ai l'impression que l'approche méthodologique que j'ai retenue pour essayer de préciser l'effet indépendant du financement et de la politique était inappropriée ou, pour mieux dire peut-être, insuffisante. Je n'ai pas été en mesure de rassembler des données qui auraient permis d'observer le délai de réaction, de sorte que les dépenses au moment 1 puissent être reliées aux taux de fécondité observés au moment 2, par exemple. John Cleland, dans son article « Different Pathways to Fertility Decline », a sans doute

choisi une meilleure approche. Il a choisi des couples de pays qui, au moins du point de vue statistique, étaient très comparables en ce qui concerne toute une série de critères de développement socioéconomique et de taux de fécondité de régime démographique ancien. Dans chaque couple (République populaire démocratique de Corée et République de Corée, Philippines et Indonésie, Colombie et Mexique, Bangladesh et Pakistan), un pays a enregistré une baisse de fécondité nettement plus rapide que l'autre. Cleland a attribué les différences à la portée du changement idéationnel à l'œuvre dans la société de ces pays, ainsi que (et cette portée s'expliquant en partie par) la qualité et le dynamisme de leurs politiques de population et programmes de planification familiale.

Si cette approche n'a pas l'élégance d'une analyse de régression multiple, elle a un caractère plus contextuel et elle parle au bon sens d'observateurs éclairés. Elle nous aide à comprendre pourquoi la fécondité a baissé beaucoup plus vite au Bangladesh qu'au Pakistan, en Indonésie qu'aux Philippines, en République de Corée qu'en République populaire démocratique de Corée). De fait, il apparaît clairement que, dans chaque cas, un véritable engagement de l'État, se manifestant par des déclarations des dirigeants politiques rendant publiques des vues bien arrêtées et par un engagement important de ressources budgétaires internes, et épaulé par un concours financier extérieur, rend compte d'une grande partie de l'écart observé au niveau des résultats de la fécondité.

À eux deux, les documents établis par Bongaarts et Ross en vue de la présente conférence répondent à un grand nombre des questions que l'on peut se poser sur l'importance relative du développement socioéconomique et de l'effort de programme lorsqu'il s'agit d'expliquer la baisse de la fécondité. Bongaarts montre de façon tout à fait convaincante que le niveau de développement socioéconomique reste un puissant déterminant du niveau auquel la baisse de fécondité s'enclenche, puis se ralentit, tandis que Ross montre que le cadre social et l'effort de programme sont généralement des co-variables et que l'effort de programme influence nettement le rythme auquel la fécondité baisse. D'ailleurs, Bongaarts et Ross affirment tous les deux que les programmes de planification familiale, en donnant aux couples désireux d'éviter les grossesses non désirées des moyens plus efficaces de le faire, ont contribué à faire baisser la fécondité bien plus et bien plus vite que cela aurait été possible en leur absence. Caldwell développe à peu près le même argument de façon fort percutante.

Qu'en est-il du financement extérieur? A-t-il eu une influence réelle et en aura-t-il une à l'avenir? La faiblesse de la corrélation entre les niveaux de financement extérieur et la baisse de la fécondité tient en partie au fait que les fonds reçus par les pays leur ont été remis pour des raisons qui sont pour l'essentiel sans rapport avec leur engagement en faveur soit de la réduction de la fécondité, soit du développement. Pendant une grande partie de la guerre froide, l'argent coulait pour des raisons géopolitiques, non de développement, si bien que les pays dont le zèle pour les politiques de développement ou de population étaient des plus douteux, tels que le Pakistan, le Népal, les Philippines, l'ex-Zaïre (devenu la République démocratique du Congo), la Somalie et El Salvador, pour ne nommer que ceux-là, ont reçu un financement important (y compris, dans bien des cas, une aide déclarée en faveur des activités de population) alors que, comme ils le reconnaissent eux-mêmes, ils ne se souciaient pas ou étaient incapables d'utiliser ces ressources à bon escient. En revanche, le Bangladesh est devenu un excellent exemple de pays qui, du fait d'un exceptionnel engagement politique épaulé par une aide extérieure généreuse, a produit des baisses de fécondité sans commune mesure avec ce que l'on aurait pu prévoir sur la base de ses progrès en ce qui concerne les indicateurs classiques du développement. Les autres pays qui ont « fait mieux que les prévisions » s'appuyant sur les indicateurs de développement sont le Kenya, le Ghana et l'Indonésie (en particulier pendant les années 70) — tous bénéficiaires d'une aide extérieure importante.

J'en conclus que l'aide extérieure ne peut pas remplacer les politiques de développement et de population rationnelles ni la volonté politique, mais en présence de celles-ci, l'aide extérieure peut accélérer sensiblement le processus de baisse de la fécondité. Les quelques pays dans lesquels je crois que l'aide extérieure a accéléré la baisse de la fécondité,

en plus de ceux que je viens de citer, sont la République de Corée, la Thaïlande, l'Égypte, la Jordanie, la Tunisie, le Maroc, le Zimbabwe, le Botswana, le Mexique, le Brésil, le Costa Rica, la République dominicaine, l'Équateur et le Pérou. Lorsque la politique de population est incorporée dans un ensemble progressif de politiques de développement et que le gouvernement est capable d'utiliser de façon efficace l'aide extérieure, cette aide peut influencer nettement le rythme de la baisse de la fécondité—c'est d'ailleurs ce qui s'est produit.

Ce qui m'amène, enfin, à envisager l'avenir en me penchant sur la motivation principale de la présente conférence: le financement extérieur futur produira-t-il une baisse de la fécondité plus rapide que celle à laquelle les démographes s'attendraient en son absence? Je crains que non—non parce que le financement extérieur importe peu, mais parce que je crois bien qu'il ne va pas se matérialiser, en tout cas pas suffisamment. Le bilan de l'aide au développement (APD) depuis la fin de la guerre froide est désastreux. Depuis 1990, les niveaux d'APD n'ont pratiquement pas changé en valeur nominale, ce qui veut dire qu'ils ont en fait baissé en valeur réelle. Depuis plus de 10 ans, l'aide au développement dépérit, en partie parce que, comme dans le cas des États-Unis, l'impératif politique a diminué et en partie parce que, comme dans le cas du Japon et de l'Allemagne, le malaise économique (dans le premier) et la concurrence des priorités intérieures (dans le second) ont pris le dessus.

Qui plus est, l'aide aux programmes de population est restée très en deçà des objectifs fixés lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994. La Conférence du Caire a estimé qu'il faudrait en 2000 mobiliser 17 milliards de dollars chaque année, toutes sources confondues, pour appliquer le Programme d'action. En réalité, les pays dépensent chaque année la moitié au plus de ce montant. De plus, la part des 8 ou 9 milliards de dollars actuellement dépensés qui est apportée par les donateurs ne dépasse pas 2 milliards de dollars peut-être—ce qui est nettement au-dessous de la moitié des 5,6 milliards qui leur ont été demandés au Caire. On me dira qu'il est possible, parce que le programme du Caire est très vaste, que 17 milliards de dollars représente un peu plus que ce qui serait nécessaire si la réduction de la fécondité était son unique objectif, mais en réalité le chiffre de 17 milliards de dollars est une estimation des plus prudentes qui correspond bien à l'ordre de grandeur de ce qu'il faudrait dépenser si le seul objectif était d'«achever la transition démographique». Comme le note Caldwell, il y a des raisons de s'inquiéter de ce recul de l'appui en faveur des programmes de population. Outre le fait que le ralentissement du rythme de la baisse de fécondité dans beaucoup de pays à taux de fécondité intermédiaire peut s'expliquer par la raréfaction des ressources internationales destinées à financer les programmes de population, il faut mentionner le fait très important que nous sommes à l'époque de la plus nombreuse cohorte de personnes en âge de procréer de l'histoire de l'humanité. Même en supposant que la fécondité désirée par ces personnes soit compatible avec le seuil de remplacement ou une fécondité proche de ce seuil, le financement international pourrait exercer une grande influence sur le nombre effectif de grossesses non planifiées ou non désirées. Les chiffres en cause sont si importants que les répercussions d'écart, mêmes minimales, de fécondité non désirée seront elles aussi très importantes.

En sus de la stagnation du financement global et l'absence de progrès sensibles en ce qui concerne les objectifs de financement de la CIPD, j'ai le sentiment d'une perte plus générale d'intérêt pour la croissance démographique en tant que sujet de préoccupation international et public au niveau tant des pays que des organisations internationales. Pour observer les signes de la disparition progressive de ce sentiment d'urgence, il nous suffit de regarder autour de nous: absence des objectifs de la CIPD parmi les objectifs du Millénaire pour le développement; fait que la conférence sur l'environnement devant se tenir prochainement à Johannesburg ne mentionne même pas la population comme facteur de causalité important s'agissant des problèmes d'environnement; consensus apparent contre l'organisation d'une autre conférence intergouvernementale décennale sur la population et le développement en 2004; absence quasi systématique de considérations sur la santé

en matière de sexualité et de procréation dans les analyses conduites par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale sur les stratégies du secteur de la santé et la réforme des politiques; et fixation croissante des médias sur le vieillissement et la fécondité déficitaire, tant et si bien que le thème démographique central du discours politique international n'est plus la préoccupation suscitée par la croissance démographique, mais la crainte des conséquences de la baisse rapide de la fécondité et des taux de fécondité faibles.

Il me semble improbable de voir s'inverser cette tendance à ne plus considérer la fécondité élevée comme un sujet de préoccupation et redémarrer l'aide extérieure en faveur des programmes de réduction de la fécondité. Un financement sera probablement disponible au cours des années qui viennent, peut-être même plus généreux que dans le passé, pour promouvoir la réforme du secteur de la santé et s'attaquer à des problèmes sanitaires aussi urgents que le VIH/sida. Une partie de ce financement pourra renforcer les services de promotion de la santé en matière de sexualité et de procréation et pourrait donc contribuer à réduire la fécondité non désirée. Mais le fait que les responsables au niveau de décision le plus élevé, que ce soit dans les capitales des pays donateurs ou dans la plupart des pays en développement, ne considèrent plus la fécondité élevée comme une question urgente me donne à penser que le « mouvement en faveur de la limitation de la population » tel qu'il a existé depuis les années 60 pourrait bientôt rendre son dernier soupir. On voit que si l'aide extérieure a jamais été un facteur important de promotion des baisses rapides de la fécondité qui se sont produites dans la plupart des régions du monde en développement au cours des quatre décennies écoulées, il semble très peu probable qu'elle le soit dans un avenir prévisible. Bien plus que sur l'aide extérieure, il faudra miser sur les ressources intérieures et la poursuite de la marche mondiale vers la norme de la famille peu nombreuse que le mouvement des années 60 et 70 a contribué à impulser et qui est à l'œuvre à peu près partout.

Examen des changements dans le statut de la femme et l'égalité des sexes en tant que facteurs prédictifs de l'évolution de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire

*Maria E. Cosio-Zavala**

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 a focalisé l'attention sur l'impact du renforcement des moyens d'action des femmes sur le comportement procréateur. Pourtant, on ne s'accorde pas complètement sur la définition et l'évaluation de ce concept (Presser, 1997; Mason, 1997; Mason et Smith, 2000; Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001). L'autorité des femmes pouvant être évaluée, tout comme les attitudes ou pratiques en matière de procréation, de bien des façons, les résultats des études empiriques diffèrent en fonction des indicateurs utilisés. C'est ce qu'ont mis en lumière Kritz et Makinwa-Adebusoye dans leur analyse d'un article de Mason et Smith (Mason et Smith, 2000).

Ce débat est à rattacher au débat général sur les causes et les tendances de la baisse de la fécondité dans les pays en développement. Dans le présent document, nous proposons d'appliquer une démarche fondée sur les sexospécificités pour expliquer les transitions en matière de fécondité, dans une optique théorique qui manquait jusqu'ici dans le débat. Les relations entre les sexes tiennent une place importante dans l'explication du comportement procréateur, opération elle-même essentielle mais négligée de l'explication des transitions de la fécondité. Par ailleurs, nous présentons certaines conclusions empiriques concernant des pays à taux de fécondité intermédiaire tels que le Nigéria, le Mexique et l'Inde.

EXPLICATION DES TRANSITIONS DE LA FÉCONDITÉ

Les études empiriques ont montré que les transitions de la fécondité sont nettement différentes des prévisions qui s'y rapportent et que leur rythme et le moment où elle se produisent sont très variables. Le rapport entre le développement et la fécondité est complexe et l'on a proposé bien des cadres théoriques pour en rendre compte, même si «l'on ne s'est pas mis d'accord sur une théorie qui pourrait remplacer la théorie de la transition démographique» (Hirschman, 1994).

Au cours des quatre décennies écoulées, on a observé des transitions de la fécondité rapides dans les pays en développement d'Asie, d'Afrique du Nord et d'Amérique latine. Les causes de ces tendances ont été expliquées par diverses théories, à commencer par l'énoncé classique de la théorie de la transition démographique de F. Notestein (1945) corrélant la baisse de la fécondité avec la modernisation, l'urbanisation, l'industrialisation, l'instruction, etc. Un débat a été lancé sur la base d'un grand nombre d'études empiriques et on a pu dire que la baisse de la fécondité a débuté à des niveaux de développement vrai-

* Université de Paris X-Nanterre, CREDAL, Paris (France).

ment différents. Les données existantes dans les pays en développement n'ont pas permis d'établir un lien entre les indicateurs du développement et de la fécondité (Cleland et Wilson, 1987): «la plupart des analystes contemporains acceptent le développement en tant que l'un des ressorts essentiels de la transition de la fécondité, mais ils poléminent âprement sur les variables et processus précis à l'œuvre» (Bongaarts et Watkins, 1996). Les facteurs institutionnels mis en scène par McNicoll (1981) ont permis d'expliquer certaines des différences de rythme et de date de nombreuses transitions de la fécondité, comme dans le cas de la Chine rurale. On a également invoqué le rôle important des programmes de planification familiale et de la mise à disposition par l'État de services accélérant le rythme du changement en matière de procréation, comme au Bangladesh (Robinson, 2001; Cleland *et al.*, 1994) ainsi que le rôle des niveaux de développement social — notamment les niveaux d'instruction et les situations sanitaires telles qu'elles transparaissent dans l'espérance de vie — comme facteurs favorisant la transition dans les régions en développement (Caldwell, 1982). Ces indicateurs ont un solide effet prédictif, mais il y a aussi, et cela est lié au développement social, les différents systèmes familiaux et rapports hiérarchisés fondés sur le sexe qui peuvent expliquer les différences de comportement procréateur (Malhotra *et al.*, 1995; Dyson et Moore, 1983; Jejeebhoy, 2001; Kazi et Sathar, 2001; Visaria, 1996, Kabeer, 1985). On élargit notablement le champ d'interprétation en utilisant des données individuelles, en interrogeant les hommes et les femmes sur leurs relations et en utilisant les analyses des systèmes de rapports entre les sexes existant dans chaque contexte (Malhotra *et al.*, 1995; Dyson and Moore, 1983; Miller, 1997).

Les théories microéconomiques de Gary Becker (1972), Easterlin (1978) et Caldwell (1982) ont présenté le rôle essentiel des modèles de décisions individuelles et du lien entre les générations. L'analyse du comportement individuel s'est révélée pertinente pour comprendre les décisions en matière de fécondité. En 1973, A. J. Coale a synthétisé les conclusions du projet de Princeton intitulé «European Fertility Transition» (transition européenne en matière de fécondité) en énonçant trois conditions préalables à réunir pour l'adaptation à un nouveau mode de comportement: l'inclination, la disposition et l'aptitude. La notion d'«inclination» renvoie aux avantages procurés à l'acteur, c'est-à-dire à l'évaluation microéconomique coûts-avantages des avantages de la réduction de la fécondité au niveau familial ou individuel. La «disposition» vise la conformité aux normes et la légitimité du nouveau comportement. L'aptitude se réfère à l'accessibilité de ces innovations. Lesthaeghe et Vanderhoeft (1999) ont désigné ce modèle sous l'appellation de RWA [abréviation anglaise composée de la première lettre de chacune des trois conditions préalables susvisées], théorie complète permettant d'intégrer les modèles économiques et non économiques des transitions aux nouvelles formes de comportement et d'éviter l'opposition stérile «économie-culture».

Adoption d'une démarche fondée sur les sexospécificités

En 1997, Harriet Presser a mis en évidence l'absence d'analyse des systèmes de rapports entre les sexes dans la plupart des recherches démographiques et a appelé l'attention sur l'importance de cette dimension pour expliquer le comportement procréateur des femmes et des hommes. Le concept de système de rapports entre les sexes est le plus général dans la mesure où, comme le note Karen Mason (1997), il englobe tout l'éventail d'interactions, de rôles, de droits et de statuts dans lequel s'inscrit la réalité de chaque sexe dans une société ou culture donnée. Pourtant, les premières recherches différenciées selon le sexe ont vu le jour dans les années 80. Un important travail innovant a été réalisé sous la forme d'une série d'enquêtes dans cinq pays d'Asie (Mason *et al.*, 1989). Le projet visait à étudier les déterminants de l'autonomie et du pouvoir des femmes et leur rapport avec les intentions et le comportement procréateurs de ces dernières¹. Les enquêtes ont été effectuées dans les cinq pays suivants: Inde, Thaïlande, Pakistan, Malaisie et Philippines, pays où les normes sexospécifiques sont différentes. Dans l'Inde du sud, ces normes sont

¹ Les femmes interrogées dans le cadre de cette enquête ont dû répondre à toute une série de questions au sujet de leur autonomie et de leur pouvoir au sein du ménage. À partir des réponses fournies, on a choisi cinq dimensions de l'autonomie et créé un indice pour chacune d'elles: i) autorité décisionnelle en matière économique; ii) mobilité; iii) droit de ne pas être menacée par le mari; iv) accès aux ressources économiques; et v) contrôle des ressources économiques.

Autorité décisionnelle en matière économique: informations sur la participation des femmes à la prise de trois décisions économiques: l'achat de nourriture, de biens d'équipement ménager importants et de bijoux. L'indice représente le nombre de ces trois achats auquel la femme participe, en attribuant un score de 1 si elle ne fait que participer à la décision et de 2 si son avis a le plus de poids. L'indice est donc compris entre 0 et 6.

Mobilité: L'indice de mobilité représente le nombre de cinq endroits — le centre de santé, le centre communautaire, le domicile d'un parent ou d'un ami, une foire et le village voisin — dans lesquels la femme peut se rendre sans être accompagnée. L'indice est donc compris entre 0 si la femme doit être accompagnée partout et 5 si elle peut se rendre partout sans être accompagnée.

un peu plus égalitaires que dans l'Inde du nord et la structure familiale y pénalise moins les jeunes mariées (Mason, 2000; Dyson et Moore, 1983).

Les séries de données de ce projet, financé par la Fondation Rockefeller, représentent l'une des premières tentatives faites pour mettre en œuvre le concept d'autonomie parmi des femmes d'horizons culturels et religieux différents et évaluer son rapport avec le comportement procréateur. Des études analogues ont été menées dans cinq pays d'Asie, à savoir l'Inde, le Pakistan, la Malaisie, les Philippines et la Thaïlande (Mason *et al.*, 1995). Les femmes interrogées ont dû répondre à des questions portant non seulement sur leur niveau d'instruction et leur situation relative à l'emploi, mais sur toute une série d'aspects de leur autonomie au sein du mariage, parmi lesquels leur pouvoir décisionnel, leur droit individuel de circuler librement, le contrôle des ressources économiques, les rapports de force entre femme et mari, et d'autres attitudes¹.

Une démarche fondée sur les distinctions entre les sexes a également été appliquée à l'analyse des enquêtes démographiques et sanitaires (Kishor, 2000) et, à partir du module relatif aux sexospécificités de l'enquête démographique et sanitaire sur l'Égypte, des questions ont été posées aux maris et aux hommes au sujet de leurs attitudes et de leur comportement en matière de procréation dans de nombreuses enquêtes de ce type, notamment au Nicaragua, au Burkina Faso, au Mali et au Ghana. Appliquant une démarche fondée sur les sexospécificités s'appuyant sur les enquêtes démographiques et sanitaires menées en Afrique occidentale (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali), Andro et Hertrich (2001) tirent certaines conclusions uniformes qui donnent à voir deux modèles de comportement procréateur. Le premier, surtout applicable aux vieilles générations, est lié au modèle classique de la fécondité élevée. La demande de contraception est le fait d'une petite minorité², caractérisée par un niveau d'instruction supérieur et résidant en milieu urbain depuis l'enfance. Ce premier modèle est associé à l'idée du pouvoir masculin et à la faiblesse des liens conjugaux (Andro et Hertrich, 2001). Les femmes sont fortement dépendantes et ont un pouvoir de décision faible ou nul, ou sont confinées dans des tâches domestiques dont la valeur est insuffisamment reconnue (Garcia et Oliveira, 2001). Dans certains cas, les fonctions sociales des femmes sont beaucoup plus autonomes que leurs fonctions domestiques (Duarte, 1999).

Le second modèle caractérise les jeunes générations. Il présente un lien étroit avec les caractéristiques socioéconomiques des partenaires, la résidence en milieu urbain et le niveau d'instruction supérieur. En pareil cas, il est fréquent que maris et femmes parlent de la planification familiale et aussi qu'elle soit approuvée par les deux partenaires. Dans cette optique, l'accord des époux sur les questions liées à la procréation est le meilleur indicateur pour ce qui est de déterminer le futur comportement procréateur et les pratiques contraceptives potentielles, même lorsque les individus sont encore trop jeunes pour utiliser les méthodes contraceptives permettant de limiter la taille de la famille (Andro et Hertrich, 2001).

D'autres études, réalisées en Amérique latine (Garcia et de Oliveira, 2001; Duarte, 1999), étaient focalisées sur les fonctions assumées par les hommes et les femmes dans l'économie familiale :

« La démarche fondée sur les sexospécificités a aidé à redéfinir les études sur la vie familiale en considérant comme des activités relevant de l'économie familiale tout un éventail de tâches réalisées dans la sphère domestique ou liées à celle-ci, qui sont nécessaires à la reproduction générationnelle quotidienne des ménages ainsi qu'à la reproduction des actifs. Comme on le sait, la mise en œuvre de cette démarche a révélé que les femmes ont la responsabilité principale de l'organisation et/ou de l'exécution des tâches de l'économie familiale (telles que les tâches ménagères, les soins aux enfants, la gestion du budget familial et l'organisation de la consommation). On se préoccupe davantage de participation des hommes à la sphère domestique lorsque la présence croissante des femmes sur le marché du travail vient s'ajouter à leur participation bien connue à ces tâches relevant de l'économie familiale et

Droit de ne pas être menacée :

L'indice mesurant le droit de ne pas être menacée est compris entre 0 et 3 : un zéro est attribué si les femmes ont peur de leur mari et sont battues par lui; un score de 1 est attribué si elles sont battues mais n'ont pas peur de leur mari; le score est de 2 si elles ont peur de leur mari mais ne sont pas battues, et de 3 si elles n'ont pas peur de leur mari et ne sont pas battues.

Accès aux ressources

économiques : L'indice de l'accès aux ressources économiques additionne les réponses à quatre questions : a) pouvoir exprimer son avis sur la façon dont le revenu du ménage est dépensé; b) obtenir de l'argent liquide pour ses dépenses; c) acheter librement des bijoux de faible valeur; et d) droit d'acheter librement des cadeaux. L'indice est compris entre 0 et 4.

Contrôle des ressources

économiques : On a posé moins de questions au sujet du contrôle effectivement exercé par les femmes sur les ressources économiques. L'indice est compris entre 0 et 3 et recouvre les réponses aux questions suivantes : a) y a-t-il dans la famille des objets de valeur (terrain/bijoux/bateaux) qui appartiennent à la femme (en d'autres termes, sont à son nom) et sont placés sous son contrôle? b) a-t-elle ou avait-elle eu son mot à dire ou son avis a-t-il ou avait-il eu plus de poids (une valeur de 0,5 ou de 1 étant attribuée selon le cas) pour ce qui est de dépenser l'argent de sa dot? et c) compte-t-elle, une fois devenue vieille, subvenir à ses propres besoins grâce à ses économies? (Sathar, Callum, Jejeebhoy, 2001).

² Voir également une étude sur les pionniers du changement procréateur au Mexique à Juarez (Quilodrán, Zavala de Cosío, 1996).

que des informations de plus en plus précises deviennent disponibles sur la véritable "surcharge" que leur impose ce "double poste". Dans ce contexte, on a constaté une forte augmentation du nombre d'études sur la division du travail dans les ménages, dont la finalité était de déterminer les divers degrés de participation de leurs membres aux différentes activités et d'établir le degré d'implication des hommes dans la sphère familiale (Garcia et de Oliveira, 2001). »

Depuis les conférences du Caire et de Beijing, à la suite de la pression exercée par différentes associations féminines, on accorde une importance particulière à la nécessité d'examiner le degré d'implication des hommes dans la vie familiale et à la promotion de leur participation aux différentes étapes de la reproduction socio-biologique (telles que la décision d'avoir des enfants, l'accouchement, les soins postnatals, les soins aux enfants et leur éducation en général). L'absence des hommes dans l'analyse de la régulation de la fécondité et des naissances est critiquée depuis le milieu des années 80 du point de vue de la démarche fondée sur les sexospécificités. Il est avancé que le rôle des hommes dans la famille, la sexualité et la reproduction biologique est essentiel, tant pour le progrès de la connaissance que pour l'instauration d'une plus grande égalité entre l'homme et la femme (Garcia et de Oliveira, 2001).

Après ce rapide bilan, nous pensons que des recherches bien plus nombreuses sont nécessaires pour saisir les interactions selon les critères de sexe et le changement démographique, en particulier la fécondité. Nous abordons ici certaines de ces questions en présentant des résultats empiriques concernant les modalités suivant lesquelles les sexospécificités influencent les résultats en matière de procréation au Nigéria, en Inde et au Pakistan, et au Mexique. Nous nous proposons d'en tirer des indicateurs ayant un solide impact prédictif sur les tendances de la fécondité. Par ailleurs, nous nous appuyons sur les communications présentées lors des sessions relatives aux rapports entre les sexes de la Conférence générale sur la population que l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP) a organisée à Bahia (Brésil) en août 2001.

L'accord du couple sur l'autonomie de l'épouse : l'exemple du Nigéria

Dans une étude sur l'accord du couple quant à l'autonomie de l'épouse au Nigéria, Kritz et Makinwa-Adebusoye (2001) examinent plusieurs indicateurs de l'autorité des femmes afin de déterminer si certaines dimensions présentent des liens plus étroits avec les résultats en matière de procréation. En outre, ils établissent une comparaison montrant en quoi les indicateurs de l'autorité diffèrent en fonction de la représentation que se font de cette autorité les épouses, les maris et les couples et cherchent à déterminer si l'autorité des femmes a un rapport plus étroit avec les résultats en matière de procréation si elle est fondée sur l'accord du couple que si elle est évaluée à partir des seules indications fournies par les femmes. Enfin, ils examinent la question de savoir si l'autorité des femmes influe sur l'utilisation des contraceptifs par les maris et les épouses selon qu'ils approuvent ou désapprouvent la planification familiale. Pour étudier ces questions, ils utilisent des données d'enquête recueillies auprès de cinq groupes ethniques nigériens qui ont des traditions différentes en ce qui concerne les rapports entre les sexes.

Dans cette étude, six indicateurs de l'autorité des femmes sont utilisés. Les deux premiers mesurent la participation des femmes à la prise des décisions économiques concernant le ménage et la contribution des femmes aux dépenses du ménage. Trois autres indicateurs sont utilisés pour évaluer le pouvoir décisionnel des femmes : le premier concerne la question de savoir si les femmes ont participé à la prise des décisions familiales touchant l'éducation des enfants et la maternité; le deuxième évalue la question de savoir si le mari a de bonnes raisons de quitter sa femme si certaines conditions sont réunies; et le troisième concerne la question de savoir si les maris et les épouses ont parlé de planification familiale au cours de l'année écoulée. Ce dernier indicateur est considéré comme un moyen d'évaluer l'autorité des femmes en partant du principe

que les maris qui sont disposés à parler à leur épouse le font parce qu'ils ont un certain respect pour elle et souhaitent avoir son opinion. Dans une société traditionnelle, le fait de pouvoir exprimer une opinion implique un certain degré d'autorité. Le sixième indicateur d'autorité vise à déterminer si les maris et les épouses s'accordent à penser que ces dernières jouissent aujourd'hui d'une autorité plus grande que cela a été le cas pour leur mère, ce qui est un indicateur normatif de la représentation qu'ont les maris et les épouses de l'évolution des rapports entre les sexes. Les maris et les épouses peuvent considérer que les normes régissant les rapports entre les sexes évoluent même si une approche restrictive de ces rapports caractérise leurs propres rapports de pouvoir interpersonnels. La corrélation la plus forte a été observée pour trois indicateurs, à savoir la question de savoir si les épouses jouissent aujourd'hui d'une autorité plus grande que cela a été le cas pour leur mère, la participation des femmes à la prise des décisions familiales et la communication avec le mari au sujet de la planification familiale. La corrélation la plus faible a été observée pour les trois indicateurs concernant la procréation s'agissant de la participation des épouses à la prise des décisions économiques (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001).

Ces résultats montrent qu'il est préférable d'utiliser plusieurs indicateurs de l'autorité des femmes plutôt que de s'en tenir à un seul. Ils montrent également que cette autorité est plus fortement corrélée à l'approbation de la planification familiale et à l'utilisation des contraceptifs qu'à l'expression d'une volonté de ne plus avoir d'enfants. Les désaccords entre maris et femmes au sujet de l'autorité des femmes au sein du ménage indiquent que les divergences d'opinion au sein des couples sont très importantes au sujet de plusieurs des critères d'évaluation de l'autorité des femmes.

On peut faire plusieurs constatations intéressantes. Tout d'abord, les maris sont plus susceptibles que leur épouse d'être des utilisateurs de contraceptifs s'ils approuvent la planification familiale, indépendamment de la question de savoir si leur épouse l'approuve aussi. On observe aussi une constante dans le cas des femmes : l'autorité des femmes est corrélée à la manière dont les couples surmontent leurs divergences au sujet de la planification familiale.

On a été amené à se demander si la plupart des maris et des épouses s'entendent ou non sur les questions de procréation et à s'interroger sur l'impact des structures de pouvoir au sein des ménages sur le comportement procréateur (Mason et Smith, 2000; Bankole et Singh 1998; Kritz et Makinwa-Adebusoye 2001). Dans l'article qu'elle a rédigé avec Smith (2000), Mason s'est focalisée essentiellement sur un critère d'évaluation des préférences en matière de procréation : la volonté de ne plus avoir d'enfants. Kritz et Makinwa-Adebusoye, de leur côté, constatent peu de divergences d'opinion entre maris et femmes sur cette question, mais relèvent des divergences deux fois plus importantes en ce qui concerne l'approbation de la planification familiale et l'utilisation des contraceptifs (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001). Leur constatation selon laquelle l'autorité des femmes est surtout importante quand il s'agit de déterminer comment les couples surmontent leurs divergences, mais qu'elle s'affaiblit au niveau du groupe ethnique cadre avec la thèse de Mason selon laquelle les structures d'autorité sont pour l'essentiel des attributs d'ensembles socioculturels tels que les groupes ethniques. Dans de nombreuses sociétés, en particulier africaines, il existe une grande hétérogénéité au niveau de chaque pays et les recherches publiées font état de divergences importantes de vues entre maris et femmes en ce qui concerne les résultats en matière de procréation (Becker, 1996 et 1999; Doodoo, 1998; Bankole et Singh, 1998; Andro et Hertrich, 2001). Les résultats pour le Nigéria autorisent à penser que la question de l'autorité du mari et de la femme au niveau individuel contribue d'une manière très importante à rendre compte de la manière dont les couples surmontent leurs divergences à propos de ces questions. L'effet est affaibli lorsque des analyses séparées sont effectuées au sein de groupes ethniques relativement homogènes, mais il reste possible d'observer l'impact de différences individuelles en matière d'autorité de l'épouse sur l'utilisation des contraceptifs (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001). Les systèmes de rapports entre

les sexes permettent réellement d'expliquer tous ces résultats, comme nous allons le voir dans les cas suivants, étudiés en Asie du Sud.

RAPPORTS DE GENRE, RÉGION, RELIGION ET COMPORTEMENT PROCRÉATEUR EN INDE ET AU PAKISTAN

À partir de données obtenues aux niveaux individuel et communautaire dans trois sites d'Asie du Sud, Zeba Sathar, Christine Callum et Shireen Jejeebhoy (2001) avancent qu'en Asie du Sud les systèmes de rapports entre les sexes jouent un rôle essentiel en déterminant le rythme de la transition de la fécondité et expliquent donc les différences de rythme de changement démographique constatées dans la région. Elles étudient la mesure dans laquelle l'autonomie des femmes rend compte des différences de rythme d'évolution de la fécondité et de pratique de la contraception dans trois sites d'Asie du Sud — l'Uttar Pradesh et le Tamil Nadu dans le nord et le sud de l'Inde, respectivement, et le Pendjab au Pakistan. D'une façon générale, l'Asie du Sud est caractérisée par la subordination des femmes et leur faible capacité d'investir dans l'avenir de leurs enfants et de prendre des décisions indépendantes au sujet de la maternité (Sathar, Callum et Jejeebhoy, 2001).

L'étude a pour objectifs d'explorer empiriquement les liens existant entre l'autonomie des femmes et les aspects du comportement procréateur tels que les préférences en matière de fécondité et le comportement vis-à-vis de la contraception dans trois sites culturellement différents d'Asie du Sud, à savoir le Tamil Nadu et l'Uttar Pradesh en Inde et le Pendjab au Pakistan. Les sites de l'Uttar Pradesh dans le nord de l'Inde et du Pendjab au Pakistan représentent des environnements qui ont été lents à connaître le changement en matière de procréation et ils enregistrent encore bien des besoins non satisfaits; les sites du Tamil Nadu dans l'Inde méridionale sont des cadres qui présentent moins de clivages entre les sexes et où le comportement procréateur coïncide mieux avec les intentions des femmes. D'un autre côté, l'analyse explore la mesure dans laquelle la région, la nationalité et la religion influent sur les aspects du comportement procréateur et leurs liens avec l'autonomie des femmes. Des travaux analogues ont déjà été consacrés à la différence culturelle entre le nord et le sud de l'Inde, mais l'analyse est élargie en incorporant des données en provenance du Pakistan en tant qu'identité culturelle supplémentaire du sous-continent (Sathar, Callum et Jejeebhoy, 2001).

Les données proviennent de ces trois États. L'échantillon comprend plus de 3 000 femmes actuellement mariées âgées de 15 à 40 ans. L'inclusion de ces dimensions du statut des femmes dans cet ensemble de données permet de mieux comprendre ce statut et la mesure dans laquelle l'instruction et l'activité économique sont des indicateurs substitutifs fiables de l'autonomie en général (Sathar, Callum et Jejeebhoy, 2001). Le comportement procréateur et le comportement vis-à-vis de la contraception — volonté d'avoir d'autres enfants, pratique contraceptive et besoins satisfaits — sont étudiés pour ce qui est de trois blocs de variables explicatives. Il y a d'abord les variables de « développement », en particulier la possession de biens de consommation durables par les ménages, accès aux installations sanitaires, maisons à murs de brique et électricité. On a également prévu des indicateurs du niveau d'instruction des femmes et de leur mari. Le deuxième bloc est composé d'une série d'indices de l'autonomie des femmes évaluant des dimensions telles que la mobilité, la prise de décision, l'accès aux ressources et leur contrôle, et le droit de ne pas être menacée par le mari (voir Jejeebhoy, 2000; Jejeebhoy et Sathar, 2000). Le troisième bloc comprend la région, la nationalité et la religion.

On observe des différences considérables à plusieurs égards selon les communautés. Les femmes du Pendjab sont, dans l'ensemble, plus aisées que les femmes de l'Uttar Pradesh et du Tamil Nadu : en moyenne, les femmes du Pendjab possèdent un plus grand nombre de biens modernes. En Inde, si le Tamil Nadu et l'Uttar Pradesh apparaissent globalement similaires, on constate de grandes différences selon le groupe religieux en

ce qui concerne plusieurs indicateurs économiques (Sathar, Callum et Jejeebhoy, 2001). La situation est inversée lorsque l'on considère les niveaux d'instruction. La prospérité économique du Pendjab n'a pas son pendant en ce qui concerne les investissements dans l'éducation, particulièrement dans le cas des femmes. Dans le cas présent, ce sont les femmes du Tamil Nadu qui sont les mieux loties, quel que soit le groupe religieux auquel elles appartiennent, et ce sont celles du Pendjab et de l'Uttar Pradesh qui sont à la traîne (Sathar, Callum et Jejeebhoy, 2001).

Les niveaux d'autonomie sont uniformément supérieurs parmi les femmes du Tamil Nadu, quel que soit leur groupe religieux, que parmi celles du Pendjab ou de l'Uttar Pradesh. La mesure dans laquelle la religion et la région influent sur l'autonomie des femmes montre bien l'importance du rôle de la région par rapport aux frontières politiques et à la religion (Jejeebhoy et Sathar, 2000). Des différences beaucoup plus importantes sont observées pour des dimensions de l'autonomie telles que la prise de décisions et la mobilité que pour d'autres dimensions, en particulier le droit de ne pas être menacée. Et bien que l'autonomie des femmes de l'Uttar Pradesh et du Pendjab soit généralement très similaire, les femmes du Pendjab jouissent d'une autorité décisionnelle très supérieure et exercent un contrôle beaucoup plus étroit sur les ressources, mais ont une mobilité un peu moindre que les femmes de l'Uttar Pradesh.

Comme dans le cas de l'autonomie des femmes, les différences de comportement procréateur témoignent généralement de différences moins nationales et religieuses que régionales. Par exemple, le nombre moyen d'enfants nés et survivants (standardisé selon l'âge) reste sensiblement — de près de 50 % — inférieur parmi les femmes hindoues et musulmanes du Tamil Nadu que parmi celles des trois autres groupes; toutefois, parmi les trois groupes du nord, les taux de fécondité des femmes du Pendjab se situent entre ceux des femmes musulmanes et des femmes hindoues de l'Uttar Pradesh. S'agissant des autres indicateurs sociodémographiques, on constate peu de différence pour les taux de mortalité infantile et postnatale, mais des différences considérables pour l'âge au mariage: les femmes du Pendjab enregistrent l'âge au mariage le plus élevé (18,2), âge très comparable au cas des femmes hindoues du Tamil Nadu, légèrement supérieur à celui des femmes musulmanes du Tamil Nadu et très supérieur au cas des femmes de l'Uttar Pradesh. Dans tous ces sites, les femmes sont peu nombreuses à avoir leur mot à dire en ce qui concerne le choix du conjoint ou du moment choisi pour le mariage (Jejeebhoy et Sathar, 2000).

Le choix en matière de procréation a plus de chances de s'exprimer à travers des indicateurs tels que le désir d'avoir d'autres enfants, la pratique contraceptive et le choix de la méthode contraceptive signalés au moment de l'enquête. Les différences entre les musulmans et les hindous de l'Uttar Pradesh sont importantes. Au Tamil Nadu, les musulmans et les hindous ont des intentions en matière de procréation similaires, mais en Uttar Pradesh, une plus forte proportion de femmes hindoues ne veulent plus avoir d'enfants et, en conséquence, la contraception est actuellement plus répandue parmi les hindous des deux États de l'Inde, mais la différence est plus frappante dans l'Uttar Pradesh (Sathar, Callum et Jejeebhoy, 2001).

« On relève qu'une fois neutralisés les effets de l'âge au mariage et, surtout, le nombre de fils, chaque résultat en matière de procréation s'explique généralement par une série de facteurs un peu différentes. Ni la situation économique du ménage, ni les indicateurs de l'autonomie des femmes (à l'exception de la mobilité) n'ont un impact important sur le désir de ne plus avoir d'enfants. C'est plutôt une instruction primaire et surtout secondaire qui semble conduire à vouloir d'autres enfants. En revanche, toute une série de facteurs, y compris les indicateurs de la situation économique et l'instruction, ainsi que la plupart des indicateurs de l'autonomie (à l'exception du contrôle des ressources) expliquent à des degrés divers l'utilisation des contraceptifs et les besoins satisfaits. Les études secondaires restent importantes pour l'utilisation des contraceptifs, et les études secondaires du mari et la situation

économique du ménage entrent en jeu. Parmi les indicateurs de l'autonomie, il existe une corrélation positive entre la mobilité et l'accès aux ressources, d'une part, et la probabilité de l'utilisation des contraceptifs, d'autre part.

« Enfin, les besoins satisfaits sont expliqués par la situation économique du ménage, à savoir la possession de biens et, dans une moindre mesure, le degré d'instruction du mari. Ils s'expliquent également par des indicateurs d'autonomie tels que l'accès aux ressources, la mobilité, la prise de décisions économiques et le droit de ne pas être menacée. Dans ce cas, les femmes vivant là où elles sont nées qui ne veulent plus avoir d'enfants sont plus susceptibles d'être des utilisatrices actuelles, ce qui donne à penser que la proximité vis-à-vis de la famille où elles sont nées peut effectivement jouer un rôle en renforçant la capacité des femmes de prendre des décisions en matière de contraception. » (Sathar, Callum et Jejeebhoy, 2001.)

On peut tirer quelques conclusions importantes de cette étude. En premier lieu, la région de l'Asie du Sud fait apparaître des différences très marquées s'agissant des niveaux d'autonomie et de procréation des femmes d'Asie du Sud. Les femmes tamoules — quelle que soit leur religion — sont très différentes des femmes de l'Uttar Pradesh ou du Pendjab : non seulement elles jouissent de niveaux d'autonomie très supérieurs, mais aussi sont nettement plus susceptibles de ne plus vouloir d'enfants, de pratiquer la contraception et d'avoir couvert leurs besoins en matière de planification familiale. En deuxième lieu, les niveaux d'autonomie individuelle des femmes jouent un rôle important s'agissant de déterminer les tendances du comportement en matière de procréation et de contraception en Asie du Sud. Toutefois, ces influences ne sont pas uniformes. Les influences relatives des indicateurs d'autonomie individuels et les facteurs plus structurels varient en fonction des différents indicateurs de comportement et de choix en matière de procréation et de contraception, et il faudra poursuivre les recherches pour étudier ces différences (Sathar, Callum et Jejeebhoy, 2001).

« En troisième lieu, tout porte à croire que les systèmes de rapports entre les sexes — tels qu'évalués pour la région de l'Asie du Sud — continuent de jouer un rôle important d'explication des comportements et des choix en matière de procréation et de contraception, même après avoir neutralisé les effets de l'autonomie des femmes. Pour l'essentiel, cette influence dépasse celle de la nationalité ou de la religion. Les femmes du Tamil Nadu — indépendamment, pour une bonne part, de leur religion — sont nettement plus susceptibles que celles de l'Uttar Pradesh ou du Pendjab de pratiquer la contraception et ont couvert leurs besoins en matière de planification familiale, même après neutralisation des effets de toute une série d'indicateurs sociodémographiques et d'autonomie. Les tendances vécues par les femmes des deux sites du nord de l'Asie du Sud se ressemblent, en dépit des différences de nationalité et de religion. Les résultats de l'analyse multivariante donnent bien à penser que la religion et la nationalité ont un effet prédictif important en ce qui concerne le comportement procréateur (tant au niveau des intentions que de leur réalisation), mais cet effet prédictif est nettement moins prononcé que celui qu'exerce la région. Ces résultats autorisent également à penser que le fait d'être un musulman ou un hindou a des répercussions très différentes sur le comportement procréateur selon la région de résidence. » (Sathar, Callum et Jejeebhoy, 2001).

L'AUTONOMIE ET LE POUVOIR DES FEMMES ET L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION AU MEXIQUE

Le rythme de la baisse de la fécondité et de la diffusion de l'utilisation de la contraception est très rapide au Mexique depuis 30 ans. Il est possible d'évaluer le rôle du pouvoir décisionnel des femmes dans ce processus à partir d'une enquête nationale sur la planifi-

cation familiale (ENAPLAF, 1995). Cette enquête posait des questions sur l'autonomie et le pouvoir décisionnel de l'épouse au sein du couple et leur relation avec l'utilisation des contraceptifs. Par pouvoir décisionnel de l'épouse, on entend la capacité des femmes d'exprimer leur opinion et d'influer sur les processus décisionnels au sein du couple, tandis que les indicateurs de l'autonomie de l'épouse se rapportent à la capacité des femmes mariées de prendre des initiatives et des dispositions sans en référer à leur partenaire. On a établi un indice du pouvoir décisionnel en additionnant cinq variables pour chaque femme. En additionnant des informations concernant l'autonomie des femmes considérée dans le cadre de neuf paramètres, on a composé un indice de l'autonomie des femmes qui représentait un substitut du niveau général d'autonomie de l'épouse par rapport à son mari. Les résultats montrent qu'en moyenne la plupart des femmes ont indiqué qu'elles prenaient des décisions conjointement avec leur mari, mais les Mexicaines mariées ont une autonomie des plus limitées (Casique, 2001).

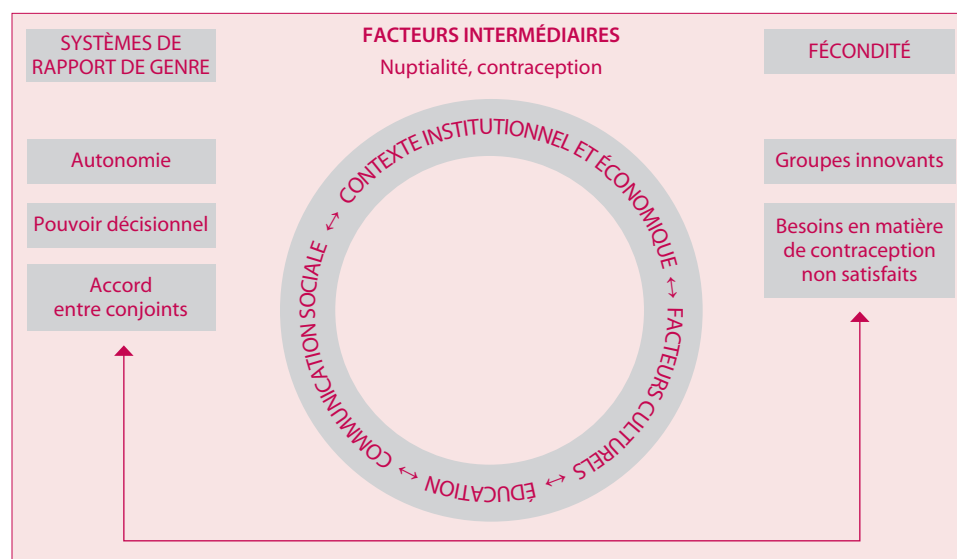
Les résultats de cette étude confirment l'existence d'une corrélation positive entre le renforcement des moyens d'action des femmes (autonomie et pouvoir décisionnel) et l'utilisation de la contraception par les Mexicaines, mais les deux indicateurs ont des impacts différents. L'indice d'autonomie des femmes fait apparaître un impact plus fort que le pouvoir décisionnel ne le fait sur la probabilité que les femmes aient besoin de la contraception ainsi que sur la probabilité qu'elles utilisent une méthode moderne temporaire. Un facteur très net s'agissant de la probabilité que les femmes aient recours à la contraception est l'approbation de celle-ci par le mari, sauf dans le cas des femmes ayant un indice de pouvoir décisionnel et un indice d'autonomie élevés. On ne constate pas de corrélation entre la probabilité que les femmes aient recours à une méthode définitive (stérilisation) et l'un quelconque des indicateurs de renforcement des moyens d'action des femmes utilisés. Enfin, la proportion des femmes ayant besoin de la contraception mais n'utilisant aucune méthode contraceptive, proportion qui est liée à l'opposition du mari à la régulation de la fécondité et à l'ignorance des méthodes contraceptives chez les femmes, est sensiblement réduite parmi les femmes dont les moyens d'action sont relativement plus importants (Casique, 2001).

Dans une autre étude réalisée dans certaines grandes zones urbaines, Garcia et de Oliveira (2001) montrent qu'en dépit de la participation croissante des femmes au marché du travail, le fait de subvenir aux besoins de la famille conserve une connotation hautement symbolique aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cette fonction est associée à l'idée de pouvoir masculin, ainsi qu'aux notions de soutien, de protection, de représentation de la famille (la femme et les enfants), de responsabilité et de défense de son honneur. Elle est également appréciée comme un indicateur de masculinité.

Conclusions préliminaires

L'application d'une démarche fondée sur les sexospécificités enrichit beaucoup le cadre théorique utilisé pour prévoir le comportement procréateur dans les pays en développement. Certains des indicateurs proposés par les différentes études analysées dans le présent document fournissent des explications très utiles : c'est le cas de la communication entre conjoints et l'accord (ou le désaccord) entre le mari et la femme sur les décisions en matière de procréation (taille de la famille, utilisation des contraceptifs, etc.). Après vérification de leur validité, certains indices du renforcement des moyens d'action des femmes font apparaître un lien étroit avec les variables intermédiaires de la fécondité. En outre, ils sont étroitement liés aux facteurs socioéconomiques tels que l'instruction. La révélation d'attitudes « innovantes » chez les hommes, les femmes et les conjoints a une forte valeur prédictive de l'utilisation future des méthodes de planification familiale chez les couples (figure 1).

Or, la plupart des études n'examinent que l'utilisation des contraceptifs ou l'intention de les utiliser, le désir d'avoir d'autres enfants ou la taille de la famille désirée. Elles ne peuvent pas opérer de distinction entre deux scénarios de réduction de la fécondité,



caractérisés le premier par le recul de l'âge au mariage, une importante différence d'âge entre les conjoints (comme en Afrique du Nord) et/ou l'absence de choix individuel du partenaire (comme en Asie du Sud), et le second par la diffusion de l'utilisation des contraceptifs, bien qu'elle donne lieu parfois à une augmentation ou une stabilisation des taux de fécondité des adolescents (comme dans certains pays d'Amérique latine). L'intelligence et l'analyse de ces deux scénarios passent par l'application d'une démarche fondée sur les sexes.

Parmi les arguments avancés pour rendre compte des différents scénarios des transitions de la fécondité, celui des niveaux de développement économique est des plus contestables, étant donné les faibles niveaux de développement atteints par un grand nombre des régions où la fécondité a fortement baissé (Inde, Nigéria, Mexique, etc.). En utilisant des données individuelles et en enquêtant auprès des hommes et des femmes pour les interroger sur leurs rapports réciproques et sur les rapports entre tous les membres de la famille et du ménage, et en replaçant cette analyse dans le contexte de chaque système spécifique de rapports entre les sexes, on dispose d'une méthode féconde qui permet d'élargir considérablement le champ d'interprétation des tendances de la fécondité, même s'il y a encore peu d'études de ce type et qu'elles s'opposent parfois les unes aux autres (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001; Mason et Smith, 2000). Nous devons multiplier les recherches avant de pouvoir parvenir à des conclusions définitives. Au terme de ce rapide survol, nous croyons néanmoins pouvoir dire que des progrès importants ont été accomplis en ce qui concerne la compréhension des modes d'interaction des rapports entre les sexes et du changement démographique, en particulier la fécondité.

BIBLIOGRAPHIE

- Andro, A. et V. Hertrich (2001). La demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leur épouse? *Population*, 5 (septembre-octobre), p. 721-771.
- Bankole, A. et S. Singh (1998). Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: Hearing the man's voice. *International Family Planning Perspectives*, vol. 24, n° 1, p. 15-24.
- Becker, G. (1972). *A theory of marriage, I et II*. University of Chicago and National Bureau of Economic Research.
- Becker, S. (1996). Couples and reproductive health: A review of couple studies. *Studies in Family Planning*, vol. 27, n° 6, p. 291-302.
- (1999). Measuring unmet need: Wives, husbands or couples. *International Family Planning Perspectives*, vol. 25, n° 4, p. 172-180.

- Bongaarts, J. et S. Cotts-Watkins (1996). Social interaction in contemporary fertility transition. *Population and Development Review*, vol. 22, n° 4 (décembre), p. 639-682.
- Caldwell, J. *et al.* (1982). Demographic Change in Rural South India. *Population and Development Review*, vol. 8, n° 4.
- Casique I. (2001). Women's autonomy and power and use of contraception in Mexico: What difference does it make? UIESP, XXIV^e Conférence générale sur la population, Salvador (Brésil), 18-24 août 2001.
- Cleland, J. *et al.* (1994). *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a challenging environment*. Washington, DC: Études régionales et sectorielles de la Banque mondiale.
- et C. Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, n° 1, p. 5-30.
- Dodoo, F. Nii-Amoo (1998). Men matter: additive and interactive gendered preferences and reproductive behavior in Kenya. *Demography*, vol. 35, n° 2, p. 229-242.
- Duarte, I. et R. Brea (1999). *Entre la calle y la casa, las mujeres dominicanas y la cultura política a finales del siglo XX*. Profamilia, Participación ciudadana, USAID, 168 p.
- Dyson, T. et M. Moore (1983). On Kinship Structure, Female Autonomy and Demographic Behaviour in India. *Population and Development Review*, 9 (mars), p. 35-60.
- García, B. et O. de Oliveira (2001). Fatherhood among middle and low income sectors of Urban Mexico. UIESP, XXIV^e Conférence générale sur la population, Salvador (Brésil), 18-24 août 2001.
- Hirschman, Ch. (1994). Population and society in twentieth century South Asia. Working paper. Seattle Population Research Centre, University of Washington, p. 11-94.
- Jejeebhoy, Shireen J. (2001). Women's autonomy and reproductive behaviour in India. In *Fertility transition in South Asia*, J. Phillips et Z. Sathar (dir.). Oxford: Oxford University Press.
- Jejeebhoy, S. et Z. Sathar (2000). Women's autonomy in India and Pakistan: A question of religion or region? Document ronéotypé.
- Juárez, F., J. Quilodrán et M. E. Zavala de Cosío (1996). *Nuevas pautas reproductivas en México*. El Colegio de México, 232 p.
- Kabeer, N. (1985). Do women gain from high fertility? In *Women, work and ideology in the Third World*, H. Afsar (dir.). Londres: Tavistock Publications.
- Kazi, S. et Z. Sathar (2001). Explaining fertility in rural Punjab: The relative roles of gender and development. In *Fertility transition in South Asia*, J. Phillips et Z. Sathar (dir.). Oxford: Oxford University Press.
- Kishor, S. et K. Neitzel (2000). Étude du statut des femmes à partir des données de base des enquêtes. In *Femmes et familles: l'évolution du statut des femmes comme facteur et conséquence de changements dans les dynamiques familiales*, M. E. Cosío-Zavala (dir.). CICRED, p. 377-429
- Kritz, M. et P. Makinwa-Adebusoye (2001). A Couple Agreement on Wife's Autonomy and Reproductive Dynamics in Nigéria. UIESP, XXIV^e Conférence générale sur la population, Salvador (Brésil), 18-24 août 2001.
- Lesthaege, R. et C. Vanderhoeft (1999). Conceptualisation des transitions vers de nouvelles formes de comportement. Actes de la Chaire Quetelet 1997, Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie, Louvain-la-Neuve, p. 279-306.
- Malhotra, A., R. Vanneman et S. Kishor (1995). Fertility, dimensions of patriarchy, and development in India. *Population and Development Review*, 21, p. 281-305.
- Mason, K. *et al.* (1995). Determinants of Women's Power and Autonomy in Five Asian Countries. Communication présentée à la Réunion annuelle de la Population Association of America, avril, San Francisco.
- Mason, K. O. (1997). Gender and demographic change: What do we know? In *The continuing demographic transition*, G.W. Jones *et al.* (dir.). Oxford: Clarendon Press, p. 158-182.
- et H. L. Smith (2000). Husbands' versus wives' fertility goals and use of contraception: The influence of gender context in five Asian countries. *Demography*, vol. 37, n° 3, p. 299-311.

- Miller, B. (1997). *The Endangered Sex: Neglect of female children in Rural North India*, New Delhi: Oxford University Press.
- Notestein, F. W. (1945). Population. The long view. In *Food for the World*, T. W. Schultz (dir.). Chicago: University of Chicago Press, p. 36-57.
- Presser, H. (1997). Demography, feminism and science. Policy nexus. *Population and Development Review*, 2 (juin), p. 295-332.
- Robinson, W. (2001). Common Beginnings but different outcomes: The family planning programmes of Pakistan and Bangladesh. In *Fertility transition in South Asia*, J. Phillips et Z. Sathar (dir.). Oxford: Oxford University Press.
- Sathar, Z., C. Callum et S. Jejeebhoy (2001). Gender, region, religion and reproductive behaviour in India and Pakistan. UIESP, XXIV^e Conférence générale sur la population, Salvador (Brésil), 18-24 août 2001.
- Visaria, L. (1996). Regional variation in female autonomy and fertility and contraception in India. In *Girls' Schooling. Women's Autonomy and Fertility Change in South Asia*, Roger Jeffery et Alaka M. Basu (dir.). New Delhi: Sage Publications.

L'impact du VIH-1 sur la fécondité en Afrique subsaharienne : causes et conséquences

Simon Gregson*, Basia Zaba** et Susan-Catherine Hunter**

INTRODUCTION

L'épidémie de VIH a de profondes répercussions sur la mortalité en Afrique subsaharienne : la mortalité des adultes a doublé ou triplé même dans les communautés où la prévalence reste inférieure à 10 % (Timaeus, 1998; Boerma *et al.*, 1998) et l'espérance de vie est en chute libre dans un grand nombre de pays. La recherche démographique sur l'épidémie s'est essentiellement focalisée sur les conséquences sociales et démographiques de cet accroissement sans précédent de la mortalité; dans le présent document, nous abordons un domaine qui a été beaucoup moins étudié, à savoir celui des liens entre le VIH et la fécondité.

* Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College, Londres (Royaume-Uni).

** Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres (Royaume-Uni).

Motivation de l'étude des rapports entre le VIH et la fécondité

L'épidémie de VIH en est venue à exercer une influence notable sur la fécondité dans des régions particulièrement touchées d'Afrique subsaharienne. Des enquêtes menées à l'échelle de la population effectuées dans le sud-ouest de l'Ouganda (Gray *et al.*, 1997) et l'analyse des données recueillies auprès de dispensaires prénatals dans un certain nombre d'autres pays font état d'une baisse de la fécondité comprise entre 25 et 40 % parmi les femmes à sérologie positive au VIH (Zaba et Gregson, 1998). Cette sous-fécondité peut s'expliquer en partie par l'existence d'un terrain favorable à d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) parmi les nouveaux cas de VIH (Ross *et al.*, 1999), mais la moitié environ est directement liée à l'infection elle-même. De plus, les études locales commencent à montrer de façon convaincante la réalité de changements d'envergure du comportement lié à la fécondité dus à l'épidémie de VIH et aux mesures prises pour enrayer la propagation de l'infection. Dans certains cas, le changement de comportement est surtout le fait des séropositifs, mais d'autres changements touchent un plus grand nombre de personnes. Quelques-unes de ces modifications du comportement découlent d'un projet conscient de modifier la fécondité, mais la plupart sont entreprises sans considération ou indépendamment de leurs effets sur la fécondité. Enfin, les changements affectant la structure de la population, dus à l'augmentation de la mortalité parmi les groupes les plus vulnérables à l'infection, amplifient les effets de l'épidémie de VIH sur la fécondité considérés au niveau de la population (Zaba et Gregson, 1998).

Ces interactions entre le VIH et la fécondité ont un certain nombre de conséquences importantes pour la surveillance du VIH et la compréhension des tendances démographiques dans les régions de forte séroprévalence. Une faible fécondité parmi les femmes séropositives implique généralement que les données sur la séroprévalence recueillies auprès des dispensaires prénatals sous-évaluent les niveaux effectifs d'infection parmi les

femmes en âge de procréer. Les baisses de fécondité au niveau de la population dues au VIH compliqueront les analyses de la transition de la fécondité dans les pays qui se sont engagés depuis peu dans cette transition. Elles exagéreront l'importance de la baisse de l'augmentation de la population liée à l'accroissement de la mortalité tout en annulant l'effet de ce dernier sur la structure de la population. Une épidémie de VIH débouchera sur un nombre d'orphelins plus faible que prévu au départ et son impact sur la mortalité des jeunes enfants sera moindre.

À bien des égards, la nature exacte de ces conséquences dépendra des mécanismes par lesquels le VIH influe sur la fécondité et vice versa. Par exemple, la sous-fécondité chez les femmes à sérologie positive au VIH pourrait diminuer avec le temps si elle est une conséquence des MST contractées avant l'infection par le VIH (Garnett et Gregson, 1998), mais persistera si elle découle directement de l'infection par le VIH. Il est donc important de comprendre les causes de la relation entre le VIH et la fécondité pour pouvoir comprendre les conséquences. Il est crucial pour la lutte contre le sida de comprendre le comportement sexuel, domaine que les démographes ont étudié en raison de l'importance qu'il revêt en tant que déterminant de la fécondité.

Buts et aperçu général du document

Dans le présent document, nous commençons par examiner dans quelle mesure les déterminants culturels, socioéconomiques et immédiats de l'épidémie de VIH et de la fécondité se recoupent. Ces déterminants communs servent de fondement aux mécanismes par le jeu desquels différents types de comportement lié à la fécondité sont associés à des épidémies très différentes de VIH. Nous nous penchons ensuite sur l'évolution de la fécondité qui a toutes les chances de se produire pendant une grave épidémie de VIH, en recensant les mécanismes spécifiques, en examinant les données qui signalent que des changements se produisent actuellement par le jeu de ces mécanismes et en nous demandant quels pourraient être leur effets sur la fécondité.

Le cadre théorique des processus fondamentaux du changement à l'œuvre dans une épidémie de VIH est incorporé dans un modèle mathématique et utilisé pour étudier les effets sur la fécondité au niveau de la population et les tendances plus générales du changement démographique à long terme. Nous expliquons comment appliquer ce modèle en montrant de quelle façon des épidémies d'ampleur comparable pourraient avoir des effets différents sur la fécondité dans des pays ayant atteint des niveaux de développement différents. Le modèle mathématique sert également à examiner les conséquences pouvant découler du lien existant entre le VIH et la fécondité pour la surveillance d'une épidémie à partir des données recueillies auprès des dispensaires prénatals. Enfin, il nous sert à démontrer les importantes conséquences que ce lien a pour l'impact démographique et socioéconomique plus large de l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne en examinant les effets sur l'accroissement de la population et la pyramide des âges.

CAUSES DE L'IMPACT DU VIH SUR LA FÉCONDITÉ

Déterminants culturels et socioéconomiques communs du VIH et de la fécondité

On a émis l'opinion que les facteurs culturels et socioéconomiques qui exercent une influence sur le mariage et la fécondité en Afrique subsaharienne pourraient aussi limiter l'efficacité des stratégies de lutte contre le sida (Bledsoe, 1991). S'il en est ainsi, on pourrait s'attendre à ce qu'un grand nombre des facteurs qui vont dans le sens d'une fécondité élevée dans les sociétés africaines favorisent la propagation du VIH. De plus, certains des processus de changement entraînant des baisses de fécondité exerceront en même temps une influence sur l'évolution des épidémies de VIH locales. On a pu établir dans de nombreux pays un lien entre l'évolution des normes et pratiques culturelles résultant de

processus tels que l'accélération de l'urbanisation, les migrations, le niveau d'instruction, la laïcisation et l'innovation technologique et l'apparition et la progression de la transition en matière de fécondité (Caldwell *et al.*, 1992); cette évolution semble également devoir influencer sur les tendances de la propagation des épidémies de VIH.

Dans le tableau 1, nous dénombrons certains des facteurs et processus culturels, sociaux et économiques qui influent à la fois sur l'évolution de la fécondité et les profils de propagation de l'infection par le VIH. Les facteurs sont rangés dans plusieurs catégories selon qu'ils constituent des déterminants importants du niveau de fécondité, de la prévalence du VIH parmi la population féminine ou des deux. La norme de fécondité élevée en vigueur dans les sociétés de régime démographique ancien rend difficile pour les couples de faire un usage systématique du préservatif même lorsque les risques de transmission du VIH sont élevés. Dans cette optique, les systèmes culturels favorisant des niveaux élevés de fécondité se prêtent davantage à une propagation importante du VIH. Toutefois, la situation est plus complexe que cela. Par d'autres aspects, tels que le mariage précoce et le tabou des relations sexuelles pré-nuptiales, les systèmes culturels liés à une fécondité élevée peuvent contribuer à limiter la propagation de l'infection par le VIH. Des éléments de la culture traditionnelle tels que l'allaitement prolongé et la continence, qui allongent l'intervalle intergénéral et compriment les taux de fécondité naturelle, peuvent favoriser la transmission du VIH. La polygamie, qui tend à réduire légèrement les taux de natalité (Pebly et Mbugua, 1989), est souvent associée à des niveaux relativement faibles de relations sexuelles extraconjugales et pourrait, de ce fait, limiter l'extension de certaines épidémies de VIH (Frank 1992; Gregson *et al.* 1999a). De même, il existe des pratiques traditionnelles sans effet direct sur la fécondité, mais qui affectent les niveaux de transmission du VIH. La circoncision, qui protège dans une certaine mesure contre les IST, dont celle par le VIH (Caldwell et Caldwell 1993; Moses *et al.* 1990), est l'une de ces pratiques.

Les processus de changement social, alimentés en partie par le développement économique local, sont souvent associés à des baisses de fécondité. En règle générale, des populations plus urbanisées, mieux instruites et laïcisées, caractérisées par des taux de mortalité postinfantile et adulte plus faibles, affichent des taux de natalité faibles ou en diminution. L'augmentation de la séparation des conjoints due à la migration de la main-d'œuvre peut elle aussi faire baisser la fécondité. Toutefois, ces processus ont des retombées ambiguës sur la lutte contre le VIH. D'une façon générale, le déve-

Tableau 1
Facteurs et processus culturels, sociaux et économiques qui influent sur les niveaux de fécondité et, éventuellement, sur la prévalence du VIH

Effet du facteur sur la fécondité		
Effet positif	Effet négatif	Aucun effet connu
A. Facteurs qui tendent à accroître la prévalence du VIH		
Normes de fécondité élevée	Normes culturelles favorisant l'allongement de l'intervalle intergénéral	Absence de circoncision
Opposition culturelle ou religieuse à la contraception		
Normes culturelles favorisant le mariage universel		Mise à l'épreuve de conjoints potentiels
Monogamie		
Statut de la femme inférieur à celui de l'homme	Urbanisation poussée	Liberté sexuelle
Accès limité aux contraceptifs (masculins)	Forte migration de main-d'œuvre	Fortes disparités de revenus
B. Facteurs susceptibles d'influer sur la prévalence du VIH, mais le sens de la corrélation est incertain		
Mortalité infantile et postinfantile élevée	Revenu par habitant élevé	
Tabou de l'avortement provoqué	Niveaux d'instruction des femmes élevés ^a	

^a Dans un premier temps, les individus mieux instruits apparaissent plus exposés à l'infection par le VIH. Mais à mesure que l'épidémie se propage et que les écoles et les programmes d'information s'appuyant sur les médias renseignent mieux sur la question, cet écart peut s'inverser (Kilian, *et al.*, 1998).

loppement économique, l'urbanisation et la laïcisation, ainsi que l'augmentation de la mobilité géographique et la libéralisation des attitudes à l'égard de la sexualité qui les accompagnent, favorisent la propagation de l'infection par le VIH. Le creusement des écarts de revenus peut, de son côté, contribuer à renforcer l'hétérogénéité des taux de changement de partenaire sexuel et déboucher sur des types d'union moins préférentielle, lesquels peuvent, en combinant leurs effets, accroître l'extension de l'épidémie de VIH (Garnett et Anderson, 1993). Ces tendances ont d'autant plus de chances d'être observées que le statut socioéconomique des femmes est inférieur à celui des hommes (Bassett et Mhloyi, 1991). D'un autre côté, l'élévation du niveau d'instruction devrait faciliter la mise en œuvre d'initiatives de lutte contre le sida, en particulier celles qui se proposent de faire mieux connaître les risques de transmission du VIH. L'amélioration des centres de soins devrait les rendre mieux à même de lutter contre les autres IST, qui servent de cofacteurs dans la transmission du VIH par voie sexuelle. Il est alors plus facile de tester les dons sanguins préalablement à toute transfusion, de diminuer les risques liés à l'utilisation d'instruments tranchants par le personnel médical et d'assurer la régularité des approvisionnements en préservatifs. Si le développement social peut contribuer à faire baisser la fécondité, il se peut aussi que les résistances d'ordre culturel et religieux à l'utilisation du préservatif tombent plus vite dans les pays plus développés.

Rapport entre les déterminants immédiats respectifs du VIH et de la fécondité

Les facteurs socioéconomiques susvisés influent sur la transmission du VIH et sur la fécondité par le jeu d'un ensemble de déterminants immédiats qui se chevauchent (voir le tableau 2). Un facteur peut avoir un effet positif sur la fécondité, mais un effet négatif sur l'extension d'une épidémie de VIH—ou vice versa—parce qu'il n'influe pas sur les mêmes déterminants immédiats. Par exemple, l'urbanisation peut réduire la fécondité, notamment en diminuant la fréquence des rapports sexuels au sein d'unions stables, mais

Tableau 2
Les déterminants immédiats de la fécondité et la prévalence du VIH chez les adultes

Effet du facteur sur la fécondité		
Effet positif	Effet négatif	Aucun effet connu
A. Déterminants tendant à augmenter la prévalence du VIH		
Proportion toujours plus élevée d'individus ayant des rapports sexuels pour la première fois	Allongement de la période de continence postpartum	Nombreux couples formés simultanément
Abaissement de l'âge des premiers rapports sexuels	Nombreuses séparations temporaires	Transfusion de sang contaminé
Augmentation de la fréquence des rapports sexuels	Augmentation du taux de divortialité	Échange d'aiguilles
Diminution de l'utilisation des contraceptifs mécaniques ou chimiques	Augmentation du nombre de cas de veuvage	
Recul de l'âge de la continence irréversible	Augmentation des cas de stérilité provoquée par les IST	
Accroissement du taux de formation de nouvelles unions après séparation ou veuvage		
B. Déterminants susceptibles d'influer sur la prévalence du VIH, mais le sens de la corrélation est incertain		
Âge précoce des premières règles		
Faible taux d'avortement provoqué		
Faible utilisation des contraceptifs autres que mécaniques ou chimiques		
Diminution de la durée de l'aménorrhée liée à l'allaitement ^a		
Recul de l'âge de la ménopause		

^a Affecte le taux d'infection par le VIH chez l'enfant, non chez l'adulte.

contribuer à la propagation du VIH en augmentant les taux de formation de couples. Comme nous le verrons, l'opposition du sens des effets peut aussi traduire une opposition du sens de l'influence exercée sur un déterminant immédiat commun.

D'une façon générale, les facteurs immédiats influant sur la formation et la dissolution des partenariats sexuels et la fréquence des rapports sexuels au sein de ces partenariats sont des déterminants importants à la fois de la prévalence du VIH et de la fécondité. Toutefois, le scénario des partenariats simultanés, qui exerce une profonde influence sur la prévalence des IST (Morris et Kretzschmar, 1997; Watts et May, 1992), n'est pas un déterminant du niveau de fécondité, sauf s'il intervient par le jeu d'autres facteurs tels que la fréquence des rapports sexuels. Les facteurs régissant la transmission non sexuelle du VIH parmi les adultes n'affectent pas la fécondité. De même, les déterminants biologiques de la fertilité n'influent qu'indirectement sur la prévalence du VIH (Zaba, 1994).

Dans un certain nombre de cas, les facteurs affectant aussi bien le VIH que la fécondité agissent dans le même sens. Par exemple, une activité sexuelle intense et une faible utilisation des contraceptifs sont corrélées à une augmentation à la fois de la fécondité et de la prévalence du VIH. Toutefois, cette corrélation n'est nullement universelle. Les taux de divortialité et de veuvage élevés réduisent la fécondité — les taux de natalité étant inférieurs en dehors du mariage — mais, toutes choses étant égales par ailleurs, augmentent la prévalence du VIH. La raison en est que le nouveau partenaire habituel est souvent déjà infecté et que, dans certains cas, la nouvelle relation stable est précédée d'une série de relations de courte durée. Dans le contexte africain, les femmes contractant un second mariage deviennent souvent la seconde épouse dans le cadre d'une union polygame (Timaues et Reynar, 1998) ou épousent des hommes qui se sont également séparés d'un premier conjoint. Ainsi, les seconds maris ont-ils en règle générale eu davantage de partenaires antérieurs que les premiers maris et ils sont plus susceptibles d'être une source d'infection par le VIH.

La séparation temporaire des conjoints — due, par exemple à la migration de la main-d'œuvre — et la continence post-partum ont également des effets qui influent dans les deux sens sur le VIH et la fécondité. Un taux élevé de séparation des conjoints et une continence post-partum prolongée compriment tous les deux la fécondité, mais la diminution de la vulnérabilité à l'infection par le VIH contractée auprès du partenaire habituel est annulée par l'augmentation du risque de contracter le virus auprès de partenaires occasionnels. Les maris sont plus particulièrement exposés s'ils se rendent dans des cadres où la prostitution est répandue — les mines d'Afrique du Sud, par exemple (Campbell 1997). Là où la continence post-partum est pratiquée, le tabou s'applique d'une manière particulièrement stricte aux femmes (Awusabo-Asare, 1996), les maris pouvant contracter le virus auprès de partenaires de rencontre lorsque leur épouse n'est pas sexuellement disponible.

S'agissant des autres IST, des facteurs biologiques et comportementaux conjuguent leurs effets pour exercer une pression contraire sur les niveaux de fécondité et la prévalence du VIH. Les IST — et en particulier celles qui causent des lésions génitales — peuvent favoriser la transmission du VIH (Greenblatt *et al.*, 1988) tandis que celles qui sont responsables de la cervicite, de la salpingite et de la pelvipéritonite peuvent déboucher sur la stérilité (Arya *et al.*, 1973; Organisation mondiale de la santé, 1988). La maternité est un élément important du statut social dans la plupart des pays africains, et les hommes répudient souvent des partenaires stériles. Cela donne souvent lieu à un comportement associé à une élévation du risque d'infection par le VIH (Boerma, 1996). Une femme peut tenir tellement à prouver qu'elle est féconde qu'elle hâtera sa participation à une nouvelle relation sexuelle. Si elle ne dispose pas d'autre moyen de soutien socioéconomique, elle pourra être amenée à se livrer à une activité relevant de l'industrie du sexe. Là encore, des facteurs qui réduisent la fécondité augmentent la probabilité d'infection par le VIH. C'est vrai même pour les femmes qui sont stériles pour des raisons sans rapport avec les IST, encore que, dans le contexte africain, on estime que les séquelles des IST expliquent la plupart des cas de stérilité primaire (Larsen, 1994).

Effets du VIH sur la fécondité au niveau de l'individu et de la population

Les aires importantes de chevauchement entre les déterminants socioéconomiques et les déterminants immédiats de l'épidémie de VIH et de la fécondité fournissent un grand nombre de voies que l'épidémie de VIH peut emprunter pour introduire des changements dans la fécondité d'une population touchée. Le tableau 3 énumère les principaux mécanismes potentiels. Certains de ces mécanismes opèrent au niveau de l'individu et les autres au niveau de la population. Les changements au niveau individuel sont notamment des réactions purement comportementales et des modifications de la physiologie de la reproduction. Les changements qui affectent essentiellement les femmes actuellement infectées sont probablement moins importants au niveau de la population. Même parmi les populations les plus gravement touchées, l'infection par le VIH ne concerne à un moment quelconque qu'une minorité de femmes et une proportion encore plus faible de femmes qui ont atteint les stades les plus avancés de l'infection lorsque les effets tels que la diminution de la fréquence des rapports sexuels et l'augmentation de l'aménorrhée se font le plus sentir. D'autres changements comportementaux — par exemple, l'ajournement du moment des premiers rapports sexuels et l'augmentation de l'utilisation des préservatifs — pourraient concerner la majorité de la population et se maintenir longtemps après que l'épidémie a atteint son paroxysme.

Tableau 3
Sens hypothétique des effets d'une épidémie de VIH sur la fécondité

Changement bio-social		Toutes les femmes ^a	Femmes à sérologie positive au VIH seulement	Effet global
A. Niveau individuel				
BS1	Augmentation du nombre de cas de veuvage	-	-	-
BS2	Réduction de la fréquence des rapports sexuels due à une morbidité accrue	-	-	-
BS3	Augmentation des avortements spontanés et des mortinaissances	-	-	-
BS4	Augmentation de l'aménorrhée	-	-	-
BS5	Baisse de la fertilité due à une nutrition et à une spermatogenèse insuffisantes	-	-	-
BS6	Réduction des autres infections sexuellement transmissibles		+	+
Changement comportemental				
BH1	Ajournement des premiers rapports sexuels		-	-
BH2	Réduction des relations sexuelles avant et hors mariage		-	-
BH3	Report du mariage, pouvant entraîner l'augmentation du célibat		-	-
BH4	Recul de la polygynie		+	+
BH5	Augmentation du taux de divortialité	-	-	-
BH6	Recul du remariage	-	-	-
BH7	Substitution du préservatif à la pilule comme méthode de planification familiale	+	+	+
BH8	Réduction de la durée de l'allaitement	+	+	+
BH9	Réduction de la durée de la continence postpartum		+	+
BH10	Usage du préservatif là où la contraception n'était pas utilisée jusqu'ici	-	-	-
BH11	Moins de contraception pour cause d'effets d'assurance et de remplacement	+	+	+
BH12	Contraception et avortement en hausse pour éviter d'infecter les nourrissons et de multiplier les orphelins	-	-	-
B. Niveau de la population				
P1	Changement de la répartition par âge et par sexe de la population			+/-
P2	Surmortalité des femmes stériles			+
P3	Surmortalité des utilisatrices de contraceptifs hormonaux			+
P4	Surmortalité des femmes ayant des partenaires multiples			+

^a Les femmes à sérologie positive au VIH peuvent être affectées de manière disproportionnée.

Nombre de ces mécanismes réduisent la fécondité, mais d'autres annulent cet effet. Par ailleurs, l'importance relative des divers mécanismes varie selon les populations, de sorte que leur effet net sur la fécondité varie aussi. En particulier, la nature et l'ampleur de l'effet net d'une épidémie de VIH d'une extension donnée sur la fécondité d'une population dépendent entre autres du point de la transition démographique qui a été atteint. Une série de facteurs, parmi lesquels les tendances existantes en matière d'utilisation des contraceptifs et de formation d'unions sexuelles, influent sur la nature de la réaction comportementale à l'épidémie. À quoi il convient d'ajouter la question de l'intention. Un effort conscient sera-t-il fait pour relever la fécondité en réaction aux augmentations des taux de mortalité dues au VIH? Au sein des populations à taux de mortalité élevé, les couples pourront planifier des familles nombreuses à titre d'«assurance» contre la perte d'enfants¹ ou décider d'accélérer leur plan de naissances à la mort d'un enfant — c'est-à-dire «remplacer» consciemment l'enfant (Ware, 1977). Dans une épidémie de VIH, les femmes qui savent qu'elles ont contracté le VIH — et éventuellement d'autres personnes également — pourraient s'employer à accélérer leur plan de naissances.

Dans le tableau 4, nous reclassons les mécanismes énumérés dans le tableau 3 selon qu'ils peuvent être considérés comme des actions conscientes entreprises dans l'intention d'influer sur la fécondité future. Un certain nombre de ces actions prennent la forme de réactions délibérées à l'épidémie. Toutefois, deux d'entre elles seulement — les effets d'assurance et de remplacement à la suite du décès d'un nourrisson et le renforcement de l'utilisation de la contraception pour éviter la transmission verticale et la perte d'un parent ou des deux — représentent des tentatives faites consciemment pour influencer sur la fécondité et elles opèrent en sens contraire. Dans bien des cas, une forte inquiétude quant aux effets négatifs sur la santé maternelle et infantile et à la possibilité de perte d'un parent ou des deux pourrait l'emporter sur le désir d'augmenter la fécondité. L'effet global net de ces changements parmi les femmes séropositives serait négligeable car les femmes qui se savent infectées représentent une faible minorité des séropositives et, comme on l'a indiqué plus haut, l'ensemble des femmes séropositives ne représentent à un moment quelconque qu'une minorité de l'effectif total de la population. Pour celles qui se savent infectées, la fécondité peut être le principal enjeu dans l'esprit de celles qui ont un très petit nombre d'enfants. Cela étant, lorsqu'elles apprennent qu'elles sont infectées, la plupart ont déjà deux enfants, voire davantage et, pour elles, la prise en charge et le bien-être des enfants existants sont sans doute des considérations primant toutes les autres (Setel, 1995). L'effet d'assurance pourrait jouer davantage chez les femmes qui ne sont pas sûres d'avoir contracté le VIH (sans doute la majorité), mais on peut s'attendre à ce que ces femmes tiennent beaucoup à limiter le propre risque de contracter l'infection. Il va sans dire que les femmes considérées individuellement réagiront en fonction du contexte culturel local et de leur situation socioéconomique personnelle.

¹ Par exemple, Ankrah estime que «les femmes peuvent avoir d'autres grossesses pour contrer ce qu'elles considèrent comme la menace de la mortalité infantile et garantir la survie d'au moins une partie de leur progéniture» (Institut PANOS, 1992).

Tableau 4

Changements individuels découlant d'une épidémie de VIH qui pourraient affecter la fécondité : changements délibérés et changements imprévus

	Nature de la réaction au VIH			
		Délibérée		Imprévue
Nature des conséquences pour la fécondité	Possibilité de transmission du VIH	Due au fait que la femme est séropositive	Due au fait que la femme est séropositive	Due à l'ensemble de l'épidémie de VIH
Destinée à influencer sur la fécondité	BH11-BH12	BH11-BH12		
Conséquences imprévues pour la fécondité	BH1-BH10 ^a , BS6	BH6-BH8, BH10	BH5-BH6, BH8, BS2-BS5	BS1-BS2, BS5-BS6

^a Dans le cas de BH8 (diminution de l'allaitement), le changement consisterait à prévenir une éventuelle transmission materno-fœtale. Dans tous les autres cas, le changement consisterait à prévenir la propre infection de la femme.

Les mécanismes peuvent relever de plusieurs catégories. Par exemple, il peut y avoir divorce à la suite d'un diagnostic d'infection par le VIH chez l'un ou l'autre partenaire. Si la femme est infectée, son partenaire peut vouloir divorcer, ce qui serait un événement imprévu du point de vue de la femme (colonne 3). Dans la situation inverse, elle pourrait vouloir divorcer pour réduire son propre risque de contracter l'infection, ce qui serait un événement recherché (colonne 1).

Cela dit, l'analyse du tableau 4 fait apparaître la possibilité qu'un certain nombre de changements imprévus au niveau des déterminants immédiats de la fécondité finissent par modifier sensiblement les résultats effectifs en matière de fécondité. Il s'agit notamment des changements physiologiques affectant les femmes séronégatives ayant un partenaire séropositif (colonne 4) ainsi que ceux qui affectent directement les femmes infectées (colonne 3). Il s'agit notamment des actions délibérées destinées à éviter la transmission du VIH qui ont des conséquences imprévues et méconnues pour la fécondité. Les changements affectant certains déterminants de la fécondité pourraient se produire en empruntant l'une quelconque de ces voies. Par exemple, toutes choses étant égales par ailleurs, les femmes infectées qui connaissent des taux supérieurs de mortalité intra-utérine et infantile réduiront la durée de l'allaitement et de la continence—en d'autres termes, il se produira de façon inconsciente un « effet de remplacement » naturel. De même, les femmes qui s'inquiètent du risque de transmettre l'infection à leurs nouveau-nés peuvent décider d'allaiter moins longtemps même si elles ne sont pas certaines de leur état sérologique vis-à-vis du VIH. Il peut arriver que les femmes qui craignent que leur partenaire n'ait une aventure s'il lui est interdit d'avoir des rapports sexuels pendant trop longtemps raccourcissent la période traditionnelle de continence, tandis que d'autres qui soupçonnent leur partenaire d'être déjà infectés pourraient prolonger la période de continence post-partum.

Mécanismes et données empiriques concernant les changements affectant les déterminants de la fécondité

La nature et l'ampleur prévue de l'évolution des taux de natalité dans le sillage d'une épidémie de VIH s'expliqueront par les effets combinés (y compris les interactions) des divers mécanismes recensés et varieront en fonction du contexte national. Dans la deuxième partie du présent document, nous nous demanderons comment les effets relatifs et combinés des différents mécanismes pourraient être influencés par le contexte socioéconomique et démographique et nous examinerons la portée des changements spécifiques et non spécifiques des femmes infectées par le VIH. Au préalable, nous analyserons les différents mécanismes d'une façon plus détaillée et passerons en revue les données actuelles concernant l'évolution des déterminants immédiats de la fécondité. À ce jour, les épidémies de VIH n'ont fait pleinement sentir leurs effets sur la mortalité que parmi un petit nombre de populations et on n'a réalisé qu'un petit nombre d'études à l'échelle de la population sur l'impact de l'épidémie sur la fécondité. Dans les cas où un changement comportemental important et durable ne se produit qu'après que l'augmentation de la mortalité a été attestée au niveau local, la nature et la portée potentielle de ce changement passeront inaperçues dans les premières études. Néanmoins, les données dont nous disposons sont d'ores et déjà suffisantes pour établir, à première vue, le bien-fondé de l'assertion selon laquelle l'épidémie de VIH exerce une influence majeure sur la fécondité au sein des populations les plus touchées.

Changements affectant toutes les femmes

Pour analyser l'impact biosocial et comportemental du VIH sur la fécondité, nous examinons tout d'abord les changements susceptibles d'affecter les femmes indépendamment de leur état sérologique, puis ceux qui affectent essentiellement ou exclusivement les femmes séropositives. Dans le contexte le plus large, les principaux impacts biosociaux du VIH sur la fécondité semblent devoir découler des liens réciproques étroits existant entre le VIH, les autres IST et la stérilité. La stérilité totale et surtout la stérilité partielle demeurent répandues dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne (Larsen, 1994) et le lien entre les IST non traitées et la sous-fécondité est bien établi (Arya, Nsanzumuhire et Taber, 1973; Sherris et Fox, 1993; OMS: Rowe et Vikhlyaeva, 1988). Dans la mesure où

le VIH accroît la vulnérabilité aux autres IST ou influe de manière négative sur l'évolution naturelle et la sensibilité au traitement de ces infections (Laga, 1992), une épidémie tendra à augmenter la prévalence de ces infections et, de ce fait, à réduire la fertilité. D'un autre côté, les IST ulcéraives et, probablement, les IST non ulcéraives peuvent jouer le rôle de cofacteurs de la transmission sexuelle du VIH (Greenblatt *et al.*, 1988; Laga, 1992; Latif *et al.*, 1989). Des services améliorés de diagnostic et de traitement des IST peuvent réduire le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH (Grosskurth *et al.*, 1995) et sont valorisés comme une mesure efficace de lutte contre l'épidémie. Lorsque ces services réussiront à réduire la prévalence des autres IST, il se produira une pression à la hausse de la fécondité (Garnett *et al.*, 1992). De fait, on pense que l'amélioration des services susvisés a contribué à l'accroissement initial des taux de natalité dans les premiers temps de la transition de la fécondité dans de nombreux pays en développement (Dyson et Murphy, 1985).

Les réductions des taux de changement de partenaire devraient également ralentir la propagation des IST (Allen *et al.*, 1992) et, partant, relever les taux de natalité. La progression de l'utilisation des contraceptifs diminuerait également la prévalence des IST et de la stérilité qui leur est associée, mais la pression à la hausse de la fécondité qui en résulterait serait annulée par leur effet contraceptif. Ces corrélations au niveau des individus ont été mises en évidence par des études empiriques, mais on ne dispose encore que de peu de données sur leur effet net au niveau de la population. Tout bien considéré, les programmes de traitement des IST liés à la lutte contre le VIH semblent tout à fait devoir renforcer la fertilité, en particulier parmi les femmes séronégatives, mais il faudra procéder à un plus grand nombre d'études pour vérifier cette hypothèse.

Les femmes non infectées comme les femmes infectées peuvent avoir des partenaires à sérologie positive au VIH, mais ce sont les femmes infectées qui ont le plus de chances de se trouver dans cette situation. Lorsque son partenaire est infecté, la fécondité de la femme peut diminuer du fait de la réduction de la fertilité de ce dernier, soit parce que la fréquence des rapports sexuels diminue (Dublin et Blattner, 1993), soit parce que la spermatogenèse est en baisse (Krieger *et al.*, 1991; Martin *et al.*, 1991). Dans la minorité des cas où l'on découvre que le partenaire est séropositif ou est présumé infecté, l'utilisation des contraceptifs est un facteur d'explication plus vraisemblable. Enfin, dans les régions de forte séroprévalence, le nombre de cas de veuvage augmentera également. Un grand nombre de ces veuves seront elles-mêmes infectées et certaines ne survivront pas très longtemps à leur partenaire. Quoi qu'il en soit, pour celles qui survivent et ne se remarient pas, les taux de natalité baisseront. Le remariage des veuves est de plus en plus considéré comme une question délicate à cause du risque d'aggravation du problème de la transmission du VIH (Gregson *et al.*, 1997b).

Les meilleures données disponibles sur les réactions comportementales aux épidémies de VIH proviennent de quelques études quantitatives et qualitatives à petite échelle (Asiimwe-Okiror *et al.*, 1997; Gregson *et al.*, 1997b; Mukiza-Gapere et Ntozi, 1996). Des enquêtes réalisées sur une plus grande échelle sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques ont également signalé des changements de comportement, mais elles sont difficiles à évaluer. Elles sont entachées de distorsions importantes et certaines questions ne sont pas assez précises — c'est ainsi que, souvent, les questions concernant l'utilisation du préservatif n'établissent pas de distinction entre les partenaires occasionnels et habituels ou entre une utilisation systématique ou occasionnelle. Dans ce genre d'enquêtes, la portée du changement comportemental étudié va rarement au-delà des taux d'acquisition de partenaires et d'utilisation des contraceptifs.

Les rapports sexuels et les grossesses avant le mariage sont chose courante en Afrique subsaharienne et l'âge au premier mariage est jeune (Gage and Meekers, 1994). On a d'abord pensé que l'épidémie de VIH se traduirait par une hausse des niveaux d'activité sexuelle chez les jeunes femmes, les hommes recherchant des partenaires plus jeunes en croyant qu'elles présenteraient un moindre risque d'infection (Institut PANOS, 1989). Or, il ressort d'une étude longitudinale réalisée en milieu urbain en Ouganda que l'âge

des premières relations sexuelles et l'âge au premier mariage ont reculé en corrélation avec les récentes augmentations du nombre de cas de sida (Asiimwe-Okiror *et al.*, 1997). Cette corrélation est corroborée par les conclusions de groupes de discussion auxquels ont participé des jeunes de six districts ougandais. Les participants ont indiqué avoir peur de se marier parce qu'ils n'étaient pas sûrs de l'état sérologique de leur partenaire éventuel (Mukiza-Gapere et Ntozi, 1996). Une autre étude ougandaise (Carpenter *et al.*, 1997) a conclu à une baisse de fécondité parmi les personnes qui ne s'étaient jamais mariées et indiqué qu'il y avait des raisons de penser que l'activité sexuelle pré-nuptiale était en baisse. Gregson (1977b) a découvert que dans deux régions rurales du Zimbabwe, les jeunes femmes mieux conscientes des risques d'infection par le VIH que les autres retardait le moment des premières relations sexuelles. Étant donné qu'une proportion importante de femmes sont sexuellement actives avant le mariage parmi de nombreuses populations d'Afrique subsaharienne (Carael, 1995), la diminution des relations sexuelles pré-nuptiales ou l'augmentation de l'utilisation du préservatif au sein d'unions pré-nuptiales en raison de la peur du sida comprimera les taux de grossesses pré-nuptiales. Dans les cas où ces dernières hâtent le mariage précoce, leur réduction relèvera l'âge au mariage et fera encore baisser la fécondité des adolescentes.

² Les participants aux groupes de discussion de Mukiza-Gapere et de Ntozi ont signalé des cas de renforcement et de diminution de la stabilité du mariage. Certains ont indiqué que l'infidélité a plus de chances de déboucher sur un divorce que par le passé, tandis que d'autres ont affirmé que l'épidémie avait réduit le nombre de cas d'infidélité, de sorte que le divorce était devenu moins courant (Mukiza-Gapere et Ntozi 1996).

Les informations empiriques faisant état d'une rupture de mariage à la suite d'un diagnostic ou d'une présomption d'infection par le VIH sont légion². Les agents des centres de dépistage et d'aide psychologique en Ouganda relatent des cas où des couples ont rompu devant eux en recevant les résultats des tests de dépistage du VIH et on a également signalé de nombreux cas de femmes et d'enfants abandonnés par le mari (Ndinya-Achola *et al.*, 1990). Cela étant, le choix laissé à une femme dont le mari est infecté ou infidèle est rarement simple. Au Zimbabwe, comme ailleurs, il arrive souvent que le divorce prive les femmes des ressources familiales et économiques classiques et accroît le risque de les voir se livrer à une activité relevant de l'industrie du sexe. On n'est guère surpris d'apprendre que la prévalence du VIH est particulièrement élevée parmi les femmes divorcées (Gregson *et al.*, 1995). Un certain nombre de femmes interrogées ont dit que ces dernières pouvaient avoir du mal à se remarier et l'éventualité de l'infection par le VIH est apparue comme une nouvelle raison importante pour laquelle le remariage était problématique (Gregson *et al.*, 1997b). Les femmes célibataires ont déjà des taux de natalité très en retrait par rapport à ceux des autres femmes; la baisse de la fréquence des rapports sexuels et l'utilisation plus régulière des préservatifs en raison du VIH comprimeraient encore la fécondité hors mariage.

Dans l'étude réalisée au Zimbabwe, on demandait aux femmes si l'épidémie de sida leur avait fait changer d'avis sur le nombre d'enfants qu'elles désiraient avoir ou la date de la naissance de leur prochain enfant. Près de la moitié ont répondu qu'elles voulaient désormais avoir moins d'enfants et une proportion analogue ont indiqué qu'elles préféreraient retarder la naissance de leur prochain enfant. Très peu nombreuses étaient celles qui voulaient avoir plus d'enfants ou accélérer leurs prochaines maternités (Gregson *et al.*, 1997b). Les taux de natalité étant déjà en baisse au Zimbabwe, il est possible que le type de réaction ait été influencé par un souhait plus général et plus répandu de réduire la fécondité. Vu certaines pressions culturelles fondamentales, comme le fait que la maternité rehausse le statut social et l'importance qu'il y a à ce que des descendants vous survivent, on aurait pu s'attendre à ce que l'épidémie de sida inverse cette tendance, au moins parmi les femmes les plus jeunes. Or, rien ne permettait de conclure à une corrélation entre une meilleure prise de conscience des risques d'infection par le VIH et une augmentation du nombre d'enfants désiré. Il semble que, jusqu'à présent, tout effet conscient de remplacement ou d'assurance ait été négligeable parmi cette population.

Les épidémies de VIH pourraient renforcer l'utilisation des contraceptifs et modifier le choix des méthodes utilisées du fait de la nécessité de se protéger contre l'infection et de l'élan qu'elles impriment à un débat plus ouvert sur les relations sexuelles et la santé en matière de procréation. Le choix des méthodes contraceptives pourrait évoluer car certaines méthodes protègent contre l'infection par le VIH tandis que d'autres peuvent

se comporter comme des cofacteurs de la transmission du VIH (Daly *et al.*, 1994). De nouvelles méthodes, telles que le préservatif féminin, peuvent mieux protéger les femmes contre l'infection par le VIH sexuellement transmissible (Ray *et al.*, 1995). La Fédération internationale pour le planning familial et certains gouvernements occidentaux ont recommandé d'utiliser plusieurs méthodes contraceptives parce que les préservatifs peuvent être une méthode de planification familiale relativement peu fiable (Doppenburg, 1993; Gordon et Klouda, 1989). Cela dit, beaucoup d'échecs tiennent à des erreurs d'utilisation, et l'efficacité pourra s'améliorer grâce à des programmes d'information sur le VIH plus intensifs. Dans une bonne partie de l'Afrique subsaharienne, la généralisation de l'utilisation des préservatifs³ pose de graves difficultés d'ordre pratique et culturel. Par exemple, les femmes sont peu nombreuses à bien connaître l'utilisation des préservatifs et ces derniers sont associés à des relations occasionnelles plutôt qu'à des relations à long terme débouchant sur la procréation (Mehryar, 1995).

Au cours de la décennie écoulée, les méthodes contraceptives modernes ont fait de plus en plus d'adeptes au Zimbabwe et la récente baisse de fécondité leur est largement redevable (Mandishona, 1989; Parirenyatwa, 1995). L'usage des préservatifs comme principale méthode de contraception a progressé, mais ils ne sont employés encore que par 8 % des utilisateurs actuels des méthodes modernes. Une faible minorité de femmes rurales (6 %) indiquent avoir changé de méthode depuis qu'elles ont entendu parler du sida; dans leur immense majorité, ces femmes utilisent à présent le préservatif et un tiers d'entre elles utilisent à la fois la pilule et le préservatif (Gregson *et al.*, 1997b). En milieu urbain, les programmes intensifs exécutés au titre de l'entraide entre personnes du même âge en matière d'éducation et de la distribution de préservatifs ont entraîné une augmentation importante de l'utilisation déclarée des préservatifs dans les relations sexuelles occasionnelles, constatation qu'est venue confirmer une baisse récente du nombre de cas d'IST (Wilson *et al.*, 1994). En Ouganda, où l'épidémie en est à un stade plus avancé, l'augmentation de l'utilisation des préservatifs a été signalée parmi les adolescents et les adultes (Asiimwe-Okiror *et al.*, 1997; Konde-Lule *et al.*, 1997; Kilian *et al.*, 1998). Étant donné les faibles niveaux structurels d'utilisation des contraceptifs en Ouganda (Kaijuka *et al.*, 1989), ces augmentations peuvent également avoir fait baisser le nombre des grossesses non prévues.

Quasi universel en Afrique subsaharienne, l'allaitement au sein contribue à l'existence de longues périodes post-partum au cours desquels la conception est exclue. L'allaitement au sein est également un mécanisme important de la transmission verticale du VIH (Dunn *et al.*, 1992; Van de Perre *et al.*, 1991), fait qui, jusqu'à présent, n'avait pas été rendu public dans les communautés africaines en raison des avantages que, dans une perspective plus large, l'allaitement au sein comporte pour la santé infantile et maternelle (Organisation mondiale de la santé, 1995). Toutefois, beaucoup de femmes présumant que le VIH peut être transmis par le lait maternel et quelques-unes ont cessé d'allaiter (Gregson *et al.*, 1997b). La généralisation de la connaissance du lien entre l'allaitement et l'infection des nourrissons entraînera probablement un nouveau recul de cette pratique, en particulier là où existent des solutions de remplacement viables. Dans la mesure où ce recul découle d'une extension (et de l'utilisation) des services de conseils et de dépistage volontaires à l'intention des femmes enceintes, la majorité d'entre elles, dont les tests sont négatifs, pourront être persuadées de continuer à allaiter. Dans l'ensemble, toutefois, on peut s'attendre à une certaine pression à la hausse de la fécondité, en particulier lorsque la fréquence d'utilisation des contraceptifs est faible.

Beaucoup de femmes africaines continuent de pratiquer la continence post-partum, même si elles le font pendant des périodes moins longues que par le passé (Caldwell et Caldwell, 1977; Caldwell *et al.*, 1989). Dans le Zimbabwe rurale, les hommes ont invoqué la continence post-partum des femmes comme l'une des raisons des liaisons extraconjugales. Craignant l'infection par le VIH parce qu'elles soupçonnaient leur partenaire d'avoir une autre liaison, certaines femmes raccourcissaient la durée de cette continence afin de limiter cette possibilité (Gregson *et al.*, 1997b). Les hommes ont souvent des liaisons extraconjugales dans beaucoup de populations africaines (Crael, 1995) et il

³ De nombreux chercheurs ont relevé les obstacles culturels qui s'opposent à la généralisation de l'utilisation des préservatifs dans les sociétés africaines (Ankrah, 1991). D'autres ont indiqué qu'il était possible d'accomplir un travail plus actif d'information sur les préservatifs (Mbizvo et Adamchak, 1989) et souhaitable de faire prendre directement conscience aux hommes en tant qu'êtres humains rationnels qui comprennent de quoi dépendent la protection et la garantie de leur propre survie et de celle de leur femme et de leurs descendants de la nécessité de changer d'attitude et de comportement, en particulier dans le contexte de graves épidémies de VIH.

semble improbable que ce soit seulement au Zimbabwe qu'elles se produisent plus souvent pendant les périodes de continence des femmes. Si les maris contractent l'infection pendant ces périodes, leur épouse est particulièrement vulnérable à l'infection lorsque les relations sexuelles reprennent, car l'infection de leur mari est récente et très contagieuse (Hudson, 1993). De même, le fait qu'une femme contracte l'infection pendant qu'elle allaite augmente le risque de transmission verticale. Ainsi, une période de continence post-partum de la femme au cours de laquelle le mari a des relations sexuelles avec d'autres femmes, suivie de la reprise de l'activité sexuelle avant la fin de la période d'allaitement, pourraient-elles causer l'infection des deux partenaires et de l'enfant. Si un plus grand nombre de femmes prennent conscience de ces aspects de la transmission du VIH, de nouveaux ajustements des pratiques de continence et d'allaitement pourraient intervenir. Ces changements pourraient se répandre rapidement car l'idée que les relations sexuelles pendant l'allaitement peuvent nuire à la santé de l'enfant parce que le lait est empoisonné est familière aux cultures africaines.

Changements affectant plus particulièrement les femmes ayant contracté le VIH

L'abaissement de la fécondité parmi les femmes à sérologie positive au VIH a été constaté en milieu clinique (Allen *et al.*, 1993; Batter *et al.*, 1994; Ryder *et al.*, 1991) et, plus récemment, dans les études réalisées à l'échelle de la population (Carpenter *et al.*, 1997; Sewankambo *et al.*, 1994). Les données en provenance de l'Ouganda indiquent que les taux moyens de conception peuvent être inférieurs de moitié, même en faisant la part des effets des autres facteurs, y compris la présence d'autres IST (Gray *et al.*, 1997). La corrélation peut être plus forte parmi les femmes plus âgées (Allen *et al.*, 1993; De Cock *et al.*, 1994; Gray *et al.*, 1997; Johnstone *et al.*, 1988; Stephenson *et al.*, 1996), ce qui s'expliquerait, entre autres, par le fait que la fécondité baisse en général davantage aux stades plus avancés de l'infection par le VIH (Ryder *et al.*, 1991).

On ne comprend pas encore bien les mécanismes qui causent une baisse de la fécondité chez les femmes à sérologie positive au VIH, mais ils tiennent probablement à un ensemble de facteurs biosociaux et comportementaux. Les fausses couches, avortements spontanés et mortinaissances sont plus répandus parmi les femmes infectées (Gray *et al.*, 1997; Mioti *et al.*, 1991; Ryder et Temmerman, 1991; Brocklehurst et French, 1998). Une augmentation de la prévalence de l'aménorrhée a également été enregistrée chez les femmes se trouvant aux phases ultérieures de l'infection par le VIH (Widy-Wirski *et al.*, 1988) et la fréquence des rapports sexuels est susceptible de fléchissement. Toutefois, si beaucoup d'enfants de femmes séropositives meurent en bas âge, les périodes moyennes d'allaitement et de continence tendront à se contracter et les taux de conception pourraient augmenter. La sous-fécondité observée chez une cohorte de femmes ougandaises dont la date d'infection était connue tenait en partie à un taux de conception antérieur à l'infection inférieur à la moyenne (Ross *et al.*, 1998).

Un diagnostic de sérologie positive au VIH peut donner lieu à différents types de changement comportemental. Dans les zones rurales du Zimbabwe, la quasi-totalité des personnes interrogées estimaient qu'une femme qui découvrait qu'elle avait contracté l'infection ne devait plus avoir d'enfants. Leurs raisons étaient notamment le risque de transmission verticale (que beaucoup considéraient comme inévitable) et le problème des orphelins (Gregson, 1997b). Toutefois, ce que les femmes font au moment de devoir prendre une décision peut être différent. Certaines peuvent ne pas souhaiter mettre leur partenaire au courant par peur d'une réaction violente et crainte d'être abandonnée (Keogh *et al.*, 1994; Temmerman *et al.*, 1993) et auraient donc du mal à convaincre leur partenaire d'utiliser systématiquement les contraceptifs. Pour d'autres — en particulier celles qui n'ont qu'un petit nombre d'enfants vivants —, le souhait d'enfanter peut l'emporter sur l'inquiétude de transmettre le VIH. Cela pourrait contribuer à expliquer les déficits de fécondité plus réduits que l'on constate chez les femmes plus jeunes. On a signalé que l'utilisation

des préservatifs était supérieure et celle de la pilule contraceptive inférieure dans une étude contrôlée de femmes séropositives, mais cette utilisation a été jugée irrégulière et n'a probablement eu que peu d'effet global sur la fécondité (Keogh *et al.*, 1994; Ryder *et al.*, 1991; Setel, 1995). Dans les pays occidentaux, les femmes séropositives, parmi lesquelles certaines Africaines noires, ont des taux d'avortement provoqué plus élevés (Stephenson *et al.*, 1996; Thackway *et al.*, 1997), mais il est difficile de dire si c'est le cas en Afrique. On sait que les interruptions volontaires de grossesse sont courantes, surtout chez les jeunes célibataires, mais elles sont souvent illégales. Il s'ensuit qu'elles sont souvent réalisées dans des conditions dangereuses pour la santé et l'avortement est la principale cause de mortalité maternelle (Mpangile *et al.*, 1993; Rogo, 1993). Toutefois, des données en provenance du Zaïre indiquent qu'il n'y a pas beaucoup plus d'avortements provoqués chez les femmes infectées d'Afrique subsaharienne (Ryder *et al.*, 1991).

On ne dispose que de très peu de données directes sur les décisions en matière d'allaitement consécutives à un diagnostic de sérologie positive au VIH. Les femmes infectées vivant dans des régions d'Afrique subsaharienne où les maladies diarrhéiques et d'autres infections pouvant être mortelles sont très répandues ont généralement reçu comme conseil d'allaiter en raison des avantages généraux pour la santé. Dans des directives récentes, l'OMS propose la divulgation de l'information et la discussion des problèmes avec les femmes dont on sait qu'elles sont séropositives (Organisation mondiale de la santé, 1996). Il y a actuellement très peu de femmes dans cette situation, mais on pourrait, en facilitant l'accès aux services d'aide et de dépistage volontaires—chose qui pourrait être rendue possible par la mise en œuvre de traitements moins coûteux en vue de la réduction de la transmission verticale—, faire reculer l'allaitement au sein et baisser le nombre des décès intra-utérins, ce qui serait éventuellement compensé par une augmentation du nombre des avortements provoqués et de l'utilisation ultérieure des contraceptifs, en particulier en milieu urbain.

Enfin, les femmes pour lesquelles est posé un diagnostic de sérologie positive au VIH et qui le révèlent à leur partenaire—ou que leur partenaire soupçonne d'être infectées—courent plus de risque de devoir faire face au divorce et à la séparation, ont plus de mal à trouver un nouveau mari et ont donc une fécondité plus faible.

Effets au niveau de la population

L'effet de longue durée d'une épidémie de VIH sur la fécondité d'une population va bien au-delà de la somme des effets perceptibles par les individus. La raison en est qu'avec le temps, l'épidémie est appelée à modifier de façon sensible la composition de la population en question. Aux premiers stades d'une épidémie, les individus à taux d'acquisition de partenaires sexuels élevé et à faible taux d'utilisation des préservatifs contractent l'infection et meurent plus vite que la moyenne de la population. S'ils ne sont pas remplacés, leur représentation dans la population décline. Si leur fécondité est différente de celle de l'ensemble de la population, la fécondité générale en est affectée chaque fois qu'ils représentent une fraction importante de la population initiale. Nous avons déjà indiqué que les femmes stériles doivent faire face à des taux supérieurs d'IST et de changement de partenaire et, de ce fait, à un risque d'infection par le VIH supérieur. Dans le cadre d'une épidémie de VIH majeure, la proportion des femmes qui sont stériles baissera et la fécondité au niveau de la population aura tendance à augmenter.

D'autres sous-groupes de population peuvent également être touchés de manière disproportionnée, avec des effets opposés. Par exemple, si, lorsque l'épidémie se trouve à un stade déjà avancé, des individus moins instruits réagissent plus lentement aux campagnes de sensibilisation et d'information, ils pourront devoir faire face à des taux d'infection plus élevés (Kilian *et al.*, 1998), phénomène qui pourrait inhiber la fécondité dans certaines populations. Enfin, les changements de la structure par âge et par sexe peuvent également affecter la fécondité en concentrant la population dans des groupes d'âges plus ou moins féconds et en influant sur les schémas de nuptialité.

CONSÉQUENCES DE L'IMPACT DU VIH SUR LA FÉCONDITÉ

Un grand nombre d'interactions entre le VIH et la fécondité ont été constatées et corroborées, mais aucune étude empirique n'a encore examiné les conséquences à l'échelle de l'ensemble de la population. En fait, des études de ce type seraient très difficiles à concevoir car il faudrait neutraliser les effets d'autres influences séculaires sur la fécondité. L'établissement des conséquences pour les personnes infectées et les personnes non infectées devrait reposer sur des tests de dépistage du VIH réalisés sur une grande échelle et qui poseraient des problèmes éthiques à moins que les participants ne bénéficient d'une assistance. Dans ces conditions, les approches fondées sur les modèles mathématiques offrent les meilleures possibilités d'étude de l'impact du VIH sur la fécondité à l'échelle de la population. Dans la présente section, nous appliquons une variante développée du modèle élaboré par Zaba (1994). Il s'agit d'un modèle déterministe de population stable fondé sur les tables de mortalité à extinction multiple, qui intègre la totalité des déterminants immédiats de la fécondité pour la population séropositive et la population séronégative. Les conséquences d'une épidémie pour la fécondité et la mortalité sont intégrées au modèle. Il est donc possible de procéder à des estimations de la croissance et de la structure d'une population stable au sein de laquelle l'épidémie de VIH s'est également stabilisée à un niveau compatible avec le profil de risque d'infection par coït postulé. On trouvera une formulation mathématique du modèle dans l'étude originale.

Échelle prévisible du changement de fécondité : pays développés et pays moins développés

Dans la présente section, nous donnons quelques exemples quantitatifs de l'impact éventuel sur la fécondité d'une épidémie de VIH de dimension fixe au sein de populations se trouvant à l'un ou l'autre de deux stades de la transition de la fécondité, à savoir le stade antérieur/initial et le stade médian/avancé. Pour les besoins de l'étude, nous présumons que

Tableau 5
Valeurs plausibles des déterminants immédiats des schémas de fécondité dans les pays d'Afrique subsaharienne moins et plus développés aux prises avec une épidémie de VIH

	Fécondité maximale théorique	Pays moins développé			Pays plus développé		
		Pré-VIH	Séro.-	Séro.+	Pré-VIH	Séro.-	Séro.+
Fertilité							
Fourchette d'âges : [1 ^{res} règles, ménopause]	[10, 55]	[14, 50]	[14, 50]	[14, 45]	[12, 50]	[12, 50]	[12, 45]
Mortalité foetale (x norme É.-U.)	1,00	1,10	1,10	1,40	1,05	1,05	1,-30
Stérilité partielle (%) [basse, élevée]	[10, -]	[30, 80]	[30, -]	[-, 80]	[20, 50]	[20, -]	[-, 50]
Aménorrhée liée à la lactation (mois)	1.5	12	9	6	9	6	3
Unions sexuelles							
Âge des 1 ^{res} relations sexuelles : [le + précoce, moyen]	[12, 16]	[12, 17]	[13, 18]	-	[14, 19]	[15, 20]	-
Divorce & séparation — risque annuel (%)	0	5	5	10	10	10	20
Veuvage — espérance de vie des hommes	85	50	40	25	60	45	30
Remariage — taux annuel maximal (%)	100	100	80	40	70	50	20
Remariage — âge maximal (années)	30	25	25	20	25	25	20
Fréquence des rapports sexuels							
Contenance postpartum (mois)	1,5	4	2	6	3	2	4
Contenance terminale (âge de départ)	60	50	45	40	55	50	45
Fréquence des rapports sexuels [mini., maxi.]	[1, 5]	[06, 3]	[06, 3]	[03, 3]	[06, 3]	[06, 3]	[03, 3]
Contraception							
Niveau d'utilisation maximal par âge (%)	0	0	2	2	55	65	65
Âge au moment de l'utilisation maximale (années)	-	-	25	25-	35	35	35
Utilisation du préservatif en % de la contraception	0	0	100	100	2	20	20

les premières sont plus développées que les secondes et se caractérisent par une plus grande extension de l'utilisation des contraceptifs et un moindre taux de mortalité non liée au VIH. Le tableau 5 montre les hypothèses appliquées à chacun des déterminants immédiats de la fécondité dans ces deux types de population, avant l'apparition de l'épidémie de VIH et dans le contexte de l'épidémie.

Dans la phase pré-épidémique, les caractéristiques importantes de la population plus développée sont les suivantes : âge plus précoce des premières règles, taux de mortalité foetale inférieur, et taux de stérilité, d'allaitement et de continence post-partum et terminale inférieurs, caractéristiques qui tendraient toutes à relever les niveaux de fécondité naturelle de la population en question. Toutefois, on présume également que la population plus développée a un âge des premières relations sexuelles plus tardif, une fréquence d'utilisation des contraceptifs plus élevée, des taux de rupture d'union sexuelle plus élevés et des taux d'entrée dans de nouvelles unions inférieurs. Les femmes sexuellement actives ont les mêmes taux de fréquence des rapports sexuels dans les deux populations; dans chaque cas, cette fréquence diminue en fonction de la durée de l'union sexuelle en cours. Les deux populations types n'ont pas été étalonnées de façon à représenter tel ou tel pays, mais elles peuvent être considérées comme représentatives des populations d'Afrique de l'Est de l'époque antérieure à la transition (République-Unie de Tanzanie et Ouganda par exemple) dans le scénario des populations moins développées et des populations d'Afrique australe parvenues en milieu de transition (Zimbabwe et Botswana par exemple) dans le scénario des populations développées.

Pour mettre en évidence la nature très différente des effets sur les déterminants de la fécondité dans ces différentes situations, nous avons pris pour hypothèse que le VIH atteint un taux de prévalence endémique constant d'environ 15% parmi les femmes en âge de procréer dans les deux cas. Il est certes possible que le niveau de développement antérieur influe sur la gravité de l'épidémie de VIH, mais nous n'avons pas étudié cette possibilité ici. Le tableau 5 montre nos hypothèses au sujet de l'évolution des déterminants de la fécondité qui se produit dans le sillage de l'épidémie parmi les femmes infectées et les femmes non infectées. Les écarts sont notamment un taux de mortalité foetale plus élevé et un âge moyen à la ménopause inférieur pour les femmes infectées, dont on présume par ailleurs qu'elles allaitent pendant des périodes plus courtes, ont des taux de rupture d'union plus élevés, des taux d'entrée dans de nouvelles unions inférieurs et une moindre fréquence des rapports sexuels au sein de l'union. Nous ne modélisons pas les changements liés à des tentatives faites délibérément pour modifier la fécondité par les personnes ayant pris connaissance de leur état sérologique ni les changements des normes de fécondité résultant d'une prise de conscience de la hausse de la mortalité.

Il nous faut expliquer plus en détail nos hypothèses relatives aux schémas concernant l'âge aux premières relations sexuelles, l'apparition de la stérilité partielle et l'utilisation des préservatifs. Les femmes qui n'ont jamais été sexuellement actives sont, par définition, non infectées. L'âge des premières relations sexuelles et le développement de l'activité sexuelle ne sont donc précisés que pour les femmes non infectées, dont on présume alors qu'elles courent le risque de contracter l'infection. Étant donné que les femmes dont l'activité sexuelle est plus précoce courent dans leur vie un plus grand risque de contracter l'infection, les mesures rétrospectives de l'âge moyen des premières relations sexuelles sont inférieures dans le cas des femmes à sérologie positive au VIH. Il s'agit d'un effet de choix plutôt que d'un déterminant de la fécondité des femmes infectées.

Les femmes ont été classées selon leurs risques de stérilité induite par les IST. Étant donné que le même type de comportement sexuel détermine les risques de contracter une IST et le VIH et que chacun de ces types d'infection peut être un cofacteur de contagion pour l'autre, les femmes qui contractent l'infection par le VIH se rencontrent principalement dans le groupe dont le risque de stérilité est renforcé. Les distributions par âge (mais non les niveaux finals) de l'apparition de la stérilité partielle et de l'incidence du VIH sont présumées identiques.

Les taux d'utilisation des contraceptifs sont présumés égaux pour les femmes infectées par le VIH et les femmes non infectées, mais lorsque nous mesurons les effets de cette

utilisation, nous partons de l'hypothèse que les femmes non infectées utilisant actuellement les préservatifs sont protégées contre l'infection. Au départ, les femmes à sérologie positive au VIH sont donc considérées comme n'ayant pas utilisé les préservatifs au moment de l'infection, mais cette hypothèse est assouplie par la suite—après la séroconversion, les taux d'utilisation des préservatifs sont considérés comme identiques dans les deux sous-groupes.

La modalité selon laquelle les déterminants de la fécondité des sous-groupes de femmes infectées et non infectées conjuguent leurs effets pour conditionner la fécondité à l'échelle de la population est modifiée par l'ampleur de l'épidémie de VIH et la gravité de son impact sur la mortalité. Ces facteurs déterminent l'équilibre entre les fractions de la population qui sont en bonne santé et celles qui sont malades à chaque âge. Dans les deux scénarios, la durée de survie moyenne a été fixée à 11,5 ans à compter de la date de l'infection pour les adultes et à 2 ans pour les nourrissons⁴. Le risque d'infection du nouveau partenaire par coït qui donnait lieu à une prévalence du VIH de 15 % était de 0,2 %—les risques d'infection par coït étaient présumés diminuer en fonction de la durée de l'union, pour descendre à 0,02 % pour les unions durant plus de cinq ans, en représentant un effet de choix par lequel les unions dans lesquelles les partenaires ont peu de relations sexuelles en dehors du couple sont présumées plus stables.

Pour faire comprendre l'effet combiné des changements pouvant affecter les différents déterminants immédiats, nous appliquons le modèle de décomposition de Bongaarts (Bongaarts et Potter, 1983; Gregson, 1994). Les résultats sont récapitulés dans le tableau 6 et les figures 1a et 1b. La baisse générale de la fécondité totale est faible dans le scénario des pays

⁴ Ces durées de survie moyennes correspondent aux durées de survie médianes d'environ 8 ans et 1,5 an, respectivement.

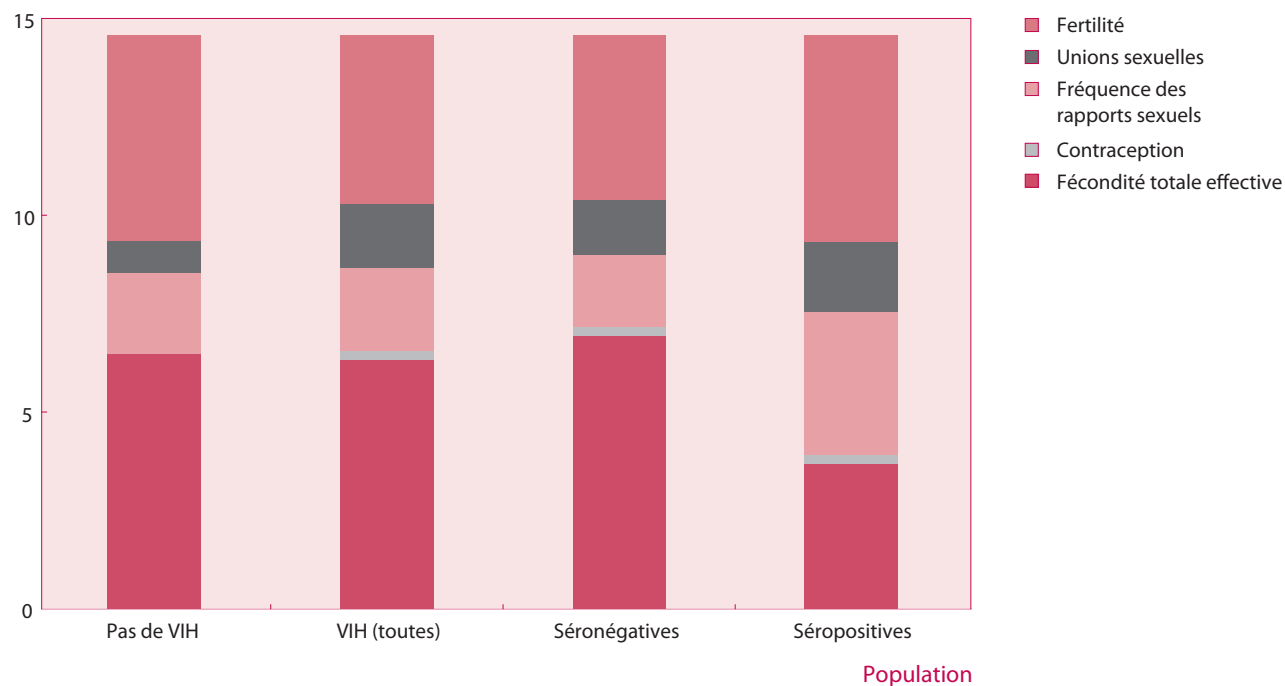
Tableau 6
Indices de Bongaarts et fécondité totale pour les pays d'Afrique subsaharienne moins et plus développés aux prises avec une épidémie de VIH

	Pays moins développé				Pays plus développé			
	Avant VIH	Pendant l'épidémie de VIH			Avant VIH	Pendant l'épidémie de VIH		
		Toutes	Séronégatives	Séropositives		Toutes	Séronégatives	Séropositives
Fertilité	0,52	0,56	0,60	0,39	0,63	0,67	0,68	0,51
1 ^{res} règles-ménopause	0,85	0,82	0,85	0,67	0,88	0,84	0,87	0,71
Mortalité fœtale	0,93	0,88	0,92	0,72	0,97	0,92	0,96	0,78
Stérilité	0,87	0,90	0,93	0,78	0,93	0,94	0,96	0,87
Aménorrhée liée à la lactation	0,71	0,78	0,77	0,82	0,77	0,86	0,85	0,91
Unions sexuelles	0,93	0,83	0,87	0,80	0,80	0,65	0,71	0,60
Âge des 1 ^{res} relations sexuelles	0,97	0,92	0,92	0,98	0,91	0,86	0,85	0,97
Divorce & séparation	0,95	0,92	0,95	0,88	0,90	0,86	0,90	0,78
Veuvage	0,99	0,98	0,98	0,97	1,00	0,98	0,99	0,97
Taux de remariage	1,00	0,96	0,98	0,96	1,00	0,95	0,97	0,88
Fréquence des rapports sexuels	0,81	0,78	0,82	0,58	0,84	0,83	0,87	0,67
Continence postpartum	0,92	0,94	0,97	0,84	0,95	0,95	0,97	0,90
Continence terminale	0,98	0,91	0,93	0,82	0,99	0,96	0,98	0,92
Fréquence des rapports sexuels	0,89	0,87	0,90	0,76	0,89	0,87	0,90	0,76
Contraception	1,00	0,97	0,98	0,97	0,62	0,57	0,54	0,67
Utilisation des contraceptifs : taux	1,00	0,97	0,98	0,96	0,68	0,61	0,61	0,63
Utilisation des contraceptifs : distribution par âge	1,00	0,97	0,98	0,96	0,62	0,54	0,54	0,57
Utilisation des préservatifs	1,00	0,97	0,98	0,97	0,62	0,57	0,54	0,67
Effet total sans interactions	0,39	0,35	0,42	0,18	0,26	0,21	0,23	0,14
Effet total avec interactions	0,45	0,43	0,48	0,23	0,32	0,27	0,29	0,26
Fécondité totale — max. théorique	14,6	14,6	14,4	15,9	14,6	14,6	14,4	15,9
Fécondité totale — effective	6,5	6,3	6,9	3,7	4,6	3,9	4,1	4,1
Baisse de fécondité : # enfants		-0,2				-0,7		
Baisse de fécondité : %		-3%				-16%		

Figure 1
Effet du VIH sur les déterminants immédiats de la fécondité

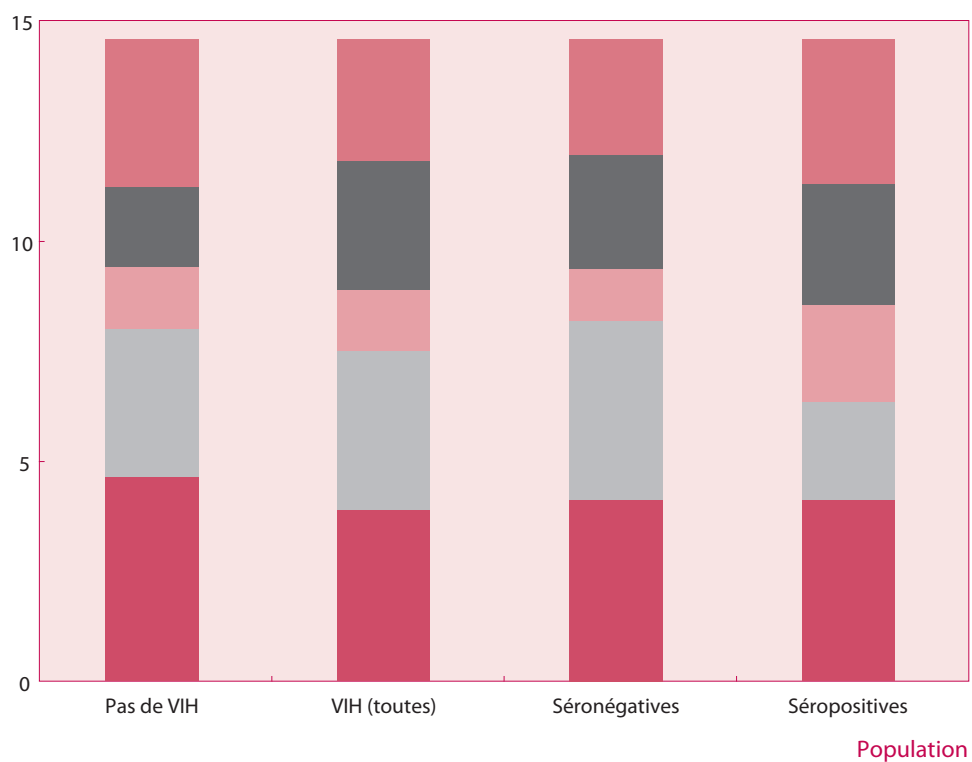
a. Pays moins développés

Fécondité totale



b. Pays plus développé

Fécondité totale



moins développés (moins de 3% dans l'ensemble), mais on constate une forte réduction (16%) des niveaux de fécondité selon le scénario des pays plus développés. Dans le scénario des pays moins développés, la fécondité totale des femmes séropositives est égale à moins de la moitié de celle des femmes séronégatives, mais cet écart est presque totalement absent dans le scénario des pays plus développés. Dans les deux cas, on constate un rééquilibrage de la baisse de fécondité dont rendent compte les différents déterminants immédiats. L'exposition au sein des unions sexuelles ainsi que la contraception prennent de l'importance tandis que le rôle des variables régissant la fertilité est diminué. La raison de cette diminution est partiellement structurelle: les femmes courant un moindre risque de stérilité partielle représentent une fraction de la population totale plus importante que par le passé, dans la mesure où celles courant un risque élevé ont été décimées par les taux élevés de mortalité due au VIH.

Le tableau 6 montre également l'effet éventuel sur la fécondité de chaque paramètre du modèle. L'utilisation des préservatifs abaisse moins la fécondité que les autres méthodes contraceptives. Cela s'explique non par l'inefficacité du contraceptif, dont il n'a pas été tenu compte dans ce modèle, mais par des effets structurels. Un taux d'utilisation des préservatifs supérieur met davantage de femmes à l'abri du VIH et des autres IST, ce qui leur permet d'avoir des taux de fécondité supérieurs. Une utilisation proportionnelle des préservatifs supérieure réduit l'impact de la contraception parmi les femmes infectées par le VIH. Cela correspond au choix initial d'incorporer les non-utilisateurs de préservatifs dans le groupe des femmes infectées: plus il y a d'utilisatrices de contraceptifs qui utilisent les préservatifs, plus réduite est la fraction d'individus nouvellement infectés qui ont recours à la contraception. Dans les deux scénarios, l'âge des premières relations sexuelles réduit la fécondité nettement moins parmi les femmes séropositives que parmi les autres femmes. La raison en est que les femmes infectées sont choisies pour l'âge plus précoce aux premières relations sexuelles: même dans les populations au sein desquelles l'activité sexuelle commence en général tardivement, on les rencontrera en nombre disproportionné parmi les femmes qui deviennent sexuellement actives le plus tôt.

Incidences sur la surveillance prénatale de la prévalence du VIH

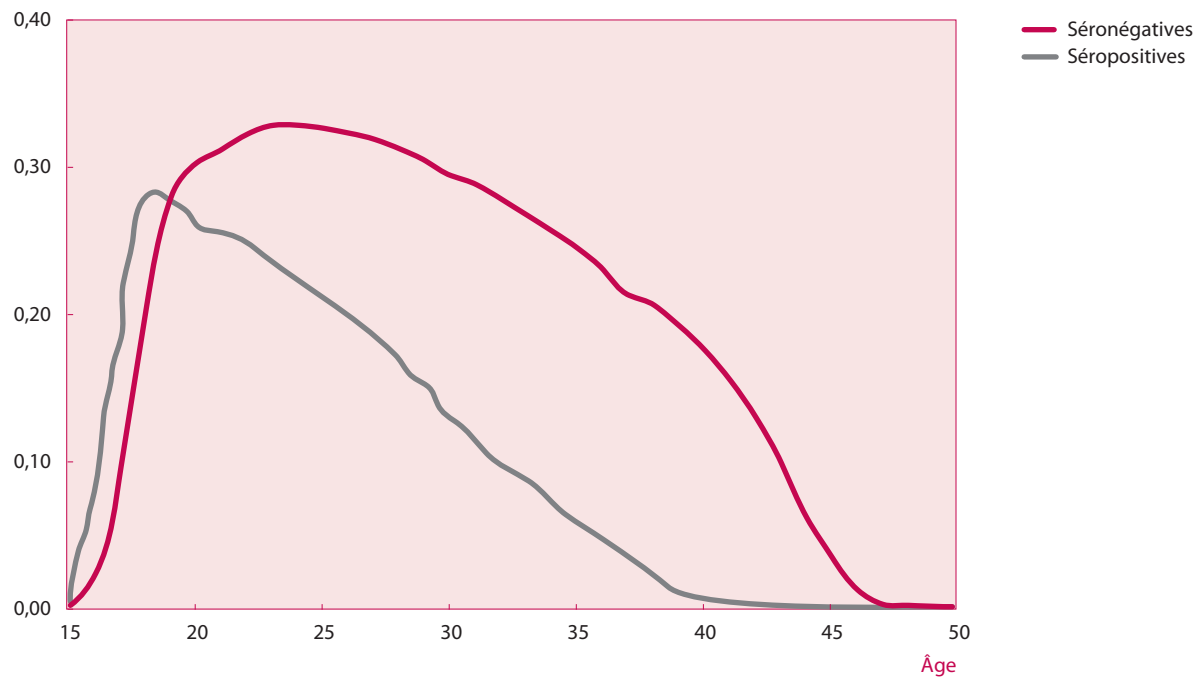
La plupart des estimations nationales de la prévalence du VIH sont établies à partir des examens de dépistage anonymes que subissent les femmes appelées à se rendre dans les dispensaires prénatals, car cette méthode est pratique, peu coûteuse et éthiquement acceptable (Chin, 1990). Les femmes enceintes sont considérées comme représentatives de toutes les femmes, de sorte que ces estimations sont généralement utilisées sans correction ou seulement corrigées des effets dus à l'âge. Toutefois, nous avons vu que des écarts de fécondité importants peuvent apparaître entre les femmes infectées et les femmes non infectées, et que l'épidémie elle-même peut influencer sur la fécondité d'une population.

La figure 2 montre les schémas de fécondité par âge pour les femmes infectées par le VIH et les femmes non infectées dans les deux simulations. Dans les deux cas, les femmes infectées ont une fécondité supérieure à leurs homologues non infectées jusqu'à l'âge de 20 ans, mais nettement inférieure par la suite. L'effet de sélection aux âges jeunes apparaît plus clairement dans le scénario des pays plus développés, car l'activité sexuelle est présumée commencer plus tardivement parmi cette population, si bien que les femmes qui contractent l'infection à ces âges précoces sont particulièrement atypiques. Les écarts de fécondité par âge observés entre les femmes infectées et les femmes non infectées font que les estimations de la prévalence prénatale du VIH dépassent celles de la collectivité aux âges inférieurs à 20 ans, mais leur sont inférieures passé cet âge (Zaba et Gregson, 1998). La relation d'âge entre la prévalence prénatale et celle de la collectivité est analogue dans les deux scénarios (figure 3); elle devrait donc assez bien résister aux écarts de distribution de fécondité. La comparaison des valeurs brutes de prévalence concernant les femmes enceintes et l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans dans le cadre d'une série de simulations (non indiquées) montre que la prévalence très inférieure observée parmi les femmes enceintes

Figure 2
Taux de fécondité par âge selon l'état sérologique au VIH

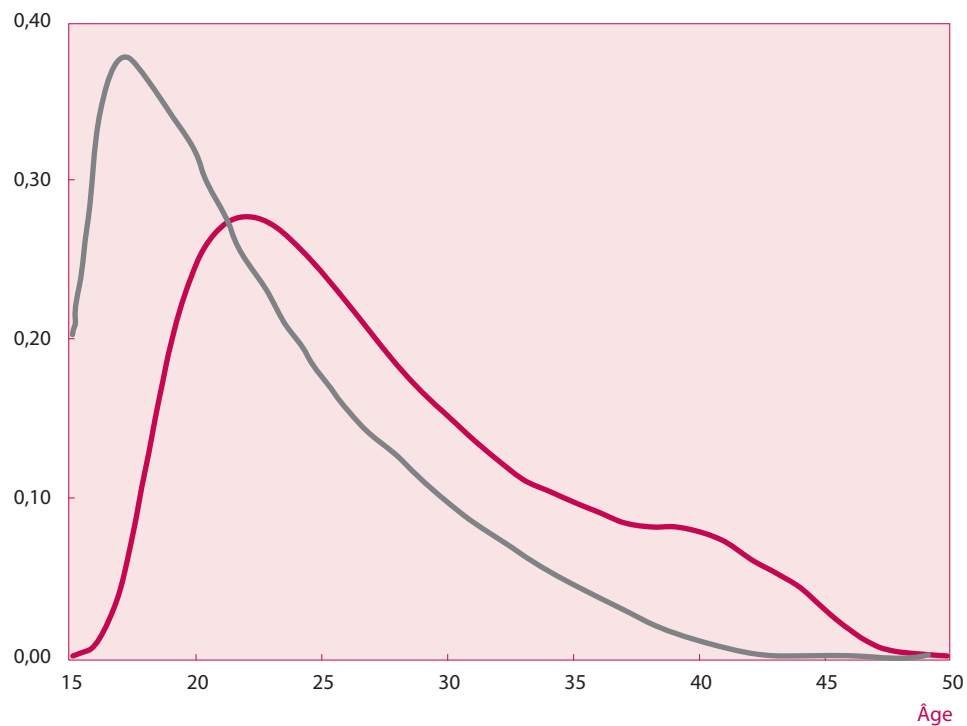
a. Pays moins développé

Taux de fécondité par âge



b. Pays plus développé

Taux de fécondité par âge



aux âges supérieurs fait nettement plus que compenser la distorsion inverse aux âges plus jeunes, en particulier dans les simulations à schémas de fécondité caractéristiques des populations moins développées. Il s'ensuit que l'estimation brute pour les femmes enceintes semble devoir être une sous-estimation de la prévalence pour l'ensemble des femmes en âge d'avoir des enfants, davantage parmi les populations moins développées que parmi les populations développées. La correction des effets dus à l'âge comprime encore les estimations prénatales, dans la mesure où elle confère plus de poids aux âges plus avancés que les estimations brutes, si bien que les estimations non corrigées sont généralement préférables, contrairement à ce que l'on pensait avant de savoir à quel point baissait la fécondité chez les femmes infectées par le VIH (Lessner, 1991; Gregson *et al.*, 1995).

Pour la plupart des populations types étudiées, l'importance de la distorsion (mesurée comme étant la différence en points entre la prévalence chez les femmes enceintes et la prévalence chez l'ensemble des femmes en âge de procréer) croît de façon quasi linéaire avec la vraie prévalence du VIH jusqu'à ce que la vraie prévalence atteigne environ 50 % avant de baisser. Cette simple relation reste inchangée si la prévalence du VIH est modifiée sans que le soient les valeurs relatives des déterminants de la fécondité pour les sous-groupes de femmes séropositives et séronégatives. Par rapport à la vraie prévalence, l'erreur de mesure diminue à mesure que croît la prévalence du VIH. C'est ce que montre la figure 4a, où l'on voit l'effet des différents niveaux de risque d'infection par coït parmi les deux populations pour lesquelles nous avons construit des scénarios de fécondité. Dans le scénario des pays moins développés, la prévalence chez les femmes enceintes est portée d'environ 6 % à 26 % alors que la vraie prévalence passe d'environ 8 % à 31 %. Dans le scénario des pays développés, la distorsion est inférieure d'environ 2 % aux niveaux supérieurs de prévalence.

La distorsion des estimations prénatales est très sensible au degré d'utilisation des préservatifs. La figure 4b explique ce fait en maintenant constant le risque d'infection par coït non protégé mais en variant le schéma d'utilisation des préservatifs. Dans le scénario «développé», on procède en fixant le taux général d'utilisation des contraceptifs à 30 % mais en faisant varier la proportion de personnes utilisant les préservatifs entre 20 et 100 %. Dans le scénario «moins développé», nous présumons que le préservatif est la seule méthode contraceptive utilisée et que le taux d'utilisation varie de 1 à 10 %. Ces simulations montrent que chez les femmes enceintes, la prévalence du VIH est plus sensible au degré d'utilisation des préservatifs qu'à l'évolution de la prévalence du VIH dans la collectivité en fonction de l'utilisation des préservatifs. Si les préservatifs étaient très largement utilisés, les estimations de la prévalence prénatale du VIH pourraient surévaluer les niveaux de l'ensemble de la population.

Ces résultats ont des incidences importantes sur la capacité des systèmes de surveillance prénatale d'appréhender les tendances réelles de la prévalence du VIH dans l'ensemble de la population. Étant donné qu'il n'est pas réaliste d'escompter que les taux d'utilisation des préservatifs s'élèveront jusqu'aux niveaux très élevés indiqués dans la figure 4b, nous pourrions nous attendre à voir la surveillance prénatale sous-estimer la prévalence de la collectivité. Quelle que soit la situation, on verra probablement augmenter légèrement le sous-dénombrement à mesure que l'épidémie arrivera à maturité et que la prévalence du VIH se renforcera, mais, s'il n'y a pas de changement dans l'utilisation des contraceptifs, le sens de la tendance de la prévalence devrait être mis en évidence par la surveillance réalisée dans le cadre des soins prénatals. Toutefois, si le succès de la promotion des préservatifs fait baisser la prévalence fondamentale, la surveillance prénatale pourrait ne pas restituer toute l'ampleur de la tendance.

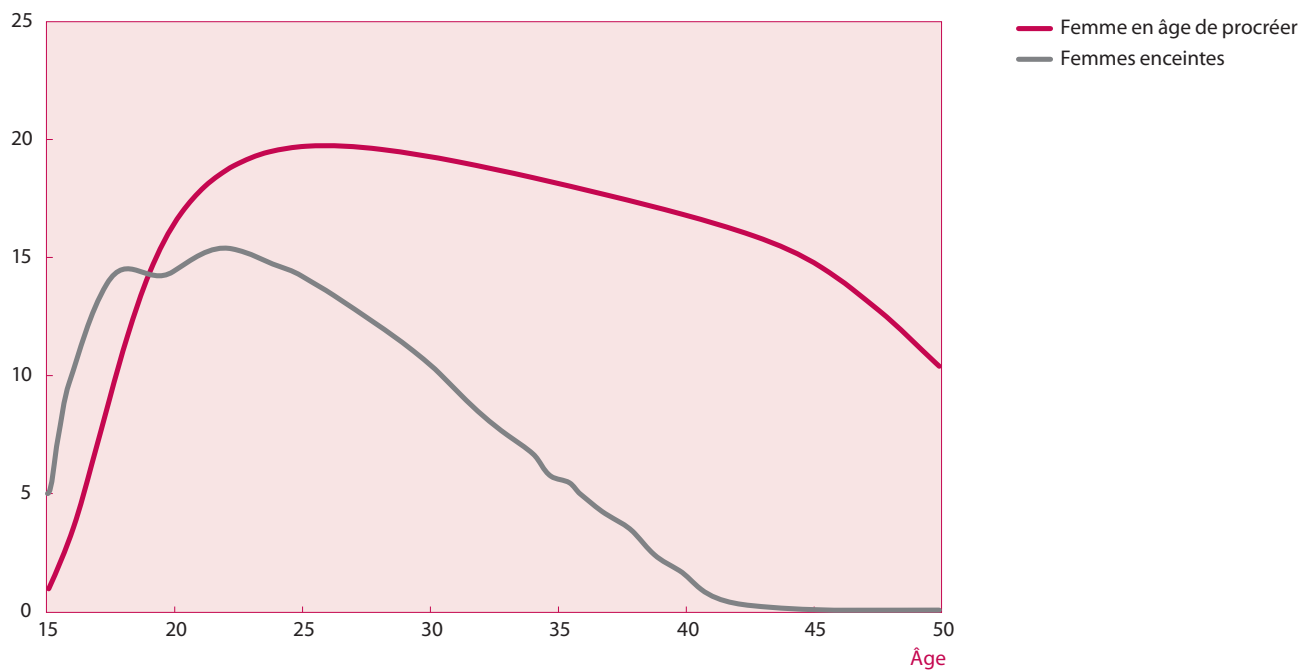
Effets sur le taux d'accroissement de la population et la pyramide des âges

En règle générale, les changements affectant la fécondité ont un effet nettement plus marqué que ceux affectant la mortalité sur l'accroissement de la population et la pyramides des âges. Le cas du VIH est une exception à cette règle. Néanmoins, les effets de

Figure 3
Prévalence du VIH parmi l'ensemble de la population féminine et parmi les femmes enceintes

a. Pays moins développé

Prévalence du VIH (pourcentage)



b. Pays moins développé

Prévalence du VIH (pourcentage)

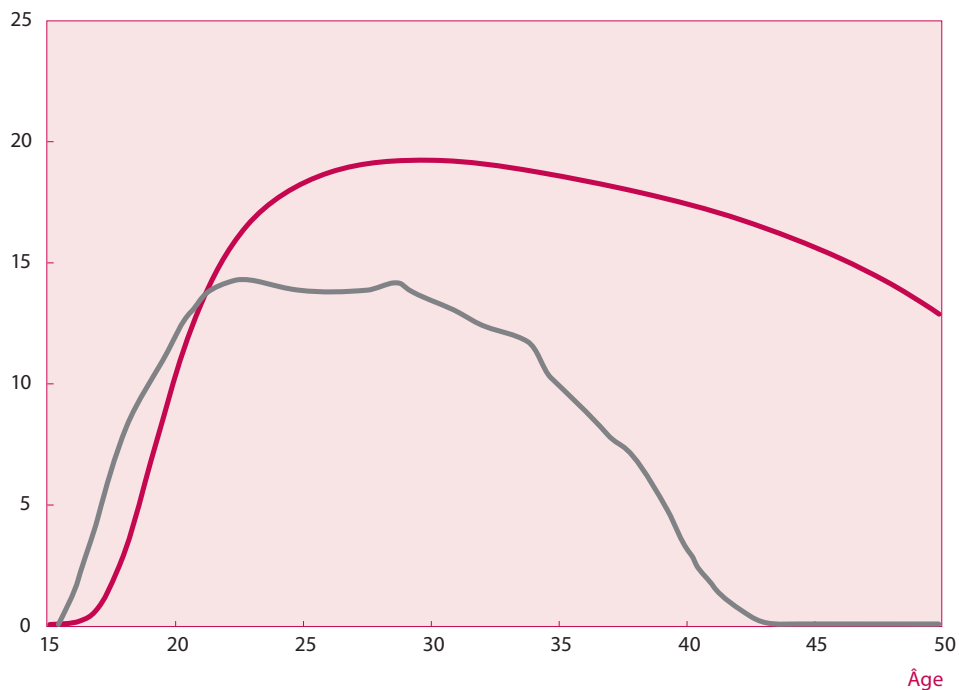
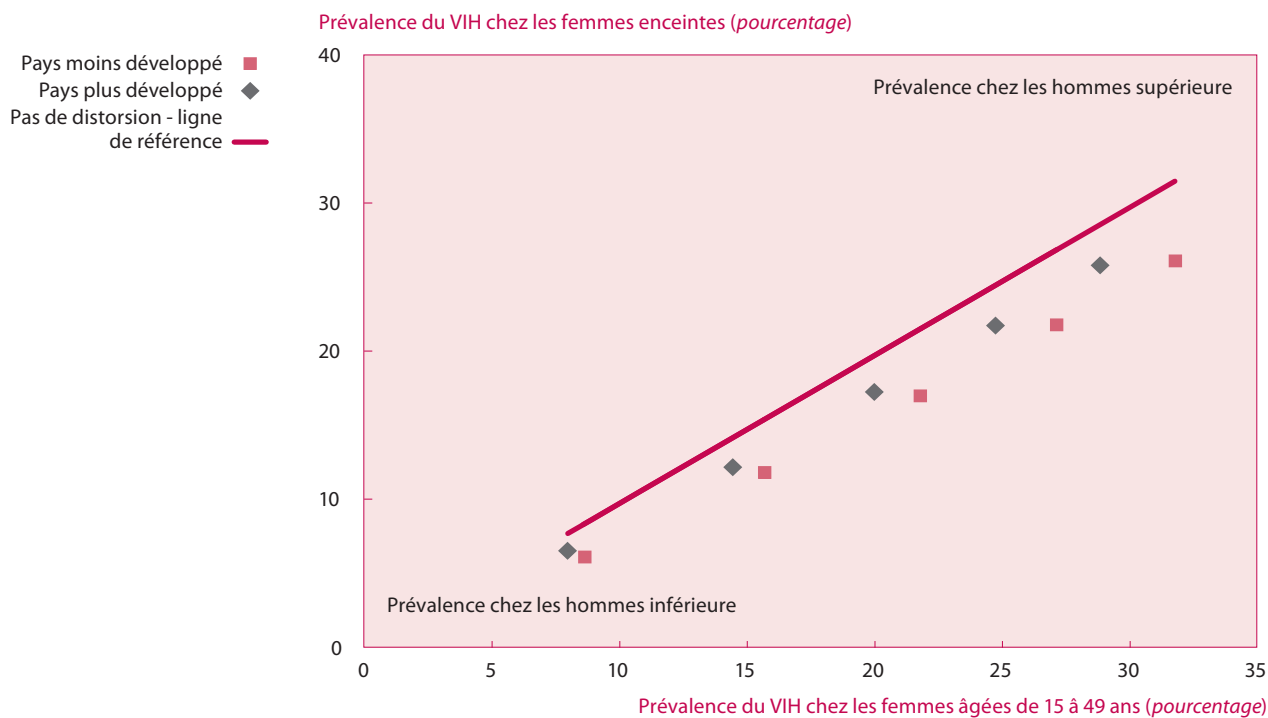
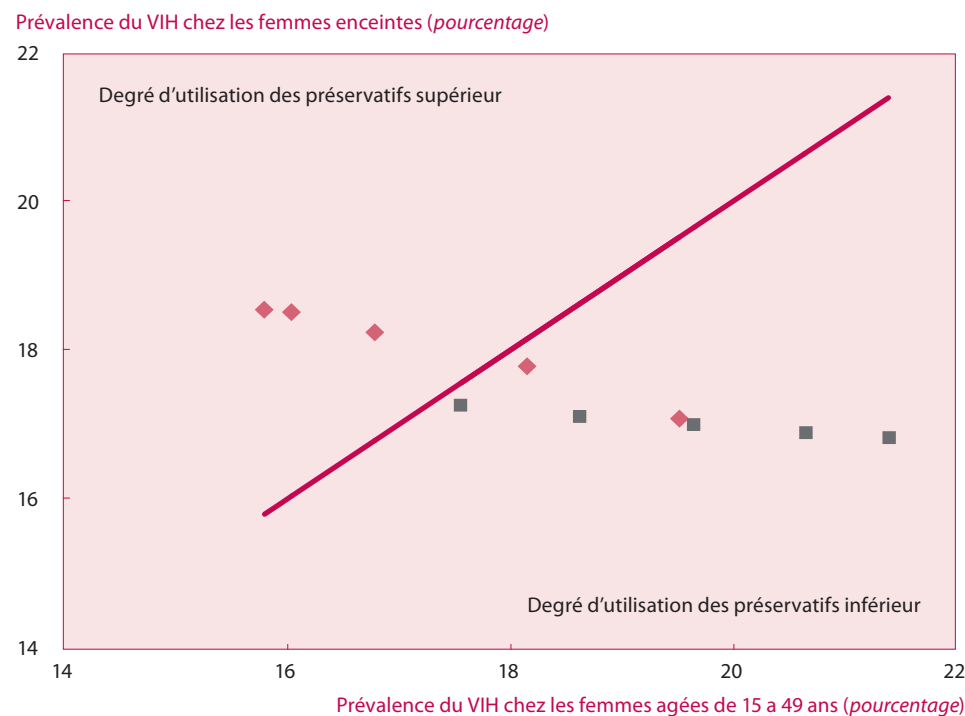


Figure 4
Distorsion dans les estimations de la prévalence du VIH établies à partir des déclarations des femmes enceintes

a. Faire varier la prévalence du VIH chez les hommes



b. Faire varier le degré d'utilisation des préservatifs



l'épidémie de VIH sur la fécondité seront également importants au sein de nombreuses populations. La figure 5a montre la corrélation entre le taux intrinsèque d'accroissement naturel et la prévalence du VIH pour notre scénario de population moins développée. On fait varier le risque d'infection par coït pour créer différents niveaux de prévalence du VIH. Les valeurs du croît démographique présentées ici seraient observées dans des populations stables au sein desquelles les épidémies se seraient également stabilisées. Elles peuvent donc être interprétées soit comme les conséquences à long terme de l'épidémie, soit comme des abstractions faisant état de la tendance du changement de ces valeurs indépendante de la structure initiale de la population. On a mesuré les effets de la mortalité sur le croît démographique en ne calculant que les effets directs du VIH sur la survie des femmes, sans tenir compte de l'ensemble des changements comportementaux, biosociaux et structurels de la fécondité. Dans cette population, la baisse de la fécondité diminue le croît démographique d'un tiers de l'effet qu'a sur lui la hausse de la mortalité; si, en d'autres termes, la hausse de la mortalité abaisse le croît de 1,5 point, la baisse de la fécondité l'abaisserait de 0,5 point supplémentaire. Dans le scénario «développé», l'impact de l'évolution de la fécondité liée au VIH est encore plus net car le changement de la fécondité totale en valeur absolue est plus important.

Lorsque des épidémies de VIH se développent sur une grande échelle, les taux de mortalité sont généralement en hausse et les taux d'accroissement démographique ont tendance à diminuer. Dans un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne plus développés, les taux d'accroissement étaient en baisse avant que l'épidémie n'ait pu faire sentir ses effets, car les baisses de fécondité dépassaient les améliorations obtenues sur le plan de la mortalité. Dans des pays comme le Zimbabwe et le Botswana, la hausse des taux de mortalité due au VIH et le maintien de la baisse des taux de natalité pourraient, en conjuguant leurs effets, ouvrir des périodes au cours desquelles le taux d'accroissement naturel tomberait légèrement en dessous de zéro (Gregson *et al.*, 1997; Bureau of the Census des États-Unis, 1997). Quant à la question de savoir si cela se produira, cela dépendra pour une bonne part du sens et de l'importance de l'impact de l'épidémie de VIH sur la fécondité. À l'heure actuelle, il semble tout à fait plausible que ces épidémies exercent une pression supplémentaire à la baisse de la fécondité dans ces pays en y accélérant la diminution existante du croît démographique.

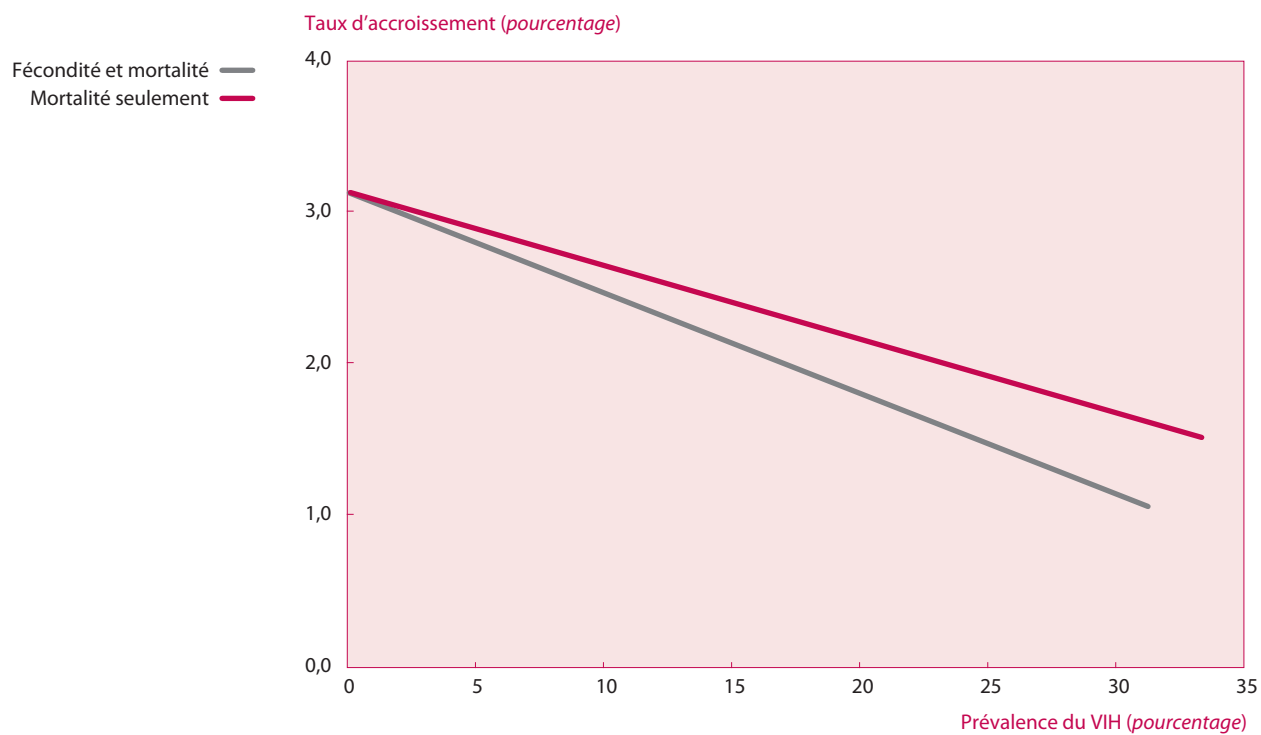
La relation entre la pyramide des âges et la mortalité est assez complexe. La baisse de survie est corrélée à une pyramide des âges plus jeune, mais le recul du croît démographique, autre conséquence de l'augmentation de la mortalité, freine cette tendance. La mortalité due au VIH est fortement concentrée sur les âges adultes jeunes, si bien que l'effet direct est plus marqué que l'effet indirect, lequel s'exprime à travers le taux d'accroissement. Les résultats apparaissant dans la figure 5b, obtenus sur la base de notre modèle «moins développé» en faisant varier l'infectivité par coït, montrent comment les effets de la forte prévalence du VIH sur la mortalité rajeunissent la pyramide des âges. Cependant, la baisse des taux de natalité fait vieillir la pyramide des âges car l'accroissement de la population est ralenti. Dans les cas où l'épidémie de VIH fait reculer la fécondité, cet effet de vieillissement pourrait contrebalancer la tendance de la hausse de la mortalité à rajeunir la pyramide des âges. Dans cet exemple, l'épidémie n'a guère d'effet net sur l'âge moyen de la population.

Implications pour les effets démographiques plus généraux des épidémies de VIH

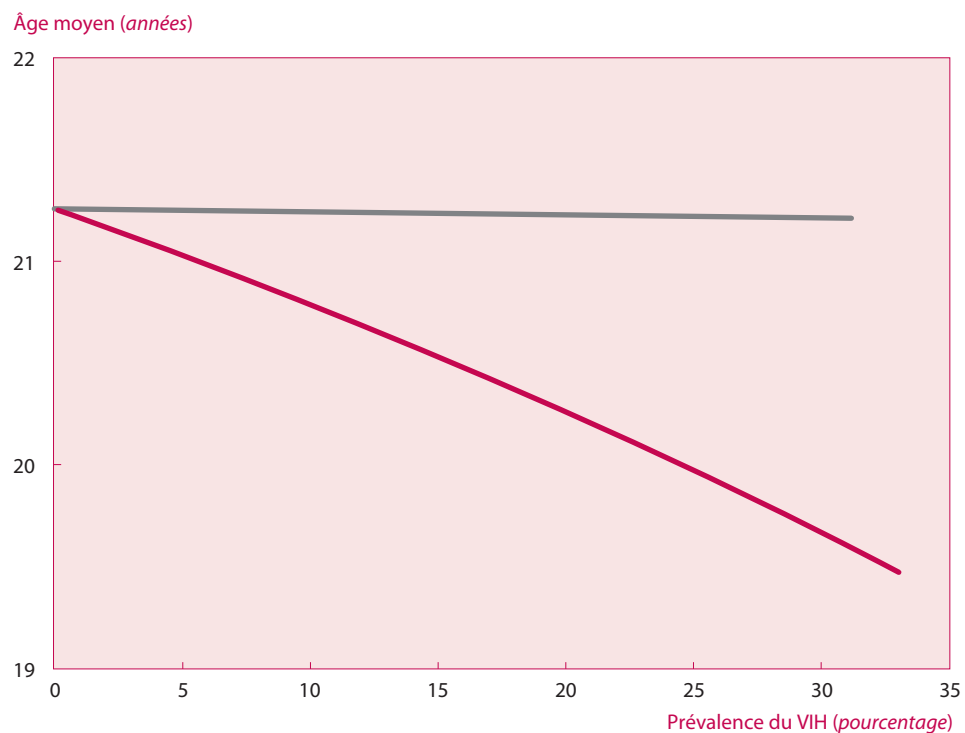
Par ailleurs, la baisse de la fécondité peut agir sur d'autres effets démographiques du VIH, et il importe de tenir compte des écarts de fécondité entre femmes infectées et femmes non infectées. Le cas des orphelins de mère est un bon exemple. La baisse de la fécondité aurait tendance à renforcer la proportion d'enfants de moins de 15 ans rendus orphelins, parce que la population des enfants présenterait une structure par âges vieillie et que les enfants plus âgés ont un risque cumulé de perdre un parent ou les deux plus élevé. Dans

Figure 5
Effets démographiques du VIH associés à l'évolution de la fécondité et de la mortalité

a. Accroissement de la population (taux d'accroissement naturel)



b. Pyramide des âges (âge moyen)



le contexte d'une épidémie de VIH, la baisse de la fécondité tendrait donc à faire grossir encore la proportion des enfants rendus orphelins. Si, toutefois, les femmes ayant contracté le VIH voient leur fécondité diminuer, la proportion générale des enfants rendus orphelins augmentera moins vite. On comptera également moins d'enfants rendus orphelins à un très jeune âge, en particulier si l'effet du VIH sur la fécondité des femmes infectées est le plus marqué aux stades de l'infection les plus avancés. Il va sans dire que l'importance du changement du nombre absolu d'orphelins dans une population dépend également de la structure par âges et du taux d'accroissement de cette population, lesquels, comme nous l'avons vu, sont eux-mêmes affectés par l'impact d'une épidémie de VIH sur la fécondité. Ces effets sont analysés plus en détail dans d'autres études (Gregson *et al.*, 1999b).

La baisse des taux de natalité générale réduira en valeur absolue le nombre de bébés infectés et succombant des suites du VIH. L'abaissement des taux de natalité parmi les femmes infectées par le VIH réduira également l'impact de l'épidémie sur les taux de mortalité des jeunes enfants. Moins d'enfants naîtront de femmes infectées, si bien que la proportion de l'ensemble des bébés nés avec l'infection par le VIH sera plus faible et l'impact de l'épidémie sur la mortalité infantile et postinfantile moins grave que ce à quoi on aurait pu s'attendre s'il en avait été autrement. En particulier, les jeunes orphelins ont moins de chances d'être infectés, de sorte que les taux de mortalité parmi les enfants rendus orphelins pourraient ne pas être aussi mauvais qu'on l'a craint au départ. La baisse de la mortalité des orphelins se traduira par un léger vieillissement de la population des orphelins considérée dans son ensemble.

CONCLUSIONS

La relation entre le VIH et la fécondité est bidirectionnelle et très complexe, et il est probablement impossible de réaliser une étude empirique de cette relation au niveau de la population. Néanmoins, elle a de profondes répercussions: il importe donc d'essayer d'en dégager les subtilités. Dans le présent document, nous avons tenté de faire avancer la réflexion: *a*) en analysant les zones de chevauchement entre les déterminants socio-économiques et immédiats de l'épidémie de VIH et de la fécondité; *b*) en nous appuyant sur cette analyse pour recenser les mécanismes d'interaction entre l'épidémie de VIH et la fécondité éventuellement à l'œuvre; *c*) en étudiant les données disponibles sur les effets de ces mécanismes; et *d*) en appliquant un modèle mathématique pour étudier les effets du VIH sur la fécondité au niveau de la population et les incidences des écarts de fécondité entre les femmes selon qu'elles sont infectées ou non sur la surveillance du VIH à partir des données fournies par les dispensaires prénatals.

L'analyse des déterminants communs a montré que les facteurs individuels comme les processus de changement peuvent avoir des effets opposés sur l'épidémie de VIH et les niveaux de fécondité. Certains aspects de la culture traditionnelle qui favorisent une forte fécondité peuvent contribuer à comprimer les niveaux de prévalence du VIH. De même, des aspects du développement socioéconomique que l'on associe généralement à une baisse de la fécondité peuvent favoriser la propagation de l'épidémie de VIH. Il n'est donc pas tout à fait surprenant de constater que les populations d'Afrique australe dont le niveau de développement socioéconomique est relativement élevé et la fécondité est en baisse sont aux prises avec les épidémies de VIH les plus graves (Bureau of the Census des États-Unis, 1997).

Les données obtenues à l'échelle de la population permettant de quantifier les effets des éventuels mécanismes d'interaction entre le VIH et la fécondité sont encore rares. Toutefois, les quelques études réalisées montrent que des changements importants sont à l'œuvre au sein des populations étudiées. En particulier, il existe une corrélation étroite entre l'infection par le VIH et la sous-fécondité et on a constaté une modification du comportement procréateur. Les données dont on dispose actuellement sur les décisions prises délibérément en matière de fécondité en réaction à l'épidémie d'une façon générale ou à la connaissance par l'individu de son état sérologique positif ne permettent pas de

tirer de conclusions. On a entrepris de mettre en place des services volontaires d'aide psychologique et de dépistage à l'intention des femmes enceintes comme condition préalable à la mise à disposition d'un traitement antirétroviral destiné à réduire la transmission materno-fœtale du virus. Si ces services donnent de bons résultats, ils devraient améliorer la situation des femmes infectées en matière de fécondité, mais pourraient également entraîner d'autres changements, tels qu'un recul de l'allaitement au sein et une augmentation de la contraception et du nombre des avortements provoqués.

Aux fins de la production des exemples basés sur le modèle mathématique, nous avons pris pour hypothèse que l'échelle de l'épidémie serait la même dans les pays plus développés ou moins développés. Dans cette hypothèse, le VIH fait nettement baisser la fécondité totale dans le scénario des pays plus développés, mais a un effet net très réduit parmi les populations moins développées. Si les épidémies s'aggravent dans les pays développés, l'écart entre les effets sur la fécondité sera encore plus important. Les résultats de simulation montrent comment les systèmes de surveillance qui sont tributaires des données fournies par les dispensaires prénatals peuvent ne pas appréhender la véritable échelle de l'épidémie de VIH au sein de l'ensemble de la population et pourraient masquer les améliorations résultant de l'augmentation de l'utilisation des préservatifs. Ils mettent en évidence la nécessité de disposer d'une méthode simple de correction des estimations prénatales.

Enfin, les simulations du modèle montrent qu'une évolution de la fécondité causée par une épidémie de VIH aurait de profondes répercussions sur l'impact global de l'épidémie sur les principaux indicateurs démographiques, parmi lesquels l'accroissement de la population et la pyramide des âges. Dans certains cas, l'évolution de la fécondité tend à renforcer l'impact de l'augmentation de la mortalité, tandis que dans d'autres, elle peut atténuer cet effet. Les écarts de fécondité entre femmes infectées et femmes non infectées sont importants pour déterminer les effets d'une épidémie sur des caractéristiques démographiques telles que la perte d'un parent ou des deux et la mortalité des jeunes enfants.

BIBLIOGRAPHIE

- Allen, S. *et al.* (1992). Confidential HIV testing and condom promotion in Africa. *Journal of the American Medical Association*, 268, p. 3338-3343.
- *et al.* (1993). Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after testing and counselling. *American Journal of Public Health*, 83, p. 705-710.
- Ankrah, M. (1991). AIDS and the social side of health. *Social Science and Medicine*, 32, p. 967-980.
- Arya, O.P., H. Nsanzumuhire et S.R. Taber (1973). Clinical, cultural and demographic aspects of gonorrhoea in a rural community in Uganda. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 49, p. 587-595.
- Asiimwe-Okiror, G. *et al.* (1997). Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS*, 11, p. 1757-1763.
- Awusabo-Asare, K. (1996). HIV infection and contraceptive use in sub-Saharan Africa: challenges and prospects. Communication présentée lors de la Conférence de l'UIESP sur la planification familiale à l'ère du sida, Nairobi, septembre 1996.
- Bassett, M. T. et M. Mhloyi (1991). Women and AIDS in Zimbabwe: the making of an epidemic. *International Journal of Health Services*, 21, p. 143-156.
- Batter, V. *et al.* (1994). High HIV-1 incidence in young women masked by stable overall seroprevalence among childbearing women in Kinshasa, Zaire: estimating incidence from serial seroprevalence data. *AIDS*, 8, p. 811-817.
- Bledsoe, C. (1991). The politics of AIDS and condoms for stable heterosexual relations in Africa: recent evidence from the local print media. *Disasters*, vol. 15, n° 1, p. 1-11.
- Bongaarts, J. et R.G. Potter (1983). *Fertility, Biology and Behaviour, Studies in Population*. New York: Academic Press.
- Boerma, J. T., M. Urassa et R. Iningo (1996). Female infertility and its association with sexual behaviour, STD and HIV infection in Tanzania. TANESA research papers.

- Boerma, J. T., A. J. Nunn et J. A. G. Whitworth (1998). Mortality impact of the AIDS epidemic: evidence from community studies in less developed countries. *AIDS*, 12, p. S3-S14.
- Brocklehurst P. et R. French (1998). The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, p. 836-848.
- Bureau of the Census des États-Unis (1997). The Demographic Impact of HIV/AIDS: Perspectives from the World Population Profile, 1996: U.S. Bureau of the Census.
- Caldwell, J. C. et P. Caldwell (1977). The role of marital sexual abstinence in determining fertility: a study of the Yoruba in Nigéria. *Population Studies*, 31, p. 193-217.
- (1993). On the nature and limits of the sub-Saharan African AIDS epidemic. *Population and Development Review*, 19, p. 817-848.
- et P. Quiggin (1989). The social context of AIDS in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 15, p. 185-234.
- , I. O. Orubuloye et P. Caldwell (1992). Fertility decline in Africa: a new type of transition? *Population and Development Review*, 18, p. 211-242.
- Campbell, C. (1997). Migrancy, masculine identities and AIDS: the psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines. *Social Science and Medicine*, 45, p. 273-282.
- Carael, M. (1995). Sexual Behaviour. In *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*, J. Cleland et B. Ferry (dir.). Londres: Taylor and Francis.
- Carpenter, L. M. *et al.* (1997). Estimates of the impact of HIV-1 infection on fertility in a rural Ugandan population cohort. *Health Transition Review*, 7 (supplément), p. 113-126.
- Chin, J. (1990). Public health surveillance of AIDS and HIV infections. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 68, p. 529-536.
- Daly, C. C. *et al.* (1994). Contraceptive methods and the transmission of HIV: implications for family planning. *Genitourinary Medicine*, 70, p. 110-117.
- De Cock, K.M. *et al.* (1994). Retrospective study of maternal HIV-1 and HIV-2 infections and child survival in Abidjan, Côte d'Ivoire. *British Medical Journal*, 308, p. 441-443.
- Doppenburg H. (1993). Contraception and sexually transmitted diseases: what can be done? Experiences from the Netherlands. *British Journal of Family Planning*, 18, p. 123-125.
- Dublin, S. et W.A. Blattner (1993). Procreation and HIV. *The Lancet*, 342, p. 1241-1242.
- Dunn, D. T. *et al.* (1992). Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *The Lancet*, 340, p. 585-588.
- Dyson, T. et M. Murphy (1985). The onset of fertility transition. *Population and Development Review*, 3, p. 410-411.
- Frank, O. (1992). Sexual behaviour and disease transmission in sub-Saharan Africa: past trends and future prospects. In *Sexual behaviour and networking: anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*, T. Dyson (dir.). Liège: Éditions Derouaux-Ordina.
- Gage, A. J. et D. Meekers (1994). Sexual activity before marriage in sub-Saharan Africa. *Social Biology*, 41, p. 44-60.
- Garnett, G. P. et R. M. Anderson (1993). Factors controlling the spread of HIV in heterosexual communities in developing countries: patterns of mixing between different age and sexual activity classes. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B*, 342, p. 137-159.
- , J. Swinton *et al.* (1992). Gonococcal infection, infertility, and population growth: II. The influence of heterogeneity in sexual behaviour. *IMA Journal of Mathematics Applied in Medicine and Biology*, 9, p. 127-144.
- et S. Gregson (1999). Monitoring the course of the HIV-1 epidemic: the influence of patterns of fertility on HIV prevalence estimates. *Mathematical Population Studies*. Sous presse.
- Gordon, G. et T. Klouda (1989). *Preventing a Crisis: AIDS and Family Planning Work*. Londres: Fédération internationale pour le planning familial.
- Gray, R. H. (1997). Reduced fertility in women with HIV-1 infection: a population-based study in Uganda. *The Lancet*, 351, p. 98-103.

- Greenblatt, R. M. *et al.* (1988). Genital ulceration as a risk factor for human immunodeficiency virus infection. *AIDS*, 2, p. 47-50.
- Gregson, S. (1994). Will HIV become a major determinant of fertility in sub-Saharan Africa? *Journal of Development Studies*, 30, p. 650-679.
- *et al.* (1995). Age and religion selection biases in HIV-1 prevalence data from antenatal clinics in Manicaland, Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine*, 41, p. 339-345.
- (1997). HIV-1 and fertility change in rural Zimbabwe. *Health Transition Review*, 7 (supplément), p. 89-112.
- (1999a). Apostles and Zionists: the influence of religion on demographic change in rural Zimbabwe. *Population Studies*, 53. Sous presse.
- , B. Zaba et G. Garnett (1999b). Low fertility in women with HIV and the impact of the epidemic on orphanhood and early childhood mortality in sub-Saharan Africa. *AIDS*. Sous presse.
- Grosskurth, H. (1995). Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *The Lancet*, 346, p. 530-536.
- Hudson, C. P. (1993). Concurrent partnerships could cause AIDS epidemics. *International Journal of STD and AIDS*, 4, p. 249-253.
- Johnstone, F. D., L. MacCallum, R. Brettle, J. M. Inglis et J. F. Peutherer (1988). Does infection with HIV affect the outcome of pregnancy? *British Medical Journal*, 296, p. 467.
- Kaijuka, E. M., E. Z. A. Kaija, A. R. Cross et E. Loaiza (1989). Uganda Demographic and Health Survey: Uganda Ministry of Health and Macro International Inc.
- Keogh, P., S. Allen, C. Almedal et B. Temahagili (1994). The social impact of HIV infection on women in Kigail, Rwanda: a prospective study. *Social Science and Medicine*, vol. 38, n° 8, p. 1047-1053.
- Kilian, A., S. Gregson, B. Ndyabangi, K. Walusaga, W. Kipp, G. Sahlmuller, G.P. Garnett, G. Asiimwe-Okiror, G. Kabagambe, P. Weis et F. von Sonnenburg (1998). Reductions in risk behaviour provide the most consistent explanation of declining HIV-1 prevalence in Uganda. *AIDS*, 12. Sous presse.
- Konde-Lule, J. K., M. J. Wawer, N. K. Sewankambo, D. Serwadda, R. Kelly, C. Li, R.H. Gray and D. Kigongo (1997). Adolescents, sexual behaviour and HIV-1 in rural Rakai district, Uganda. *AIDS*, vol. 11, n° 6, p. 791-800.
- Krieger, J. N., R. W. Coombs, A. C. Collier, J. K. Koehler, S. O. Ross, K. Chaloupka, V. L. Murphy et L. Corey (1991). Fertility parameters in men infected with HIV. *Journal of Infectious Diseases*, 164, p. 464-469.
- Laga, M. (1992). HIV infection prevention: the need for complementary STD control. In *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, A. Germain, K. K. Holmes, P. Piot and J. N. Wasserheit (dir.). New York et Londres: Plenum Press.
- Larsen, U. (1994). Sterility in sub-Saharan Africa. *Population Studies*, vol. 48, n° 3, p. 459-474.
- Latif, A. S., D. A. Katzenstein, M. T. Bassett, S. Houston, J. C. Emmanuel et E. Marowa (1989). Genital ulcers and transmission of HIV among couples in Zimbabwe. *AIDS*, 3, p. 519-523.
- Lessner, L. (1991). Projections of AIDS incidence in women in New York state. *American Journal of Public Health*, 81 (sup. 30-4).
- Mandishona, G. M. (1989). Zimbabwe Demographic and Health Survey, 1988: Zimbabwe Central Statistical Office.
- Martin, P. M. V., G. Gresenguet, V. M. Herve, G. Renom, G. Steenman et A. J. Georges (1991). Decreased number of spermatozoa in HIV-1 infected individuals. *AIDS*, vol. 6, n° 1, p. 130-131.
- Mbizvo, M. T. et D. J. Adamchak (1989). Condom use and acceptance: a survey of male Zimbabweans. *Central African Medical Journal*, vol. 35, n° 10, p. 519-523.
- Mehryar, A. (1995). Condoms: Awareness, Attitudes and Use. In *Sexual Behaviour in the Developing World*, C. J. and B. Ferry, eds. Londres: Taylor and Francis.

- Miotti, P. G., G. Dallabetta, E. Nvodi, G. Liomba, A.J. Saah et J. Chipangwi (1991). HIV-1 and pregnant women : associated factors, prevalence, estimate of incidence and role of fetal wastage in Central Africa. *AIDS*, 4, p. 733-736.
- Morris, M. et M. Kretzschmar (1997). Concurrent partnerships and the spread of HIV. *AIDS*, vol. 11, n° 5, p. 641-648.
- Moses, S., J. E. Bradley, J. C. D. Nagelkerke, A. R. Ronald, J. O. Ndinya-Achola et F. A. Plummer (1990). Geographical patterns of male circumcision practices in Africa : association with HIV seroprevalence. *International Journal of Epidemiology*, vol. 19, n° 3, p. 693-697.
- Mpangile, G. S., M. T. Leshabari et D. J. Kihwele (1993). Factors associated with induced abortion in public hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *Reproductive Health Matters*, n° 2, p. 21-31.
- Mukiza-Gapere, J. et J. P. M. Ntozi (1996). Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Uganda. *Health Transition Review*, n° 5 (supplément), p. 201-208.
- Ndinya-Achola, J. O., I. A. Wamola, N. Nagelkerke, R. C. Brunham, M. Temmerman and P. Piot (1990). Impact of post-partum counselling of HIV infected women on their subsequent reproduction behaviour. *Kenya AIDS Technical Bulletin*, vol. 1, n° 1, p. 6.
- PANOS Institute (1989). AIDS and Children : A Family Disease. *WorldAIDS*, x.
- (1992). *The Hidden Cost of AIDS: The Challenge of HIV to Development*. Londres : PANOS Publications.
- Parirenyatwa, C. N. (1995). Zimbabwe Demographic Health Survey, 1994: Zimbabwe Central Statistical Office.
- Pebbley, A. et W. Mbugua (1989). Polygyny and fertility in sub-Saharan Africa. In *Reproduction and Social Organizations in sub-Saharan Africa*, R. Lesthaeghe (dir.). Berkeley and Los Angeles : University of California Press.
- Ray, S., M. Bassett, C. Maposhere, P. Managazira, J. D. Nicolette, R. Machezano et J. Moyo (1995). Acceptability of the female condom in Zimbabwe: positive but male-centred responses. *Reproductive Health Matters*, n° 5, p. 68-79.
- Rogo, K. O. (1993). Induced abortion in sub-Saharan Africa. *East African Medical Journal*, vol. 70, n° 6, p. 386-395.
- Ross, A., D. Morgan, R. Lubega, L. M. Carpenter, B. Mayanja et J.A.G. Whitworth (1999). Reduced fertility associated with HIV-1 : the contribution of pre-existing subfertility. *AIDS*. Présenté.
- Ryder, R. et M. Temmerman (1991). The effect of HIV-1 infection during pregnancy and the perinatal period on maternal and child health in Africa. *AIDS*, 5 (supplément 1), p. S75-S85.
- Ryder, R. W., V. L. Batter, M. Nsuami, N. Badi, L. Mundeke, B. Matela, M. Utshudi et W. L. Heyward (1991). Fertility rates in 238 HIV-1 seropositive women in Zaire followed for 3 years post-partum. *AIDS*, vol. 5, n° 12, p. 1521-1527.
- Setel, P. (1995). The effects of HIV and AIDS on fertility in east and central Africa. *Health Transition Review*, 5 (supplément), p. 179-190.
- Sewankambo, N. K., M. J. Wawer, R. H. Gray, D. Serwadda, C. Li, R. Y. Stallings, S. D. Musgrave et J. Konde-Lule (1994). Demographic impact of HIV infection in rural Rakai District, Uganda : results of a population-based cohort study. *AIDS*, vol. 8, n° 12, p. 1707-1713.
- Sherris, J. et G. Fox (1993). Infertility and sexually transmitted disease. A public health challenge. *Population Reports*, Series L (4).
- Stephenson, J. M., A. Griffioen et Study group for the MRC collaborative study of women with HIV (1996). The effect of HIV diagnosis on reproductive experience. *AIDS*, vol. 10, n° 14, p. 1683-1687.
- Temmerman, M., S. Moses, D. Kiragu, S. Fusallah, I. Amola et P. Piot (1993). Impact of single session post-partum counselling of HIV infected women on their subsequent reproductive behaviour. *AIDS Care*, vol. 2, no 3, p. 247-252.
- Thackway, S. V., V. Furner, A. Mijch, D. A. Cooper, D. Holland, P. Martinez, D. Shaw, I. van Beek, E. Wright, K. Clezy et J. M. Kaldor (1997). Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. *AIDS*, vol. 11, n° 5, p. 663-668.
- Timaus, I. M. et A. Reynar (1998). Polygynists and their wives in sub-Saharan Africa : an analysis of five Demographic and Health Surveys. *Population Studies*, vol. 52, n° 2, p. 145-162.

- (1998). Impact of the HIV epidemic on mortality in sub-Saharan Africa: evidence from national surveys and censuses. *AIDS*, 12 (S1), p. s15-s27.
- Van de Perre, P., A. Simonon, P. Msellati, D. G. Hitimana, D. Vaira, A. Bazubagira, C. Van Goethem, A. M. Stevens, E. Karita, D. Sondag-Thull, F. Dabis et P. Lepage (1991). Postnatal transmission of HIV-1 from mother to infant. *The New England Journal of Medicine*, vol. 325, n° 9, p. 593-598.
- Ware, H. (1977). The relationship between infant mortality and fertility: replacement and insurance effects. Communication présentée lors de la Conférence internationale sur la population tenue au Mexique.
- Watts, C. H. et R. M. May (1992). The influence of concurrent partnerships on the dynamics of HIV/AIDS. *Mathematical Biosciences*, 108, p. 89-104.
- Widy-Wirski, R., S. Berkley, R. Downing, S. Okware, U. Recine, R. Mugerwa, A. Lwegaba et S. Sempala (1988). Evaluation of the WHO clinical case definition for AIDS in Uganda. *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, n° 22, p. 3286-3289.
- Wilson, D., B. Nyathi, N. Lamson, G. Foster, and F. Dakwa *et al.* (1994). Community Interventions in Zimbabwe: Analysis of a Multi-Site Replication. University of Zimbabwe, Harare.
- Organisation mondiale de la santé (1995). *Relevé épidémiologique hebdomadaire*.
- (1996). HIV and infant feeding: an interim statement. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 71, p. 289-291.
- , [P.R. Rowe et E.V. (dir.)] Vikhlyaeva (1988). *Diagnosis and Treatment of Infertility*. Toronto: Hans Huber Publishers.
- Zaba, B. (1994). The Demographic Impact of AIDS: Some Stable Population Simulation Results: Centre for Population Studies.
- et S. Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, 12 (S1), p. s41-s50.

Niveaux et tendances de la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire

*Division de la population**

RÉSUMÉ

Le présent document porte sur les tendances de la fécondité et les facteurs associés dans 74 pays à taux de fécondité intermédiaire, c'est-à-dire les pays dont la fécondité totale se situerait entre 2,1 et 5 enfants par femme entre 1995 et 2000. Au cours des trois décennies écoulées, la fécondité a baissé dans tous ces pays, à un rythme variable selon leur niveau de fécondité. Le mariage est plus tardif et l'utilisation des méthodes modernes de contraception a augmenté. En outre, les femmes sont plus nombreuses à achever leurs études secondaires ou supérieures, et ces pays s'urbanisent de plus en plus. Tous ces facteurs sont étroitement liés aux niveaux et tendances de la fécondité. Le maintien des tendances observées en ce qui concerne l'âge au mariage, l'utilisation des contraceptifs, le niveau d'instruction et l'urbanisation garantira la poursuite de la baisse de la fécondité.

* Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

INTRODUCTION

Le changement démographique le plus important qui se soit produit au cours des trois dernières décennies est peut-être la baisse sensible de la fécondité dans toutes les régions du monde. Depuis la période 1970-1975, la fécondité totale mondiale a diminué de 37 %, passant de 4,5 naissances par femme à 2,8 entre 1995 et 2000. La baisse importante enregistrée au niveau mondial traduit différents changements ayant affecté le comportement procréateur, en particulier dans des pays aussi peuplés que le Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie et le Pakistan, dont la fécondité cumulée entre 1970 et 1975 dépassait cinq enfants par femme.

Entre 1970 et 1975, 106 pays et régions représentant 43 % de la population mondiale avaient des taux de fécondité d'au moins 5 enfants par femme (tableau 1). Depuis la période 1970-1975, la majorité des pays sont passés par les différentes phases de la transition en matière de fécondité. La distribution actuelle (période 1995-2000) des pays selon le niveau de fécondité a donc énormément changé. D'après les estimations, 49 pays seulement regroupant 770 millions d'habitants ont des niveaux de fécondité d'au moins 5 enfants par femme. Un autre élément remarquable est que, entre 1995 et 2000, 64 pays, pas moins, avaient un niveau de fécondité égal ou inférieur au seuil de remplacement, soit plus de trois fois le nombre de la période 1970-1975. En fait, le pourcentage de la population mondiale vivant dans les pays à fécondité totale égale ou inférieure au seuil de remplacement est de 44 %, contre 43 % vivant dans les pays à taux de fécondité intermédiaire et 13 % dans les pays à taux de fécondité élevé (supérieur à 5 enfants par femme). La majorité des pays (74) ont des niveaux intermédiaires de fécondité cumulée, à savoir moins de 5 enfants par femme et de plus de 2,1 enfants par femme. C'est notamment le cas de l'Inde, de l'Indonésie, du Brésil et du Bangladesh.

Tableau 1
Nombre de pays, effectif de la population et répartition en pourcentage de la population selon le niveau de fécondité

Année	Fécondité cumulée (naissances par femme)			Totale
	Supérieure ou égale à 5	Inférieure à 5 et supérieure à 2,1	Inférieure ou égale à 2,1	
Nombre de pays				
1970	106	61	20	187
1980	80	67	40	187
1990	58	74	55	187
2000	49	74	64	187
Effectif de la population (en milliers d'habitants)				
1970	1 588 865	1 427 507	673 272	3 689 643
1980	806 155	2 606 368	1 015 763	4 428 286
1990	682 908	2 141 955	2 428 283	5 253 146
2000	770 757	2 606 062	2 677 944	6 054 764
Effectif de la population (en pourcentage)				
1970	43	39	18	100
1980	18	59	23	100
1990	13	41	46	100
2000	13	43	44	100

Source: Organisation des Nations Unies, *World Population Prospects, The 2000 Revision, Volume I: Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.8).

Les avis restent très partagés quant aux conditions spécifiques de la baisse de la fécondité, mais il est possible de dégager les traits qu'ont en commun des groupes de pays où la baisse de la fécondité a commencé, traits communs qui cadrent avec les approches théoriques concernant les facteurs liés à la baisse de la fécondité. L'élément moteur de la baisse de la fécondité est le développement socioéconomique, en particulier le recul de la mortalité, l'instruction des femmes et leur participation au marché du travail, l'urbanisation et les programmes de planification familiale. Toutefois, le fait qu'il n'y ait pas de facteur unique, voire de facteur « le plus important » pour expliquer la baisse de la fécondité rend difficile de prévoir les tendances futures de la fécondité. Quels facteurs faut-il prendre en considération au moment d'établir des projections de fécondité? Un rythme rapide de baisse dans le passé récent peut-il garantir la poursuite de ces tendances?

Le présent document se propose d'analyser ce que l'on sait des tendances de la fécondité dans les 74 pays à taux de fécondité intermédiaire¹ et de leurs liens avec les facteurs de la baisse de la fécondité. La première section présente des informations sur les niveaux et tendances de la fécondité depuis les années 70. La deuxième étudie les deux plus importants déterminants immédiats, à savoir le mariage et l'utilisation des contraceptifs. La troisième analyse le lien entre la fécondité et certains facteurs socioéconomiques, à savoir l'éducation et le type de résidence.

NIVEAUX ET TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Selon les plus récentes estimations de la fécondité en provenance de sources nationales pour la période 1990-2000², les pays à taux de fécondité intermédiaire se répartissent avec une grande uniformité sur la dispersion de la fécondité cumulée (FC) comprise entre 2,1 et 5 naissances par femme. À l'extrémité supérieure de la dispersion (FC supérieure ou égale à 4,5 enfants par femme), on trouve le Botswana, le Ghana, le Kenya, le Lesotho et le Soudan en Afrique; les Émirats arabes unis, la Jordanie et la République arabe syrienne en Asie; et le Guatemala, Haïti et le Honduras dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes. Si, en Afrique, les pays à la FC la plus élevée appartiennent à toutes les régions, l'Afrique du Nord exceptée, en Asie, on les trouve en Asie occidentale et, dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, en Améri-

¹ Selon la *Révision de 2000* des estimations et projections démographiques (Organisation des Nations Unies, 2001) il y a 74 pays qui ont un niveau de fécondité compris entre 5 et 2,1 naissances par femme. Quinze de ces pays se trouvent en Afrique, 25 en Asie, 26 en Amérique latine et dans les Caraïbes, sept en Océanie et un en Europe (Albanie). Aux fins du présent document, seuls les 53 pays ayant une population estimée à au moins un million d'habitants en 1995 sont pris en considération dans le cadre des analyses qui y sont présentées.

² Les estimations de la FC peuvent différer de la FC calculée pour l'Organisation des Nations Unies pour la période 1995-2000 parce qu'elles ont été établies à partir de recensements, d'enquêtes et de données d'état civil et n'ont pas été corrigées.

que centrale (tableau 2)³. À l'extrémité inférieure (FC inférieure à 3,0 naissances par femme) se trouvent l'Afrique du Sud et la Tunisie en Afrique; neuf pays d'Asie et neuf autres d'Amérique latine et des Caraïbes.

Le fait pour les pays de se situer à l'extrémité supérieure ou inférieure de la dispersion de la fécondité intermédiaire ne renseigne pas beaucoup sur le stade de la transition où ils se trouvent ni sur la place qu'ils occupent par rapport aux autres pays de la région. Par exemple, le Ghana, le Kenya et la Jordanie font figure de ténors de la transition de la fécondité dans leurs régions respectives, alors qu'ils ont des taux de fécondité situés à l'extrémité supérieure de la dispersion de la fécondité intermédiaire, tandis que le Guatemala, Haïti et le Honduras, qui ont des niveaux élevés similaires, peuvent être considérés comme étant à la traîne car beaucoup d'autres pays d'Amérique centrale ont une FC inférieure à 4 enfants par femme.

³ Le tableau 2 présente les estimations des FC établies à partir des recensements, des enquêtes et des données d'état civil pour des dates proches de 1970, 1980, 1990, 1995 et 2000. Les données récentes, pour la période proche de 2000, ne sont disponibles que pour 19 pays, mais tous les pays ont au moins une estimation au cours de la période 1990-2000.

Tableau 2
Fécondités cumulées des pays dont les effectifs de la population sont égaux ou supérieurs à 1 million et dont la fécondité totale est comprise entre 2,1 et 5,0 naissances par femme

	Vers 1970		Vers 1980		Vers 1990		Vers 1995		Vers 2000		Baisse moyenne par an de la plus ancienne à la plus récente
	Année d'estimation	FC	Année d'estimation	FC	Année d'estimation	FC	Année d'estimation	FC	Année d'estimation	FC	
Afrique											
Algérie	..	..	1979	7,0	1990	4,5	1995	3,5	..	..	0,22
Botswana	1971	6,5	1981	6,2	1991	5,3	..	..	..	..	0,06
Égypte	..	..	1980	5,3	1990	4,5	1995	3,7	1998	3,5	0,10
Ghana	1970	6,9	1978	6,3	1991	5,5	1996	4,5	..	..	0,09
Kenya	1969	7,6	1984	7,7	1991	5,6	1996	4,7	..	..	0,11
Lesotho	1975	5,8	1986	5,3	..	..	1996	4,9	..	..	0,04
Jamahiriya arabe libyenne	1973	7,5	..	..	..	..	1993	4,1	..	..	0,17
Maroc	1973	7,4	1981	5,5	1992	3,3	1995	3,3	1999	3,0	0,17
Afrique du Sud	..	..	1986	4,4	..	..	1996	2,9	..	..	0,15
Soudan	1973	7,1	1988	5,0	1992	4,6	..	..	..	..	0,13
Tunisie	1970	6,1	1980	4,5	1990	3,3	1995	2,3	1999	2,1	0,14
Asie											
Bangladesh	1973	6,1	1983	4,9	1990	4,3	1994	3,4	1997	3,4	0,11
Inde	..	..	1979	4,7	1990	3,8	1995	3,5	1997	3,3	0,08
Indonésie	1973	5,2	1983	4,1	1989	3,1	1996	2,8	..	..	0,10
Iran (République islamique d')	1975	6,4	1982	6,1	1991	5,0	1996	2,8	..	..	0,17
Israël	1970	4,0	1980	3,1	1990	3,0	1995	2,9	1997	2,9	0,04
Jordanie	1974	7,6	1980	7,1	1988	5,9	1995	4,5	..	..	0,15
Koweït	1970	6,8	1980	5,5	1987	3,7	1996	3,4	..	..	0,13
Kirghizistan	1969	4,9	1981	4,1	1992	3,6	1995	3,3	1998	2,8	0,07
Liban	..	..	1983	3,8	1988	3,1	1993	2,5	..	..	0,13
Malaisie	1970	4,7	1980	3,9	1990	3,3	1995	3,3	1998	3,3	0,05
Mongolie	1973	7,5	1983	5,5	1990	4,2	1996	3,1	..	..	0,19
Myanmar	1973	5,7	1983	4,7	1988	3,5	1994	2,9	..	..	0,13
Népal	1974	6,0	1983	5,6	1991	5,1	1994	4,8	2000	4,1	0,07
Philippines	1971	6,0	1981	5,1	1991	4,1	1996	3,8	..	..	0,09
République arabe syrienne	1970	7,7	..	..	1991	4,7	..	..	..	..	0,14
Tadjikistan	1975	6,3	1980	5,7	1990	5,1	1993	4,2	..	..	0,12
Turquie	1970	5,7	1980	4,4	1990	3,0	1995	2,6	1998	2,4	0,12
Turkménistan	1970	6,0	1982	4,8	1990	4,2	..	..	..	..	0,09

Tableau 2

Fécondités cumulées des pays dont les effectifs de la population sont égaux ou supérieurs à 1 million et dont la fécondité totale est comprise entre 2,1 et 5,0 naissances par femme (*suite*)

	Vers 1970		Vers 1980		Vers 1990		Vers 1995		Vers 2000		Baisse moyenne par an de la plus ancienne à la plus récente
	Année d'estimation	FC	Année d'estimation	FC	Année d'estimation	FC	Année d'estimation	FC	Année d'estimation	FC	
Asie (<i>suite</i>)											
Émirats arabes unis	..	..	1987	5,9	1993	5,0	..	..	..	..	0,15
Ouzbékistan	1970	5,7	1982	4,7	1990	4,1	..	..	1999	2,8	0,10
Viet Nam	..	..	1985	4,8	1991	3,2	1996	2,3	..	..	0,23
Amérique latine et Caraïbes											
Argentine	1970	3,2	1980	3,4	1990	2,9	1995	2,6	1997	2,6	0,02
Bolivie	1973	6,5	..	..	1987	5,1	1992	5,0	1996	4,4	0,09
Brésil	1970	5,8	1980	3,9	..	..	1994	2,6	..	..	0,13
Chili	1970	3,3	1980	2,5	1990	2,5	1995	2,4	..	..	0,04
Colombie	1968	6,0	1980	3,6	1988	2,9	1993	3,0	1998	2,6	0,11
Costa Rica	1970	4,3	1980	3,7	1990	3,2	1995	2,8	1998	2,6	0,06
République dominicaine	1973	5,7	1983	4,1	1989	3,3	1994	3,2	..	..	0,12
Équateur	..	..	1982	5,0	1992	3,6	1997	3,3	..	..	0,11
El Salvador	1970	6,6	1979	5,6	1991	3,8	1996	3,6	..	..	0,12
Guatemala	..	..	1978	6,1	..	..	1993	5,1	1997	5,1	0,05
Haïti	1973	5,1	1983	5,9	1992	5,0	..	..	1998	4,7	0,02
Honduras	1972	7,5	1981	6,5	1987	5,6	1994	4,9	..	..	0,12
Jamaïque	1970	5,5	1982	3,5	1990	3,0	1996	2,9	..	..	0,10
Mexique	1974	6,2	1982	4,3	1989	3,5	1995	3,3	..	..	0,14
Nicaragua	..	..	1978	6,5	1990	4,6	1995	3,9	..	..	0,15
Panama	1970	5,0	1980	3,6	1990	2,8	1995	2,6	..	..	0,10
Paraguay	..	..	1977	5,0	1989	4,8	1997	4,3	..	..	0,04
Pérou	1968	6,8	1980	4,7	1990	3,8	1995	3,7	1998	3,0	0,13
Uruguay	1970	3,0	1980	2,7	1990	2,3	1995	2,3	..	..	0,03
Venezuela	1970	5,7	1980	4,4	1990	3,6	1995	3,1	1998	2,9	0,10
Océanie											
Papouasie-Nouvelle-Guinée	..	..	1980	6,0	..	..	1994	4,8	..	..	0,09

Source : Base de données sur la fécondité 2001 de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Notes : Deux points (..) indiquent que les données ne sont pas disponibles.

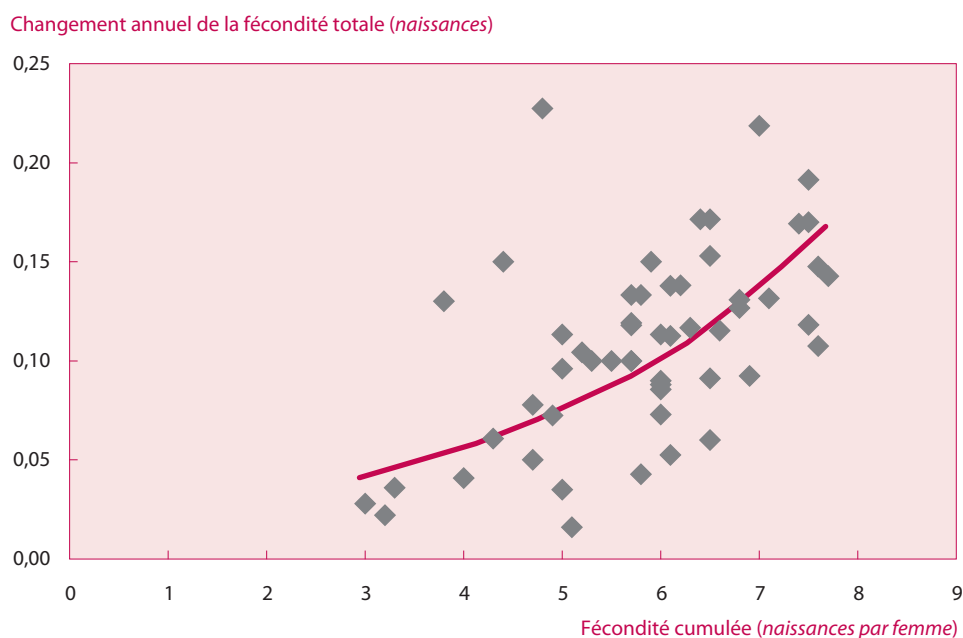
Les estimations des fécondités cumulées sont tirées des recensements, des enquêtes et des données d'état civil pour des dates proches de 1970, 1980, 1990, 1995 et 2000. Les données récentes, pour les dates proches de 2000, ne sont disponibles que pour 19 pays, mais tous les pays ont au moins une estimation au cours de la période 1990-2000.

Au cours de la période allant de 1970 à 2000, la baisse moyenne annuelle pour chaque pays montre que l'Algérie et le Viet Nam ont enregistré la baisse la plus rapide, égale à plus de 2 enfants par décennie (tableau 2). Les autres pays où la baisse est supérieure à 1,5 enfant par décennie sont notamment la Jamahiriya arabe libyenne, le Maroc, la Mongolie et la République islamique d'Iran. Parmi les pays où le rythme de la baisse est lent (0,5 enfant ou moins par décennie), on trouve l'Argentine, le Chili, le Guatemala, Haïti, Israël, le Lesotho, la Malaisie, le Paraguay et l'Uruguay. À l'exception du Viet Nam, tous les pays à baisse rapide avaient dans les années 70 une fécondité cumulée de plus de 6 enfants par femme. D'un autre côté, les pays à baisse lente avaient une fécondité cumulée inférieure à 5 enfants par femme dans les années 70, à l'exception du Guatemala, du Lesotho et du Paraguay. En fait, comme le montre la figure 1, et comme on pouvait dans une certaine mesure s'y attendre, il existe une corrélation positive entre le rythme de la

baisse et le niveau de fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire. Les pays ayant des taux de fécondité relativement élevés ont enregistré un rythme de baisse plus rapide que les pays à taux de fécondité plus faible.

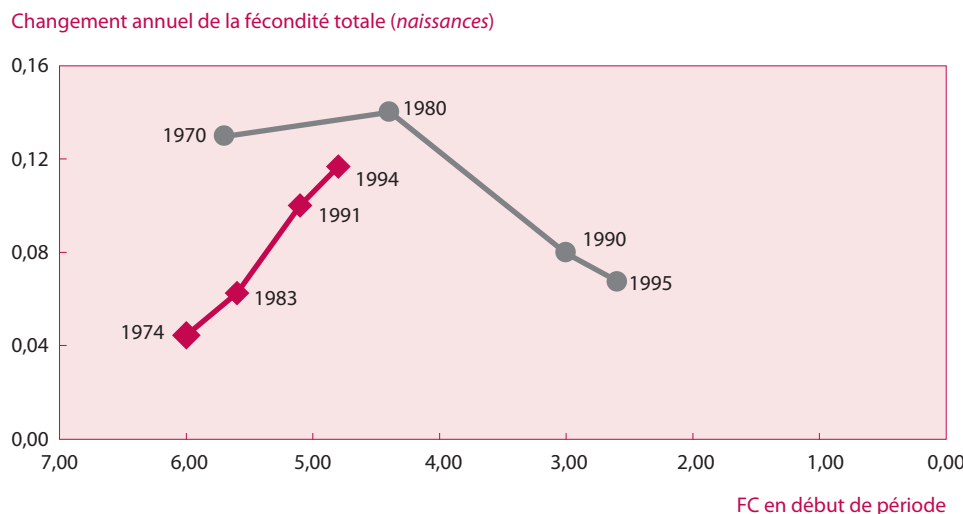
Les tendances de la fécondité au Bangladesh, au Brésil, en Inde et en Indonésie présentent un intérêt particulier en raison de l'effectif de leur population. Ces pays représentent 58% de la population des pays à taux de fécondité intermédiaire. Tous, à l'exception de l'Inde, avaient des niveaux de fécondité supérieurs à 5 enfants par femme au début des années 70 et cette fécondité a baissé en moyenne à un rythme d'environ un enfant par décennie. Dans les années 90, la fécondité cumulée du Bangladesh était descendue à 3,3 naissances par femme, niveau auquel elle est restée pendant la seconde

Figure 1
Changement de FC par an en fonction du niveau en début de période (années 70)



Source: Tableau 2.

Figure 2
La FC et le changement annuel moyen de la fécondité totale: Népal et Turquie



Source: Tableau 2.

moitié des années 90, tandis que les FC du Brésil et de l'Indonésie étaient descendues à 2,6 et 2,8 naissances par femme, respectivement. L'Inde a connu au cours des trois dernières décennies une baisse un peu plus lente de la fécondité : elle est descendue de 4,7 en 1979 à 3,3 en 1997.

⁴ Le rythme moyen de baisse indiqué ici est celui des 13 pays pour lesquels nous disposons de données pour tous les intervalles de 10 ans compris entre 1970 et 2000. Il s'agit des pays suivants : Maroc et Tunisie en Afrique; Bangladesh, Turquie, Népal, Kirghizistan, Malaisie et Israël en Asie, et Pérou, Colombie, Venezuela, Costa Rica et Argentine dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Dans l'ensemble, le rythme moyen de baisse s'est ralenti depuis quelques décennies. La baisse moyenne⁴ entre 1970 et 1980 a été de 0,11 par an, soit 1,1 enfant pour la décennie. Entre 1980 et 1990, le rythme de la baisse s'est ralenti en descendant à 0,08 par an et, entre 1990 et 1995, il est descendu à 0,07 par an. Ce rythme s'est maintenu au cours de la période de cinq ans suivante (1995-2000). Il ressort d'une comparaison de la tendance pour le Népal et la Turquie (figure 2) que le ralentissement tient au fait que les niveaux de FC sont inférieurs en Turquie. Au Népal, alors que la FC descendait de 6,0 en 1974 à 4,1 en 2000, on a relevé, pour chaque décennie depuis les années 70, une élévation progressive du rythme de la baisse. Dans le cas de la Turquie, la FC est tombée de 5,7 naissances par femme en 1970 à 2,4 seulement en 1998. Élevé entre 1970 et 1980, le rythme de la baisse s'est nettement ralenti au cours des décennies plus récentes. Ainsi, à la fin des années 90, le Népal avait un taux de fécondité plus élevé et un rythme de baisse plus rapide que la Turquie, qui avait un taux de fécondité et un rythme de baisse inférieurs.

Depuis une date récente, les démographes se penchent sur les cas où la baisse de la fécondité a cessé de progresser. En particulier, deux cas les ont amenés à s'intéresser à ce phénomène : celui du Bangladesh et celui de l'Égypte, où la baisse de la FC s'est considérablement ralentie. Dans les deux pays, la FC se maintient encore à des niveaux relativement élevés (environ 3,5 naissances par femme) et les deux ont enregistré des baisses rapides dans le passé. Au Bangladesh, la FC a été de 3,4 naissances par femme en 1994 et encore de 3,4 enfants par femme en 1997. En Égypte, la FC a été de 3,7 naissances par femme en 1995, avant de reculer légèrement pour se situer à 3,5 en 1998. Dans le cas de l'Égypte, même si l'on ne peut pas dire que la progression de la baisse de la fécondité soit au point mort, le ralentissement constaté faisant suite à une baisse rapide suscite des préoccupations quant aux tendances futures. Les blocages observés au Bangladesh et en Égypte sont un phénomène récent, mais il existe un certain nombre de pays où la fécondité baisse à un rythme très lent depuis les années 70 et où elle se situait au départ à des niveaux relativement bas. Il s'agit notamment de l'Argentine, du Chili, d'Israël, de la Malaisie et de l'Uruguay. En Malaisie, la fécondité a baissé de 1,4 enfant en 28 ans pour atteindre 3,3 naissances par femme en 1998; en Israël, elle a baissé de 1,1 enfant en 27 ans pour atteindre 2,9 naissances par femmes en 1997. En Israël et en Malaisie, la fécondité est bloquée à 3,3 et 2,9 enfants par femme, respectivement, depuis 1990. Au Chili, la fécondité a baissé de 0,9 enfant en 25 ans pour s'établir à 2,4 naissances par femme en 1995; en Uruguay, elle a baissé de 0,7 enfant en 25 ans pour s'établir à 2,3 naissances par femme en 1995; et en Argentine, elle a baissé de 0,6 enfant en 27 ans pour s'établir à 2,6 enfants par femme en 1997.

Schémas de fécondité par âge

Dans les premières phases de la baisse de la fécondité, cette dernière décroît souvent davantage aux âges plus avancés qu'aux âges plus jeunes, ce qui se traduit par un abaissement de l'âge moyen à la maternité. C'est ce qui s'est produit dans les pays développés jusqu'aux années 70. Un profil de changement analogue est observé dans le cas de nombreux pays en développement où la baisse de la fécondité aux âges plus jeunes due au fait que le mariage est plus tardif est inférieure à la baisse provoquée par le comportement d'arrêt de la procréation parmi les femmes plus âgées ayant eu beaucoup d'enfants. Le tableau 3 montre la contribution en pourcentage de la fécondité cumulée apportée par les femmes âgées respectivement de 15 à 24 ans, de 25 à 34 ans et d'au moins 35 ans; les valeurs présentées sont des moyennes prises pour quatre groupes de pays. En Asie centrale du Sud et en Asie du Sud-Est, ainsi que dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, l'âge moyen à la maternité a baissé au cours des trois dernières décennies et il ressort des estimations

Tableau 3
Pourcentage de la fécondité totale attribuable aux groupes d'âge des 15 à 24 ans, 25 à 34 ans et des femmes âgées d'au moins 35 ans, dans certaines régions

Région	Date moyenne d'estimation	Pourcentage de la fécondité totale attribuable aux groupes d'âges		
		15-24	25-34	35 +
Afrique du Nord et Asie occidentale	1975	30,4	46,3	23,3
	1994	25,5	49,3	25,2
Afrique subsaharienne	1970	30,1	41,3	28,6
	1992	34,2	41,8	24,0
Asie centrale du Sud et Asie du Sud-Est	1975	30,1	45,0	24,8
	1994	37,7	46,8	15,7
Amérique latine et Caraïbes	1976	35,1	43,7	21,3
	1995	40,8	42,3	17,0

Source : Base de données sur la fécondité de la Division de la population de l'ONU, 2001

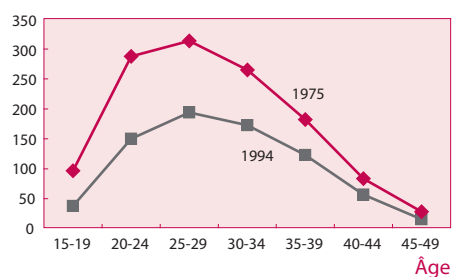
les plus récentes que moins d'un cinquième de la fécondité totale est dû aux femmes de plus de 35 ans. Dans le cas de l'Afrique subsaharienne, une tendance analogue se dégage encore que la proportion de la fécondité totale attribuable aux âges plus avancés reste relativement élevée (24%). Dans la région de l'Afrique du Nord et de l'Asie occidentale, l'évolution du schéma de fécondité par âge est plus conforme à celle qu'ont connue les pays développés après 1970, à savoir un vieillissement de la table de fécondité. Tandis que la proportion de la fécondité totale attribuable au groupe d'âges le plus jeune descendait de 30% à 25%, celle des femmes plus âgées passait de 23% à 25%.

La figure 3 présente les moyennes des taux de fécondité par âge pour les quatre groupes de pays pour la période la plus ancienne et la période la plus récente. À l'exception de l'Afrique du Nord et de l'Asie occidentale, il est remarquable que les groupes d'âges les

Figure 3
Taux de fécondité par âge dans certaines régions

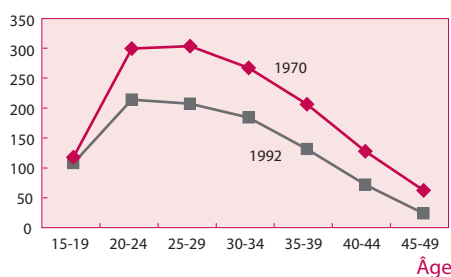
Afrique du Nord et Asie occidentale

Naissances en millier de femmes



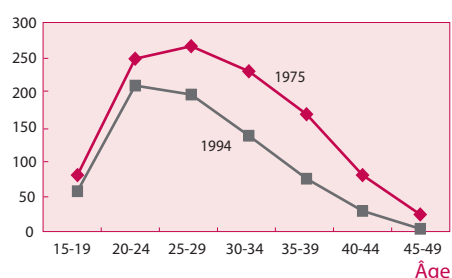
Afrique subsaharienne

Naissances en millier de femmes



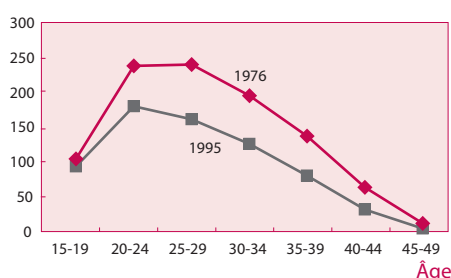
Asie centrale du Sud et Asie du Sud-Est

Naissances en millier de femmes



Amérique latine et Caraïbes

Naissances en millier de femmes



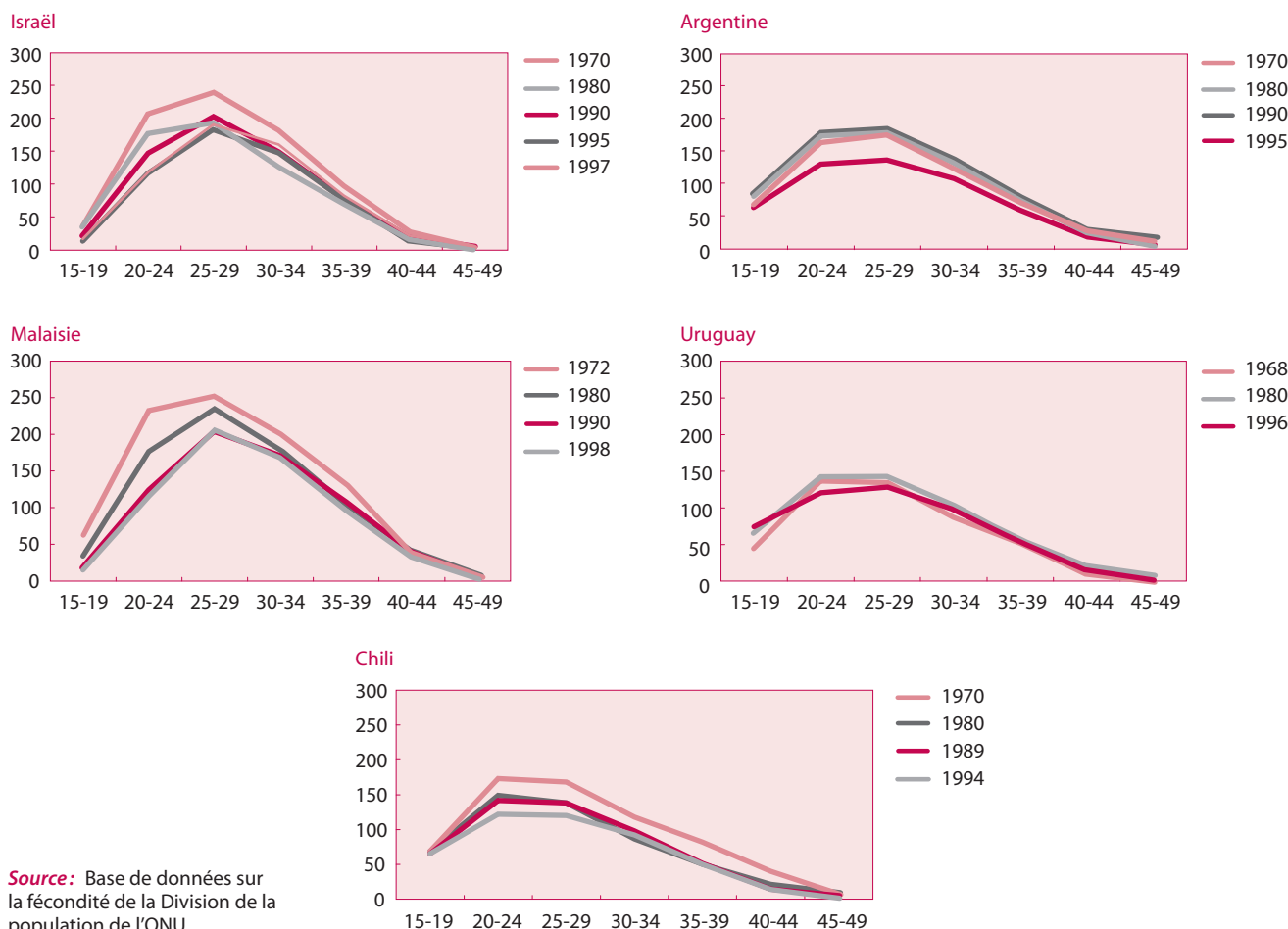
Source : Base de données sur la fécondité de la Division de la population de l'ONU

plus jeunes n'ont enregistré qu'une très faible baisse de fécondité. Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, comme en Afrique subsaharienne, la baisse a été minime, voire nulle parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans. C'est également le cas, dans une certaine mesure, des pays d'Asie centrale du Sud et d'Asie du Sud-Est. Toutefois, le taux de fécondité moyen récent des adolescentes de ces dernières régions, qui est de 59 naissances pour 1000 femmes, est très inférieur aux 100 naissances pour 1000 femmes des premières.

En bref, on peut dire que si la majorité des pays dont les taux de fertilité sont compris entre 5 et 2,1 enfants par femme ont vu leur fécondité baisser au cours des trois dernières décennies et peuvent être désignés comme des pays « en transition », le rythme de cette baisse a été inégal. Les pays qui se trouvent à l'extrémité supérieure de la dispersion de la fécondité intermédiaire ont enregistré un rythme de baisse plus rapide dans les années 90 que ceux qui se trouvent à l'extrémité inférieure. Le rythme de baisse est, dans une large mesure, lié au niveau de fécondité plutôt qu'à un moment du calendrier. Il reste à savoir combien de temps le rythme actuel de baisse se maintiendra et à quel niveau il se stabilisera.

Un certain nombre de pays ont atteint des niveaux de fécondité assez bas et enregistrent des baisses très lentes. En Argentine, au Chili et en Uruguay (figure 4), les baisses récentes se sont surtout produites parmi les femmes dans la force de l'âge de procréation, tandis que la fécondité des adolescentes demeure élevée et inchangée. Le schéma de fécondité par âge demeure jeune dans ces pays, encore que les estimations les plus récentes fassent apparaître une augmentation de la fécondité parmi les femmes d'au moins 35 ans tandis que la fécondité a baissé parmi les groupes d'âges des 20-24 ans et des 25-29 ans

Figure 4
Taux de fécondité par âge, depuis les années 70 à la période la plus récente, pour Israël, l'Argentine, la Malaisie, l'Uruguay et le Chili



(mais non parmi celui des 15-19 ans). La hausse de la fécondité aux âges plus avancés, parallèlement à une baisse aux âges plus jeunes, pourrait être le signe d'une récupération des naissances antérieurement différées — phénomène observé dans plusieurs pays européens. Cette hypothèse concorde avec l'augmentation de l'âge à la naissance du premier enfant, ce qui semble se produire au Chili. En Israël et en Malaisie, les autres pays où la fécondité a diminué lentement, surtout à l'époque récente, les derniers schémas de fécondité par âge montrent également des baisses de taux parmi les jeunes femmes et des augmentations parmi les femmes plus âgées. Il est vraisemblable que ces deux pays font également l'expérience de l'ajournement et de la récupération des naissances. Si tel est le cas, l'effet d'ajournement-récupération semble devoir se maintenir, voire se renforcer d'une cohorte à l'autre. L'ajournement des naissances comprime la FC, mais leur récupération a pour effet de la gonfler. Le degré auquel l'un ou l'autre se produit détermine le niveau de la FC.

Ces observations ne s'appuient que sur l'analyse des niveaux, tendances et schémas de fécondité par âge. D'autres facteurs sont importants pour la compréhension des tendances de la fécondité. Les sections suivantes passent en revue certains de ces facteurs.

MARIAGE ET CONTRACEPTION

La présente section examine les deux principaux facteurs immédiats — le mariage et la contraception — qui affectent le risque pour une femme d'être enceinte et, partant, le niveau et les schémas de fécondité d'une population donnée.

Mariage

Dans la plupart des pays du monde, en particulier dans les pays moins développés, la famille reste l'unité au sein de laquelle a lieu la procréation. Le mariage marque généralement le début de la constitution de la famille et, de la sorte, influe directement sur la fécondité par l'impact qu'il exerce sur la durée de l'exposition d'une femme au risque de grossesse. Il s'ensuit que l'âge au mariage est un indicateur essentiel de cette exposition. L'âge au moment du mariage⁵ est évalué par la proportion de femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans non célibataires (tableau 4) ainsi que par l'âge moyen des célibataires au mariage (tableau 5). Dans les années 90, la proportion des femmes non célibataires âgées

⁵ Aux fins du présent document, le mariage s'entend des unions matrimoniales et consensuelles.

Tableau 4
Évolution de la proportion des femmes non célibataires^a âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans

Région et pays	Année antérieure	Non-célibataires (%) parmi les femmes des groupes d'âges		Année ultérieure	Non-célibataires (%) parmi les femmes des groupes d'âges	
		15-19	20-24		15-19	20-24
Afrique du Nord et Asie occidentale						
Algérie	1977	23,6	69,0	1992	5,4	29,6
Égypte	1986	20,7	60,6	1996	14,5	56,1
Israël	1972	8,7	54,3	1983	6,8	49,3
Jordanie	1979	20,5	64,4	1997	8,2	38,8
Koweït	1989	14,4	54,8	1996	5,4	42,0
Jamahiriya arabe libyenne	1984	9,1	49,9	1995	1,0	12,2
Maroc	1982	18,5	59,6	1995	10,5	39,8
Soudan	1983	28,8	69,5	1990	15,9	45,8
République arabe syrienne	1970	27,7	70,2	1981	24,9	64,1
Tunisie	1984	6,7	41,0	1994	3,0	27,7
Turquie	1980	21,0	72,7	1998	15,5	60,7
Émirats arabes unis	1987	56,5	87,8	1995	8,2	41,7

^a Le mariage s'entend des unions matrimoniales et des unions consensuelles.

Tableau 4
Évolution de la proportion des femmes non célibataires^a âgées de 15 à 19 ans
et de 20 à 24 ans (suite)

Région et pays	Année antérieure	Non-célibataires (%) parmi les femmes des groupes d'âges		Année ultérieure	Non-célibataires (%) parmi les femmes des groupes d'âges	
		15-19	20-24		15-19	20-24
Afrique subsaharienne						
Botswana	1981	7,3	31,2	1991	5,4	27,2
Ghana	1979	30,9	84,6	1998/1999	16,4	71,0
Kenya	1989	18,8	64,7	1998	16,7	65,1
Lesotho	1976	29,4	79,6	1986	18,1	70,4
Afrique du Sud	1980	5,6	35,8	1991	4,5	28,7
Asie centrale du Sud						
Bangladesh	1981	68,7	94,9	1999/2000	48,1	81,5
Inde	1981	44,1	86,0	1998/1999	33,6	78,8
Iran (République islamique d')	1986	34,2	74,2	1994	22,4	64,9
Népal	1981	50,8	86,9	1996	44,0	85,2
Tadjikistan	1979	..	79,6	1989	11,6	76,9
Turkménistan	1979	..	68,3	1989	6,4	53,3
Ouzbékistan	1989	15,3	74,1	1996	13,0	77,2
Asie du Sud-Est						
Indonésie	1980	30,1	77,7	1997	18,0	63,9
Malaisie	1980	10,3	48,7	1994	7,6	39,8
Myanmar	1983	16,8	57,9	1997	6,6	34,8
Philippines	1980	14,1	54,5	1998	8,5	43,7
Viet Nam	1989	11,4	57,5	1997	7,7	53,1
Caraïbes						
République dominicaine	..	..	..	1996	28,9	66,1
Haïti	..	..	..	2000	19,4	57,3
Jamaïque	..	..	..	1997	30,6	70,9
Amérique centrale						
Costa Rica	..	..	..	1992/1993	17,1	62,2
El Salvador	..	..	..	1998	26,2	60,5
Guatemala	..	..	..	1998/1999	26,1	69,5
Honduras	..	..	..	1996	30,4	68,2
Mexique	..	..	..	1990	15,4	54,2
Nicaragua	..	..	..	1998	34,3	75,1
Panama	..	..	..	1990	21,4	55,9
Amérique du Sud						
Argentine	..	..	..	1991	12,4	45,2
Bolivie	..	..	..	1998	12,2	53,4
Brésil	..	..	..	1996	16,8	52,6
Chili	..	..	..	1992	11,7	43,8
Colombie	..	..	..	2000	17,6	50,1
Équateur	..	..	..	1999	19,2	56,2
Paraguay	..	..	..	1996	18,4	62,7
Pérou	..	..	..	1996	12,5	52,3
Uruguay	..	..	..	1996	12,8	44,8
Venezuela	..	..	..	1990	17,7	50,6
Océanie						
Papouasie-Nouvelle-Guinée	..	..	..	1996	20,8	75,1

Source: Base de données sur les tendances de l'âge au mariage de la Division de la population de l'ONU.

Note: On a signalé par deux points (..) que les données ne sont pas disponibles.

Tableau 5
Évolution de l'âge moyen des célibataires au mariage^a (AMCM) parmi les femmes

Région et pays	Année antérieure	AMCM	Année ultérieure	AMCM	Évolution de l'AMCM
Afrique de l'Est					
Kenya	1989	21,7	1998	21,7	0,0
Afrique du Nord					
Algérie	1980	20,8	1992	25,9	5,1
Égypte	1986	21,6	1996	22,3	0,7
Jamahiriya arabe libyenne	1973	18,7	1984	23,0	4,3
Maroc	1982	22,2	1994	25,3	3,1
Soudan	1983	20,7	1993	22,7	2,0
Tunisie	1984	24,3	1994	26,6	2,3
Afrique australe					
Botswana	1981	26,4	1991	26,9	0,5
Lesotho	1976	20,1	1986	21,3	1,2
Afrique du Sud	1980	25,7	1991	26,8	1,1
Afrique occidentale					
Ghana	1979	20,5	1993	22,4	1,9
Asie de l'Est					
Mongolie	..	..	1998	22,5	..
Asie centrale du Sud					
Bangladesh	1981	16,7	1989	18,1	1,4
Inde	1981	18,7	1991	19,3	0,6
Iran (République islamique d')	1986	20,2	1994	21,7	1,5
Kirghizistan	1985	..	1997	20,4	..
Népal	1981	17,9	1991	18,5	0,6
Tadjikistan	1979	..	1989	20,9	..
Turkménistan	1979	..	1989	22,6	..
Ouzbékistan	1989	21,0	1996	20,6	-0,4
Asie du Sud-Est					
Indonésie	1980	20,0	1990	21,6	1,6
Malaisie (péninsulaire)	1984	24,5	1994	24,9	0,4
Myanmar	1991	24,5	1997	26,4	1,9
Philippines	1980	22,4	1995	24,1	1,7
Viet Nam	1989	23,1	1997	22,1	-1,0
Asie occidentale					
Israël	1972	22,8	1983	23,5	0,7
Jordanie	1979	21,5	1997	25,3	3,8
Koweït	1989	23,0	1996	25,3	2,3
Liban	1970	23,2	..	..	..
République arabe syrienne	1970	20,7	1981	21,5	0,8
Turquie	1980	20,7	1990	22,0	1,3
Émirats arabes unis	1987	23,1	1995	24,3	1,2
Caraïbes					
République dominicaine	1986	21,5	1996	21,3	-0,2
Haïti	1988	23,8	1994	22,1	-1,7
Amérique centrale					
Costa Rica	1973	21,7	1984	22,2	0,5
El Salvador	1992	22,3	1998	21,6	-0,7
Guatemala	1987	..	1998	20,5	..
Honduras	1988	20,9	1996	20,4	-0,5
Mexique	1980	21,6	1990	22,4	0,8

^a Le mariage s'entend des unions matrimoniales et des unions consensuelles.

Tableau 5
Évolution de l'âge moyen des célibataires au mariage^a (AMCM) parmi les femmes (suite)

Région et pays	Année antérieure	AMCM	Année ultérieure	AMCM	Évolution de l'AMCM
Amérique centrale (suite)					
Nicaragua	1992	19,8	1998	20,0	0,2
Panama	1980	21,4	1990	21,9	0,5
Amérique du Sud					
Argentine	1991	23,3	..	..	..
Bolivie	1988	22,8	1998	22,8	0,0
Brésil	1980	22,7	1997	22,8	0,1
Chili	1982	23,6	1992	23,4	-0,2
Colombie	1985	22,7	1993	22,5	-0,2
Équateur	1982	21,4	1990	22,0	0,6
Paraguay	1982	21,8	1992	21,5	-0,3
Pérou	1981	22,8	1996	23,1	0,3
Uruguay	1985	22,9	1996	23,3	0,4
Venezuela	1981	21,3	1990	22,1	0,8
Océanie					
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1980	20,6	1996	20,8	0,2

Source: Base de données sur les tendances de l'âge au mariage de la Division de la population de l'ONU.

Note: On a signalé à l'aide de deux points (..) que les données ne sont pas disponibles.

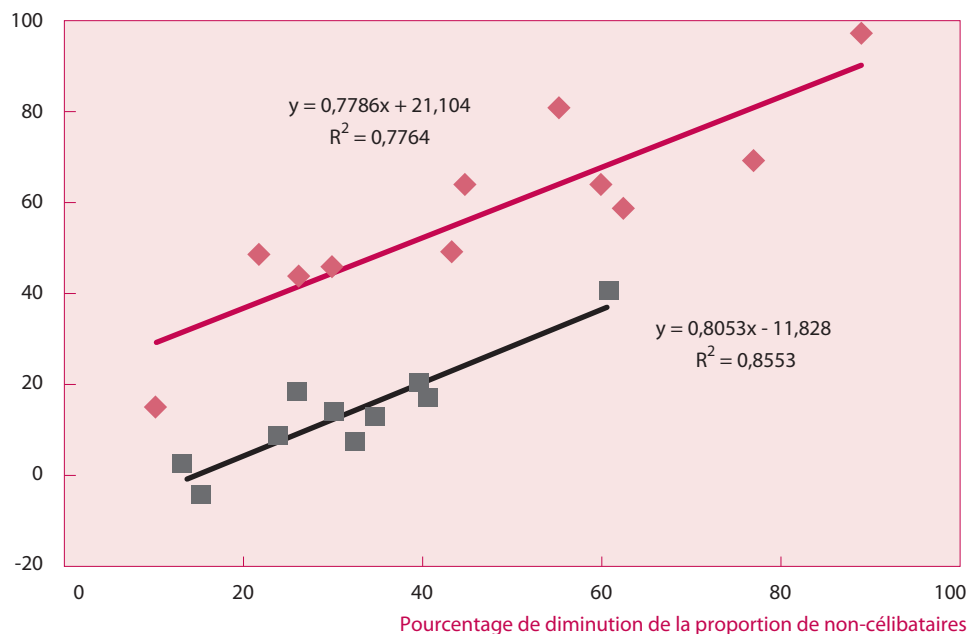
de 15 à 19 ans s'est échelonnée entre 1 % en Jamahiriya arabe libyenne et plus de 40 % au Bangladesh et au Népal. De même, la proportion des femmes non célibataires âgées de 20 à 24 ans oscille entre 12 % en Jamahiriya arabe libyenne à plus de 80 % au Bangladesh, au Kirghizistan et au Népal. Au niveau régional et en moyenne, les proportions de non-célibataires parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans sont plus faibles en Afrique (11 % et 46 %, respectivement) qu'en Asie (16 % et 59 %, respectivement) et dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes (20 % et 59 %, respectivement).

Les proportions des femmes non célibataires âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans ont diminué entre les années 80 et les années 90 (tableau 4), ce qui suggère une tendance à se marier plus tardivement. La figure 5, qui trace la courbe représentant la variation en pourcentage de la proportion des non-célibataires en fonction de la variation en pourcentage du taux de fécondité par âge en Afrique du Nord et en Asie occidentale, ainsi qu'en Asie centrale du Sud et en Asie du Sud-Est, montre que ce recul du mariage parmi les groupes d'âges jeunes a été associé à une baisse de la fécondité au sein de ces groupes d'âges. On y constate également que les baisses de la fécondité et de la proportion des non-célibataires ont été plus marquées en Afrique du Nord et en Asie occidentale qu'en Asie centrale du Sud et en Asie du Sud-Est. En Afrique du Nord et en Asie occidentale, la FC traduit l'effet de compression de la fécondité que produit la baisse de la proportion des non-célibataires parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans. Près des deux tiers des 11 pays ayant enregistré la baisse de fécondité la plus rapide (baisse de la FC d'au moins 1,5 enfant par femme et par décennie entre 1970 et 2000) ont une proportion de femmes âgées de 15 à 19 non célibataires qui est inférieure à 10 %. En revanche, la grande majorité (plus de 80 %) des 43 pays qui ont connu des baisses de fécondité plus lentes ont moins de 10 % de femmes âgées de 15 à 19 ans qui sont non célibataires.

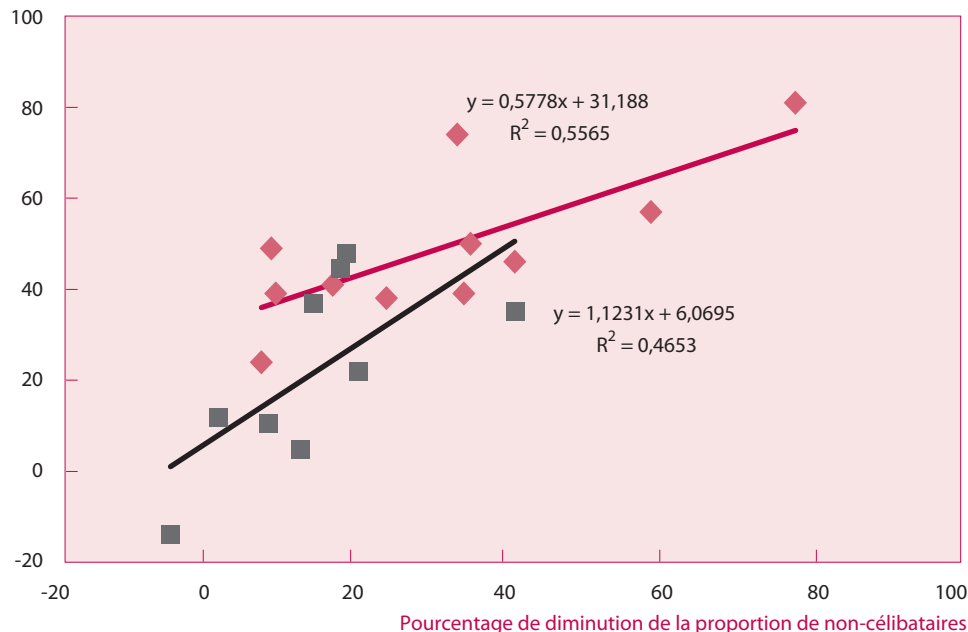
Dans les années 90, les femmes qui étaient mariées pour la première fois avant l'âge de 50 ans l'avaient fait en moyenne à l'âge de 24 ans en Afrique, de 22 ans en Asie et de 23 ans dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes. Les AMCM les plus bas sont ceux du Bangladesh, de l'Inde et du Népal (18,1 ans en 1989, 19,3 ans en 1991 et 18,5 ans en 1991, respectivement). Dans les autres pays, les femmes se marient pour la première fois entre 20 et 29 ans. Depuis les années 80, l'âge moyen au mariage a augmenté dans la majorité des pays, en particulier dans les pays d'Afrique du Nord

Figure 5
Relation entre l'évolution de la proportion des non-célibataires et l'évolution du taux de fécondité par âge parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans

Pourcentage de diminution du taux de fécondité par âge, femmes âgées de 15-19 ans



Pourcentage de diminution du taux de fécondité par âge, femmes âgées de 20-24 ans



Source: Tableau 4 et base de données sur la fécondité de la Division de la population de l'ONU.

ainsi qu'en Jordanie, au Koweït et au Myanmar, où il a augmenté d'au moins 2 ans. On notera que dans le cas de l'Algérie, l'âge moyen au mariage a augmenté de 5 ans entre 1980 et 1992. Cet ajournement important du moment du mariage, en particulier au delà de 25 ans, a assurément contribué pour beaucoup à la baisse rapide de la FC (plus de 2 enfants par décennie) que l'Algérie a connue entre 1979 et 1995 (tableau 2). L'impact de l'augmentation de l'âge au mariage sur la fécondité dans les pays d'Afrique du Nord ressort de leur schéma de fécondité par âge. Comme indiqué dans la section précédente,

tandis que la fécondité baissait le plus, dans les autres régions, parmi les groupes d'âges les plus avancés, en Afrique du Nord et en Asie occidentale, la baisse de la fécondité s'explique pour l'essentiel par la baisse de la fécondité des femmes les plus jeunes.

Utilisation de la contraception

La documentation publiée sur la baisse de la fécondité dans les pays en développement montre que les baisses antérieures sont essentiellement dues à l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs. L'utilisation de la contraception parmi les femmes en âge de procréer qui ont contracté une union matrimoniale ou consensuelle a généralement atteint un niveau moyen à élevé dans les pays à taux de fécondité intermédiaire (tableau 6). Au cours de la décennie écoulée, le pourcentage des femmes utilisant une méthode contraceptive quelle qu'elle soit était d'au moins 50% dans les deux tiers des 50 pays pour lesquels existent des données (tableau 7). Au Brésil, en Colombie, au Costa Rica, en République islamique d'Iran et au Viet Nam, l'utilisation de la contraception a même atteint ou dé-

Tableau 6
Niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception parmi les femmes en âge de procréer qui sont entrées en union matrimoniale ou consensuelle et ont besoin de planification familiale

Région et pays	Année	Utilisation de la contraception					
		Pourcentage d'utilisation le plus récent		Tendances 1990-2000 (variation annuelle du %)		Besoins non satisfaits de planification familiale	
		Toutes méthodes confondues	Méthodes modernes	Toutes méthodes confondues	Méthodes modernes	Pourcentage de besoins non satisfaits	Pourcentage de besoins satisfaits
Afrique de l'Est							
Kenya	1998	39,0	31,5	1,3	1,3	23,9	63,1
Afrique du Nord							
Algérie	1995	56,9	49,4	2,0	2,2	..	..
Égypte	2000	56,1	53,9	1,5	1,4	11,2	83,6
Jamahiriya arabe libyenne	1995	39,7	25,6	..	..	..	..
Maroc	1995	50,3	42,4	2,6	2,1	16,1	76,8
Soudan	1992/93	8,3	6,9	0,0	0,2	26,0 ^a	23,5 ^a
Tunisie	1994	60,0	51,0	1,7	1,8	..	..
Afrique australe							
Botswana	1988	33,0	31,7	..	..	..	..
Lesotho	1991/92	23,2	18,9	..	..	..	..
Afrique du Sud	1998	56,3	55,1	0,7	0,7	..	..
Afrique occidentale							
Ghana	1998/99	22,0	13,3	0,6	0,7	23,0	48,9
Asie de l'Est							
Mongolie	1998	59,9	45,7	..	..	..	..
Asie centrale du Sud							
Bangladesh	1999/00	53,8	43,4	1,8	1,6	15,3	78,3
Inde	1998/99	48,2	42,8	1,3	0,1	15,8	75,3
Iran (République islamique d')	1997	72,9	56,0	2,4	3,0	..	..
Kirghizistan	1997	59,5	48,9	..	..	11,6	83,7
Népal	2001	39,3	35,4	1,7	1,4	31,4 ^b	47,6 ^b
Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..
Turkménistan	2000	61,8	53,1	..	..	..	..
Ouzbékistan	1996	55,6	51,3	..	..	13,7	80,2

Tableau 6
Niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception parmi les femmes en âge de procréer qui sont entrées en union matrimoniale ou consensuelle et ont besoin de planification familiale

Région et pays	Année	Utilisation de la contraception					
		Pourcentage d'utilisation le plus récent		Tendances 1990-2000 (variation annuelle du %)		Besoins non satisfaits de planification familiale	
		Toutes méthodes confondues	Méthodes modernes	Toutes méthodes confondues	Méthodes modernes	Pourcentage de besoins non satisfaits	Pourcentage de besoins satisfaits
Asie du Sud-Est							
Indonésie	1997	57,4	54,7	1,1	1,1	9,2	86,4
Malaisie	1994	54,5	29,8	1,0	-0,3	..	..
Myanmar	1997	32,7	28,4	3,2	3,0	..	..
Philippines	1998	46,0	28,2	1,2	0,7	19,8	71,5
Viet Nam	1997	75,3	55,8	2,9	3,0	6,9	91,6
Asie occidentale							
Israël (population juive)	1987/88	68,0	52,0	..	..	..	..
Jordanie	1997	52,6	37,7	2,5	1,5	14,2	80,1
Koweït	1996	50,2	40,9	1,0	1,1	..	..
Liban	1996	61,0	37,0	..	..	..	..
République arabe syrienne	1993	36,1	28,3	..	..	..	..
Turquie	1998	63,9	37,7	0,1	0,7	10,1	86,6
Émirats arabes unis	1995	27,5	23,6	..	..	..	..
Caraiïbes							
République dominicaine	1996	63,7	59,2	1,4	1,5	12,5	83,9
Haïti	2000	28,1	22,3	1,7	1,2	39,8	41,4
Jamaïque	1997	65,9	62,6	1,2	1,3	..	..
Amérique centrale							
Costa Rica	1992/93	75,0	64,6	0,8	0,9	..	..
El Salvador	1998	59,7	54,1	1,3	1,1	8,2	..
Guatemala	1998/99	38,2	30,9	1,4	1,0	23,1	62,9
Honduras	1996	50,0	41,0	0,9	1,3	18,0	..
Mexique	1995	66,5	57,5	1,7	1,6	..	..
Nicaragua	1998	60,3	57,4	1,9	2,1	14,7	80,8
Panama	1984	58,2	54,2	..	..	..	..
Amérique du Sud							
Argentine	..	..	..	..	..	..	..
Bolivie	1998	48,3	25,2	1,7	1,6	26,1	64,9
Brésil	1996	76,7	70,3	1,1	1,4	7,3	91,5
Chili	..	..	..	..	..	..	..
Colombie	2000	76,9	64,0	1,1	0,9	6,2	92,8
Équateur	1999	65,8	51,5	1,4	0,9	10,0	..
Paraguay	1998	57,4	47,7	1,8	1,7	17,3	..
Pérou	1996	64,2	41,3	1,5	2,0	12,1	85,1
Uruguay	..	..	..	..	..	..	..
Venezuela	1977	49,3	37,7	..	..	..	..
Océanie							
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1996	25,9	19,6	..	..	..	..

Source: Base de données sur l'emploi des contraceptifs de la Division de la population de l'ONU.

Note: On a signalé à l'aide de deux points (..) que les données ne sont pas disponibles.

^a Les données portent sur l'année 1990.

^b Les données portent sur l'année 1996.

Tableau 7
Distribution des pays selon la fréquence de la contraception^a, 1990-2000

Fréquence de la contraception						
Moins de 10 %	20 à < 30 %	30 à < 40 %	40 à < 50 %	50 à < 60 %	60 à < 70 %	70 % et au-delà
Soudan	Ghana Haïti Lesotho Papouasie-Nouvelle-Guinée Émirats arabes unis	Botswana Guatemala Kenya Jamahiriya arabe libyenne Myanmar Népal République arabe syrienne	Bolivie Inde Philippines Venezuela	Algérie Bangladesh Égypte El Salvador Honduras Indonésie Jordanie Koweït Malaisie Maroc Panama Paraguay Afrique du Sud Ouzbékistan	République dominicaine Équateur Israël Jamaïque Kirghizistan Liban Mexique Mongolie Nicaragua Pérou Tunisie Turquie Turkménistan	Brésil Colombie Costa Rica Iran, République islamique d' Viet Nam

Source: Tableau 3.

^a Pourcentage établi à partir de la contraception chez les femmes en âge de procréer étant entrées en unions matrimoniales ou consensuelles.

passé 70 %, niveau comparable à celui de pays plus développés. On notera que ces cinq pays à fort taux d'utilisation de la contraception ont tous une FC inférieure à trois enfants par femme. En revanche, plus de la moitié des pays ayant un taux d'utilisation de la contraception inférieure à 50 % appartiennent au groupe des pays qui ont la plus forte FC, c'est-à-dire supérieure ou égale à 4,5 enfants par femme. Avec un taux d'utilisation de 8,3 % en 1992/93, le Soudan se trouve au plus bas de l'échelle dans ce domaine. Dans la grande majorité des pays étudiés ici, les méthodes modernes de contraception représentent plus de 75 % des contraceptifs utilisés. La Bolivie, la Malaisie et la Turquie sont les seuls pays où les méthodes modernes ne représentent que moins de 60 % des contraceptifs utilisés.

Le lien entre la baisse de la fécondité et l'utilisation de la contraception est également mis en évidence par le fait que, d'une façon générale, plus le taux d'utilisation de la contraception atteint dans les années 90 et au-delà est élevé, plus rapide a été la baisse de fécondité qui s'est produite au cours de la période 1970-2000 (tableau 8). Tous les pays à baisse rapide (c'est-à-dire avec une baisse annuelle de FC égale à 1,5 enfant par décennie) ont un taux d'utilisation de la contraception supérieure à 50 %, à l'exception de la Jamahiriya arabe libyenne et des Émirats arabes unis. En revanche, plus de la moitié des pays qui ont une baisse annuelle de FC de moins d'un enfant par décennie ont un taux d'utilisation de la contraception inférieur à 50 %. Font exception les pays qui avaient déjà une FC de moins de 5 enfants par femme au début des années 70.

On ne sera pas surpris de constater que les pays qui ont atteint un taux d'utilisation de la contraception élevé et l'ont fait en un court laps de temps ont également enregistré les baisses de fécondité les plus rapides (tableau 9). Sur les 36 pays pour lesquels on dispose de données récentes sur les tendances de l'utilisation des contraceptifs, 7 ont enregistré une augmentation de cette utilisation d'au moins 2 % (Algérie, Iran (République islamique d'), Jordanie, Kirghizistan, Maroc, Myanmar et Viet Nam). Parmi eux, seul le Kirghizistan et le Myanmar ont enregistré un taux de baisse de fécondité inférieur à 1,5 enfant par décennie, ce qui est lié au fait que ces deux pays avaient déjà une FC de moins de 5 enfants par femme au début des années 70. La grande majorité (90 %) des pays ayant récemment enregistré une augmentation de l'utilisation de la contraception inférieure à 2 % par an ont eu un taux de baisse de la fécondité relativement lent au cours de la période 1970-2000. À l'exception du Costa Rica et de la Malaisie, ces pays avaient une FC d'au moins 5 enfants par femme dans les années 70. De plus, le niveau de fécondité effectif dans la majorité de ces pays reste supérieur à 3 enfants par femme. Ces résultats autorisent à penser qu'une nouvelle augmentation, plus rapide, de l'utilisation de la contraception pourrait faire baisser encore la fécondité dans la majorité des pays à taux de fécondité intermédiaire.

Tableau 8
Distribution des pays selon la baisse annuelle de la fécondité cumulée et la fréquence de la contraception^a

Fréquence de la contraception	Baisse moyenne de la FC au cours de la période 1970-2000 (nombre d'enfant par décennie)			
	Au moins 2	1,5 à 1,9	1,0 à 1,4	< 1,0
Moins de 50 %		Jamahiriya arabe libyenne Émirats arabes unis	Kenya Myanmar Soudan République arabe syrienne	Bolivie Botswana Ghana Guatemala Haïti Inde Lesotho Népal Papouasie-Nouvelle-Guinée Philippines
Au moins 50 %	Algérie Viet Nam	Iran (République islamique d') Jordanie Mongolie Maroc Nicaragua Afrique du Sud	Bangladesh Brésil Colombie République dominicaine Équateur Égypte El Salvador Honduras Indonésie Jamaïque Koweït Liban Mexique Panama Pérou Tunisie Turquie Ouzbékistan Venezuela	Argentine Chili Costa Rica Israël Kirghizistan Malaisie Paraguay Turkménistan

Source: Tableaux 2 et 3.

^a Pourcentage établi à partir de la contraception chez les femmes en âge de procréer étant entrées en unions matrimoniales ou consensuelles.

Tableau 9
Distribution des pays selon la diminution annuelle de la fécondité cumulée et les récentes tendances de la fréquence d'utilisation de la contraception^a

Tendances de la fréquence d'utilisation de la contraception (variation annuelle en pourcentage, 1990-2000)	Diminution moyenne de la FC au cours de la période 1970-2000 (nombre d'enfants par décennie)			
	Au moins 2	Entre 1,5 et 1,9	Entre 1,0 et 1,4	< 1,0
Au moins 2 %	Algérie Viet Nam	Iran (République islamique d') Jordanie Maroc	Myanmar	Kirghizistan
1,5 à < 2 %		Nicaragua	Bangladesh Égypte Mexique Pérou Tunisie	Bolivie Haïti Népal Paraguay
1,0 à < 1,5 %			Brésil Colombie République dominicaine El Salvador Indonésie Jamaïque Kenya Koweït	Guatemala Inde Malaisie Philippines
Moins de 1 %			Honduras Soudan Turquie	Costa Rica Ghana

Source: Tableaux 2 et 3.

^a Pourcentage établi à partir de la contraception chez les femmes en âge de procréer étant entrées en unions matrimoniales ou consensuelles.

⁶ Les femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont celles qui souhaiteraient différer les naissances ou y mettre fin, mais ne pratiquent pas la contraception; il s'agit, en d'autres termes, des femmes chez lesquelles existe un hiatus entre les préférences en matière de fécondité et la pratique contraceptive.

⁷ Les femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits sont celles qui ont recours à la contraception parmi celles qui ont besoin de planification familiale.

En dépit des taux relativement élevés d'utilisation de la contraception dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, on continue d'observer des niveaux élevés de besoins en matière de contraception non satisfaits. Dans 28 pays pour lesquels on dispose de données, le pourcentage de femmes dont les besoins en matière de planification familiale⁶ ne sont pas satisfaits s'échelonne de moins de 10 % au Brésil, en Colombie, en El Salvador, en Indonésie et au Viet Nam à plus de 30 % en Haïti et au Népal. D'un autre côté, le pourcentage de femmes dont les besoins en matière de planification familiale⁷ sont satisfaits oscille entre moins de 50 % au Ghana, en Haïti, au Népal et au Soudan et plus de 90 % au Brésil, en Colombie et au Viet Nam. À l'échelle régionale, le niveau des besoins non satisfaits est le plus élevé en Afrique (19 %) et le moins élevé en Asie (15 %), en moyenne. Comme on pouvait s'y attendre, le pourcentage de femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits est donc le plus faible en Afrique (autour de 60 %), le plus élevé en Asie (environ 80 %) et avoisine les 75 % dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, en moyenne. Les pays aux niveaux de besoins non satisfaits les plus faibles (et aux niveaux de besoins satisfaits les plus élevés) sont tous des pays où l'utilisation des méthodes contraceptives a atteint des niveaux très élevés (supérieurs à 70 %). Il serait sans doute difficile d'y escompter une nouvelle baisse de la fécondité par le jeu d'une augmentation de l'utilisation de la contraception. Toutefois, la majorité des pays ont encore des niveaux élevés de besoins non satisfaits et, parmi eux, les pays aux niveaux de besoins non satisfaits les plus élevés (et aux niveaux de besoins satisfaits les plus faibles) sont tous des pays dont la FC dépasse 4 enfants par femme. Là encore, ces résultats autorisent à penser qu'il est possible d'augmenter encore l'utilisation de la contraception dans la majorité des pays à taux de fécondité intermédiaire et que cette nouvelle augmentation pourrait faire baisser encore et plus vite la fécondité, en particulier dans les pays où celle-ci se situe encore à un niveau plutôt élevé (plus de 4 enfants par femme).

Dans les huit pays qui ont enregistré la baisse de fécondité la plus rapide (une baisse de FC d'au moins 1,5 enfant par décennie) — Algérie, République islamique d'Iran, Jordanie, Maroc, Nicaragua, Viet Nam, Zimbabwe et Afrique du Sud —, les femmes vivant dans les zones urbaines ont sensiblement plus de chances d'utiliser la contraception que les femmes vivant dans les zones rurales. De même, des femmes plus instruites ont plus de chances d'utiliser la contraception que celles qui sont peu instruites ou n'ont aucune instruction. Ces écarts existent à la fois pour l'utilisation de la contraception toutes méthodes confondues et pour celle d'une méthode moderne de contraception quelle qu'elle soit. Ces résultats donnent à penser que dans ces pays, il reste possible d'élever le niveau d'utilisation de la contraception (parmi les femmes rurales et peu instruites), ce qui pourra déboucher sur une nouvelle baisse de fécondité. En fait, on retrouve ces écarts d'utilisation de la contraception dans tous les pays à taux de fécondité intermédiaire, à l'exception du Costa Rica. La fécondité de ce dernier pays était déjà inférieure à 5 au début des années 70.

NIVEAU D'INSTRUCTION ET URBANISATION

Niveau d'instruction

Au cours des deux dernières décennies, le niveau d'instruction des femmes a sensiblement progressé dans de nombreux pays. Dans 9 des 20 pays indiqués dans le tableau 10, plus de 50 % des femmes en âge de procréer ont au moins achevé leurs études secondaires. Parallèlement, il y a 11 pays où moins de 20 % des femmes en âge de procréer n'ont aucune instruction, contre 7 pays au cours de la période précédente. Toutefois, tous les pays n'ont pas enregistré pareils progrès dans le domaine de l'instruction des femmes. En Égypte, au Guatemala et au Maroc, plus d'un tiers des femmes en âge de procréer n'ont aucune instruction. Au Bangladesh, en Inde et au Népal, plus de la moitié n'ont aucune instruction.

Tableau 10
Distribution en pourcentage des femmes interrogées, par niveau d'instruction,
dans certains pays

Région et pays	Année de l'enquête	Niveau d'instruction le plus élevé			Résidence	
		Sans instruction	Primaire	Secondaire/supérieur	Urbaine	Rurale
Afrique						
Égypte	1988	50,8	31,8	17,4	48,3	51,7
	2000	43,2	29,7	37,0	44,1	55,9
Ghana	1988	39,7	52,8	7,5	33,9	66,1
	1998	29,1	18,0	52,8	35,9	64,1
Kenya	1989	25,1	54,4	20,4	17,3	82,7
	1998	11,5	59,3	29,2	23,2	76,8
Maroc	1987	82,7	10,0	7,1	42,7	57,3
	1992	63,4	16,9	19,8	49,2	50,8
Asie						
Bangladesh	1993-1994	58,2	26,8	15,0	11,5	88,5
	1996-1997	54,8	27,0	18,2	11,7	88,3
Inde	1993	61,5	16,3	21,9	26,2	73,8
	1999	53,5	16,9	29,6	26,2	73,8
Indonésie	1987	23,2	60,0	16,8	27,5	72,5
	1997	13,2	58,7	28,1	27,9	72,1
Jordanie	1990	23,5	22,5	54,0	73,8	26,2
	1997	9,1	15,3	75,6	83,6	16,4
Népal	1996	80,0	11,0	9,0	8,4	91,6
	2001	74,0	12,8	13,2	9,6	90,4
Philippines	1993	2,1	31,2	66,6	56,6	43,4
	1998	1,5	26,2	72,2	56,6	43,4
Turquie	1993	27,1	55,4	17,5	64,1	35,9
	1998	16,7	53,0	30,3	66,5	33,5
Amérique latine et Caraïbes						
Bolivie	1989	17,4	41,5	41,1	60,0	40,0
	1998	8,1	34,3	57,5	71,5	28,5
Brésil	1986	7,4	66,5	26,0	75,6	24,4
	1996	5,2	32,9	61,9	82,0	18,0
Colombie	1986	5,7	48,8	45,4	72,0	28,0
	2000	3,3	31,8	64,9	77,4	22,6
République dominicaine	1986	4,8	61,9	33,3	65,5	34,5
	1996	7,0	49,4	43,6	66,6	33,4
Équateur	1987	7,8	47,5	44,7	59,2	40,8
	1999	4,1	39,2	56,4	65,2	34,8
Guatemala	1987	38,4	47,1	14,6	37,2	62,8
	1998-1999	25,3	49,3	25,4	45,0	55,0
Haïti	1994-1995	35,6	41,6	22,8	43,9	56,1
	2000	24,6	47,3	28,1	45,9	54,1
Pérou	1986	10,9	38,0	51,0	68,1	31,9
	2000	5,1	28,6	66,3	69,9	30,1

Source: Enquêtes démographiques et sanitaires.

Maintes études ont établi de façon convaincante le recul de la fécondité associé à l'élévation du niveau d'instruction des femmes, comme l'étude menée par l'Organisation des Nations Unies dans 26 pays en développement (Organisation des Nations Unies, 1995). Cette étude a confirmé la corrélation négative entre le niveau d'instruction des femmes et la fécondité. Elle a montré que les principaux mécanismes par le jeu desquels l'instruction des femmes fait baisser la fécondité étaient liés au recul de l'âge

Tableau 11
Fécondités cumulées selon le niveau d'instruction et le lieu de résidence dans certains pays

Région et pays	Année de l'enquête	Niveau d'instruction le plus élevé			Résidence		Écart de FC		
		Sans instruction	Primaire	Secondaire	Urbaine	Rurale	Primaire moins sans instruction	Secondaire + moins sans instruction	Urbaine moins rurale
Afrique									
Égypte	1992	6,0	5,4	4,5	4,5	6,2	-0,6	-1,5	-1,6
	1995	5,4	4,8	4,4	4,4	5,4	-0,7	-1,0	-1,0
Ghana	1988	6,9	6,1	3,5	5,2	6,9	-0,8	-3,4	-1,7
	1993	3,5	3,1	1,7	2,3	3,6	-0,4	-1,8	-1,4
	1998	5,8	4,9	3,6	3,0	5,4	-0,9	-2,3	-2,4
Kenya	1989	7,3	7,1	5,0	4,8	7,1	-0,2	-2,2	-2,3
	1993	6,1	5,9	4,1	3,4	6,0	-0,2	-2,0	-2,6
	1998	5,5	5,1	3,5	3,1	5,2	-0,4	-2,0	-2,2
Maroc	1987	6,7	5,2	4,5	5,0	7,4	-1,5	-2,2	-2,4
	1992	5,1	2,6	2,0	2,8	5,7	-2,5	-3,1	-2,9
Soudan	1990	7,1	6,7	5,6	6,2	7,2	-0,4	-1,5	-1,0
Tunisie	1988	7,3	5,7	4,5	5,3	7,9	-1,7	-2,9	-2,5
Asie									
Bangladesh	1993-1994	4,6	4,3	3,3	3,6	4,4	-0,3	-1,2	-0,8
	1996-1997	4,3	3,8	2,9	2,9	4,1	-0,6	-1,4	-1,2
Inde	1993	3,6	2,9	2,6	2,9	3,4	-0,7	-1,0	-0,5
	1993	4,4	3,5	3,1	3,5	4,2	-0,9	-1,3	-0,7
	1999	3,5	2,6	2,0	2,3	3,1	-0,9	-1,5	-0,8
Indonésie	1987	4,3	4,3	4,0	4,2	4,3	0,0	-0,3	-0,1
	1991	3,9	3,9	3,7	3,8	3,9	0,0	-0,2	-0,1
Kirghizistan	1997	..	4,3	3,5	2,5	4,0	..	..	-1,6
Népal	1996	5,5	4,4	3,5	3,7	5,4	-1,0	-2,0	-1,7
Philippines	1993	5,2	5,5	3,5	3,5	4,9	0,3	-1,7	-1,4
	1998	5,2	5,1	3,3	3,1	4,7	-0,1	-1,9	-1,7
Turquie	1993	5,1	3,2	2,8	3,3	4,1	-1,9	-2,3	-0,8
	1998	4,2	2,7	1,8	2,4	3,1	-1,5	-2,3	-0,7
Ouzbékistan	1996	1,4	..	3,6	2,9	4,1	..	2,2	-1,1
Amérique latine et Caraïbes									
Bolivie	1989	6,3	6,0	3,3	4,0	6,6	-0,3	-3,0	-2,6
	1998	7,1	5,8	3,0	3,4	6,7	-1,3	-4,1	-3,3
Brésil	1986	6,7	3,9	2,2	3,2	5,4	-2,8	-4,5	-2,2
	1996	4,8	3,4	2,1	2,3	3,6	-1,5	-2,7	-1,3
Colombie	1986	5,4	4,2	2,4	2,8	5,0	-1,2	-3,0	-2,2
	1990	5,0	3,6	2,2	2,5	3,9	-1,4	-2,8	-1,4
	1995	5,2	3,9	2,4	2,5	4,4	-1,3	-2,8	-1,9
	2000	4,1	3,6	2,2	2,3	3,8	-0,5	-1,9	-1,4
République dominicaine	1986	5,6	4,5	2,7	3,2	5,1	-1,1	-2,9	-1,9
	1991	5,3	3,8	2,7	2,8	4,4	-1,6	-2,6	-1,6
	1996	5,0	3,8	2,6	2,8	4,1	-1,2	-2,4	-1,3
Équateur	1987	6,5	5,3	2,9	3,5	5,6	-1,2	-3,6	-2,0
Guatemala	1987	7,1	5,2	2,7	4,1	6,6	-1,9	-4,4	-2,5
	1995	7,1	5,1	2,7	3,9	6,2	-1,9	-4,3	-2,3
	1998-1999	7,1	5,2	3,0	4,2	6,0	-1,9	-4,1	-1,8
Haïti	1994-1995	6,3	5,0	2,7	3,5	6,1	-1,3	-3,7	-2,6
Mexico	1987	6,3	4,8	2,5	6,2	4,4	-1,6	-3,8	1,9
Nicaragua	1997-1998	6,1	4,6	2,5	3,1	5,4	-1,5	-3,6	-2,3
Paraguay	1990	6,8	5,6	3,3	3,7	6,3	-1,3	-3,5	-2,6
Pérou	1986	7,5	5,4	2,9	3,3	6,9	-2,0	-4,6	-3,6
	1992	7,3	5,4	2,7	3,0	6,5	-1,9	-4,6	-3,6
	1996	6,9	5,2	2,8	3,0	5,8	-1,7	-4,1	-2,8
	2000	5,5	4,4	2,3	2,4	4,7	-1,2	-3,2	-2,3

Source: Enquêtes démographiques et sanitaires.

Figure 6
Afrique : Tendances des fécondités cumulées en fonction de certains aspects de la situation personnelle



Figure 7
Asie : Tendances des fécondités cumulées en fonction de certains aspects de la situation personnelle

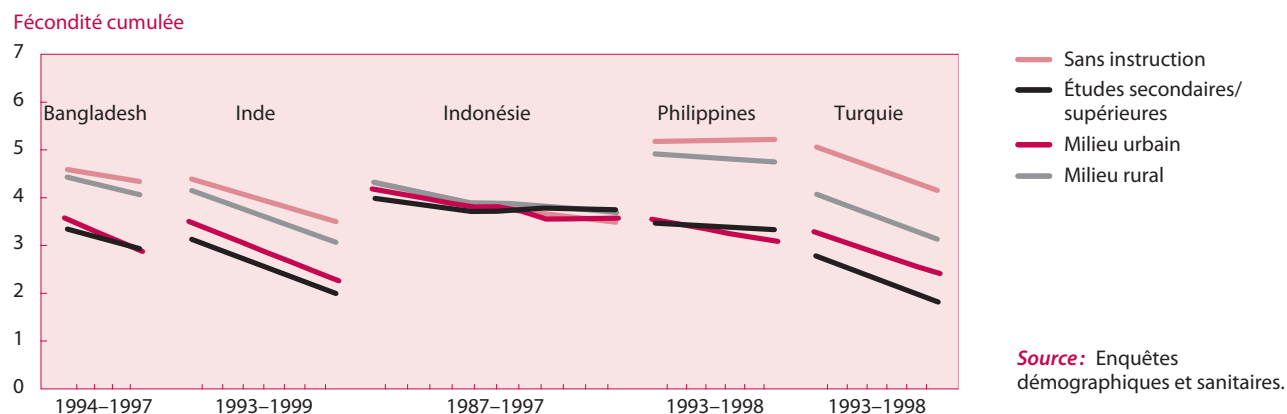
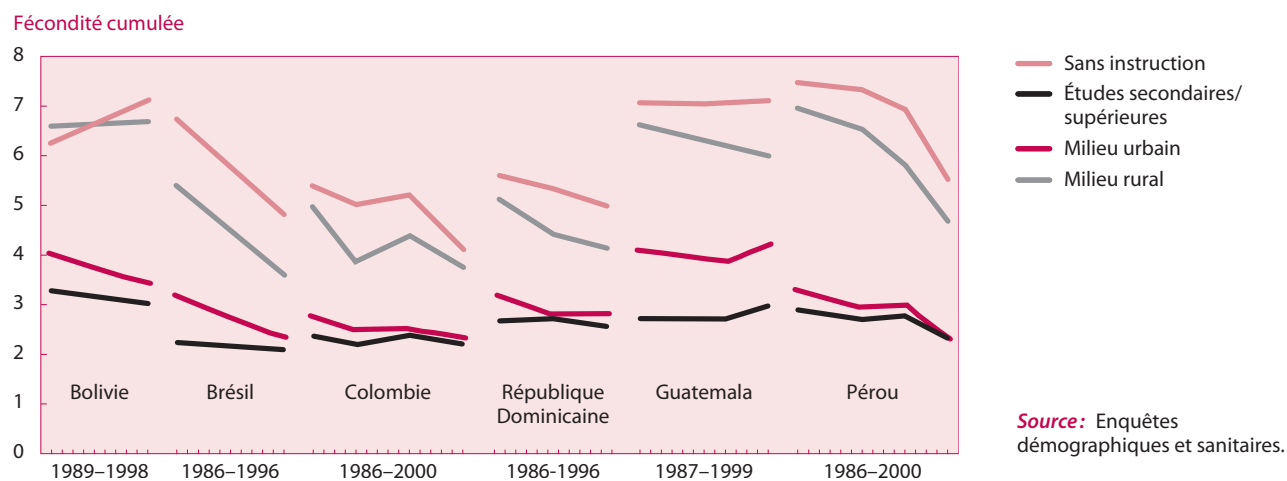


Figure 8
Amérique latine et Caraïbes : Tendances des fécondités cumulées en fonction de certains aspects de la situation personnelle



au mariage, au désir d'avoir une famille peu nombreuse et à l'augmentation de l'utilisation de la contraception. Cette étude a également examiné les tendances de la fécondité liées à l'instruction. L'analyse de données provenant de deux enquêtes différentes pour chaque pays a permis à l'ONU de constater que, dans de nombreux pays, tous les groupes de population considérés du point de vue du niveau d'instruction ont contribué à la baisse de la fécondité. Dans bien des cas, le fait que la fécondité ait baissé le plus parmi les femmes peu instruites a réduit l'écart entre les taux de fécondité des femmes ayant fait des études secondaires et les femmes ayant peu d'instruction ou sans instruction. Les conclusions de l'étude de l'ONU sont confirmées par l'analyse des données d'enquêtes récentes pour les années 90 pour les pays à taux de fécondité intermédiaire.

Les fécondités cumulées sont plus faibles parmi les femmes qui ont au moins fait des études secondaires que parmi celles qui n'ont aucune instruction dans les 26 pays à l'exception de l'Indonésie et de la Trinité-et-Tobago (tableau 11). Les femmes ayant quelque instruction ont au moins un enfant de moins que celles qui n'en ont aucune et, dans la plupart des pays, les femmes qui ont fait des études secondaires ou supérieures donnent naissance, en moyenne, à un à quatre enfants de moins que les femmes qui n'ont aucune instruction. Dans tous les pays, à l'exception du Ghana, du Guatemala et des Philippines, la fécondité a diminué à tous les niveaux d'instruction (voir aussi les figures 6, 7 et 8). Dans certains pays, les baisses ont été plus importantes parmi les femmes sans instruction et, dans d'autres, parmi les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures.

Dans neuf des 16 pays pour lesquels on dispose de données pour deux époques différentes (Égypte, Ghana et Kenya en Afrique; Brésil, Colombie, Guatemala, Pérou et République dominicaine dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes), l'écart entre la FC des femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures et celle des femmes sans instruction s'est amenuisé avec le temps. Sur une période de 10 à 15 ans, ces neuf pays, sauf le Guatemala, ont enregistré une baisse importante de la fécondité des femmes sans instruction : ces baisses s'échelonnent entre 6 % par an en République dominicaine et 19 % par an au Brésil et au Kenya. Dans cinq pays (Maroc en Afrique; Bangladesh, Inde et Philippines en Asie et Bolivie dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes), l'écart s'est creusé. Dans ces pays, la baisse de fécondité parmi les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures a été plus importante que celle enregistrée par les femmes sans instruction. La baisse de fécondité parmi les femmes qui avaient fait au moins des études secondaires a oscillé entre 48 % par an au Maroc et 2,9 et 2,6 % en Bolivie et aux Philippines, respectivement. Il convient toutefois de noter qu'au Maroc la majorité des femmes (63,4 %) n'ont aucune instruction et que 19,8 % seulement ont fait des études secondaires ou supérieures. En Bolivie et aux Philippines, en revanche, la majorité des femmes ont fait des études au moins jusqu'au niveau secondaire. Dans les deux pays très peuplés, le Bangladesh et l'Inde, la FC a baissé de 13,6 % et de 18,9 %, respectivement, parmi les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures, tandis que parmi les femmes sans instruction, à savoir plus de la moitié des femmes interrogées, la baisse n'a pas dépassé 8,3 % par an.

L'analyse des données qui viennent d'être présentées permet de dégager deux tendances. Selon l'une d'elles, dans la quasi-totalité des pays, la composition de la population féminine selon le niveau d'instruction a évolué positivement dans le sens d'une population mieux instruite qui, invariablement, réduit sa fécondité. La seconde tendance concerne la diminution de la fécondité à tous les niveaux d'instruction qui, dans beaucoup de pays, a été la plus rapide parmi les femmes sans instruction. Ces deux tendances contribuent à la baisse de la fécondité générale et, conjuguant leurs effets, se traduisent par une baisse rapide des fécondités cumulées. Afin de déterminer les contributions respectives à la baisse de la fécondité générale de l'évolution de la composition de la population féminine selon le niveau d'instruction ou de l'évolution constatée au sein des niveaux d'instruction, on procède généralement à une analyse de décomposition. Elle n'est pas appliquée dans le présent document, mais les données présentées

dans une étude antérieure montrent qu'entre 66 et 82 % de l'évolution de la fécondité générale pourraient être attribués à l'évolution de la fécondité au sein des groupes de population considérés du point de vue du niveau d'instruction (Nations Unies, 1995). Cleland consigne des conclusions analogues dans son étude sur l'éducation.

Type de lieu de résidence

Dans la mesure où la transition de la fécondité est souvent considérée comme un processus de diffusion qui s'enclenche dans les zones urbaines pour s'étendre ensuite aux zones rurales, les écarts et les variations de composition peuvent engendrer des différences de calendrier et de rythme de baisse de la fécondité selon les sociétés ou les pays. De fait, la fécondité urbaine a toujours été inférieure à la fécondité rurale (Organisation des Nations Unies, 1987).

Les estimations des Nations Unies font état d'une augmentation rapide de la population urbaine dans le monde; le processus d'urbanisation est bien avancé dans les régions développées tandis que dans les régions en développement on estime que 40 % de la population vivent en milieu urbain (Nations Unies, 2001). Les régions en développement présentent une grande diversité à cet égard. La région de l'Amérique latine et des Caraïbes dans son ensemble est fortement urbanisée puisque 75 % de sa population vivaient dans des villes en 2000. L'Asie et l'Afrique sont très nettement moins urbanisées: 37 % et 38 %, respectivement, de leur population vivent dans des zones urbaines. Le processus d'urbanisation devrait se poursuivre dans toutes les régions du monde. Étant donné l'importance des écarts de fécondité totale en fonction du lieu de résidence, cette évolution ne laissera pas d'avoir des répercussions sur les tendances de la fécondité.

Il ressort des données de 19 enquêtes démographiques et sanitaires que, à l'exception de l'Égypte, la proportion des femmes vivant dans les zones urbaines a augmenté dans tous les pays (tableau 10). L'augmentation la plus rapide du nombre de femmes résidant en milieu urbain s'est produite en Bolivie, en Jordanie et au Maroc, tandis que l'augmentation la plus modeste a été observée au Bangladesh, au Ghana, en Indonésie, au Pérou et en République dominicaine. La proportion de femmes vivant dans les zones urbaines est inférieure à 30 % dans cinq pays seulement (Bangladesh, Inde, Indonésie, Kenya et Népal) sur 20.

Des données récentes font état de fécondités cumulées qui, parmi les citadines, sont inférieures d'au moins un enfant à ce qu'elles sont parmi les femmes rurales (tableau 11). L'Indonésie fait exception: dans ce pays, il n'y a pratiquement pas de différence, s'agissant du nombre moyen de naissances par femme, entre les citadines et les femmes rurales. Les tendances de la baisse de la fécondité selon que les femmes vivent en milieu urbain ou rural montrent que, si on les compare à celles des femmes des zones rurales, les baisses de fécondité se sont produites plus rapidement parmi les citadines au Bangladesh, en Bolivie, au Ghana, au Maroc et aux Philippines (tableau 12 et figures 6, 7 et 8). En revanche, la fécondité a baissé plus vite parmi les femmes rurales que parmi les citadines en Égypte, en Indonésie, au Kenya, en Turquie et dans tous les pays de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes à l'exception de la Bolivie mais y compris le Guatemala, le seul pays où la fécondité a augmenté parmi les citadines.

En Afrique, les écarts de fécondité entre milieu urbain et milieu rural se sont creusés avec le temps au Ghana et au Maroc, ont diminué en Égypte et sont restés stationnaires au Kenya (figure 6). En Asie, la baisse plus rapide de la fécondité urbaine au Bangladesh et aux Philippines a creusé l'écart entre la fécondité urbaine et la fécondité rurale tandis qu'en Turquie la baisse plus rapide de la fécondité parmi les femmes rurales a réduit cet écart (figure 7). Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, l'écart entre la fécondité urbaine et la fécondité rurale s'est réduit dans tous les pays pour lesquels on dispose de données de tendance à l'exception de la Bolivie, où il a augmenté de plus d'un enfant par femme depuis à peu près le milieu des années 80 jusqu'au milieu des années 90, ce qui est dû à une baisse de la fécondité urbaine et au maintien de la fécondité rurale au même niveau (figure 8). Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, la réduction de l'écart entre la fécondité rurale et la fécondité urbaine peut être attribuée au fait que la baisse de la

Tableau 12
Baisse annuelle en pourcentage des fécondités cumulées selon le niveau d'instruction
et le lieu de résidence dans certains pays

Région et pays	Époque de l'enquête		Niveau d'instruction le plus élevé			Résidence		Toutes femmes âgées de 15 à 49 ans
	Antérieure	Ultérieure	Sans instruction	Primaire	Secondaire et +	Urbaine	Rurale	
Afrique								
Égypte	1992	1995	-18,0	-19,8	-3,5	-4,6	-25,9	-16,3
Ghana	1988	1998	-11,1	-11,7	0,4	-22,0	-14,5	-17,4
Kenya	1989	1998	-19,2	-21,4	-16,6	-19,8	-20,9	-22,3
Maroc	1987	1992	-31,7	-51,9	-48,4	-45,1	-34,2	-42,7
Asie								
Bangladesh	1994	1997	-8,3	-17,9	-13,6	-23,5	-12,3	-13,6
Inde	1993	1999	-14,9	-15,5	-18,9	-20,5	-18,0	-18,8
Indonésie	1987	1997	-8,3	-7,2	-2,4	-6,1	-6,2	-6,1
Philippines	1993	1998	0,9	-7,0	-2,6	-9,4	-3,1	-6,7
Turquie	1993	1998	-18,1	-10,5	-19,2	-17,5	-18,7	-18,4
Amérique latine et Caraïbes								
Bolivie	1989	1998	9,4	-2,1	-2,9	-6,7	1,1	-7,6
Brésil	1986	1996	-19,0	-5,5	-1,4	-8,3	-17,9	-11,4
Colombie	1986	2000	-9,0	-4,1	-1,1	-3,1	-8,6	-5,2
République dominicaine	1986	1996	-6,2	-6,8	-1,1	-3,7	-9,7	-5,9
Guatemala	1995	1999	1,2	1,8	6,7	8,4	-5,0	-0,1
Pérou	1986	2000	-13,8	-7,6	-4,1	-6,8	-16,2	-10,3

Source: Enquêtes démographiques et sanitaires.

fécondité rurale a été plus rapide que celle de la fécondité urbaine. Néanmoins, on constate que persistent en Bolivie, au Guatemala, en Haïti, au Nicaragua et au Pérou quelques-uns des écarts entre la fécondité urbaine et la fécondité rurale les plus importants — d'au moins 2 enfants par femme — ce en dépit du fait que les citadins de cette région sont proportionnellement plus nombreux que dans les autres régions en développement.

Les données présentées ci-dessus montrent que, dans la plupart des pays, la fécondité a baissé tant parmi les citadines que parmi les femmes rurales. Dans certains pays, la baisse a été la plus rapide parmi les citadines, tandis que dans d'autres, c'est parmi les femmes rurales que la fécondité a diminué le plus vite, même dans un contexte de renforcement de l'urbanisation. Cela donne à penser qu'il existe d'autres facteurs, en sus de l'urbanisation, pour expliquer le rythme de la baisse de fécondité à l'intérieur des strates résidentielles, facteurs tels que l'utilisation de la contraception. Dans des pays tels que l'Égypte, l'Indonésie et le Kenya où la proportion des citadines est faible, mais où l'utilisation de la contraception est très répandue dans les zones rurales (36 % au Kenya et plus de 50 % en Égypte et en Indonésie), la fécondité a reculé le plus vite en milieu rural. Il en va de même pour les pays de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes caractérisés par la présence d'une population urbaine proportionnellement importante et une forte utilisation de la contraception en milieu rural (plus de 30 % dans tous les pays). L'effet du changement de composition semble avoir diminué, comme l'a montré une étude de six pays d'Amérique latine et des Caraïbes, où 15 % seulement de la baisse de la fécondité étaient attribuables aux différences de composition (Rodríguez, 1996).

CONCLUSIONS

Le présent document a porté sur 74 pays à taux de fécondité intermédiaire entre 1995 et 2000. Au cours des trois dernières décennies, la fécondité a baissé dans ces pays, à un rythme qui varie selon leur niveau de fécondité. D'une façon générale, les pays se trou-

vant à l'extrémité supérieure de la fourchette des fécondités ont enregistré un rythme de baisse plus rapide que les pays se trouvant à l'autre extrémité. De fait, dans plusieurs pays, la baisse de la fécondité est allée en s'amenuisant. La plupart d'entre eux ont des taux de fécondité inférieurs à 3 enfants par femme, mais il y en a d'autres, comme le Bangladesh, l'Égypte et l'Inde, tous des pays très peuplés, où la fécondité cumulée se situe entre 3 et 3,5 naissances par femme et où la baisse a récemment été lente, voire inexistante. Les tendances de l'évolution des taux de fécondité par âge autorisent à penser que les femmes plus âgées ont contribué le plus à faire baisser la fécondité. Toutefois, dans des pays d'Afrique du Nord et d'Asie occidentale, la prolongation du célibat est un facteur important de la baisse de la fécondité.

De nombreux facteurs influent sur les résultats en matière de fécondité et le rythme de la baisse de la fécondité, mais le présent document a focalisé l'attention sur un certain nombre d'entre eux : l'âge au mariage, l'utilisation de la contraception, l'instruction et l'urbanisation. Tout porte à croire que le mariage est de plus en plus tardif dans tous les pays, mais l'effet de la prolongation du célibat sur la fécondité totale est le plus évident dans les régions de l'Afrique du Nord et de l'Asie occidentale. L'utilisation de la contraception a augmenté pour atteindre un niveau moyen à élevé dans la grande majorité des pays : au moins 50 % des femmes en âge de procréer et étant entrées en union ont recours à la contraception. Les pays qui ont atteint une fréquence élevée d'utilisation de la contraception au cours de la décennie écoulée sont également les pays qui ont enregistré les baisses de fécondité les plus rapides entre 1970 et 2000. En dépit de cet acquis, la majorité des pays ont encore des niveaux élevés de besoins non satisfaits en matière de contraception, ce qui permet de penser que l'on pourrait encore faire baisser la fécondité si ces besoins étaient satisfaits.

Depuis quelques décennies, l'urbanisation ne cesse de progresser dans beaucoup de pays et le niveau d'instruction des femmes y a fait des progrès considérables. Ces deux éléments favorisent et alimentent les tendances à l'abaissement de la fécondité. Les femmes instruites prolongent généralement leur célibat pour poursuivre leurs études et acquérir une expérience dans le monde du travail et, partant, diffèrent également la naissance de leur premier enfant. Par ailleurs, elles sont plus enclines à utiliser les méthodes modernes de contraception et sont, en général, le premier groupe à le faire. Il s'ensuit que les taux de fécondité parmi les femmes mieux instruites sont généralement inférieurs à ceux des femmes sans instruction. Dans la mesure où la plupart des programmes de planification familiale atteignent mieux les citadines, la fécondité de ces dernières est généralement inférieure à celle des femmes rurales. Dans les pays auxquels le présent document s'est intéressé, il existe une corrélation étroite entre le niveau d'instruction et le lieu de résidence, d'une part, et le niveau de fécondité, d'autre part. Les femmes ayant fait des études supérieures ont moins d'enfants que celles qui n'ont pas d'instruction et les citadines ont généralement une fécondité inférieure à celle des femmes rurales. On voit que la poursuite de l'urbanisation et l'élévation du niveau d'instruction pourraient, à elles seules, permettre de faire baisser la fécondité jusqu'à des niveaux relativement faibles. L'analyse indique également que les baisses de la fécondité favorisées par l'évolution de la composition de la population féminine selon le niveau d'instruction ont été renforcées par les baisses de fécondité observées parmi tous les groupes de population envisagés du point de vue du niveau d'instruction et du lieu de résidence, y compris parmi les femmes sans instruction et les femmes rurales, à mesure que se répandait le comportement novateur des femmes instruites et des citadines. Dans de nombreux pays, les fécondités cumulées des femmes sans instruction ont enregistré un rythme de baisse plus rapide que les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures.

Les constatations de la présente étude montrent que, dans les pays qui se sont engagés dans la transition démographique et enregistrent actuellement des niveaux de fécondité intermédiaire, la fécondité semble devoir continuer de décliner et achever la transition, bien que le rythme de cette baisse se ralentisse à mesure que se rapproche

le seuil de remplacement, cela à condition que les facteurs influant sur les niveaux de fécondité maintiennent les tendances qui viennent d'être mises en évidence, à savoir la généralisation de l'utilisation des méthodes contraceptives, l'élévation continue du niveau d'instruction des femmes et le maintien de l'évolution vers la prolongation du célibat.

BIBLIOGRAPHIE

- Rodríguez, G. (1996). The spacing and limiting components of the fertility transition in Latin America. In José M. Guzmán *et al.* (dir.). *The Fertility Transition in Latin America*. Oxford: Clarendon Press.
- Nations Unies (1987). *Fertility Behaviour in the Context of Development: Evidence from the World Fertility Survey*. Population Studies, n° 100. New York. ST/ESA/SER.A/100.
- (1995). *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent evidence from the Demographic and Health Surveys*. Numéro de vente: E.95.XIII.23.
- (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Volume I: Comprehensive Tables. New York. Numéro de vente: E.01.XIII.8.
- (2001). *World Urbanization Prospects: The 1999 Revision*. New York. Numéro de vente: E.01.XIII.11.

Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest

*Thérèse Locoh**

L'Afrique subsaharienne est entrée dans la seconde phase de la transition démographique, celle d'une baisse progressive de la fécondité. La baisse de la mortalité a été entamée au début des années 30 et a connu une certaine accélération à partir du milieu du siècle. Mais c'est seulement depuis le milieu des années 80 que la baisse de la fécondité, à son tour, est devenue évidente dans quelques pays d'Afrique subsaharienne. On a d'abord observé cette baisse dans trois pays couverts par des enquêtes du programme des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS-DHS), le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe. Ces premières baisses étaient essentiellement dues au changement de comportement de la minorité des femmes qui vivaient en ville et qui avaient reçu plusieurs années de scolarisation. Mais progressivement la baisse a concerné un plus grand nombre de pays et a commencé à gagner le milieu rural d'une partie des pays. D'après la recension de Joseph et Garenne (2001), établie à partir des enquêtes mondiales de fécondité (EMF) et des enquêtes démographiques et de santé, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne connaissent, à des degrés divers, une baisse de la fécondité.

* Institut national d'études démographiques (INED), Paris, France.

LA FÉCONDITÉ BAISSÉ DANS LA PLUPART DES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE, MAIS PLUS LENTEMENT EN AFRIQUE DE L'OUEST

Désormais chaque nouvelle enquête vient confirmer que l'Afrique subsaharienne s'engage dans une nouvelle phase de la transition démographique mais nombre de pays ne donnent encore que les premiers signes de ce tournant. Le tableau 1 résume les évolutions observées partout où l'on dispose de deux ou plusieurs observations grâce aux enquêtes démographiques et sanitaires (EDS-DHS). La tendance générale à un recul de la fécondité s'y dessine mais avec des amplitudes variables selon les pays. Elle est à peine perceptible dans les pays du Sahel, très nette en Afrique australe, inégale selon les pays en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest. À l'intérieur d'un pays, tous les résultats montrent que le déclin de la fécondité varie fortement selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction des femmes.

Parmi les 17 pays pour lesquels on dispose de données raisonnablement comparables à des dates successives, seuls trois — le Ghana, le Kenya et le Zimbabwe — auraient à ce jour franchi le seuil d'un indice synthétique de fécondité (ISF) inférieur à 5 qui les fait entrer dans la catégorie des pays à fécondité intermédiaire. Mais, à ces pays dont on peut suivre l'évolution, on peut ajouter ceux pour lesquels on dispose seulement d'une observation récente, laquelle les fait entrer dans la catégorie des pays à fécondité intermédiaire. Il s'agit de l'Afrique du Sud (3,1 enfants par femme en 1995-1998) du Botswana (4,9 enfants par femme en 1988) des Comores (4,6, en 1996), du Gabon (4,5 en 2000). Il faut d'ailleurs prendre ces chiffres avec réserve car les indices synthétiques de fécondité en Afrique subsaharienne sont presque tous obtenus par les enquêtes EDS-DHS qui comportent une

Tableau 1
Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF)^a dans les pays d'Afrique subsaharienne disposant d'au moins deux enquêtes

	EMF (1977-1982)		EDS (1986-1989)		EDS (1990-1994)		EDS (1995-1999)	
	Année	ISF	Année	ISF	Année	ISF	Année	ISF
Afrique de l'Ouest et centrale								
Ghana	1979-1980	6,5	1988	6,4	1993	5,5	1998	4,5
Cameroun	1978	6,3	–	–	1991	5,8	1998	5,2
Nigéria	1981-1982	5,9	–	–	1990	6,0	1999	5,2
Côte d'Ivoire	1980-1981	7,4	–	–	1994	5,7	1998	5,2
Togo	–	–	1988	6,4	–	–	1998	5,4
Guinée	–	–	–	–	1992	5,7	1999	5,5
Sénégal	1978	7,1	1986	6,6	1992-93	6,0	1997	5,7
Bénin	1981-1982	7,1	–	–	–	–	1996	6,3
Mali	–	–	1987	6,9	–	–	1995-1996	6,7
Burkina Faso	–	–	–	–	1993	6,9	1998/1999	6,8
Niger	–	–	–	–	1992	7,4	1998	7,5
Afrique de l'Est et australe								
Zimbabwe	–	–	1988-1989	5,3	1994	4,3	–	–
Kenya	1977-1978	7,9	1989	6,7	1993	5,4	1998	4,7
République-Unie de Tanzanie	–	–	–	–	1991-1992	6,5	1996	5,8
Zambie	–	–	–	–	1992	6,5	1996	6,1
Rwanda	1983	8,5	–	–	1992	6,2	–	–
Ouganda	–	–	1988-1989	7,4	–	–	1995	6,9

Source : Enquêtes mondiales de fécondité (EMF-WFS) et enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

^a Le calcul de l'ISF est fait pour la période de 1 à 59 mois avant l'enquête.

certaine marge d'erreur aléatoire. Le mode de calcul (sur les trois ou sur les cinq dernières années d'observation avant l'enquête) fait aussi varier le niveau de l'ISF et donc la liste des pays à fécondité intermédiaire. Nous avons retenu dans cette communication les indices synthétiques de fécondité calculés sur les cinq dernières années avant l'enquête.

En Afrique de l'Ouest la diversité des situations est grande entre le Ghana qui, depuis 1988, expérimente une baisse suffisamment sensible pour le faire entrer dans la catégorie des pays à fécondité intermédiaire (de 6,4 enfants par femme en 1988 à 4,5 en 1998) et les pays du Sahel — Mali, Niger, Burkina Faso — où, à part la frange urbaine, la fécondité est en moyenne stationnaire. Mais, outre le Ghana, trois pays de la côte du golfe de Guinée au moins — le Cameroun (qui fait partie de l'Afrique centrale, *stricto sensu*), la Côte d'Ivoire et le Nigéria — ont, d'après leur dernière enquête DHS (1998 pour les deux premiers et 1999 pour le troisième), un ISF de 5,2 enfants par femme, attestant d'une baisse d'environ un enfant par femme au cours des vingt dernières années, pour le Cameroun et le Nigéria, et de presque deux enfants pour la Côte d'Ivoire. Un cinquième pays, le Togo n'est pas très loin de ce groupe, avec un ISF égal à 5,4 enfants par femme et une baisse d'un enfant en moyenne au cours de la décennie 1988-1998. C'est à ces pays que nous nous intéressons principalement dans cette communication.

COMMENT ANALYSER L'INFLUENCE DES STRUCTURES FAMILIALES SUR LA FÉCONDITÉ ?

Dans cette région, la fécondité des femmes et des hommes a longtemps été fortement valorisée par des normes sociales qui s'expriment en arrangements familiaux spécifiques : préférence pour les familles élargies, prise en charge des descendants par l'ensemble des adultes d'un lignage (par le confiage des enfants), mariage précoce des femmes et polygamie (Lesthaeghe, 1989). La crise économique récurrente qui affecte ces pays et

les effets bénéfiques des changements sociaux qui ont malgré tout été acquis depuis l'indépendance sont indubitablement entrain de changer en profondeur les modes de vie familiaux et, par voie de conséquence, les comportements de fécondité.

La relation entre structures familiales africaines et fécondité est multiforme. Elle empruntera probablement des chemins différents dans chaque société. Un même résultat, la baisse de la fécondité, peut se produire selon des combinaisons différentes de facteurs, notamment en matière de vécu familial. Les variables intermédiaires de la fécondité, mariage, contraception, espacement entre les naissances et avortement (Bongaarts, 1978) sont sous la dépendance des normes et valeurs familiales privilégiées par chaque société. Il n'y pas de corrélation mécanique entre des variables qui définiraient les structures familiales et la fécondité, telle relation peut être forte dans un contexte et négligeable dans un autre. Mais on peut identifier cinq domaines où s'exprime particulièrement leur synergie (Locoh, 1995).

a) Le mariage et les contrôles qui s'exercent sur les individus dans la conclusion des unions : l'âge et les conditions d'accès à un partenaire, (compensation matrimoniale, prestations en temps de travaux, etc.), le choix d'un partenaire recevable, les ruptures éventuelles, le remariage et ses normes.

b) Les règles de résidence. Elles conditionnent au quotidien les contrôles des anciens sur les plus jeunes, les solidarités consenties ou obligées, l'autonomie des jeunes, notamment des jeunes couples vis à vis des anciens. Elles définissent aussi la cohabitation entre époux.

c) La définition des responsabilités dans la gestion de la reproduction. Il s'agit des solidarités intra-lignagères vis-à-vis des enfants (la pratique du confiage des enfants par exemple), des responsabilités respectives des pères et des mères dans la prise en charge de leurs descendants et enfin des solidarités intergénérationnelles qui définissent les coûts et avantages de la descendance.

d) Les conditions d'accès à l'autonomie des individus par rapport à leur famille. Cela concerne particulièrement les femmes qui, dans les sociétés patriarcales, n'étaient pas censées se soustraire au pouvoir des anciens et de leur mari. Il faut examiner sous cette rubrique les droits et devoirs de chacun vis-à-vis des membres de la famille d'origine et d'alliance.

e) La transmission des valeurs. Elle infléchit, via l'éducation familiale, les opinions, attitudes et comportements des membres d'un groupe familial et donc leur fécondité.

Nous n'examinerons ici que quelques-uns de ces aspects, ceux que les statistiques disponibles dans des enquêtes permettent d'aborder : les modalités de l'union, les arrangements résidentiels, les répartitions des responsabilités dans la gestion de la reproduction et les processus d'autonomisation des individus.

Il y a encore peu de pays d'Afrique de l'Ouest dont on peut qualifier la fécondité d'intermédiaire et on n'a pas encore beaucoup de recul pour apprécier les ressorts de leur évolution. Plus encore que les niveaux à un moment donné ce sont les tendances au changement des comportements pouvant conduire à la baisse de la fécondité qu'il nous paraît important d'observer. Nous n'avons donc retenu que les pays qui disposaient d'au moins deux observations au cours des quinze dernières années et, pour apprécier la concordance des changements familiaux avec la baisse de la fécondité, nous utiliserons la comparaison des pays à fécondité inférieure à 5,5 (ISF) et de ceux qui, dans la même région, ont une fécondité d'un niveau supérieur.

LES MODALITÉS DE L'UNION

L'exemple de la baisse rapide de la fécondité en Afrique du Nord est souvent évoqué quand on parle des évolutions possibles en Afrique. La maîtrise de la fécondité y a été initiée par un recul de l'âge au mariage assorti d'un très fort contrôle social de l'accès

à la sexualité qui en renforçait l'efficacité. À ce contrôle de l'entrée en union est venu s'ajouter, à des dates différentes selon les pays du Maghreb mais très tôt en Tunisie, le contrôle de la fécondité légitime par l'adoption de programmes de planification familiale qui ont mis la contraception à la disposition des couples. Le faible taux de rupture des unions a également été un facteur de renforcement de projets familiaux concertés dans la durée (Ben Salem et Locoh, 2001).

En Afrique de l'Ouest, tout indique que la maîtrise de la fécondité prend d'autres formes. Ni le contrôle de l'accès à la vie sexuelle et matrimoniale, ni l'accès à la contraception ne sont pour l'instant les leviers majeurs de l'évolution de la fécondité. Un premier recul de l'entrée en union, surtout pour les femmes, est cependant évident et traduit une diminution de l'emprise des familles sur les décisions matrimoniales. D'autres signes (légère baisse de la polygamie, augmentation des unions informelles et des ruptures d'union) annoncent une remise en cause des systèmes matrimoniaux ouest-africains qui avaient jusqu'à maintenant été favorables à l'exercice d'une forte fécondité.

Le recul de l'entrée en union

L'observation sur 40 ans des statistiques africaines (Hertrich, 2001; tableau 2) a récemment mis en évidence un début de recul de l'entrée en union, surtout féminin, partout en Afrique. Sur une même période de 20 ans environ, l'âge médian à la première union est passé au Kenya de 19,8 ans en 1979 à 20,9 ans en 1998; au Zimbabwe, de 19,5 ans en 1982 à 20,6 ans en 1994. Les pays d'Afrique australe ont une évolution beaucoup plus spectaculaire, qui rappelle ce que l'on observe au Maghreb. L'âge médian à la première union en Afrique du Sud est passé de 25,2 ans en 1980 à 28,2 en 1996 et au Botswana de 26,1 ans en 1981 à 28,2 ans en 1996. Il est respectivement de 31,6 ans en 1986 au Swaziland et de 26,8 ans en 1992 en Namibie. Dans ces pays, le mariage n'est plus la règle et les migrations perturbent profondément la formation des unions.

Tableau 2
Évolution de la nuptialité dans les pays d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne (ISF<5,5)

Pays	Évolution des indicateurs de nuptialité					
	Année d'observation	Âge médian des femmes à la première union		Écart d'âge entre hommes et femmes à la première union		ISF vers 1998
		1976-1982	1994-1999	1976-1982	1994-1999	
Afrique du Nord						
Tunisie	1978 et 1995	23,4	25,6	4,3	4,3	2,1 (1999)
Algérie	1977 et 1998	19,4	25,4	5,5	4,6	2,8 (2000) ^a
Maroc	1979 et 1997	20,9	28,0	4,7	2,0	3,0 (2000) ^a
Afrique australe et de l'Est						
Afrique du Sud	1980 et 1996	25,2	28,2	2,1	2,5	3,1 (1995)
Botswana	1981 et 1991	26,8	28,2	4,3	2,7	4,0 (2000) ^a
Zimbabwe	1982 et 1994	19,9	20,4	5,0	5,0	4,3 (1999)
Kenya	1979 et 1998	19,8	20,9	5,5	4,8	4,7 (1998)
Afrique de l'Ouest et centrale ISF<5,5						
Ghana	1979 et 1998	19,2	20,6	6,9	5,7	4,5 (1998)
Cameroun	1978 et 1998	17,3	19,4	8,8	6,8	5,2 (1998)
Nigéria	1981/82 et 1999	18,6	19,6	?	7,6	5,2 (1999)
Côte d'Ivoire	1979 et 1994	17,3	20,2	9,3	7,4	5,2 (1998)
Togo	1981 et 1998	18,4	21,0	7,1	5,3	5,4 (1998)

Source: Hertrich, 2001 et enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

^a Estimations Nations Unies.

Si on compare les pays à forte fécondité et ceux qui ont une fécondité intermédiaire, on constate que ces derniers ont en général connu un recul plus rapide de l'âge médian au premier mariage féminin.

L'Afrique de l'Ouest est encore une région de mariage et de maternité précoces. D'après les enquêtes les plus récentes, la proportion de jeunes femmes mariées avant leur 18^e anniversaire varie de 30 % au Togo à 77 % au Niger. Les proportions de celles qui ont un enfant avant 18 ans oscillent entre 23 % au Togo et 50 % en Guinée. C'est dans les pays à fécondité intermédiaire, au Cameroun, au Togo et au Nigéria que la proportion de maternités précoces a le plus diminué sur la dernière période de dix ans (tableau 3). Au Ghana elle atteint en 1998 la proportion plus basse (20 %) pour la sous-région. Les âges médians des femmes à la première union commencent aussi à reculer, au Ghana de 19,2 ans en 1979 à 20,6 ans en 1998; au Cameroun, de 17,3 ans en 1978 à 19,4 en 1998, par exemple. Les pays du Sahel sont moins engagés dans ce mouvement, à l'exception du Sénégal dont la fécondité commence seulement à baisser en dépit d'un fort recul de l'entrée en union (17 ans en 1978 et 20,6 ans en 1997; tableau 2).

Diminution de l'écart d'âge entre époux et premiers signes de baisse de la polygamie

Ce recul de l'entrée en union de la part des femmes s'accompagne dans une moindre mesure d'un recul de l'entrée en union des hommes. Sans surprise il y a donc une diminution des écarts d'âge à l'entrée en union (tableau 2), qui sont, on le sait, un des mécanismes essentiels de l'exercice de la polygamie. En modifiant les effectifs de mariages, la diminution de l'écart d'âge au mariage rendra plus difficile, à terme, la pratique de la polygamie. On enregistre effectivement en Afrique de l'Ouest les premiers signes d'un tel recul. C'est une perspective nouvelle dans le champ des relations matrimoniales, même si cette baisse récente laisse encore les pays d'Afrique de l'Ouest largement en tête des pays subsahariens. Les enquêtes EDS-DHS donnent, pour 9 pays ouest-africains, l'évolution des proportions d'épouses en situation de polygamie vers 1990 et vers 1998 (tableau 4). Une correspondance se dessine entre recul de la polygamie et baisse de la fécondité : dans les pays où l'indice synthétique de fécondité se rapproche de la définition de « fécondité intermédiaire », la baisse a été manifeste (Ghana, Cameroun, Nigéria mais aussi Togo). Cependant, c'est encore 1 femme sur 3 au Nigéria et 2 femmes sur 5 au Togo dont l'époux est polygame. Par contre trois pays dont la fécondité n'a pas commencé à baisser ont connu une légère augmentation des proportions de femmes en état de polygamie (Guinée, Burkina Faso et Niger).

Tableau 3
Proportions (%) de femmes mariées ou mères avant 18 ans, femmes de 20-24 ans

Pays	Année d'enquêtes	Mariées avant 18 ans		Mères avant 18 ans	
		Avant 1993	Depuis 1993	Avant 1993	Depuis 1993
Afrique de l'Ouest et centrale, ISF < 5,5					
Ghana	1988 et 1998	41	35	23	20
Cameroun	1991 et 1998	58	43	46	33
Nigéria	1990 et 1999	52	40	35	28
Togo	1988 et 1998	43	30	30	23
Afrique de l'Ouest et centrale, ISF ≥ 5,5					
Guinée	1992 et 1999	67	64	49	50
Sénégal	1992/93 et 1997	48	36	34	26
Burkina Faso	1992/93 et 1998/99	62	62	31	33
Mali	1987 et 1995/96	79	70	46	46
Niger	1992 et 1998	83	77	53	46

Source : Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS)

Des unions plus instables, des ruptures plus fréquentes

Avec la crise des économies africaines, les unions consensuelles, de statut précaire, sont plus nombreuses qu'auparavant, soit parce qu'elles engagent moins les partenaires, décidés chacun à garder leur autonomie, soit parce que les étapes des processus matrimoniaux classiques, et spécialement la compensation matrimoniale, sont trop coûteuses. De leur côté, les ruptures par séparation ou divorce sont en augmentation, à la fois en raison de la crise économique et de l'augmentation de l'autonomie des femmes, car ce sont elles en général qui prennent l'initiative des ruptures (Locoh, 1994). Les séparations induites par les migrations et la plus grande fragilité des unions « informelles » sont aussi des causes d'accroissement des ruptures. Il en va jusqu'aux veuves qui sont moins souvent qu'auparavant prises en charge par la famille du mari. La contrainte du lévirat ne s'applique que dans les sociétés rurales restées traditionnelles. Les périodes où les femmes sont sans partenaires ont donc tendance à s'allonger, ce qui à terme ne sera pas sans effet sur la fécondité. L'épidémie de sida joue également son rôle dans les séparations. Les veuvages sont plus fréquents, les séparations aussi au cas où un partenaire apprend la séropositivité de l'autre.

LES ARRANGEMENTS RÉSIDENTIELS

On évoque souvent la diminution de la taille des ménages comme un indicateur possible d'un changement des modèles familiaux, une nucléarisation, qui serait favorable à la baisse de la fécondité. On n'a pas observé jusqu'à présent un mouvement très net en ce sens. En Afrique du Nord, l'Algérie donne l'exemple inverse. Le maintien du nombre moyen de personnes par ménage, dû à la pénurie dramatique de logements, est allé de pair avec la baisse de la fécondité. De même en Afrique de l'Ouest, malgré les difficultés économiques, ou à cause d'elles, on continue à observer des ménages de type élargi avec une cohabitation assez fréquente de plusieurs générations. Ce mode de prise en charge intergénérationnel est favorable au maintien du contrôle des ménages jeunes par les plus anciens et crée parfois des conflits d'opinions et de valeurs, notamment dans le domaine très sensible des choix de fécondité.

Un autre type de ménage est très courant dans les pays de la côte ouest-africaine, celui des femmes chefs de ménage. Il traduit tantôt l'installation de situations de polygamie sans corésidence, tantôt la prise d'autonomie de femmes qui savent pouvoir subvenir à leurs besoins. Les pays dont la fécondité a commencé à baisser en Afrique

Tableau 4
Femmes en union polygame pour cent femmes en couple, Afrique de l'Ouest. Deux dernières observations

Pays	Dates	Pourcentage de femmes en union polygame		
		Vers 1990	Vers 1998	ISF vers 1998
ISF < 5,5				
Ghana	1988 et 1998	28	23	4,5
Cameroun	1991 et 1998	38	33	5,2
Nigéria	1990 et 1999	41	36	5,2
Côte d'Ivoire	1994 et 1999	38	35	5,2
Togo	1988 et 1998	52	43	5,4
ISF ≥ 5,5				
Guinée	1992 et 1999	50	54	5,5
Sénégal	1992 et 1997	48	46	5,7
Burkina Faso	1993 et 1999	51	55	6,8
Mali	1987 et 1998	45	44	6,7
Niger	1992 et 1998	36	38	7,5

Source: Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

de l'Ouest sont aussi ceux où il est courant que les femmes soient chefs de ménage et où cette proportion augmente entre deux observations du début et de la fin des années 1990 (sauf au Togo). Le Ghana ne compte pas moins de 35 % de chefs de ménage féminins et le Togo 28 %. On a là un indicateur, à la fois des capacités d'autonomie des femmes et de la situation souvent précaire dans laquelle elles se trouvent lorsqu'elles assument leurs responsabilités familiales (tableau 5). Beaucoup de femmes paient très cher cette autonomie de résidence, mais elles en ont aussi les avantages : autonomie financière et psychologique dans un monde officiellement encore très patriarcal. C'est surtout en milieu urbain que l'on rencontre les femmes chefs de ménage (contrairement à la situation observée en Afrique de l'Est où elles sont plus nombreuses en milieu rural).

LES RÉPARTITIONS DES RESPONSABILITÉS DANS LA GESTION DE LA REPRODUCTION

Une gestion lignagère des descendants

Jusqu'à présent la prise en charge des enfants n'était pas l'apanage exclusif des parents biologiques. La famille au sens large, grands-parents, oncles et tantes, autres membres du lignage ont coutume d'y contribuer par le système du confiage des enfants. L'accueil d'enfants apparentés a toujours été un moyen de gérer les crises sanitaires et de protéger les enfants en cas de décès des parents. C'est ce que l'on voit avec l'épidémie de sida. Les grands-parents mais aussi des oncles et des tantes, des frères et sœurs plus âgés sont en première ligne dans l'accueil des orphelins. La circulation des enfants entre différents ménages apparentés n'est pas limitée aux orphelins. C'est une pratique assez généralisée qui contribue à inscrire l'enfant dans sa grande famille lignagère et non dans le seul giron de ses parents biologiques. Par exemple, au Sénégal, à peu près 25 % des enfants de moins de 15 ans sont confiés à un ménage différent de celui de leurs parents biologiques et entre 10 et 14 ans cette proportion passe à 35 %. Sur une période de 11 ans la proportion des enfants « confiés » de moins de 15 ans est restée assez stable, passant de 27 % en 1986 à 25,5 % en 1997 (Vandermeersch, 2000).

Cette pratique permet de répartir la charge démographique des descendants d'un lignage, mais elle atténue la personnalisation des relations des parents biologiques avec leurs enfants, et partant la conscience de leur responsabilité de géniteurs. On peut penser que si le désir d'une nombreuse descendance s'atténue, il ira de pair avec une plus grande individualisation des rapports entre parents et enfants et donc une érosion des

Tableau 5
Proportion (%) de femmes parmi les chefs de ménage selon le lieu de résidence, vers 1990 et vers 1998

Pays	Dates des enquêtes	Rural		Urbain	
		Vers 1990	Vers 1998	Vers 1990	Vers 1998
ISF < 5,5					
Ghana	1988 et 1998	30,7	35,4	38,3	34,9
Togo	1988 et 1998	24,8	22,1	28,9	29,9
Cameroun	1991 et 1998	16,8	20,7	25,8	19,9
Nigéria	1990 et 1999	12,9	16,2	18,6	18
ISF ≥ 5,5					
Sénégal	8,8	13,1	25,7	25,7	19,7
Mali	14,4	7	11,6	11,6	18,4
Niger	7,9	12,9	15,3	15,3	15,5
Burkina Faso	5,0	5,0	15,5	15,5	12,8

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS-DHS).

habitudes de confiage des enfants. Actuellement, même si, en ville, certains ménages commencent à essayer de se soustraire à l'accueil d'apparentés, cette pratique est encore très courante et résiste globalement aux changements, même là où la fécondité a baissé. Au Cameroun par exemple, elle se situe aux alentours de 22 % en 1998 comme en 1991.

Une forte séparation des droits et responsabilités des époux

En Afrique de l'Ouest, la vie conjugale est marquée par une faible solidarité des époux (Fapohunda et Todaro, 1988). La séparation des biens, des revenus de la production agricole ou des salaires, la polygamie sans corésidence, les unions informelles sans cohabitation en sont des expressions courantes. Par ailleurs, tous les adultes ont d'autres solidarités à respecter que celles qui les lient à la famille biologique qu'ils ont eux-mêmes fondée. Chacun, homme et femme, doit tout au long de sa vie apporter son aide à ses aînés et ces responsabilités peuvent venir en concurrence avec l'entretien en commun des descendants. Les hommes et les femmes ont des rôles assez clairement séparés dans la prise en charge des coûts de la reproduction. Les femmes ont à gérer l'essentiel de la survie quotidienne de leur famille (nourrir et vêtir les enfants), les hommes interviennent ponctuellement pour des dépenses, il est vrai conséquentes (cérémonies, frais de scolarité et de santé). Ces lignes de partage sont parfois dépassées. Dans certains cas les hommes voient leur rôle traditionnel de « dominant » remis en cause par les revers économiques qui les privent d'accès à une activité productive, des expériences qui, à leur corps défendant, déstabilisent leurs positions sociales et familiales antérieures. L'activité des femmes devient alors l'unique source de revenu du ménage. Ces situations contraignent hommes et femmes à revoir leurs choix, tant dans le domaine de la production que de la reproduction, à adopter des stratégies plus individualistes ou plus solidaires selon les cas, au rang desquels s'imposent des décisions en matière de fécondité. Et le spectre de l'épidémie de sida perturbe également l'instauration de stratégies communes. Bien rares sont les couples où l'évocation commune d'une séropositivité peut émerger et conduire à l'adoption de décisions en commun (Hassoun, 1997).

L'émergence de couples plus solidaires.

On observe aussi l'adoption par certains jeunes adultes, d'un mode de vie plus axé sur l'épanouissement affectif des époux et la solidarité dans la prise en charge de l'éducation des enfants. En général, on trouve ces couples parmi les jeunes citadins instruits, hommes et femmes, la classe moyenne naissante pourrait-on dire. Ils adoptent des objectifs précis à l'égard de leurs enfants, en termes de santé, d'éducation, de réussite professionnelle, qui les portent à limiter leur descendance, dans le contexte actuel de forte crise économique. C'est en leur sein que l'on trouve les plus forts taux de convergence des opinions et des comportements en matière de fécondité. Ils sont mieux armés pour utiliser efficacement une contraception moderne dont ils ressentent le besoin. Ils ont adopté un nouveau modèle familial à faible descendance, ils peuvent, en général accéder à des services de contraception et leur formation leur permet de les utiliser à bon escient. Les niveaux de fécondité atteints dans les capitales en Afrique de l'Ouest (2,9 enfants par femme à Lomé, 3,1 à Yaoundé et Douala, 3,4 à Abidjan, 2,7 dans le district d'Accra) attestent de changements qui sont en partie dus à cette frange de la population.

La convergence des aspirations des époux en matière de descendance et l'accord des réponses masculines et féminines sur les décisions de contraception ont été mis en évidence au Ghana dans la dernière enquête EDS-DHS (Andro, 2001). Cette évolution contraste avec celle des pays du Sahel où il y a très peu d'accord entre les conjoints et où les seules opinions masculines jouent un rôle déterminant dans l'accès ou non à la contraception (Andro et Hertrich, 2001).

LES PROCESSUS D'AUTONOMISATION DES INDIVIDUS.

Les changements dans les rapports de dépendance intergénérationnels et l'érosion des contrôles traditionnels sur le mariage sont accélérés par la migration vers les villes. En milieu rural ces contrôles continuent à peser plus lourd, mais en ville, même en cas de cohabitation de plusieurs générations, l'émancipation des jeunes commence à entrer dans les mœurs et leur capacité à contourner les contrôles de leurs parents s'accroît. C'est d'évidence lorsqu'ils ont été scolarisés et ont pu accéder à des emplois qui leur assurent un revenu personnel. Les parents continuent alors à être consultés mais leurs avis ou injonctions, en matière d'unions comme en matière de descendance, sont beaucoup moins strictement respectés.

Quand on parle de fécondité la question de l'autonomie des choix individuels se pose non seulement entre anciens et cadets mais aussi et surtout entre hommes et femmes. La structure des rapports de pouvoir entre hommes et femmes a des effets directs, à tous les niveaux, sur la gestion sociale de la reproduction. Au Nigéria, par exemple, une étude a montré que l'autonomie économique des femmes avait un effet positif, toutes choses égales par ailleurs, sur leur pratique de la planification familiale (Kritz *et al.*, 2000). Le système des relations entre les sexes agit en effet aussi bien au niveau de chaque individu, dans ses stratégies reproductives, qu'au niveau de la société en général dans les modèles reproductifs qu'elle valorise. Autrement dit, les rapports sociaux de sexe définissent, d'une part les modalités de la prise de décision en matière de fécondité entre un homme et une femme, d'autre part les conditions sociales des processus qui entourent la procréation (grossesse, accouchement, prise en charge des enfants). La négociation entre époux sur le nombre d'enfants souhaités dépend étroitement de la structure de ces rapports entre hommes et femmes et sera décisive dans cette période de transition et de changement des aspirations familiales (Bankole, 1995; Andro et Hertrich, 2001).

Dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, les femmes ont su faire preuve d'une remarquable autonomie dans le domaine de la production, ce qui a permis à beaucoup d'avoir aussi une très grande liberté de déplacement et même d'installation dans des résidences séparées, situation très différente d'autres sociétés du tiers monde. En matière de fécondité, néanmoins, leur marge de manœuvre était et est encore, pour beaucoup, limitée à la période du post-partum où elles peuvent refuser de reprendre trop vite des rapports sexuels. Elles n'ont que peu de possibilité de limiter leur descendance, aussi bien en raison des pressions familiales qu'en raison de la faiblesse de l'offre de services de contraception. Il reste beaucoup à faire dans ce domaine et cela explique que dans les premiers pays où la fécondité baisse, comme le Cameroun et le Ghana, cela passe plus souvent par les méthodes d'espacement des naissances que par l'adoption de la contraception. Le fait qu'au Ghana la baisse de 2 enfants par femme en 20 ans se soit réalisée avec une pratique de la contraception moderne qui n'excède pas 11 % en 1998 (tableau 7) montre bien que la maîtrise de la fécondité s'exerce avec des moyens très divers, comme cela a d'ailleurs été le cas en Europe où la transition de la fécondité a été réalisée bien avant l'existence de moyens de contraception. On peut aussi penser qu'une meilleure disponibilité de la contraception accélérerait la baisse de la fécondité qui s'est jusqu'ici surtout réalisée avec les moyens traditionnels et, dans les villes, avec des avortements clandestins en augmentation rapide (Desgrées du Loû *et al.*, 1999).

VERS UNE BAISSÉ RAPIDE DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST ? UN ESSAI DE COMPARAISON ENTRE CAMEROUN ET TUNISIE

Les pays subsahariens, et notamment ceux de l'Afrique de l'Ouest, qui montrent une baisse de la fécondité de 1 à 2 enfants par femme après avoir connu jusqu'en 1980 environ des indices synthétiques de fécondité de l'ordre de 6 à 7 enfants, vont-ils rapidement évoluer vers des niveaux assurant juste le remplacement des générations ? Tirer les leçons de l'expérience d'autres pays peut être un moyen d'anticiper l'avenir. Il est par exemple

tentant de comparer les pays d'Afrique de l'Ouest à ceux de l'Afrique du Nord qui sont beaucoup plus avancés dans leur processus de baisse de la fécondité et sont passés, chacun à leur rythme, mais au bout du compte en un peu plus d'une génération seulement, d'une fécondité élevée supérieure à 7 enfants par femme à une fécondité fortement contrôlée qui ne dépasse guère 2 enfants par femme en l'an 2000 (Ouadah-Bedidi et Vallin, 2000). Au Nigéria, en Côte d'Ivoire et au Cameroun, en 1998, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 5,2 enfants par femme, identique à celui de la Tunisie 20 ans plus tôt. Ce n'est là que coïncidence arithmétique (qui plus est, quelque peu incertaine compte-tenu des modes de calculs des indices de fécondité au moyen d'enquêtes). Peut-on penser qu'elle augure, d'ici 20 ans, d'une fécondité de 2 enfants par femme aux alentours de 2020 en Afrique de l'Ouest ?

Les sociétés d'Afrique subsaharienne valorisent un ensemble de normes et de vécus familiaux très différents, quand ils ne sont pas opposés, des sociétés du Maghreb. L'entrée en union, les premières expériences sexuelles, la solidarité conjugale, le statut des femmes, les modes de vie en famille sont autant de facteurs qui infléchissent différemment, dans ces deux régions, l'évolution de la fécondité. Les normes qui régissent les idéaux familiaux s'incarnent aussi dans les politiques sociales et de population. Elles renforcent les « distances » entre pays d'Afrique du Nord et d'Afrique de l'Ouest. La comparaison de la Tunisie et du Cameroun, le second ayant en 1998 le même indice synthétique de fécondité que la Tunisie en 1978 nous servira d'exemple (tableau 6).

Le Cameroun contemporain est moins urbanisé (39 %) que la Tunisie de 1978 (52 %) et les écarts d'ISF selon le lieu de résidence y sont plus élevés. Par contre la population féminine est plus alphabétisée au Cameroun (65 % parmi les femmes de 6 ans et plus, 39 % en Tunisie en 1978) mais, en Tunisie il y a 20 ans, la fécondité avait déjà baissé même parmi les femmes illettrées, ce qui ne s'est pas encore produit au Cameroun où elles ont en moyenne 6,6 enfants. En Tunisie, il y a vingt ans, les écarts de fécondité entre femmes illettrées (ISF=5,5) et femmes de niveau secondaire (ISF= 2,9) étaient moins marqués qu'ils ne le sont en 1998 au Cameroun où, dans chaque catégorie d'instruction, le niveau de fécondité est aussi en moyenne plus élevé qu'en Tunisie. Au Cameroun, pour s'en tenir

Tableau 6
Comparaison entre la Tunisie (1978) et le Cameroun (1998)

Indices	Tunisie 1978	Cameroun 1998
Indice synthétique de fécondité		
ISF ensemble	5,2	5,2
ISF urbain	4,45	3,9
ISF Rural	6,06	5,8
ISF, Sans instruction	5,52	6,6
ISF, instruction primaire	4,16	5,3
ISF, instruction secondaire	2,87	3,6
Âge moyen au 1^{er} mariage	23,9 ans	20,2 ans
Proportion de célibataires		
à 15-19 ans	94,6	64,2
à 20-24 ans	56,3	26,4
à 25-29 ans	19,9	10,9
Pourcentage de pratique de la contraception moderne parmi les femmes en union		
Ensemble, 15-49 ans	34,0	7,1
Urbain, 15-49 ans	38,3	13,1
Rural, 15-49 ans	15,7	4,9
Ensemble, 20-24 ans	16,0	5,3
Résidence et instruction		
Pourcentage de population rurale	52,0	69,0
Pourcentage de femmes de 6 ans et plus, illettrées	61,0	35,0

Source: Enquête tunisienne de fécondité, 1978 (ONAPO, 1982) et enquête démographique et de santé, Cameroun, 1998.

à ces deux variables explicatives « classiques » de la fécondité, les niveaux de fécondité sont plus distants selon la catégorie qu'ils ne l'étaient en Tunisie.

Mais ce sont surtout deux facteurs intermédiaires qui diffèrent fortement entre les deux pays : la nuptialité et la pratique de la contraception efficace. Au Cameroun, les femmes entrent en union beaucoup plus jeunes, 36 % sont en union à 15-19 ans en 1998 alors que c'était le cas de 6 % seulement des Tunisiennes en 1978. Même constatation à 20-24 ans et 25-29 ans. L'âge moyen au premier mariage était donc de trois ans plus élevé (23,9 ans) en 1978 en Tunisie qu'au Cameroun en 1998 (20,2 ans). Les pratiques matrimoniales ont joué un rôle majeur dans la baisse rapide de la fécondité en Tunisie et dans tout le Maghreb, d'autant plus que la fécondité hors mariage, fortement condamnée, reste très marginale. Au Cameroun, au contraire, la nuptialité féminine est encore, en 1998, assez précoce même si on observe un recul récent de l'âge au premier mariage. En raison de la tolérance de la société pour les naissances pré-nuptiales ou hors mariage, le retard de l'entrée en union est beaucoup moins qu'en Tunisie un facteur de diminution de la fécondité.

Quant à la pratique de la contraception moderne, là encore les différences de comportement sont très accusées. À niveau de fécondité identique (5,2 enfants par femme), les Tunisiennes en union, en 1978, étaient déjà 34 % à recourir à la contraception alors que 7,1 % seulement des Camerounaises sont dans ce cas en 1998, presque cinq fois moins. Parmi les jeunes femmes (20-24 ans) en union les Tunisiennes étaient trois fois plus nombreuses à pratiquer la contraception moderne (16 %) que les Camerounaises actuellement (5,3 %). En Tunisie, il y avait déjà en 1978 une proportion relativement importante de femmes qui, au sein de l'union, avaient recours à la contraception moderne, grâce au programme de planning familial fortement soutenu par les autorités gouvernementales qui existait depuis le début des années 1970 (Gueddana, 2001). Au Cameroun, ce soutien officiel n'a été acquis que depuis une dizaine d'années (Locoh et Makdessi, 1996). Jusqu'à présent il n'a donné lieu qu'à un petit nombre d'équipements et à une diffusion encore timide hors des villes. Les femmes en union ont presque cinq fois moins recours à la contraception moderne que les Tunisiennes en 1978.

Cette comparaison donne plusieurs indications sur les modes de passage d'une fécondité élevée à une fécondité maîtrisée. Comment une pratique très modeste de la contraception moderne et une entrée en union précoce, bien qu'en léger recul, conduisent-elles néanmoins le Cameroun à un niveau de fécondité identique à celui de la Tunisie de 1978 ? La réponse est dans l'espacement des naissances, obtenu par l'allaitement prolongé et l'abstinence post-partum. Elle est aussi dans une moindre mesure, dans le recours probable, depuis peu, à l'avortement. Autres indications à prendre en compte : le Cameroun a une plus forte scolarisation des filles qui pourrait jouer un rôle accélérateur de la baisse à venir de la fécondité, par contre il est moins urbanisé et surtout l'équipement du milieu rural en infrastructures notamment sanitaires est très inférieur à celui de la Tunisie en 1978, ce qui peut être un frein sérieux à la diffusion de la contraception moderne.

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Les structures familiales en Afrique de l'Ouest connaissent des transformations rapides que nous avons esquissées et dont les conséquences sur la gestion des descendance et la maîtrise de la fécondité sont encore incertaines. Pour les jeunes adultes, aujourd'hui, la constitution d'une famille assurant la stabilité et la sécurité à ses membres deviendra de plus en plus difficile à réaliser. Quels comportements adopteront-ils en matière de fécondité ? Un moindre désir d'enfants très probablement, une pratique encore incertaine de la contraception, avec sans doute un plus fréquent recours à l'avortement clandestin, un moindre respect des solidarités familiales obligées, pas toujours remplacé par un plus grand attachement aux solidarités de couple. Il y a beaucoup d'incertitudes dans cet avenir qui se dessine dans les jeunes générations. Certains s'approcheront du modèle de fécondité fortement contrôlée de l'Afrique du Nord mais probablement avec un tout autre calendrier d'entrée en union

et d'autres méthodes, la contraception cohabitait avec les méthodes traditionnelles d'espacement. D'autres, très nombreux en milieu rural, tout en ressentant le bien-fondé d'une famille de taille restreinte auront du mal à s'y conformer, en raison de la pression sociale toujours vivace et du recours majoritaire aux méthodes traditionnelles d'espacement des naissances, la contraception moderne restant très difficile d'accès pour eux.

En ce qui concerne les modalités de l'union, le début du recul de l'entrée en union ne joue qu'un rôle modéré sur le début de la vie féconde, compte tenu de la permissivité qui règne sur le début des relations sexuelles des jeunes. C'est dans les milieux scolarisés et citadins que se produit plus efficacement un contrôle de la fécondité initiale. Mais au-delà de son effet sur le calendrier de la fécondité, le retard de l'entrée en union et/ou en vie féconde qu'on commence à observer a un effet plus diffus mais certainement tout aussi important sur la « construction de soi » des jeunes (et surtout des jeunes filles) en leur permettant de vivre une période entre enfance et âge adulte susceptible de consolider leur autonomie. Plus les jeunes ont le temps d'acquérir une certaine indépendance plus ils auront tendance à vouloir participer aux décisions qui les concernent, au premier rang desquelles le mariage et éventuellement la pratique de la contraception dans le mariage. Cette évolution de l'entrée en union va probablement atténuer la distance qui caractérise jusqu'à maintenant les relations de couples dans les sociétés où l'écart d'âge entre conjoints est élevé et, qui plus est, valorisé comme un moyen d'assurer mieux la prééminence masculine en la renforçant par la séniorité.

Dans la vie conjugale, deux mouvements antagonistes qui s'expriment en général dans des milieux différents pourraient être l'un et l'autre favorables à une baisse de la fécondité : l'autonomie accrue des femmes renforcée par la tradition de séparation des biens et revenus d'une part, la solidarité plus forte au sein du couple d'autre part. Dans certains milieux c'est l'autonomie accrue des épouses, allant jusqu'à la résidence séparée qui peut favoriser une meilleure maîtrise de la fécondité. Dans d'autres milieux c'est l'émergence de couples plus unis et ayant en commun des objectifs de promotion pour leurs enfants qui les conduira à réduire la taille de leur descendance. On peut alors s'attendre à une augmentation de la pratique contraceptive. On a vu que la convergence entre époux des attitudes favorables à la contraception augmente au Ghana par exemple.

Il reste que la pratique contraceptive, si on s'en tient aux taux pour l'ensemble des femmes, reste discrète même dans les pays les plus « avancés » (tableau 7), 11 % au Ghana, guère plus de 8 % au Nigéria, au Cameroun et au Togo. On est loin de la situation tunisienne de 1978 (34 %) qui nous a servi d'illustration. Si la fécondité baisse quelque peu en Afrique de l'Ouest c'est plus par les méthodes traditionnelles d'espacement, ou en raison de séparations temporaires ou d'unions sans coresidence, toutes stratégies que savent utiliser les femmes pour maîtriser leur descendance. La pratique de la contraception, contrairement à ce qui s'est passé ailleurs progresse lentement et les femmes en particulier n'ont pas encore les coudées franches en ce domaine. Certes le désir de maîtrise de la fécondité fait son chemin dans les milieux éduqués des villes mais en milieu rural peu de choses ont bougé, tant sur le plan des contraintes familiales ou matrimoniales que sur celui des équipements et de l'information.

La probable diminution de la polygamie est une expression des changements en gestation. Elle évolue sous la double influence des progrès économiques et sociaux des deux premières décennies d'indépendance et de la crise économique qui rend plus difficile l'installation de plusieurs épouses au moins dans les villes. Elle traduit peut-être la préférence d'un certain nombre d'adultes pour une union monogame solidaire et certainement, pour un nombre croissant de femmes, le choix d'être chef de ménage (éventuellement avec un partenaire qui n'est pas un époux « officiel ») plutôt que de résider dans un ménage avec d'autres coépouses. Il est probable aussi que les veuves et divorcées sont moins contraintes au remariage qu'elles ne l'étaient auparavant.

Les effets d'une baisse de la polygamie sur la fécondité ne seront pas univoques. Au niveau individuel, les études les plus précises ont montré que la polygamie n'avait pas d'effet marquant sur la fécondité d'une épouse, toutes choses égales par ailleurs, notamment

Tableau 7
Pratique actuelle de la contraception moderne, femmes de 15 à 49 ans, dernière enquête démographique et de santé.

Pays	Date de l'enquête	Pourcentage d'utilisatrices actuelles	ISF	ISF, capitales ou milieu urbain
ISF < 5,5				
Ghana	1998	10,8	4,5	District d'Accra (2,7)
Cameroun	1998	8,0	5,2	Douala et Yaoundé (3,1)
Nigéria	1999	8,9	5,2	Ensemble urbain (4,5)
Côte d'Ivoire	1999	9,8	5,2	Abidjan (3,4)
Togo	1998	7,9	5,4	Lomé (2,9)
ISF ≥ 5,5				
Guinée	1999	4,9	5,5	Conakry (4,0)
Burkina Faso	1999	5,8	6,4	Ouagadougou (4,0)
Sénégal	1997	7,0	5,7	Ensemble urbain (4,3)
Mali	1996	5,0	6,7	Bamako (4,7)
Niger	1999		7,5	Niamey (5,2)

Source: Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

son rang (Effah, 1999). Si les femmes en polygamie ont moins d'enfants c'est par un effet de sélection : les femmes infécondes ou peu fécondes y sont plus nombreuses, ainsi que les femmes en seconde ou troisième union dont les maris ont peut-être une moins forte demande d'enfants. C'est au niveau collectif que les effets de la baisse de la polygamie sur la fécondité devraient se faire sentir, de deux façons : *a*) la diminution de la propension à être polygame diminue la fluidité du marché matrimonial et la probabilité que toutes les femmes ou presque soient exposées au risque de concevoir; et *b*) l'augmentation des unions polygames sans coresidence, peu ou pas reconnues par les familles atténue la capacité des familles à faire pression sur leur «devoir» de descendance d'une femme qui n'a pas de statut très reconnu et les femmes de leur côté, souvent responsables seules de leur ménage, pourraient avoir une plus forte motivation à limiter la taille de leur descendance.

Le désir d'avoir une nombreuse descendance n'est plus aussi répandu qu'il y a 20 ou 30 ans mais dans les enquêtes EDS-DHS d'Afrique de l'Ouest, le nombre souhaité d'enfants est le plus souvent égal ou supérieur à quatre. Les femmes ayant trois enfants vivants qui déclarent n'en plus vouloir sont largement minoritaires même dans les pays que nous avons considérés comme à fécondité «intermédiaire». Leur proportion a fortement augmenté au Ghana entre 1988 (13,7%) et 1998 (36%) et plus modérément au Togo. Partout ailleurs cette proportion a peu évolué et reste inférieure à 15% (tableau 8).

Tableau 8
Femmes ayant trois enfants vivants, qui ne veulent plus en avoir à nouveau

Pays	Dates des enquêtes	Ne veulent plus d'enfants		
		Vers 1990	Vers 1998	ISF vers 1998
ISF < 5,5				
Ghana	1988 et 1998	13,7	36,1	4,5
Cameroun	1991 et 1998	7,5	9,8	5,2
Nigéria	1990 et 1999	8,8	11	5,2
Togo	1988 et 1998	13,6	22	5,4
ISF ≥ 5,5				
Burkina Faso	1993 et 1999	12	11	6,8
Guinée	1992 et 1999	10,8	12,8	5,5
Niger	1992 et 1999	5,8	4,8	7,5
Sénégal	1992 et 1997	9	9,1	5,7
Mali	1987 et 1996	14,6	10,6	6,7

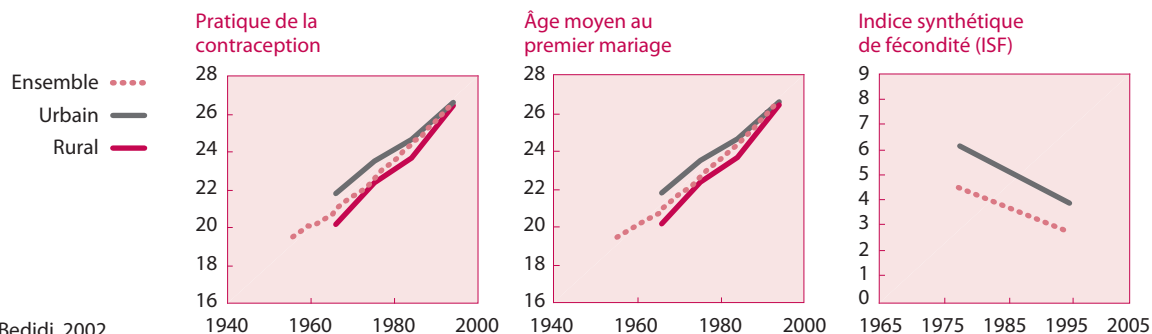
Source: Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

On peut s'attendre à des évolutions contrastées entre villes et campagnes, celles-ci étant toujours les laissées pour compte des équipements collectifs, centres de santé (où sont le plus souvent dispensés les conseils de planification familiale), écoles, entreprises créatrices d'emplois rémunérateurs non agricoles, etc. La crise accélère les changements de comportements dans les milieux déjà enclins à adopter de nouveaux modes de vie familiaux par leur insertion dans la modernité, mais la majorité des populations rurales africaines reste encore à l'écart de ces mutations. Néanmoins, dans les trois pays (Ghana, Cameroun, Nigéria) à fécondité intermédiaire d'après les enquêtes des années 1998-1999, la fécondité en milieu rural se rapproche des 5 enfants par femme. Réduire les disparités entre villes et campagnes sera l'un des enjeux majeurs d'une baisse rapide de la fécondité. C'est ce qu'a réussi la Tunisie où les différences d'âge au mariage, de pratique contraceptive, et partant de fécondité, entre milieu rural et urbain ne sont pas loin d'être oubliées (figure 1). Pour les capitales de l'Afrique côtière, on n'a pas de données pour Lagos et l'ensemble des villes du Nigéria a un ISF voisin de 4,5 enfants par femme. Mais à Douala et Yaoundé, Accra, Lomé, Abidjan, on n'est pas loin d'une fécondité entre 2 et 3 enfants par femme (tableau 7). Tout indique que la baisse va s'y généraliser. La motivation est là, les moyens sont encore très insuffisants et hélas le recours à l'avortement y fait des ravages, alors que la contraception devrait y être mieux dispensée. Mais en milieu rural, l'avenir est encore très incertain. Dans un pays comme le Togo, en pleine déroute économique et politique, où les infrastructures sanitaires sont dramatiquement insuffisantes, on peut se demander si les femmes vont être en mesure d'assurer la modération de leur fécondité qu'elles sont de plus en plus nombreuses à souhaiter et si oui à quel prix pour leur santé.

Le Ghana semble être le pays le plus près d'achever son cycle de baisse. Sa fécondité est restée inchangée jusqu'aux alentours de 1985, en dépit d'une politique de limitation de la croissance démographique clairement exprimée et malgré (ou à cause?) d'une longue période de dépression économique. Lorsque la situation politique et économique est redevenue plus favorable, la fécondité a rapidement décliné (de 2 enfants en moyenne entre 1988 et 1998).

Désormais, en Afrique subsaharienne, le désir de maîtriser la fécondité est à la rencontre de deux bouleversements antagonistes, ceux qu'a apportés la croissance et les débuts de ce qu'on appelle le développement (baisse de la mortalité, instruction plus répandue, amélioration des infrastructures collectives, naissance d'un salariat, notamment) d'une part, ceux qu'a engendré l'effondrement économique des années 1980 (pertes d'emplois urbains, difficultés financières quotidiennes accrues, départ des jeunes formés, détérioration des infrastructures, fin de l'enseignement gratuit, etc. ; Coussy et Vallin, 1996). L'urbanisation, les progrès de la santé, de l'instruction ont commencé à introduire de nouveaux rapports entre aînés et cadets, entre maris et femmes. Des couples d'un type nouveau, parfois des mères chefs de famille, ont pris conscience de nouvelles aspirations pour leurs enfants. Par ailleurs, l'accroissement des contraintes économiques et des pé-

Figure 1
Tunisie, évolution de la pratique de la contraception de l'âge moyen au premier mariage et de l'indice synthétique de fécondité (1970-1995)



Source: Ouadah-Bedidi, 2002.

nuries a renforcé la prise de conscience de la nécessité de limiter la descendance. C'est à la rencontre des progrès dus à la croissance des années 1960-1975 et des effets négatifs de la crise économique, qui n'ont cessé de s'aggraver depuis, que s'enracine le désir de familles moins nombreuses en Afrique de l'Ouest. Si on considère : *a*) l'érosion des idéaux de la famille nombreuse; *b*) le nombre conséquent de femmes qui sont capables de gérer elles-mêmes leur famille et d'en prendre la responsabilité économique; *c*) l'arrivée de jeunes adultes ayant été scolarisés; et *d*) et enfin l'émergence, dans certains milieux, de couples plus fortement solidaires. Tous ces facteurs concourent à une meilleure prise de conscience de l'intérêt des descendes moins nombreuses.

La famille de deux ou trois enfants sera-t-elle adoptée en Afrique de l'Ouest, à l'horizon d'une génération? C'est peu probable pour les pays du Sahel encore à l'aube de leur transition de la fécondité. C'est très concevable dans toutes les capitales de l'Afrique côtière. C'est beaucoup moins sûr dans les campagnes et les villes moyennes à moins qu'elles ne bénéficient, à brève échéance, des équipements indispensables en matière de santé, notamment de santé reproductive, d'éducation et d'emploi. Quand une baisse de fécondité est visible statistiquement, elle est le produit de changements familiaux bien antérieurs qui ont agi de façon souterraine. C'est ce qui s'est passé au Ghana, c'est probablement ce qui est en gestation dans d'autres pays, d'où l'importance, pour mieux anticiper l'évolution de la fécondité, de suivre des indicateurs de structures familiales tels que l'âge à l'entrée en union, les taux de polygamie, les taux de femmes chefs de ménage, la proportion d'enfants qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques, le niveau d'accord entre hommes et femmes dans la pratique de la contraception.

BIBLIOGRAPHIE

- Andro, Armelle (2001). *Décisions de fécondité au sein des couples en Afrique de l'Ouest. Quelles négociations entre hommes et femmes?* Communication présentée au colloque « Genre, population et développement en Afrique » de l'INED-ENSEA-IFORD, Abidjan, 25 pages.
- et Véronique Hertrich (2001). « La demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses? », *Population* n°5, 50 pages.
- Bankole, Akinrinola (1995). « Desired Fertility and Fertility Behaviour among the Yoruba of Nigéria: A Study of Couple Preferences and Subsequent Fertility », *Population Studies*, vol. 49, n° 2. (juillet 1995), p. 317-328.
- Ben Salem Lilia et Thérèse Locoh (2001). « Les transformations du mariage et de la famille » *Population et développement en Tunisie, la métamorphose*, p. 203-232 (dir. Jacques Vallin et Thérèse Locoh), 801 pages.
- Bongaarts, John (1978). « A framework for analysing the proximate determinants of fertility », *Population and Development Review*, 3: p. 63-102.
- Coussy, Jean et Jacques Vallin (dir.) (1996). *Crise et population en Afrique. Crises économiques, programmes d'ajustement et dynamiques démographique*, Paris, CEPED, x+580 pages, coll. Les Études du CEPED, n°13.
- Desgrées du Loù, Annabel, Philippe Msellati, Ida Viho et Christiane Wellfens-Ekra (1999). « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan: une cause de la baisse de la fécondité? », *Population* n° 3, mai-juin 1999, p. 427-446
- Effah, Kofi B. (1999). « A reformulation of the polygyny-fertility hypothesis » *Journal of Comparative Family Studies*, n°3, p. 381-408.
- Fapohunda, Eleanor et Michael Todaro (1988). « Family Structure, Implicit Contracts and the Demand for Children in Southern Nigéria », *Population and Development Review*, 14 (4), p. 571-594.
- Gueddana, Nebiha (2001). « L'expérience du programme tunisien de planification familiale », *Population et développement en Tunisie, la métamorphose*, p. 203-232 (dir. Jacques Vallin et Thérèse Locoh), 801 pages.
- Hassoun, Judith (1997). *Femmes d'Abidjan face au sida*, Paris, Karthala, 202 pages.

- Hertrich, Véronique (2001). *Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Un premier bilan des tendances de l'entrée en union au cours des 40 dernières années*. Communication présentée au colloque « Genre, population et développement en Afrique », ENSEA, INED, IFORD et UEPA, Abidjan, 16-21 juillet, 32 pages.
- Kritz, Mary, Paulina Makinwa-Adebusoye et Douglas T. Gurak (2000). « The role of gender context in shaping reproductive behavior in Nigeria » in Harriet B. Presser et Gita Sen (dir.) *Women's empowerment and demographic processes: Moving beyond Cairo*, p.239-260. Oxford, Oxford University Press, 426 pages. (International Studies in Demography)
- Lesthaeghe, Ron (dir.), (1989). « Social Organisation, Economic Crises and the Future of Fertility Control », in Lesthaeghe Ron (dir.) *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, p. 475-497, Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 556 pages.
- Locoh, Thérèse (1994). « Social change and marriage arrangements: New types of union in Lomé, Togo », in : Caroline Bledsoe et Gilles Pison (dir.), *Nuptiality in Sub-saharan Africa. Contemporary anthropological and demographic perspectives*, p. 215-230, Oxford, Clarendon Press, 326 pages (International Studies in Demography.)
- et Yara Makdessi (1996). *Population Policies and Fertility Decline in Sub-Saharan Africa*. Paris, CEPED, 40 pages. (Les dossiers du CEPED, n°2.)
- Joseph, Véronique et Michel Garenne (2001). *Datation de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne*, Paris, CEPED, 64 pages. (Les dossiers du CEPED, n° 66.)
- ONAPO, (1982). *Enquête tunisienne sur la fécondité*, 1978. Tunis, République tunisienne, 2 vol.
- Organisation des Nations Unies (2000). *World Population Prospects: the 2000 Revision*, vol. I: *Comprehensive Tables*. New York, Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 745 pages.
- Ouadah-Bedidi, Zahia et Jacques Vallin (2000). « Maghreb : La chute irrésistible de la fécondité », *Population et sociétés*, bulletin de l'INED, n° 359, (juillet-août), 4 pages.
- (2002). *Structures familiales et baisse de la fécondité au Maghreb*, données statistiques communiquées à l'auteur, à paraître, 6 pages.
- Vandermeersch, Céline (2000). *Les enfants confiés au Sénégal*, thèse de doctorat, Institut d'études politiques, Paris, p. .502.

Éducation et tendances futures de la fécondité, en particulier dans les pays en milieu de transition

*John Cleland**

INTRODUCTION

De tous les indicateurs du statut socio-économique, l'instruction a été l'un de ceux qui a été le plus utilisé par les démographes. L'éducation des adultes ne cesse d'apparaître comme le plus puissant prédicteur de leur comportement démographique. La durée des études accomplies est donc associée au début de la période de procréation (âge au mariage et à la maternité), à la maternité et à l'utilisation de la régulation des naissances, ainsi qu'à la mortalité. Jusqu'à la fin des années 70, l'influence multiforme exercée par le niveau d'études des individus et des couples sur toute une série de résultats démographiques était considérée par un grand nombre de chercheurs comme l'expression du lien étroit existant entre la longueur des études accomplies et la situation matérielle; l'instruction était le plus souvent appréhendée comme un indicateur du statut socio-économique, si bien que l'on se préoccupait fort peu du lien qu'elle entretenait avec la fécondité et la mortalité. Le tournant a été pris avec la publication des résultats d'une enquête réalisée au Nigéria, qui montrait que l'instruction des mères était un prédicteur beaucoup plus puissant de la survie de l'enfant que les caractéristiques économiques de sa famille, telles que la profession du père (Caldwell, 1979), ainsi qu'avec l'analyse approfondie de la relation entre l'instruction et la fécondité, qui a abouti à des conclusions analogues (Cochrane, 1979). D'autres recherches menées par la suite ont confirmé que l'instruction de la mère exerce, d'une façon générale, une influence plus décisive sur la procréation que les caractéristiques du père.

Le plaidoyer en faveur de l'amélioration de l'instruction des filles en tant que moyen de faire baisser la mortalité et la fécondité s'est coulée dans l'idéologie des grandes organisations internationales telles que la Banque mondiale et le Fonds des Nations Unies pour la population. Elle s'est également imposée comme l'un des thèmes principaux de la Conférence internationale sur la population et le développement. Or, l'opinion selon laquelle l'élévation du niveau d'instruction des femmes est indispensable à la réduction de la fécondité ne s'appuie pas sur des données empiriques aussi solides et universelles qu'on le donne souvent à entendre, et les liens entre l'instruction et la fécondité ne vont pas de soi (Organisation des Nations Unies, 1987). Les rapports entre le niveau d'instruction des femmes et la fécondité—et en particulier les incidences de quelques années d'instruction—dépendent étroitement du contexte: ils varient selon les régions du monde, le degré de développement et l'époque (Jejeebhoy, 1995). Ils peuvent également être influencés par les conditions culturelles, notamment la position que les femmes occupent dans la structure de la parenté.

Le présent document a pour principal objectif de repérer les implications des changements passés et prévus de la structure d'une population du point de vue du niveau d'études pour l'avenir de la fécondité dans les pays qui sont entrés dans la phase moyenne

* Directeur, Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres (Royaume-Uni).

ou une phase ultérieure de la transition en matière de fécondité, phases correspondant en gros, ici, à une fécondité cumulée comprise entre trois et cinq naissances par femme. Le rythme de la baisse à venir et le niveau auquel la procréation se stabilisera revêtent une importance essentielle. Pour atteindre l'objectif que nous nous sommes fixé, les éléments suivants doivent en principe être présents : une théorie de la transition de la fécondité qui précise le rôle du niveau d'instruction en tant que déterminants dans le contexte d'autres déterminants; une documentation mettant bien en évidence les corrélations statistiques entre le niveau d'instruction au niveau individuel et global, dans l'espace et dans le temps, et la phase de la transition de la fécondité; l'intelligence des trajectoires qui relient le niveau d'instruction et les résultats en matière de fécondité; et une prévision relativement fiable des tendances futures du niveau d'instruction.

La simple énumération de ces desiderata, ainsi que l'abondance des données empiriques accumulées depuis 50 ans, nous imposent d'être très sélectif en ce qui concerne les questions abordées et les données présentées. Nous nous efforcerons donc de synthétiser les caractères distinctifs et la notion que l'on peut en tirer des études du passé récent, avant de les appliquer, sur un mode nécessairement hypothétique, à l'avenir. Nous allons inverser l'ordre d'examen de ces questions, ou desiderata.

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE LA POPULATION DU POINT DE VUE DU NIVEAU D'INSTRUCTION

Deux éléments de la structure d'une population du point de vue du niveau d'instruction sont susceptibles de présenter un intérêt pour la fécondité : il s'agit de la structure de la population d'âge scolaire et de la structure de la population en âge de procréer. En ce qui concerne le premier de ces éléments, les effectifs scolaires peuvent transformer les relations intergénérationnelles en accroissant le coût direct de la maternité, en diminuant le nombre de personnes disponibles pour la production domestique et en permettant aux parents d'investir dans la qualité de leur progéniture aux dépens de la quantité (Becker, 1991; Caldwell, 1982). Les chercheurs se sont désintéressés de l'impact de la scolarisation des enfants sur les aspirations et le comportement des parents en matière de procréation. Certaines des rares études disponibles font apparaître une corrélation positive (c'est le cas, par exemple, de Caldwell, Reddy et Caldwell, 1985; Axinn, 1993), mais une étude transnationale n'a découvert aucun lien entre l'inscription à l'école primaire et la fécondité (Tan et Haines, 1984) et les tendances démographiques de pays comme le Bangladesh et le Népal montrent qu'un taux d'inscription élevé (ou même moyen) n'est pas une condition préalable indispensable pour une baisse de la fécondité.

Aux fins du présent document, axé sur le milieu ou la fin de la transition, l'examen des incidences éventuelles des taux d'inscription dans les écoles primaires et secondaires sur la fécondité de la génération des parents n'est pas une tâche prioritaire, ce pour deux raisons. Tout d'abord, la scolarisation de masse est déjà une réalité dans la plupart des pays qui ont enregistré une baisse appréciable de la fécondité et il est permis de douter qu'une nouvelle augmentation des inscriptions aurait un effet mesurable quelconque sur la procréation. En fait, en Afrique subsaharienne, la transition de la fécondité se déroule à un moment de baisse des inscriptions. Ensuite, la plupart des auteurs ont affirmé que l'apparition de la scolarisation de masse joue essentiellement un rôle de catalyseur pour l'arrivée et la première phase de la transition en matière de fécondité, lien qui est de peu d'intérêt pour les pays dont le cas est examiné ici.

De nombreuses études montrent les progrès antérieurs de l'alphabétisation et de l'éducation de la population adulte, sur lesquels on ne reviendra pas ici. L'évolution future de la structure de la population adulte du point de vue du niveau d'instruction pourrait bien présenter plus d'intérêt pour l'avenir de la fécondité au cours des prochaines décennies que celle de la scolarisation et de la rétention scolaire, même si, bien entendu, l'une est simplement la conséquence à plus long terme de l'autre. Une étude récente de Lutz et Goujon (2001) présente des projections régionales succinctes de la structure de la population du

point de vue du niveau d'instruction à l'horizon 2030. Deux projections sont réalisées. La première—le scénario constant—tient pour acquis le maintien des taux d'inscription récents, associé aux projections des tendances de la fécondité, de la mortalité et des migrations qui suivent le scénario central de l'Institut international pour l'analyse des systèmes appliqués (IIASA) (Lutz, 2001). La seconde projection part du principe que toutes les régions connaissent une progression linéaire de leurs taux de scolarisation qui leur feront atteindre les niveaux actuels de l'Amérique du Nord d'ici à 2030. Les auteurs ne le disent pas expressément, mais on peut supposer que ce scénario « américain » exprime la limite supérieure des résultats possibles tandis que le scénario « constant » donne peut-être une bonne représentation d'un avenir plus réaliste. La comparaison des taux de scolarisation primaire et secondaire dans les années 80 et 90 tend manifestement à indiquer qu'aucun progrès important ne s'est produit dans la plupart des régions à faible revenu (Organisation des Nations Unies, 1995a). On pourrait également songer à extrapoler les tendances récentes des taux de scolarisation, mais cela sortirait du cadre du présent document.

Les résultats des projections effectuées par Lutz et Goujon sont synthétisés au tableau 1 pour la population féminine des quatre régions où se trouvent la majorité des pays parvenus en milieu ou en fin de transition : Afrique du Nord, Amérique latine, Asie occidentale et Asie du Sud. On est frappé par la longueur des intervalles de temps en jeu. Même selon les scénarios de type « américain », la structure de la population féminine adulte du point de vue du niveau d'instruction n'est pas fondamentalement modifiée au cours des 30 prochaines années. Le changement le plus important concerne le pourcentage de femmes ayant fait des études supérieures, lequel devrait passer de 10 % dans trois des quatre régions à près de 20 %. Cependant, en 2030, une proportion importante de femmes continueront de relever de la catégorie de la non-scolarisation ou de la scolarisation primaire : elle sera de plus de 60 % en Asie du Sud, de plus de 40 % en Afrique du Nord et en Asie occidentale et de plus de 30 % en Amérique latine.

Certes, il faut disposer de projections par âge pour établir de façon détaillée les implications éventuelles pour la fécondité future des changements intervenus dans la structure de la population du point de vue du niveau d'instruction. Si l'on devait focaliser l'attention uniquement sur les âges de plus forte activité procréatrice—de 20 à 35 ans,

Tableau 1
Niveau d'instruction (%) de la population féminine adulte (âgée d'au moins 15 ans)
pour certaines régions, 2000 et 2030 (projection)

	Niveau d'instruction			
	Aucune	Primaire	Secondaire	Supérieure
Afrique du Nord				
2000	55	17	20	8
2030 (scénario constant)	34	21	35	9
2030(scénario « américain »)	30	17	36	17
Amérique latine				
2000	15	39	37	9
2030 (scénario constant)	4	35	50	11
2030(scénario « américain »)	4	29	48	19
Asie occidentale				
2000	34	33	23	10
2030 (scénario constant)	25	29	37	9
2030(scénario « américain »)	22	24	38	17
Asie du Sud				
2000	66	17	15	2
2030 (scénario constant)	37	44	15	4
2030(scénario « américain »)	34	32	25	10

Source : Lutz et Goujon (2001), The world's changing human capital stock: multi-state population projections by educational attainment. *Population and Development Review*, vol. 27, n° 2, p 323-339.

par exemple—, le niveau d'amélioration projetée de la structure de la population du point de vue du niveau d'études serait supérieur à ce qu'il serait pour l'ensemble de la population adulte à partir de l'âge de 15 ans. Mais même ces projections par âge, si elles s'appuyaient sur des hypothèses réalistes quant aux tendances futures de la scolarisation, seraient probablement inférieures au scénario « américain ».

Pour résumer, quatre points principaux se dégagent de cette brève analyse. En premier lieu, les méthodes utilisées par l'IIASA, fondées sur les tables de survie multidimensionnelles, peuvent être systématiquement appliquées pour établir les projections de la structure de la population de pays et de régions du point de vue du niveau d'instruction. En deuxième lieu, les hypothèses utilisées par l'IIASA pourraient sans doute être améliorées pour élaborer un scénario intermédiaire ou le plus vraisemblable, se situant quelque part entre le scénario « constant » et le scénario « américain » (à l'exception, peut-être, de l'Afrique subsaharienne). En troisième lieu, les projections par âge sont nécessaires pour expliciter les implications démographiques. En quatrième lieu, les résultats de ces mises au point supplémentaires ne semblent pas devoir aller à l'encontre de l'impression qui se dégage du tableau 1, à savoir que les populations adultes des régions à faible revenu vont bien devenir plus instruites, mais leurs progrès dans ce domaine seront relativement limités, au moins sur 30 ans.

ÉDUCATION ET FÉCONDITÉ : LES VASES COMMUNICANTS

La plupart des recherches sur les rapports entre l'éducation et la fécondité ont utilisé des enquêtes transversales, notamment l'EMF (enquête mondiale sur la fécondité) et les EDS (enquêtes démographiques et sanitaires). Comme on le verra dans la prochaine section, une approche transversale peut induire en erreur car elle donne souvent une impression d'immuabilité ou d'inéluctabilité en ce qui concerne des rapports qui évoluent en fait dans le temps. Les enquêtes transversales n'en fournissent pas moins, sur les liens existant entre le niveau d'instruction des individus et des couples et les résultats en matière de procréation, des informations pouvant s'avérer utiles pour l'avenir. Dans la présente section, on s'arrêtera d'abord sur les liens de comportement. On examinera ensuite le rapport entre la scolarisation et les préférences en matière de fécondité, avant de se pencher sur les causes profondes ou distales.

Liens de comportement

Point n'est besoin de reprendre en détail la masse de données sur les incidences de l'éducation sur les principaux déterminants immédiats ou déterminants comportementaux de la procréation : le comportement sexuel ou son substitut courant, le mariage ; l'allaitement naturel et les facteurs post-partum connexes ; et la maîtrise de la fécondité. Le rôle de la prolongation du célibat et de l'ajournement de la maternité dans la transition de la fécondité est très variable selon les régions, puisqu'on lui doit une part appréciable de la baisse globale dans de nombreux pays d'Asie et d'Afrique du Nord, mais une part nettement inférieure en Amérique latine. Les données transversales, tout récemment synthétisées par l'Organisation des Nations Unies (1995b) et Jejeebhoy (1995), indiquent que, chez les femmes, l'âge au premier mariage et l'âge à la naissance du premier enfant sont fortement corrélés au niveau d'études dans la quasi-totalité des pays à revenu faible ou moyen, encore qu'une scolarité de courte durée n'ait souvent qu'un impact négligeable. De plus, les analyses multidimensionnelles passées en revue par Jejeebhoy indiquent que la corrélation ne peut pas être attribuée à l'emploi ou aux caractéristiques du mari.

Dans les pays auxquels le présent document est consacré, qui ont une fécondité cumulée inférieure à cinq naissances, mais supérieure au seuil de remplacement, la prolongation du célibat, tout en ayant un impact sur la fécondité du moment, peut ne pas vraiment en avoir sur la taille finale de la famille ou la descendance finale. Une question de la plus haute importance pour les projections de fécondité est celle de savoir si la tendance au recul de

l'âge au mariage, en particulier parmi les catégories les plus instruites, se traduira au cours des prochaines décennies par un rejet pur et simple du mariage et de la maternité, comme cela s'est produit dans bien des pays industrialisés avancés. Jusqu'à présent, ce rejet ne s'est pas produit dans les pays considérés. La proportion des femmes âgées de 40 à 49 ans qui ne se sont jamais mariées est négligeable dans presque tous les pays en développement (Kishor et Neitzel, 1996). Lorsque les données sont désagrégées selon l'instruction des femmes, l'impression dominante est que le mariage demeure la norme. Parmi les femmes âgées de 40 à 49 ans, la fréquence du célibat définitif ne dépassait 10 % que dans sept des 22 EDS (Organisation des Nations Unies, 1995b). Il est vrai également que l'Europe occidentale a ceci d'inhabituel qu'elle a une longue tradition de refus du mariage, à la différence de la plupart des sociétés asiatiques et africaines, où cette tradition de non-mariage est pratiquement absente. Le mariage et la maternité restent presque universels dans des pays asiatiques de fécondité aussi faible que la République de Corée et Taïwan, mais, il est vrai, pas au Japon.

L'avenir du mariage, lui-même fortement influencé par l'éducation, dans les pays à taux de fécondité intermédiaire d'aujourd'hui représente la plus forte incertitude dans le domaine des prévisions de la fécondité future. C'est un sujet que les démographes ont largement ignoré; or, la recherche dans ce domaine pourrait bien se révéler payante.

On peut passer rapidement sur les facteurs post-partum (aménorrhée due à la lactation, continence) car ils ne jouent qu'un rôle négligeable dans les tendances futures de la fécondité. Il suffira de dire que les effets favorables à la fécondité d'une lactation plus courte et plus intense et d'une reprise précoce de l'activité sexuelle, toutes deux fortement corrélées avec le niveau d'instruction, sont le plus souvent éclipsés par un plus grand recours à la régulation de la fécondité. Par exemple, dans 10 EDS menées en Asie, en Afrique du Nord et en Amérique latine sur 14, on a constaté que l'intervalle moyen entre la première et la deuxième naissance s'allongeait monotonement en fonction de l'élévation du niveau d'instruction des femmes (Mboup et Saha, 1998). En Afrique subsaharienne, toutefois, l'impression dominante était celle d'une faible variation des intervalles génésiques en fonction de l'instruction, ce qui était sans doute à rattacher à des niveaux généraux de régulation de la fécondité inférieurs.

La principale trajectoire comportementale reliant l'instruction et la fécondité est, naturellement, l'utilisation de la contraception. À de rares exceptions près, l'utilisation de la contraception s'élève monotonement et rapidement avec le niveau d'instruction. Dans la plupart des pays, ce lien prend la forme d'une augmentation de la fréquence du recours à des méthodes modernes efficaces, mais il existe d'importantes exceptions. En Inde, en Chine et au Bangladesh, les couples mieux instruits sont moins enclins à se faire stériliser que les couples moins instruits.

Dans les pays à taux de fécondité intermédiaire d'aujourd'hui, la fréquence d'utilisation de la contraception, déjà relativement élevée, devrait encore augmenter. Ainsi, l'abandon de la contraception, l'échec de la contraception et le changement de méthode contraceptive deviendront-ils progressivement, avec l'avortement, des déterminants plus importants de la fécondité parmi les femmes sexuellement actives. Chose surprenante, le niveau d'instruction des femmes n'est pas un prédicteur net de la probabilité d'un abandon général alors que le besoin de protection apparaît ne pas avoir changé, non plus que de la défaillance de la contraceptrice ou de l'échec de telle ou telle méthode (Curtis et Blanc, 1997). C'est l'un des rares cas où l'instruction ne débouche pas sur des résultats démographiques anodins. Toutefois, le niveau d'instruction est corrélé à un élément du comportement contraceptif d'une importance cruciale, à savoir la propension à passer à une autre méthode contraceptive après avoir renoncé à la méthode précédente. Curtis et Blanc (1997) démontrent que le niveau d'instruction de la mère est un prédicteur net très marqué du passage à une autre méthode dans quatre des six EDS examinées. Dans les deux autres enquêtes, l'effet net du niveau d'instruction est positif, mais pas au point d'atteindre le niveau de confiance de 95 %.

On sait peu de choses sur la corrélation entre le niveau d'instruction et l'avortement, car on ne dispose pas de données fiables à ce sujet. L'analyse des données des EDS

concernant le calendrier des contraceptifs actuellement menée par Ali et Cleland à la London School of Hygiene & Tropical Medicine tend à confirmer que cette corrélation devrait être positive. À partir des données totalisées de 18 enquêtes, ils ont constaté que le niveau d'instruction des femmes est un prédicteur net de l'avortement consécutif à un échec de la méthode contraceptive. L'EDS ne distingue pas entre l'avortement provoqué et l'avortement spontané, encore qu'il soit clair que la majorité des avortements consécutifs à un échec soient des avortements provoqués. Il ne fait aucun doute également que les avortement des deux types sont loin d'être tous déclarés; il est donc possible que le différentiel du niveau d'instruction soit simplement dû à une erreur de déclaration.

Liens par le biais de la demande d'enfants

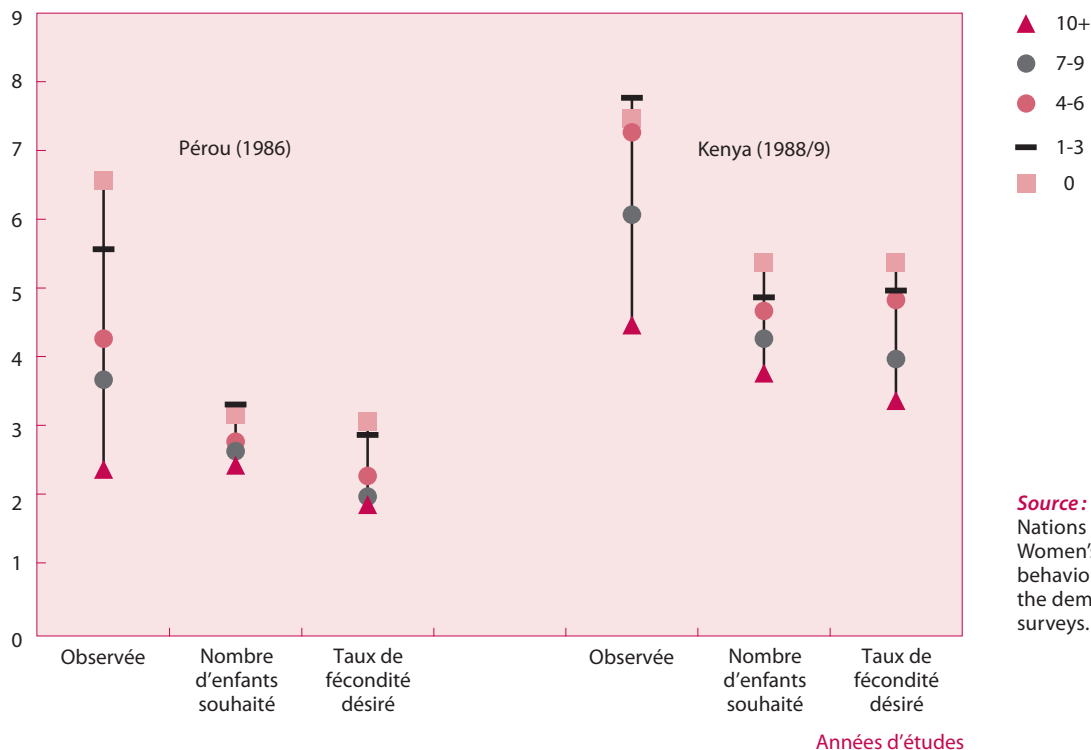
Venons-en à présent aux préférences en matière de fécondité. La caractérisation dominante de la transition de la fécondité est le fait que la baisse de la demande d'enfants à la suite des mutations sociales, y compris le niveau d'instruction, est le ressort essentiel du changement (par exemple Pritchett, 1994). La situation de l'Afrique subsaharienne est tout à fait conforme à cette optique. Les attitudes franchement natalistes mises en évidence par les enquêtes réalisées dans le cadre de l'EMF à la fin des années 70 et au début des années 80 n'ont pas cessé de se déliter depuis 20 ans et la baisse de la demande d'enfants a le plus souvent précédé l'utilisation sur une grande échelle de la contraception. Dans les autres régions, en revanche, les vœux concernant le nombre d'enfants ont toujours été nettement plus modestes qu'en Afrique et apparaissent ne pas avoir vraiment changé au cours des 10 ou 15 premières années de baisse. Par la suite, la fécondité elle-même et les indicateurs de souhait ou de demande d'enfants ont baissé parallèlement. Ainsi, la concrétisation d'attitudes préexistantes a pu être le principal facteur responsable de la mise en route de la transition de la fécondité en Asie et en Amérique latine. En outre, selon une lecture plausible de la baisse parallèle intervenue ultérieurement au niveau des attitudes et des résultats en matière de procréation, l'augmentation de l'acceptabilité et de l'utilisation des techniques modernes de régulation de la fécondité peut avoir abouti à déstabiliser la dimension de la famille désirée. En d'autres termes, le lien de causalité peut ne pas être un lien unidirectionnel classique entre la demande et l'utilisation de la contraception, mais un lien plutôt circulaire assorti d'une forte rétrorégulation entre le comportement et la demande (Robinson et Cleland, 1992).

Les considérations qui précèdent ont pour but de mettre en garde contre le fait que l'idée que nous nous faisons des souhaits en matière de fécondité et de la concrétisation de ces souhaits pourrait bien être simpliste. Cela étant, si tant est qu'une nette distinction puisse être faite, il ne fait aucun doute que cette concrétisation a joué un rôle plus important que l'évolution de la demande dans les baisses de fécondité des 30 dernières années. Feyisetan et Casterline (2000) montrent que l'évolution des préférences en matière de fécondité ne représente en moyenne qu'un cinquième des augmentations de la fréquence de la contraception observées entre les années 70 et 90 dans les pays à faible revenu. On ne sera pas surpris de constater que cette fraction est sensiblement plus importante en Afrique subsaharienne.

En gros, on peut tirer la même conclusion en ce qui concerne les écarts de fécondité en fonction du niveau d'instruction. Il y a corrélation négative entre le niveau d'instruction des couples et le nombre d'enfants souhaité, mais les écarts sont modestes (sauf en Afrique subsaharienne) une fois statistiquement neutralisés les effets de l'âge et du nombre des enfants vivants (Organisation des Nations Unies, 1995b). En revanche, les écarts de concrétisation en fonction du niveau d'études (c'est-à-dire les besoins non satisfaits) sont nettement plus importants (par exemple Westoff et Moreno, 1992). Pour illustrer visuellement ce point, la figure 1 fait ressortir le contraste qui existe entre la fécondité effective avec deux indicateurs de fécondité désirée pour le Pérou et le Kenya. Au Pérou, l'écart de fécondité observée selon le niveau d'instruction des femmes est beaucoup plus important que l'écart de fécondité désirée. On relève la même tendance au Kenya, mais nettement moins prononcée.

Figure 1
 Fécondité observée et fécondité désirée : Pérou et Kenya

Fécondité cumulée



La plus grande aptitude des couples plus instruits à concrétiser leurs préférences en matière de fécondité ne doit pas être exagérée. Dans une analyse multivariable de la probabilité de mettre au monde des enfants non désirés au moment de la conception, Adetunji (1998) a constaté un certain nombre d'effets d'instruction de la mère dans 10 EDS. Dans deux pays d'Amérique latine sur trois, le résultat escompté a été obtenu : la probabilité de la mise au monde d'enfants non désirés baissait sensiblement à mesure qu'augmentait le niveau d'instruction. Cependant, dans deux des quatre pays africains, ainsi qu'en Indonésie et en Égypte, c'est l'effet inverse qui a été observé. Les résultats des enquêtes africaines — Ghana et Kenya, toutes deux réalisées en 1993 — peuvent s'expliquer par le fait que ces deux pays se trouvaient pour ainsi dire dans la phase initiale de la transition, soit un moment où la concrétisation des préférences ne fait que s'ébaucher et où la fécondité non désirée peut augmenter. De plus, comme on l'a vu, la corrélation entre le niveau d'instruction et le souhait d'avoir une famille moins nombreuse est plus forte en Afrique qu'ailleurs, rendant les couples instruits plus vulnérables au risque de mettre au monde des enfants non désirés. Les résultats concernant l'Indonésie (1990) et l'Égypte (1992) sont moins faciles à expliquer car, au moment des enquêtes analysées par Adetunji, ces pays enregistraient depuis longtemps des baisses de fécondité. L'erreur de mesure est une explication possible : la justification a posteriori de la « volonté » associée à des naissances récentes pourrait être plus courante parmi les personnes moins instruites.

Liens distals

La recherche publiée signale une foule de liens profonds ou distals entre le niveau d'instruction des individus et des couples et la fécondité par l'intermédiaire des facteurs immédiats que nous avons analysés. On peut les classer en trois grandes catégories non étanches : il s'agit de liens de type cognitif, sociopsychologique et économique.

La façon la plus évidente dont le niveau d'instruction peut influencer la fécondité des couples est en leur donnant les moyens d'acquérir et de comprendre des informations correctes sur la prévention de la grossesse et de l'accouchement. La littératie, en son sens étroit d'aptitude à la lecture et à l'écriture, ne saurait être la seule aptitude cognitive essentielle en jeu. Même une à trois années d'instruction de la mère sont corrélées dans certains pays à une diminution sensible des maternités; or, cette modeste expérience de l'instruction primaire est rarement suffisante pour inculquer une aptitude durable à la lecture et à l'écriture. Toutefois, même quelques années d'école peuvent améliorer la littératie du parlé, à savoir la compréhension d'un langage décontextualisé (c'est-à-dire d'un langage formel distancié dans lequel le sens réside uniquement dans les mots et la syntaxe, non dans l'intelligence d'un contexte partagé). La langue des professeurs, des personnels sanitaires et des médias est décontextualisée. Les travaux de Levine et ses collègues au Mexique, au Népal et en Zambie ont montré que des femmes adultes qui ne sont jamais allées à l'école sont moins capables de comprendre des messages radiophoniques sur la santé dans leur langue maternelle que des femmes qui ont fait des études primaires — ce qui montre bien que les techniques de littératie du parlé acquises à l'école sont conservées à un stade ultérieur de la vie selon des modalités qui pourraient bien revêtir de l'importance pour la santé et la contraception (Levine *et al.*, 1991). Ce thème de recherche présente l'immense intérêt d'expliquer pourquoi l'incidence du niveau d'instruction est si omniprésent dans les pays à faible revenu, en dépit de grandes différences sur les plans de la qualité de l'instruction et de la nature des programmes d'études. L'expérience de l'utilisation d'un langage décontextualisé et, dans les dernières classes de l'enseignement primaire, l'acquisition de la littératie de l'imprimé sont des éléments que l'on retrouve dans tous les systèmes d'enseignement modernes. Les données empiriques confirment assurément que l'instruction permet de mieux connaître les méthodes contraceptives, leur mode d'utilisation et la façon de se les procurer. D'un autre côté, il ressort de nombreuses études que l'absence de connaissance n'est pas un sérieux obstacle à l'adoption et à l'utilisation durable de la contraception. Les facteurs cognitifs ont leur importance, mais ne semblent pas devoir être la voie de transmission principale.

S'agissant des facteurs sociopsychologiques, et non plus cognitifs, par l'intermédiaire desquels peut s'établir le lien entre le niveau d'instruction de la mère et les déterminants immédiats ou directs de la fécondité, les principales possibilités analysées dans la recherche publiée sont les suivantes :

- Évolution de la valeur attribuée aux enfants;
- Autonomisation progressive des femmes dans le processus de prise de décisions au sein de la famille, y compris en ce qui concerne les buts et la maîtrise de la procréation;
- Plus grande facilité pour s'identifier aux institutions modernes (y compris le système de santé) et renforcement de l'assurance et des capacités nécessaires pour y accéder.

Les travaux de Caldwell en Afrique de l'Ouest et en Inde du Sud montrent que l'instruction transmet les nouvelles valeurs occidentales de la famille nucléaire axée sur les enfants et amène à se reconnaître une plus grande obligation à l'égard de leur survie et de leur bien-être (Caldwell, 1982; Caldwell, Reddy et Caldwell, 1985). Cette transformation des valeurs ne peut que conduire à une diminution du nombre d'enfants par famille et à un surcroît d'investissement dans chaque enfant — processus souvent appelé corrélation négative entre la quantité et la qualité. Bien que tout à fait plausible, cette thèse ne résiste pas au fait que l'instruction n'a qu'un impact relativement modeste sur les indicateurs de la taille de la famille souhaitée une fois neutralisés comme il convient les effets des facteurs de confusion.

Il existe une recherche abondante, en particulier dans les sociétés pleines de clivages fondés sur le sexe de l'Asie du Sud, sur la question de savoir si les mères instruites jouissent d'un pouvoir décisionnel au sein du ménage plus important que les mères sans instruc-

tion. Étant donné que la responsabilité de la contraception incombe le plus souvent aux femmes, le renforcement de leur autonomie à cet égard pourrait s'avérer payant du point de vue de leur capacité de régulation du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances. La plupart des études ethnographiques s'accordent à dire que l'instruction vaut aux mères beaucoup de respect et d'estime, mais l'unanimité est loin d'être faite sur la mesure dans laquelle cette élévation de statut débouche sur un renforcement de leur pouvoir décisionnel (Caldwell, Reddy et Caldwell, 1985; Jeffery et Jeffery, 1996; Zeitlyn et Islam, 1997). L'effet éventuel d'autonomisation de l'instruction peut s'atrophier en présence d'une faiblesse structurelle—l'absence de contrôle sur les biens ou le revenu. De plus, certains auteurs ont démontré qu'une scolarisation de courte durée peut renforcer les valeurs traditionnelles de modestie et de déférence au lieu d'inciter les femmes à contester l'autorité traditionnelle du mari et des membres plus âgés de la famille.

Une autre série de mécanismes sociopsychologiques établissant un lien entre le niveau d'instruction des mères et le comportement procréateur concerne l'identification aux institutions modernes et l'assurance avec laquelle les intéressées communiquent avec ces institutions. Une fois encore, l'importance que revêtent potentiellement ces facteurs pour le comportement consistant à consulter un prestataire de soins et, en particulier, à utiliser les contraceptifs est évidente, car il est établi que, dans bien des milieux à faible revenu, il faut posséder certaines aptitudes et de la détermination pour avoir accès à des services adéquats. La principale série de données est fournie par des enquêtes réalisées sur une grande échelle et est presque exclusivement positive. Les couples mieux instruits sont plus enclins non seulement à concrétiser le souhait de différer ou de limiter les naissances en pratiquant la contraception, mais aussi à se prévaloir des services de santé allopathiques pour toute une série de besoins, dont les soins prénatals et néonataux, la vaccination des enfants et les soins curatifs. Les données fournies par les micro-études vont généralement dans le même sens. En Afrique de l'Ouest, au Népal et dans l'Inde du Sud rurale, on a constaté que les mères instruites, plus exigeantes, obtiennent des services de meilleure qualité des prestataires de soins de santé.

Le dernier lien distal éventuel a trait au fait que les mères instruites peuvent avoir plus que les autres à rechercher un emploi rémunéré, relevant du même coup les coûts d'opportunité du mariage et de la maternité (Becker, 1991). Dans l'ensemble, les données des études transnationales comme des études locales indiquent une corrélation négative. Il ne semble pas que l'emploi des femmes soit un prédicteur fiable du comportement procréateur dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ni que le lien entre le niveau d'instruction et la fécondité puisse être attribué aux possibilités d'emploi (Organisation des Nations Unies, 1987).

Conclusions

Un accord peut être obtenu sur les mécanismes immédiats qui expliquent la corrélation négative dont ont si abondamment fait état les études transnationales entre le niveau d'instruction et la fécondité. La prolongation du célibat et l'ajournement des naissances, associée à une plus grande propension à concrétiser des préférences en matière de procréation en comportements protecteurs appropriés, sont les liens principaux. Le souhait d'avoir une famille peu nombreuse représente un lien supplémentaire, mais dont la contribution est relativement modeste, sauf en Afrique subsaharienne.

S'agissant des facteurs cognitifs, sociopsychologiques ou économique sous-jacents, l'accord ne pourra sans doute jamais se faire, car la recherche requise est des plus complexes et les réponses pourraient être dépendantes du contexte. Toutefois, les données dont on dispose tendent à montrer que le lien particulièrement important pourrait être la capacité d'une expérience de la scolarisation d'aboutir à une identification plus étroite avec les institutions modernes, parmi lesquelles le système de santé, et le fait que les intéressées communiquent avec plus d'assurance avec ces institutions. Si elle est correcte, cette perspective interprétative a des implications importantes. Il en découle, par exemple, que

les différences en matière de procréation observées entre les couples mieux instruits et les couples moins instruits ont une origine relativement superficielle et évolutive. À mesure que les sociétés se moderniseront et que la contraception moderne et les services associés cesseront d'être perçus comme quelque chose d'étranger, d'insolite et d'assez effrayant pour devenir l'un des éléments de la vie quotidienne, l'« avantage » initialement conféré par l'instruction se dissipera. Pour approfondir l'étude de ce processus, il faut examiner l'évolution du lien dans le temps.

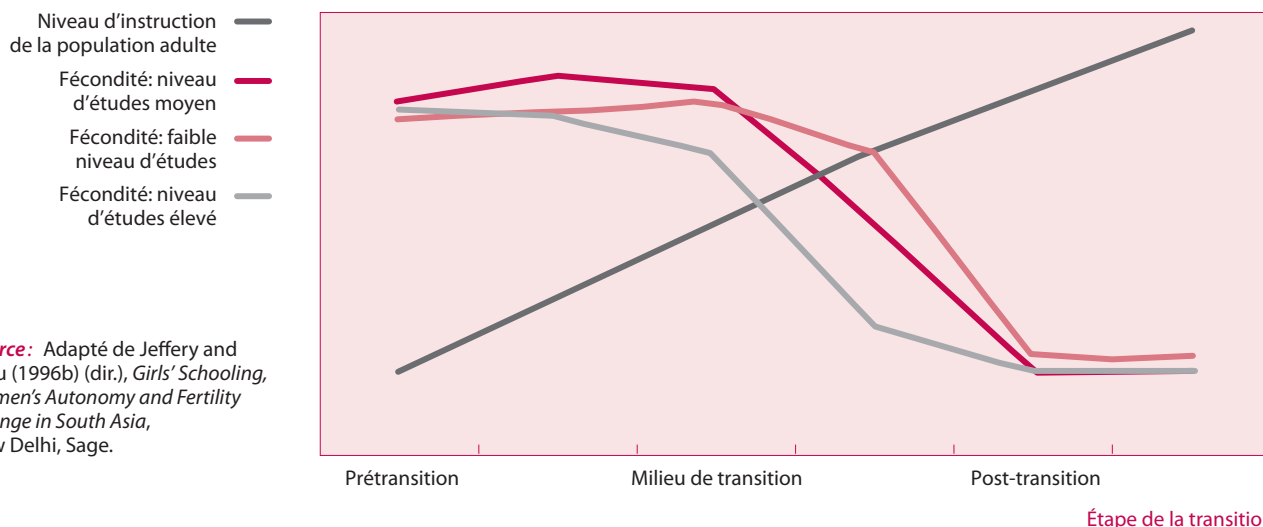
LIENS ENTRE LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA FÉCONDITÉ PENDANT LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

Le lien entre le niveau d'instruction et la fécondité pendant la transition de la fécondité est présenté dans la figure 2. Avant le début de la baisse de fécondité, il est courant de voir les taux d'inscription dans les écoles et la structure de la population du point de vue du niveau d'instruction s'améliorer. Cependant, il n'y a pas de seuil. Dans certains pays, comme le Bangladesh et le Népal, la fécondité a commencé de baisser alors que la plus grande partie de la population adulte était illettrée. Dans d'autres, comme les Philippines et la Jordanie, c'est l'inverse qui s'est produit : la plus grande partie de la population avait été scolarisée avant de début de la baisse. À mesure que progresse la transition en matière de fécondité sur une période de 50 ans, le niveau d'instruction de la population s'améliore communément, encore qu'il n'y ait pas, là non plus, de règle absolue. Dans certains pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, la fécondité continue de baisser alors que les taux de scolarisation diminuent.

Dans les sociétés au stade prétransitionnel, le lien entre le niveau d'instruction et la fécondité est ténu et différencié. Le plus souvent, l'immense majorité de la population n'a pas été scolarisée, une proportion limitée a fait des études primaires et une toute petite élite est allée au-delà. Ce dernier groupe peut enregistrer une fécondité moins forte, mais la fécondité du groupe qui a fait des études primaires n'est souvent pas différente de celle des couples non scolarisés, quand elle ne lui est pas supérieure. Ce scénario a été représentatif de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et des pays moins développés d'Asie du Sud dans les années 70 et au début des années 80.

À mesure que la baisse de la procréation prend racine, les écarts de fécondité en fonction du niveau d'instruction tendent, dans un premier temps, à se creuser en raison de l'étalement dans le temps du processus de changement. La procréation diminue

Figure 2
Une représentation du rôle de l'instruction dans la transition en matière de fécondité



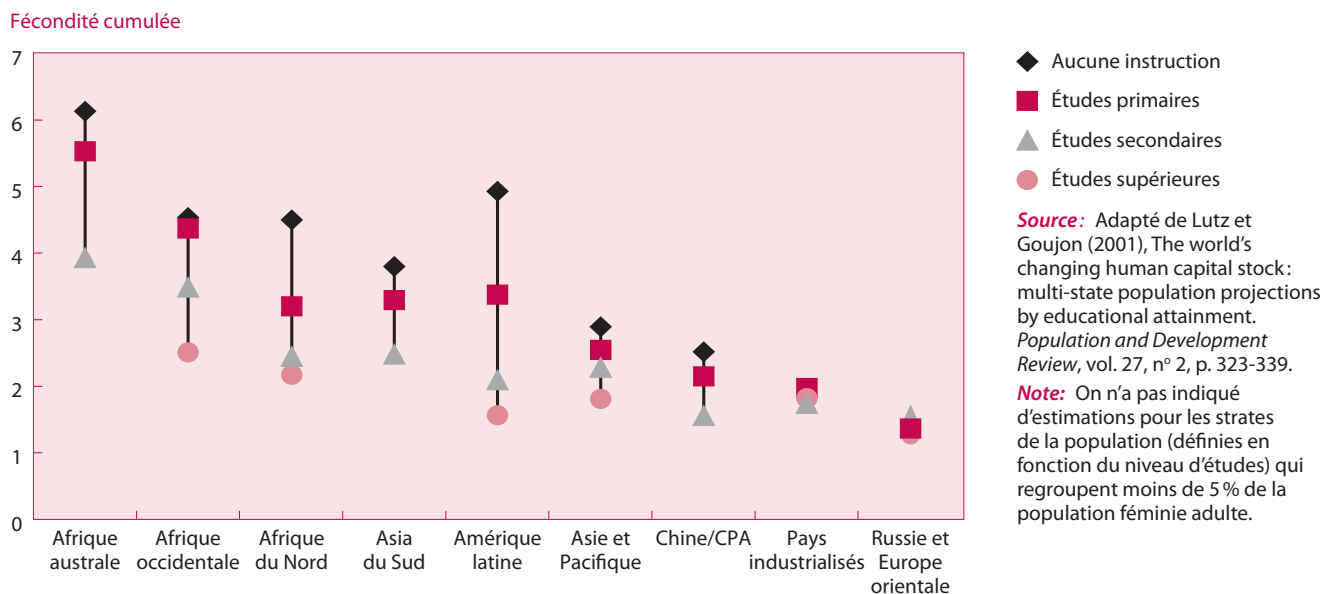
Source : Adapté de Jeffery and Basu (1996b) (dir.), *Girls' Schooling, Women's Autonomy and Fertility Change in South Asia*, New Delhi, Sage.

d'abord parmi les individus les plus instruits et en dernier parmi les moins instruits. Dans la phase ultérieure de la transition en matière de fécondité, ces écarts commencent à se réduire jusqu'à ce que la convergence se produise à la fin de la transition. On voit que les liens prononcés entre le niveau d'instruction et la fécondité sont un phénomène passager, qui apparaît puis disparaît en l'espace de quelques décennies.

Ce modèle temporel est corroboré par un grand nombre de données. Considérons la figure 3, qui montre les écarts de fécondité en fonction du niveau d'instruction des femmes dans certaines régions, en commençant, à gauche, par les régions se trouvant en début ou en milieu de transition avant d'arriver, à droite, aux régions de régime démographique moderne. Le lien entre le niveau d'instruction et la fécondité a entièrement disparu dans les deux régions où la fécondité est la plus faible—les pays industrialisés d'Europe occidentale, l'Amérique du Nord et le Japon, et les pays de l'ancien bloc soviétique. En revanche, les écarts restent importants dans les régions où la fécondité est la plus élevée, à savoir l'Afrique subsaharienne, l'Asie occidentale et l'Afrique du Nord. L'Amérique latine est la seule région qui se démarque sensiblement de l'impression générale selon laquelle les écarts de fécondité entre strates de la population diversement instruites s'atténuent dans la phase ultérieure de la transition. Toutefois, cette région ne fait pas vraiment figure d'exception. Rodriguez (1996) a montré que, dans les années 80, la reconvergence avait déjà commencé: pendant cette décennie, la baisse de la fécondité légitime était la plus réduite parmi les couples où la femme avait fait des études secondaires et la plus importante dans le groupe qui n'avait pas achevé ses études primaires. La documentation sur les tendances de la fécondité au Chili entre 1950 et 1980 vient corroborer de façon convaincante l'analyse de Rodriguez (Chackiel et Schkolnik, 1996). L'Amérique latine a ceci d'inhabituel parmi les régions qu'elle fait apparaître des écarts de fécondité selon le niveau d'instruction exceptionnellement importants dans les premières phases de la transition, mais ces écarts sont en train de se réduire conformément au modèle de la figure 2.

La figure 2 donne à penser que l'élévation du niveau d'instruction de la population adulte joue un rôle relativement modeste dans la baisse de la fécondité, en particulier dans la phase ultérieure de la transition, au cours de laquelle les tendances à la baisse de la fé-

Figure 3
Écarts de fécondité cumulée en fonction du niveau d'instruction des femmes, vers 2000, pour certaines régions



condité peuvent être plus marquées parmi les couches moins instruites de cette population que parmi les plus instruites. Le tableau 2 montre, pour un certain nombre de pays, la contribution de l'évolution du niveau d'instruction à la baisse générale de la fécondité entre les années 70 et les années 90. On y présente les fécondités cumulées observées pour les années 70, d'après les estimations des enquêtes de l'EMF, les fécondités cumulées pour les années 90, d'après les résultats des EDS, et les fécondités cumulées des EDS normalisées en fonction du niveau d'instruction des femmes dans l'EMF. On observe des écarts importants de contribution en pourcentage de l'évolution du niveau d'instruction à la baisse de la fécondité. Au Pérou et aux Philippines, 60 % de la baisse sont imputables au niveau d'instruction, ce qui donne à penser que les niveaux de procréation à l'intérieur des strates de population définies en fonction du niveau d'études n'ont que fort peu changé dans ces deux pays. Il est toutefois plus courant que le niveau d'instruction n'explique qu'environ 20 % de la baisse de la fécondité, ce qui montre bien que c'est l'évolution intervenue à l'intérieur de chaque strate qui a été le principal moteur du changement. Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans une étude antérieure qui avait mis au jour des incidences importantes du niveau d'instruction dans cinq pays d'Amérique latine, mais des incidences nettement plus réduites dans deux pays d'Afrique (Organisation des Nations Unies, 1995b).

CONCLUSION

L'optique temporelle dont il a été question dans la section précédente permet mieux de comprendre le rôle que peut jouer le niveau d'instruction dans la baisse future de la fécondité que l'optique transversale plus couramment retenue. Il est probable que le comportement procréateur de la strate la plus instruite de la population est une bonne préfiguration du comportement futur du reste de la population. Comme on l'a dit si souvent, les couples instruits sont l'avant-garde du changement. Les autres suivront inmanquablement leur exemple. Les données historiques concourent fortement à indiquer que la convergence entre les strates de la population définies en fonction du niveau d'études interviendra lorsque l'ère de la transition de la fécondité touchera à sa fin. Selon toute probabilité, on ne saurait fonder la prévision en matière de fécondité au niveau national sur de meilleures bases qu'en présumant que les strates les moins privilégiées emprunteront le chemin suivi par les plus privilégiées. Cela étant, la rapidité avec laquelle elles emprunteront ce chemin variera beaucoup d'un pays à l'autre.

Le second enseignement tiré de l'optique temporelle est celui-ci : ce serait faire un piètre investissement en temps et en ressources que de vouloir examiner par le menu les tendances futures des taux d'inscription scolaire et de la structure de la population adulte du point de vue du niveau d'instruction et l'impact possible de ces tendances sur la fécondité.

Tableau 2
Tendances de la fécondité cumulée entre les années 70 et 90 : FC observée et FC normalisée en fonction du niveau d'études des femmes

	EMF		EDS		Baisse en pourcentage attribuable au niveau d'instruction
	Date	FC observée	Date	FC observée FC normalisée	
Kenya	1975	8,25	1997	4,70 5,00	8
Jordanie	1974	7,64	1989	5,57 6,01	21
Maroc	1978	5,90	1991	4,04 4,37	18
Turquie	1976	4,50	1992	2,51 3,02	26
Bangladesh	1973	6,08	1998	3,31 3,86	20
Philippines	1976	5,24	1992	4,09 4,78	60
Colombie	1974	4,69	1994	2,96 3,63	39
Pérou	1975	5,57	1995	3,48 4,73	60

BIBLIOGRAPHIE

- Adetuni, J. A. (1998). *Unintended Childbearing in Developing Countries: Levels, Trends and Determinants*. Demographic and Health Survey Analytical Reports No. 8. Calverton, Maryland, Macro International Incorporated.
- Axinn, W. G. (1993). Children's schooling and fertility. *Population Studies*, vol. 47, n° 3, p. 481-493.
- Becker, G. S. (1991). *A Treatise on the Family*. Enlarged Edition. Cambridge: Harvard University Press.
- Caldwell, J. C., P. H. Reddy and P. Caldwell (1985). Educational transition in rural South India. *Population and Development Review*, vol. 11, n° 1, p.29-51.
- (1982). *Theory of Fertility Decline*. Londres: Academic Press.
- Chackiel, J. et S. Schkolnik (1996). Overview of the fertility transition. In *The Fertility Transition in Latin America*, J. M. Guzman, S. Singh, G. Rodriguez et E. A. Pantelides (dir.). Oxford, Royaume-Uni: Clarendon Press, p. 3-26.
- Cochrane, S. H. (1979). *Fertility and Education. What do we really know?* Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Curtis, S. L. et A. K. Blanc (1997). *Determinants of Contraceptive Failure, Switching, and Discontinuation: An Analysis of DHS Contraceptive Histories*. Calverton, Maryland, USA, Macro International Incorporated. Demographic and Health Surveys analytical Reports No. 6.
- Feyisetan, B. et J. B. Casterline (2000). Fertility preferences and contraceptive changes in developing countries. *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, n° 3, p. 100-109.
- Jeffery, R. et A. M. Basu (1996a). Schooling as contraception? In *Girls' Schooling, Women's Autonomy and Fertility Change in South Asia*, Jeffery, R. et A. M. Basu (dir.). New Delhi: Sage, p.15-47.
- et A. M. Basu (dir.) (1996b). *Girls' Schooling, Women's Autonomy and Fertility Change in South Asia*. New Delhi: Sage.
- Jejeebhoy, S. J. (1995). *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour: Experiences from Developing Countries*. Oxford, Royaume-Uni: Clarendon Press.
- Kishor, S. et K. Neitzel (1996). *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 21. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Levine, R. A., S. E. Levine, A. Richman, F. M. T. Uribe, C. L. Correa et P. E. Miller (1991). Women's schooling and child care in the demographic transition: a Mexican case study. *Population and Development Review*, vol. 17, n° 3, p. 459-496.
- Lutz, W. et A. Goujon (2001). The world's changing human capital stock: multi-state population projections by educational attainment. *Population and Development Review*, vol. 27, n° 2, p. 323-339.
- (dir.) (sous presse). *Population balance: Population Distributions, Human Capital and Sustainable Development in the 21st Century*. Draft report. Laxenberg, Austria, International Institute for Applied Systems Analysis.
- Mboup, G. et T. Shah (1998). *Fertility Levels, Trends and Differentials*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 28, Calverton, Maryland, USA. Macro International Inc.
- Organisation des Nations Unies (1987). *Fertility Behaviour in the Context of Development: Evidence from the World Fertility Survey*. Population Studies No. 100. ST/ESA/SER.A/100. Numéro de vente: E.86.XII.5.
- (1995a). *Les femmes dans le monde, 1995: des chiffres et des idées*. New York, Organisation des Nations Unies. Statistiques et indicateurs sociaux, Série K, n°12.
- (1995b). Women's education and fertility behaviour: recent evidence from the demographic and health surveys. ST/ESA/SER.R/137.
- Pritchett, L. H. (1994). Desired fertility and the impact of population notices. *Population and Development Review*, vol. 20, n° 1, p. 1-43.

- Rodriguez, G. (1996). The spacing and limiting components of the fertility transition in Latin America. In *The Fertility Transition in Latin America*, J. M. Guzman, S. Singh, G. Rodriguez et E. A. Pantelides (dir.). Oxford, Royaume-Uni: Clarendon Press, p. 27-47.
- Robinson, W. et J. Cleland (1992). The influence of contraceptive costs on the demand for children. In *Family Planning Programmes and Fertility*, J. F. Phillips et J. A. Ross (dir.). Oxford, Royaume-Uni: Clarendon Press, p. 106-122.
- Tan, J. P. et M. Haines (1984). Schooling and demand for children; historical perspectives, Washington DC *Document de travail des services de la Banque mondiale n° 697*.
- Westoff, C. F. et L. Moreno (1992). The demand for family planning: estimates for developing countries. In *Family Planning Programmes and Fertility*, J. F. Phillips et J. A. Ross (dir.). Oxford, Royaume-Uni: Clarendon Press, p. 141-158.
- Zeitlyn, S. et F. Islam (1997). Mother's education, autonomy and innovation. In *Maternal Education and Child Survival*, L. Visaria, J. Simons et P. Berman (dir.). New Delhi, Vikas: Publishing House Pvt. Ltd., p. 204-222.

Participation des femmes au marché du travail

*Lin Lean Lim**

TENDANCES DE LA PARTICIPATION DES FEMMES AU MARCHÉ DU TRAVAIL ET DE LA FÉCONDITÉ

L'un des phénomènes les plus remarquables de l'histoire récente a été la part du marché du travail que les femmes se sont taillée; étant de plus en plus nombreuses à prendre un emploi rémunéré, les femmes ont déterminé les tendances de l'emploi et les écarts de taux de participation au marché du travail selon le sexe se sont amenuisés. Dans les années 80 et au début des années 90, surtout, l'accroissement de la main d'œuvre a été sensiblement plus important pour les femmes que pour les hommes dans toutes les régions du monde à l'exception de l'Afrique. Dans les pays industrialisés développés, la participation des femmes au marché du travail a été liée à l'achèvement de la transition en matière de fécondité. Dans de nombreux pays en développement, toutefois, la baisse de la fécondité a été lente ou a stagné.

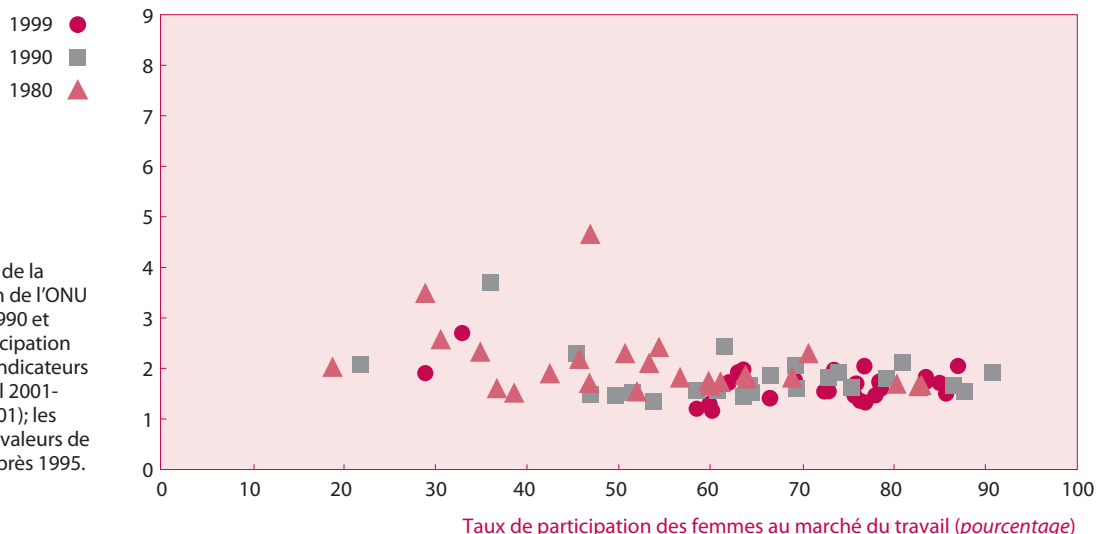
La figure 1a montre qu'en 1980 les niveaux de fécondité de la plupart des pays industrialisés développés se rapprochaient déjà ou se situaient au-dessous du seuil de remplacement de 2,1 enfants par femme. Les taux de participation au marché du travail des femmes appartenant aux classes d'âge de forte activité (25-54 ans) ont continué de s'élever dans les années 90 pour atteindre 60 à 85 % et, au tournant du siècle, la fécondité était nettement inférieure au seuil de remplacement. La figure 1b montre que les pays développés qui ont connu les plus fortes augmentations des taux de participation des femmes au marché du travail (TPFMT) dans les années 80 ont également enregistré, en général, les plus fortes baisses de la fécondité cumulée (FC). Dans les années 90, les changements des TPFMT et des FC s'étaient ralentis. Dans plusieurs pays en transition indiqués sur les figures 2a et 2b, la participation économique des femmes a en fait diminué, surtout dans les années 80, mais on a assisté à une nette diminution des taux de fécondité, surtout dans les années 90, qui sont presque tous descendus au-dessous du seuil de remplacement. La figure 3a, qui traite des pays de la région de l'Asie et du Pacifique, ne révèle aucune tendance bien nette entre l'emploi des femmes et les fécondités cumulées. Il y a presque autant de pays à TPFMT élevés et FC élevées (c'est le cas du Népal et de la Papouasie-Nouvelle-Guinée) que de pays à TPFMT aussi élevés et à FC proches du seuil de remplacement (c'est le cas de la République populaire démocratique de Corée et de la Thaïlande), et un autre groupe de pays où la fécondité se situe au-dessous du seuil de remplacement, mais où le TPFMT n'est que de 60 % (Hong Kong et Singapour). La figure 3b ne permet pas non plus de dégager une corrélation manifeste entre l'évolution du TPFMT et la baisse de la fécondité; les pays de la région de l'Asie et du Pacifique ayant connu une faible augmentation de la participation des femmes au marché du travail ont enregistré une baisse de la FC plus importante que bien des pays ayant connu une forte augmentation de cette participation. Pour la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, la figure 4a fait apparaître une augmentation

* Programme de promotion des questions de genre (GENPROM), Bureau du Travail, Genève (Suisse). Assistance statistique fournie par Sara Elder, Bureau international du Travail, Genève (Suisse)

du TPFMT et une diminution de la fécondité depuis 1980. La figure 4b montre que l'évolution des deux taux a dans l'ensemble été plus importante dans les années 80 que dans les années 90. Les femmes des pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient conservent les taux de participation à la main-d'œuvre les plus faibles du monde, mais on a relevé une diminution réelle de la FC, encore qu'elle ne soit tombée au-dessous du seuil de remplacement dans aucun de ces pays (figure 5a). Ce qu'il y a de remarquable, comme le révèle la figure 5b, c'est qu'alors que les TPFMT ont très peu changé dans la plupart des pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient dans les années 90, la fécon-

Figure 1a
Économies développées (industrialisées) femmes âgées de 25 à 54 ans

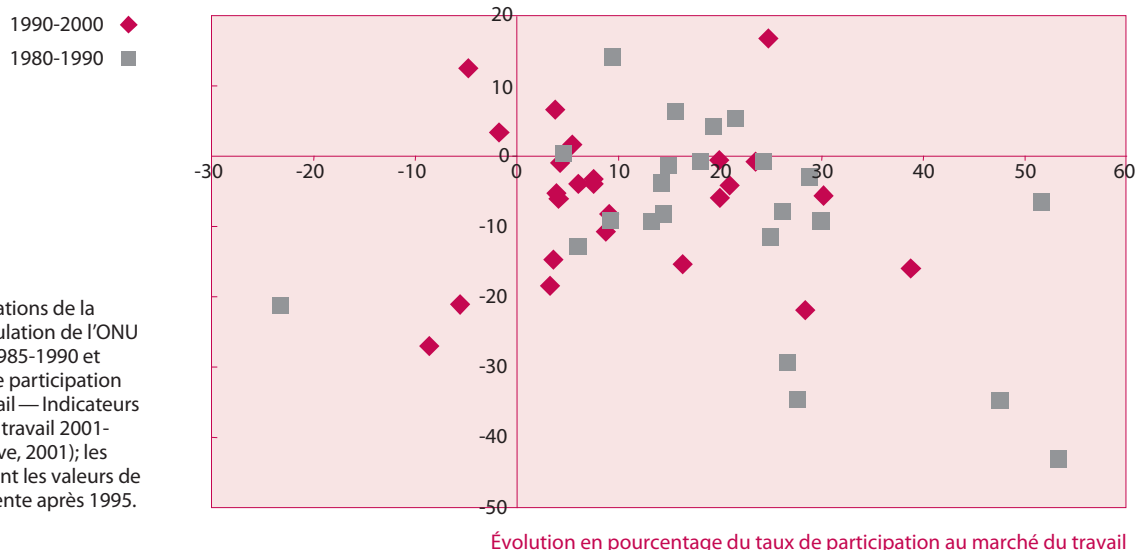
Taux de fécondité (naissances par femme)



Source: Taux de fécondité — Estimations de la Division de la population de l'ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail — Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 1999 sont les valeurs de l'année la plus récente après 1995.

Figure 1b
Économies développées (industrialisées), femmes âgées de 25 à 54 ans

Évolution en pourcentage du taux de fécondité



Source: Taux de fécondité — Estimations de la Division de la population de l'ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail — Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 2000 sont les valeurs de l'année la plus récente après 1995.

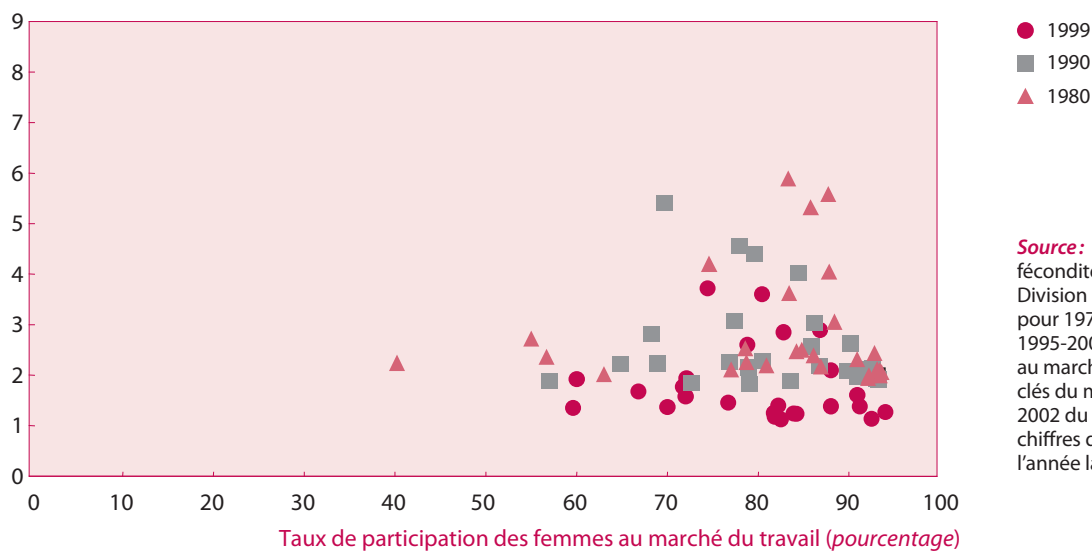
Évolution en pourcentage du taux de participation au marché du travail

dité a continué de baisser fortement. En revanche, les femmes d’Afrique subsaharienne (figure 6a) ont des taux de participation au marché du travail très élevés et leurs taux de fécondité sont demeurés élevés : à la fin des années 90 encore, les fécondités cumulées se situaient entre 4 et 7 enfants par femme. La figure 6b montre que les TPFMT ont très peu changé, surtout dans les années 90, et les baisses de la FC ont été faibles.

Le présent document étudie le lien difficile à cerner ou ambigu entre la fécondité et la participation des femmes au marché du travail dans les pays en développement à niveau de fécondité intermédiaire (c’est-à-dire à FC supérieure au seuil de remplace-

Figure 2a
Économies en transition, femmes âgées de 25 à 54 ans

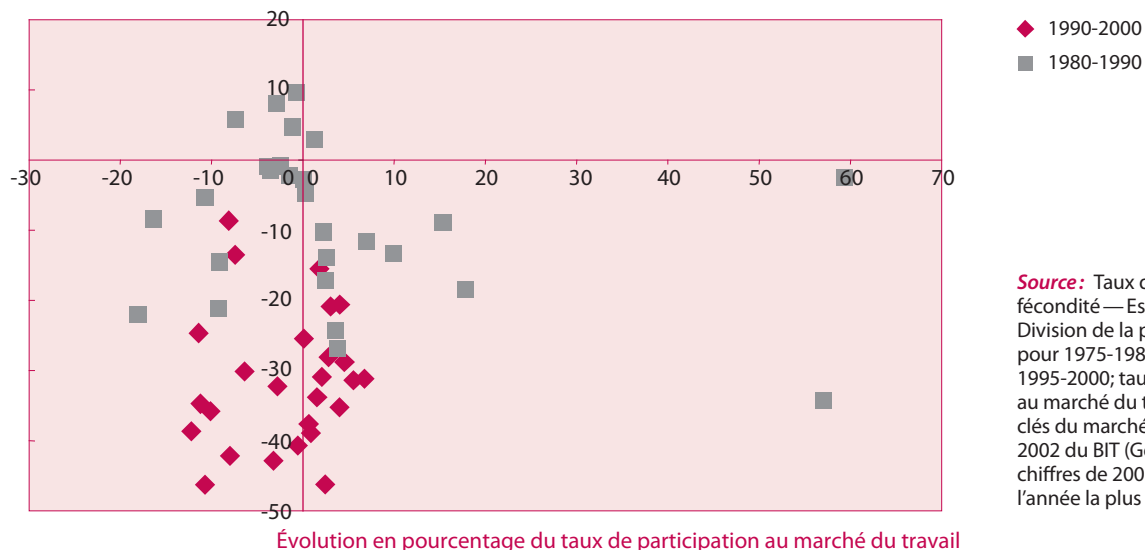
Taux de fécondité (naissances par femme)



Source : Taux de fécondité—Estimations de la Division de la population de l’ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail—Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 1999 sont les valeurs de l’année la plus récente après 1995.

Figure 2b
Économies en transition, femmes âgées de 25 à 34 ans

Évolution en pourcentage du taux de fécondité

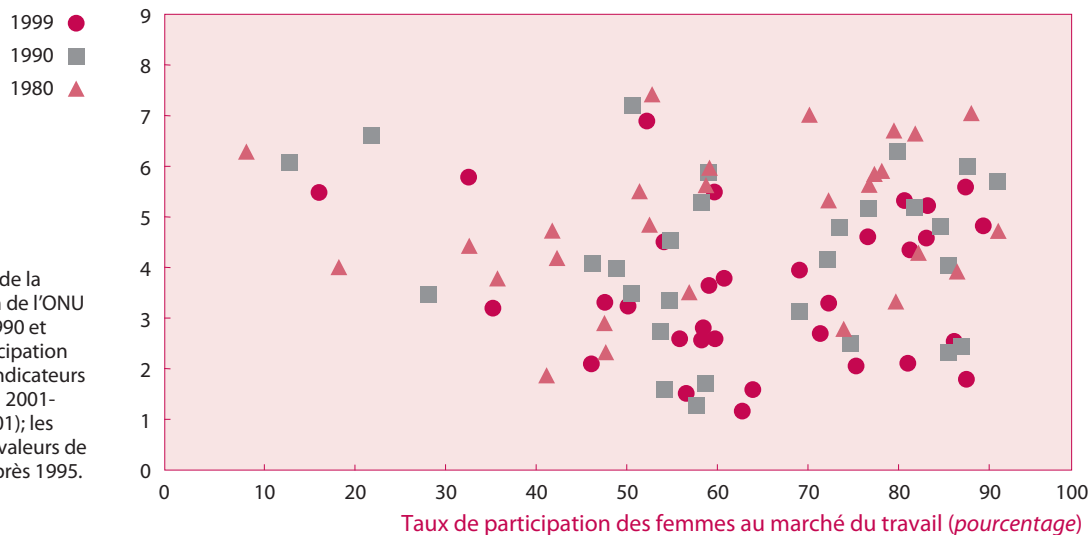


Source : Taux de fécondité—Estimations de la Division de la population de l’ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail—Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 2000 sont les valeurs de l’année la plus récente après 1995.

ment et inférieure à 5 enfants par femme). Se focalisant sur les tendances et schémas récents, il soutient que les augmentations de la participation au marché du travail ne se sont pas accompagnées d'une amélioration de la qualité de l'emploi et que les types d'emplois exercés par les femmes et leurs conditions de travail n'ont pas entraîné pour elles une véritable autonomisation socioéconomique, n'ont pas constitué des alternatives satisfaisantes à la procréation ou n'ont pas impliqué d'incompatibilités sérieuses entre le travail rémunéré et le travail non rémunéré. Il recense également les autres facteurs affectant le lien entre l'emploi et la fécondité des femmes, tels que les contextes so-

Figure 3a
Région de l'Asie et du Pacifique, femmes âgées de 25 à 54 ans

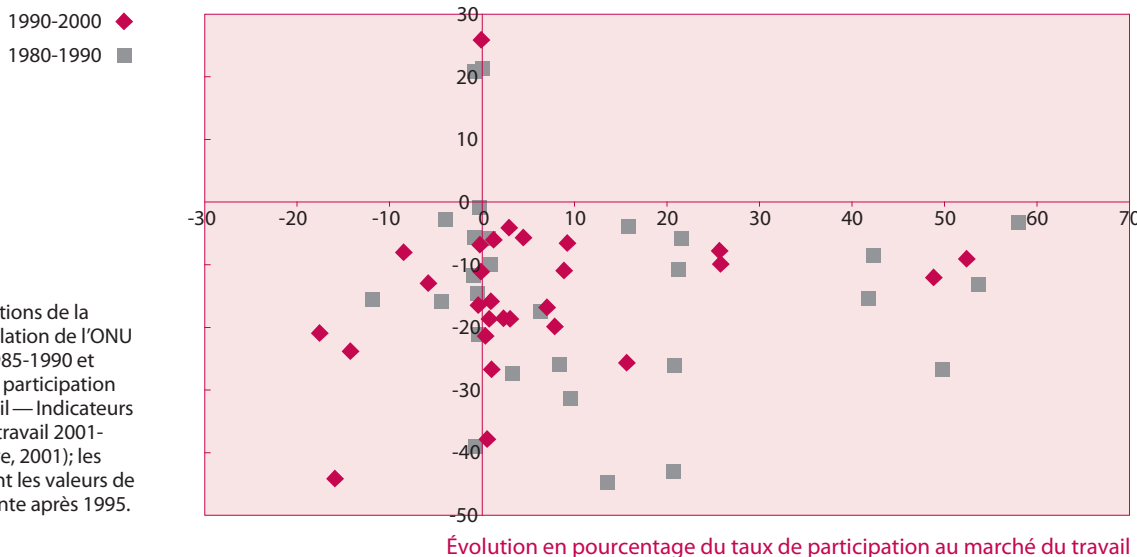
Taux de fécondité (naissances par femme)



Source: Taux de fécondité — Estimations de la Division de la population de l'ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail — Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 1999 sont les valeurs de l'année la plus récente après 1995.

Figure 3b
Région de l'Asie et du Pacifique, femmes âgées de 25 à 54 ans

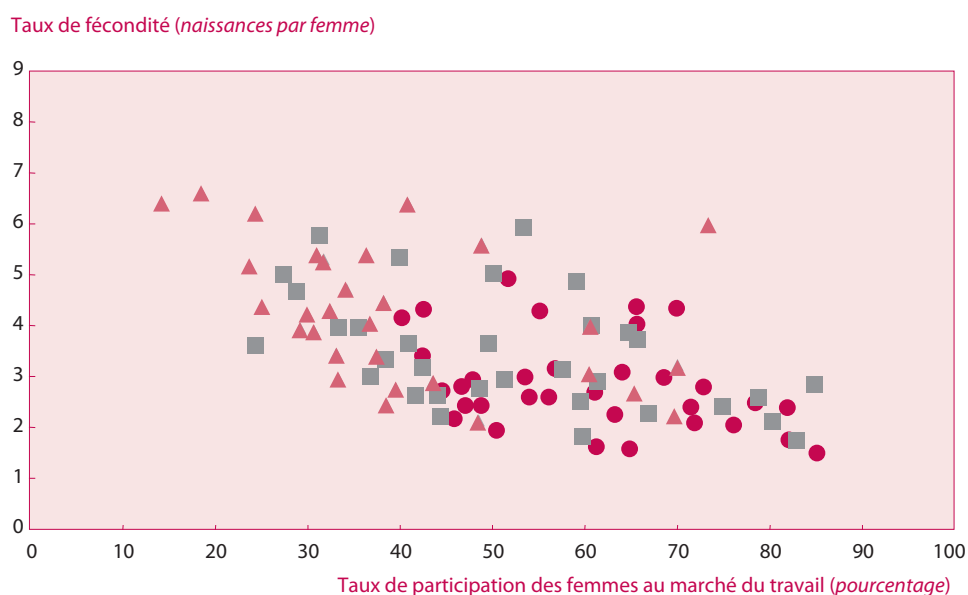
Évolution en pourcentage du taux de fécondité



Source: Taux de fécondité — Estimations de la Division de la population de l'ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail — Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 2000 sont les valeurs de l'année la plus récente après 1995.

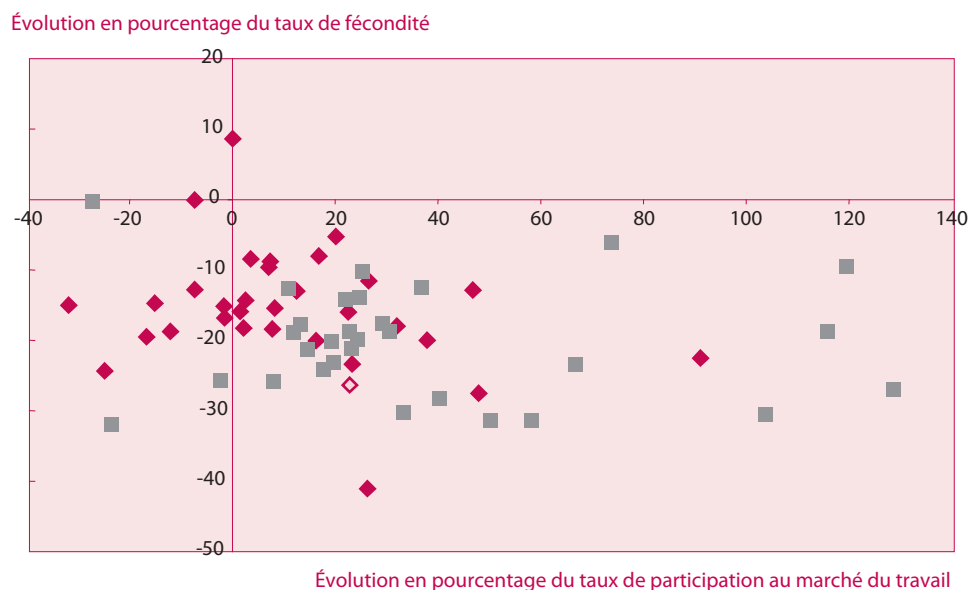
cioculturels et macroéconomiques propres à certains pays. La dernière section tente de répondre aux questions suivantes : Quels indicateurs de la participation des femmes au marché du travail et des conditions de travail pourraient être des prédicteurs utiles de la fécondité future dans ces pays et la corrélation semble-t-elle devoir être forte ou faible ? Quels autres facteurs contextuels devrait-on prendre en considération en formulant des hypothèses plausibles quant à l'avenir de la fécondité dans ces pays ? S'appuyant sur ces prédicteurs proposés, on ne s'attend pas, dans le présent document, à voir la fécondité descendre au-dessous du seuil de remplacement dans la plupart de ces pays.

Figure 4a
Région de l'Amérique latine et des Caraïbes, femmes âgées de 25 à 54 ans



Source : Taux de fécondité — Estimations de la Division de la population de l'ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail — Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 1999 sont les valeurs de l'année la plus récente après 1995.

Figure 4b
Région de l'Amérique latine et des Caraïbes, femmes âgées de 25 à 54 ans.



Source : Taux de fécondité — Estimations de la Division de la population de l'ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail — Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 1999 sont les valeurs de l'année la plus récente après 1995.

Quand le lien s'inverse-t-il ?

On aura peut-être intérêt à commencer par rappeler certaines hypothèses principales liant l'accroissement de la participation des femmes au marché du travail et la baisse de la fécondité et par examiner la nature de l'emploi des femmes sur laquelle reposent ces hypothèses. En partant de l'expérience des pays industrialisés développés, l'emploi des femmes est susceptible de conduire à une baisse durable de la fécondité lorsque :

- a) Cet emploi renforce leur pouvoir d'action ou leur statut, leur conférant ainsi un droit de regard sur le revenu et les ressources et la possibilité de participer davantage à la prise des décisions en matière de fécondité;

Figure 5a
Afrique du Nord et Moyen-Orient, femmes âgées de 25 à 54 ans

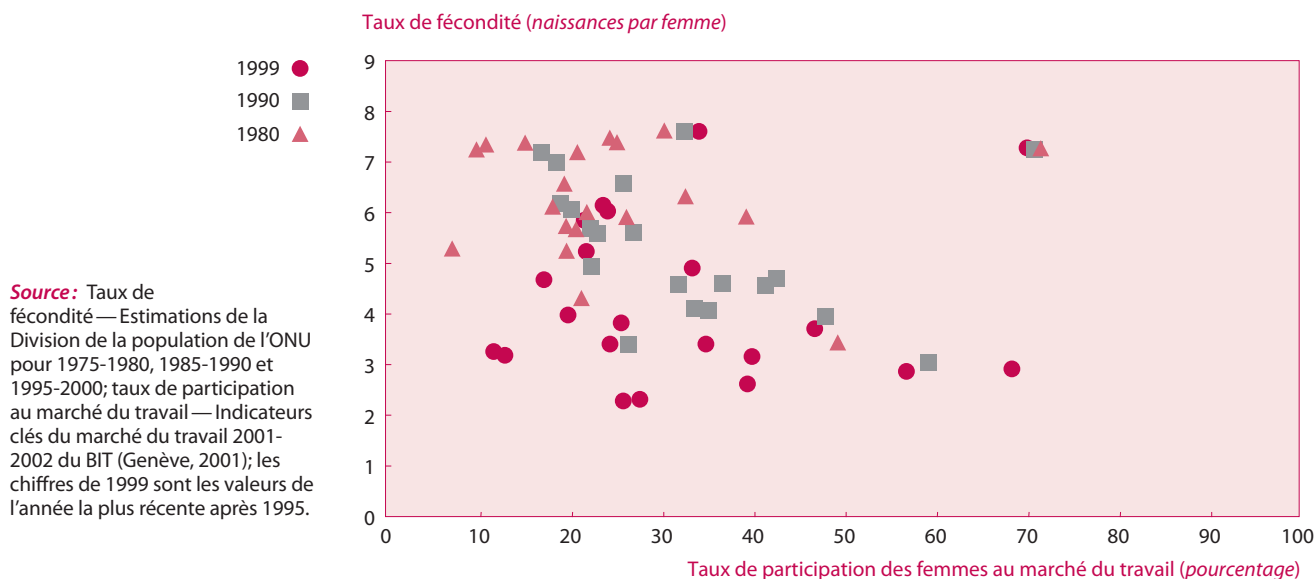
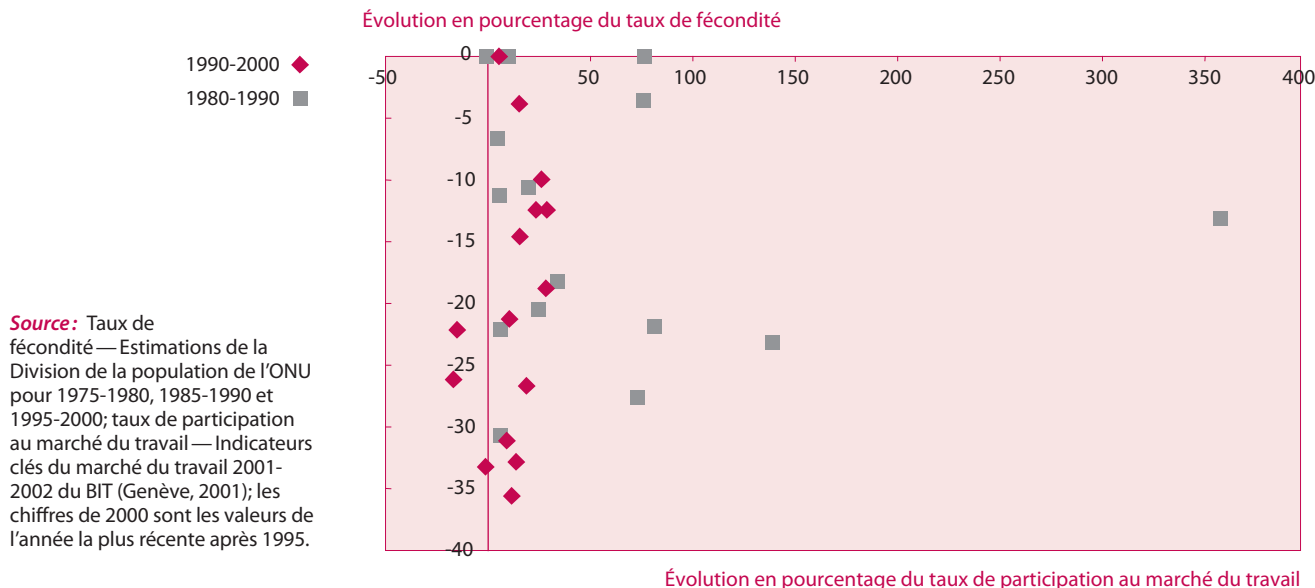


Figure 5b
Afrique du Nord et Moyen-Orient, femmes âgées de 25 à 54 ans



b) Le conflit entre les rôles de productrice et de procréatrice des femmes élève sensiblement le coût d'opportunité de la procréation;

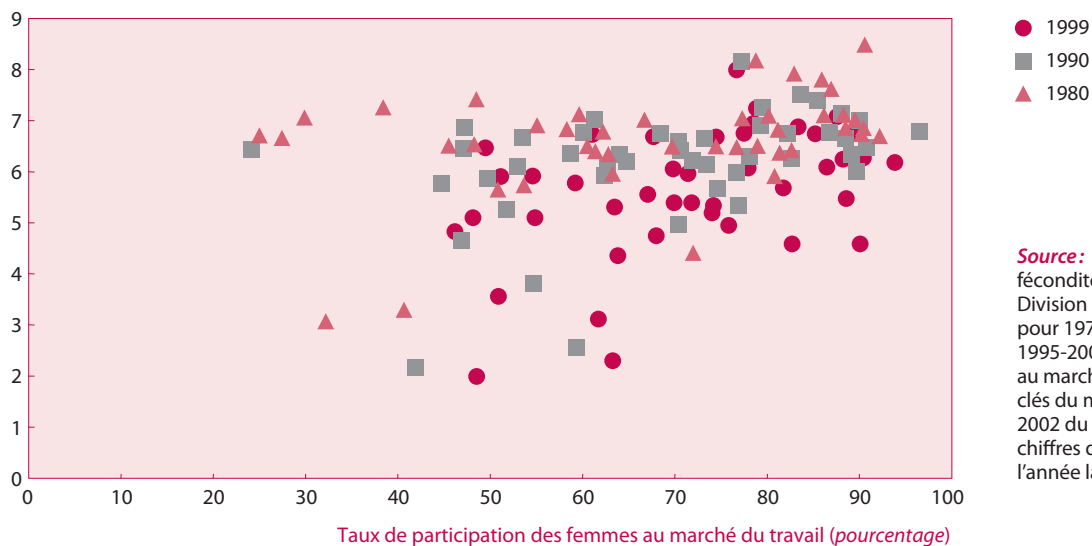
c) Les services de garde d'enfants ne sont pas facilement disponibles et que le calendrier et la qualité de ces services entravent sérieusement les activités économiques des femmes;

d) Les effets d'interruption (liés à une période de retrait du marché du travail pour avoir et élever de jeunes enfants) impliquent des coûts élevés;

e) Les avantages et les satisfactions que les femmes retirent de la participation à l'activité économique sont nettement supérieurs aux avantages et aux satisfactions liés aux enfants supplémentaires;

Figure 6a
 Afrique subsaharienne, femmes âgées de 25 à 54 ans

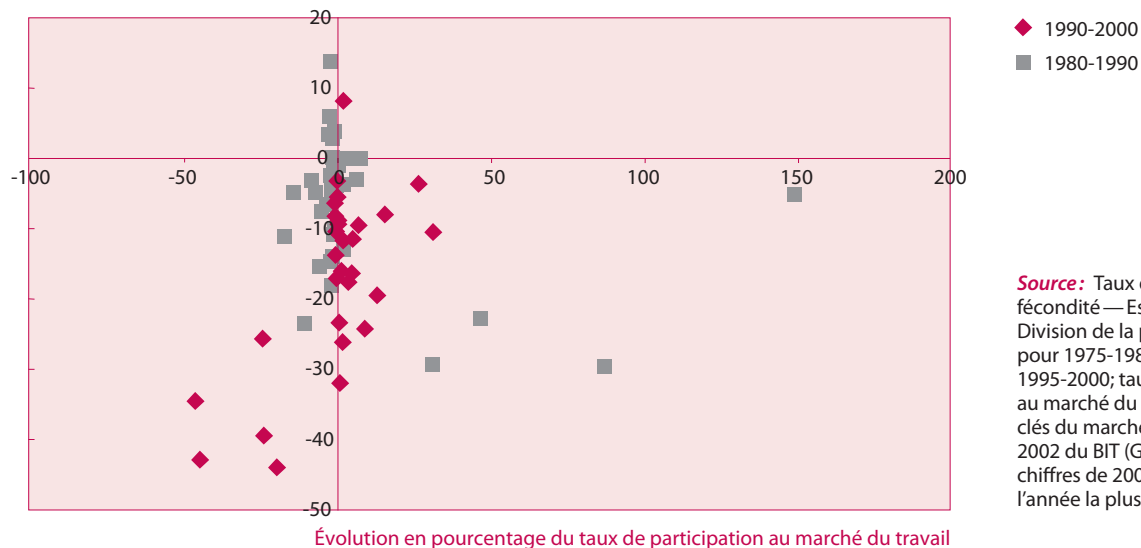
Taux de fécondité (naissances par femme)



Source: Taux de fécondité — Estimations de la Division de la population de l'ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail — Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 1999 sont les valeurs de l'année la plus récente après 1995.

Figure 6b
 Afrique subsaharienne, femmes âgées de 25 à 54 ans

Évolution en pourcentage du taux de fécondité



Source: Taux de fécondité — Estimations de la Division de la population de l'ONU pour 1975-1980, 1985-1990 et 1995-2000; taux de participation au marché du travail — Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002 du BIT (Genève, 2001); les chiffres de 2000 sont les valeurs de l'année la plus récente après 1995.

f) La capacité d'emploi et de gain des femmes renforce leur indépendance économique ou financière et réduit le besoin d'avoir des enfants en tant que moyen de protection pour leurs vieux jours ou contre une mauvaise conjoncture économique;

g) Le rôle économique des femmes et leur contribution au bien-être de la famille réduisent la préférence pour des fils et font évoluer les mentalités dans le sens de la valorisation des filles;

h) Le renforcement de la participation des femmes au marché du travail est lié à l'accroissement des investissements dans l'instruction des filles et que l'âge au premier mariage et l'âge à la première grossesse s'élèvent;

i) Les femmes travaillent et fondent leur carrière avant de se marier et que l'âge au premier mariage et l'âge à la première grossesse reculent.

La nature de l'emploi des femmes ou les types d'emploi et les conditions de travail des femmes qui sont susceptibles de renforcer les moyens d'action des femmes, d'exacerber l'incompatibilité des rôles, de rehausser leur statut et leur pouvoir décisionnel au sein de leur famille, d'accroître leur indépendance économique ou financière, de limiter les tâches ménagères ou la maternité ou de fournir des avantages et satisfactions autres que ceux liés aux enfants supplémentaires peuvent être répertoriés comme suit :

a) Emploi salarié ailleurs qu'au foyer—en particulier au sein d'entreprises non familiales;

b) Emplois productifs et rémunérateurs dans le secteur structuré plutôt que dans le secteur non structuré de l'économie;

c) Emplois réguliers à plein temps qui sont permanents et sûrs;

d) Heures de travail régulières ou fixes;

e) Emplois de qualité assortis d'un plan de carrière précis qui requièrent et génèrent un engagement et offrent des centres d'intérêt et la possibilité de réalisations autres que les tâches ménagères ou la maternité;

f) Emplois qui sont dynamiques, et non stationnaires, et qui offrent des perspectives de mobilité professionnelle ou géographique;

g) Non-discrimination sur le marché du travail et des marchés du travail qui ne soient pas trop fortement marqués par la ségrégation sexuelle;

h) Emplois qui permettent aux femmes de s'organiser, de renforcer leur représentation et de se faire mieux entendre sur le lieu de travail, dans leur communauté et dans la société;

i) Emplois assortis de prestations de sécurité sociale, telles que des régimes de retraite;

j) Emplois qui n'offrent pas de possibilités de recours au travail des enfants.

On dispose de données de plus en plus nombreuses qui montrent que ce n'est pas l'entrée sur le marché du travail en soi qui est liée à la prise de décision en matière de procréation, mais le fait de disposer de moyens d'action économiques dignes de ce nom :

« Il y a de plus en plus de raisons de penser que la capacité des femmes d'exercer pleinement leurs droits fondamentaux—voire de les exiger—est indissolublement lié au renforcement de leur pouvoir d'action économique. L'International Reproductive Rights Research Action Group (Groupe international de recherche sur les droits en matière de procréation) a mené dans sept pays (Brésil, Égypte, États-Unis, Malaisie, Mexique, Nigéria et Philippines) une étude sur les circonstances dans lesquelles les femmes des communautés pauvres se sentent en droit de prendre des décisions en matière de mariage et de procréation, de contraception et de sexualité. Cette étude conclut notamment que la capacité de prendre semblables décisions exige un sentiment d'autonomie personnelle, qui se développe en même temps que la conscience d'être en mesure de pourvoir à ses besoins et à ceux de ses enfants. Chez ces femmes, le sens de l'identité personnelle est éveillé par la maternité et nourri par la participation à des groupes organisés, mais dépend fondamentalement de leur accès à un revenu personnel.

« Pour la plupart de ces femmes, les moyens de subsistance restent incertains et l'autonomie provisoire : ils sont soumis à des facteurs sur lesquels elles n'ont aucune prise, notamment la hausse des coûts et l'alourdissement du fardeau des soins que leur valent la compression des dépenses publiques et la privatisation des services sociaux. Mais pour quelques-unes d'entre elles, celles qui ont un emploi rémunéré ou une petite entreprise et de l'argent à elles, le renforcement du pouvoir d'action économique leur donne le droit d'imaginer un avenir différent. Il leur donne aussi le courage de tenir tête à leur mari ou partenaire, à leurs parents et beaux-parents, d'affirmer leur droit de décider si et quand elles auront des rapports sexuels ou auront des enfants, de résister à la violence et de prendre des décisions au sein du ménage. » (UNIFEM, 2000, p. 18.)

Parmi les pays mentionnés dans la citation ci-dessus, six sont des pays à taux de fécondité intermédiaire, la fécondité cumulée du Nigéria est supérieure à 5 et seuls les États-Unis ont un taux de fécondité inférieur au seuil de remplacement.

L'EMPLOI DES FEMMES DANS LES PAYS À TAUX DE FÉCONDITÉ INTERMÉDIAIRE

Dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, la participation au marché du travail depuis 1980 a généralement été à la hausse pour les femmes et à la baisse pour les hommes, si bien que l'écart entre les sexes s'est réduit. Au cours des deux dernières décennies, la plus forte hausse des taux de participation des femmes est intervenue dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes. La participation des femmes a également augmenté dans les pays où elle avait de tout temps été basse; au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, le TPFMT a augmenté dans les années 80, mais baissé dans plusieurs pays au cours des années 90. Ce qui frappe dans le tableau 1 et les figures 1b à 6b est le fait que les augmentations des taux de participation des femmes au marché du travail se sont nettement ralenties dans les années 90 par rapport aux années 80.

Les femmes ont fait leur entrée sur le marché du travail de plus en plus pour aider leur famille à survivre. Les processus d'ajustement structurel, les crises financières, les récessions prolongées, la « féminisation de la pauvreté » sont autant de facteurs qui ont forcé de plus en plus de femmes à se livrer à des activités économiques en dehors du foyer. On cite le plus souvent le chiffre de 70 % de femmes parmi les victimes de la pauvreté absolue, et ce pourcentage pourrait bien être en hausse. Il ne faut pas oublier non plus qu'une activité accomplie par nécessité économique est moins susceptible d'avoir un impact négatif sur la fécondité qu'une activité que l'on a choisie ou à laquelle on trouve un intérêt intrinsèque.

Les femmes non seulement sont beaucoup plus nombreuses à entrer sur le marché du travail, mais aussi à y rester pendant toute la période de leur vie où elles ont et élèvent des enfants. Elles ne sont plus une réserve de main-d'œuvre ou une main-d'œuvre secondaire. Dans le passé et, en particulier, dans les pays développés, c'était un profil « à deux crêtes » qui était le plus courant : la plupart des femmes entraient sur le marché du travail peu après 20 ans, le quittaient au bout de quelques années pour avoir des enfants et les élever et revenaient sur le marché du travail vers la fin de leur vie reproductive. Aujourd'hui, les taux d'activité des femmes sont élevés dans les années suivant leur vingtième anniversaire, s'élèvent pendant celles suivant leur trentième, puis leur quarantième anniversaire pour ne diminuer qu'après l'âge de 50 ans. « Les structures par âge récentes indiquent que les femmes trouvent les moyens de concilier responsabilités familiales et emploi » (Organisation des Nations Unies, 2000a, p. 125). Certes, il se pourrait aussi que, face à l'aggravation du chômage et du sous-emploi, la concurrence pour les emplois devienne si rude et les coûts d'un retrait provisoire du marché du travail si élevés que les femmes n'osent pas le quitter même lorsqu'elles ont des enfants — et surtout si elles doivent pourvoir aux besoins d'une famille nombreuse.

Tableau 1
Pays à taux de fécondité intermédiaire : fécondités cumulées et taux de participation
des femmes au marché du travail

Région et pays	Fécondité cumulée 1980-1985	Fécondité cumulée 1995-2000	TPFMT 25-54 1980	TPFMT 25-54 1990	TPFMT 25-54 année la plus récente des années 90
Afrique du Nord et Moyen-Orient					
Algérie	6,4	3,3	20,6	22,0	11,8
Bahreïn	4,6	2,6	19,4	35,1	39,1
Égypte	5,1	3,4	6,9	31,6	24,0
Émirats arabe unis	5,2	3,2	20,4	36,4	39,7
Iran (République islamique d')	6,5	3,2	21,7	22,6	12,5
Israël	3,1	2,9	49,1	59,0	68,0
Jamahiriya arabe libyenne	7,2	3,8	25,0	22,3	25,3
Jordanie	6,8	4,7	15,0	19,9	16,9
Koweït	4,9	2,9	26,5	47,7	56,6
Liban	3,8	2,3	21,1	26,1	25,8
Maroc	5,4	3,4	39,1	41,4	34,5
Qatar	5,5	3,7	17,8	42,3	46,5
République arabe syrienne	7,4	4,0	24,1	25,6	19,5
Soudan	6,0	4,9	32,3	26,6	33,1
Tunisie	4,9	2,3	19,4	33,6	27,0
Afrique subsaharienne					
Afrique du Sud	4,6	3,1	48,4	54,7	61,7
Botswana	6,0	4,4	81,6	76,6	63,8
Cap-Vert	6,3	3,6	33,0	46,7	50,9
Ghana	6,7	4,6	88,5	89,8	90,0
Kenya	7,5	4,6	83,0	82,1	82,6
Lesotho	5,6	4,8	53,7	51,9	68,0
Réunion	2,9	2,3	40,6	59,3	63,3
Swaziland	6,0	4,8	45,5	44,8	46,4
Asie et Pacifique					
Bangladesh	5,3	3,8	76,8	73,5	60,6
Brunéi Darussalam	3,8	2,8	32,7	54,6	58,4
Inde	4,5	3,3	52,5	46,3	47,7
Indonésie	4,1	2,6	50,7	50,5	58,5
Malaisie	4,2	3,3	45,5	49,0	50,2
Mongolie	5,7	2,7	81,8	84,7	71,3
Myanmar	4,7	3,3	72,4	72,1	72,3
Népal	5,5	4,8	58,8	58,5	89,2
Philippines	5,0	3,6	51,5	54,7	59,0
Timor Leste	5,4	4,4	82,3	81,6	81,3
Turquie	4,2	2,7	47,0	36,0	32,9
Viet Nam	4,5	2,5	78,1	85,7	86,2
Océanie					
Fidji	3,8	3,2	18,4	28,1	35,3
Guam	3,1	4,0		69,0	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5,4	4,6		76,7	76,6
Amérique latine et Caraïbes					
Argentine	3,2	2,6	34,6	36,8	54,0
Bahamas	3,2	2,4	70,2	78,8	81,8
Belize	5,4	3,4	23,6	28,8	42,5
Bolivie	5,3	4,4	42,0	27,3	69,8

Tableau 1
Pays à taux de fécondité intermédiaire : fécondités cumulées et taux de participation des femmes au marché du travail (suite)

Région et pays	Fécondité cumulée 1980-1985	Fécondité cumulée 1995-2000	TPFMT 25-54 1980	TPFMT 25-54 1990	TPFMT 25-54 année la plus récente des années 90
Amérique latine et Caraïbes (suite)					
Brésil	3,6	2,3	36,5	51,1	63,2
Chili	2,7	2,4	33,3	41,7	48,8
Colombie	3,7	2,8	24,7	57,4	72,7
Costa Rica	3,5	2,8	31,0	38,2	46,9
El Salvador	4,5	3,2	48,8	65,1	57,2
Équateur	4,7	3,1	23,9	33,5	64,0
Guatemala	6,3	4,9	29,5	31,2	51,6
Guyana	3,3	2,5	29,3	43,9	47,1
Guyane française	3,6	4,1		65,5	
Haïti	6,2	4,4	70,0	53,3	65,5
Honduras	6,0	4,3	35,1	40,0	55,0
Jamaïque	3,6	2,5	60,5	84,8	78,5
Mexique	4,2	2,8	31,6	34,5	44,8
Nicaragua	6,2	4,3	40,9	50,1	42,5
Panama	3,5	2,6	44,4	42,3	55,9
Paraguay	5,3	4,2	35,8	58,9	40,1
Pérou	4,6	3,0	28,2	35,6	68,5
République dominicaine	4,2	2,9	34,2	41,0	47,6
Suriname	3,7	2,2	35,8	41,2	45,9
Uruguay	2,6	2,4	43,5	59,5	71,5
Venezuela	4,0	3,0	38,3	49,7	53,5
Pays à économie en transition					
Albanie	3,4	2,6	74,7	77,4	78,8
Kirghizistan	4,1	2,9	87,9	84,5	86,8
Ouzbékistan	4,7	2,9	87,8	79,6	82,8
Tadjikistan	5,5	3,7	83,3	69,8	74,4
Turkménistan	4,8	3,6	85,8	78,1	80,4

Source : Fécondités cumulées : Estimations de la Division de la population de l'ONU; taux de participation des femmes au marché du travail : BIT, 2001a.

L'incompatibilité des rôles semble devoir être plus grande pour les femmes ayant un emploi salarié, moins pour celles exerçant une activité indépendante et encore moins pour les travailleuses familiales, qui ne sont pas rémunérées. À l'exception de l'Afrique subsaharienne (l'Afrique australe mise à part) et de l'Asie du Sud, la majorité des femmes qui travaillent sont des employées travaillant pour autrui moyennant le versement d'un salaire ou d'un traitement. Beaucoup de pays à taux de fécondité intermédiaire n'ont pas de séries statistiques systématiques sur l'emploi ventilées par sexe, mais dans les cas où elles sont disponibles, elles montrent une tendance à la baisse de la proportion d'employées et une augmentation parallèle des autres types d'emplois dans lesquels il semble devoir être plus facile de concilier l'emploi et les responsabilités familiales. Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, par exemple, la proportion de salariées parmi la main-d'œuvre féminine est tombée de 76 % à 71 % au Belize entre 1993 et 1999, de 69 % à 65 % en République dominicaine entre 1991 et 1997, de 48 % à 43 % en Bolivie entre 1990 et 1996 et de 84 % à 77 % au Panama entre 1992 et 1999 (BIT, 2001a, p. 92 à 96). Cette tendance devrait se poursuivre dans la plupart des régions du monde à mesure que de plus en plus de femmes ne peuvent pas trouver d'emploi dans le secteur structuré de l'économie et doivent s'en remettre à l'économie parallèle en se mettant à leur compte ou en se faisant travailleuses familiales non rémunérées.

Même salariées, les femmes ont de plus en plus de chances d'occuper un emploi non régulier ou atypique. Les hommes ont plus de chances de se voir offrir un poste essentiel ou régulier et mieux rémunéré, tandis que l'on propose de plus en plus aux femmes des emplois périphériques, précaires et moins valorisants de travailleuse à domicile, travailleuse occasionnelle et travailleuse temporaire. Dans le contexte de la mondialisation et de la spécialisation flexible des relations de production et de travail, les femmes sont de plus en plus nombreuses à se voir confier, dans le cadre d'accords de sous-traitance industrielle, des travaux à façon souvent exécutés à domicile. Une autre source de plus en plus importante d'emploi pour les femmes est liée aux rapides progrès du télétravail, qui ont permis de transférer d'un pays développé vers un autre des emplois de saisie de données, de bureau et de permanence téléphonique. Dans des pays comme l'Inde et l'Afrique du Sud et dans des régions comme les Caraïbes, les femmes sont de plus en plus nombreuses à travailler dans ces « back-offices » et centres téléphoniques délocalisés, qui sont souvent leur propre domicile.

Ces diverses formes d'emploi non régulier ou atypique se caractérisent le plus souvent par une très faible rémunération, un revenu irrégulier, une sécurité de l'emploi ou du revenu faible ou nulle et l'absence de protection sociale; on ne peut donc pas escompter qu'elles puissent offrir une alternative satisfaisante à la procréation. Fait très important, les données disponibles montrent que le travail à domicile (salarié ou indépendant) est une importante source d'emploi à travers le monde, en particulier pour les femmes, et que les femmes qui accomplissent un travail à domicile non seulement réussissent mieux à concilier responsabilités professionnelles et familiales, mais aussi sont plus enclines à utiliser de la main-d'œuvre infantine. Elles ont tendance à le faire surtout lorsqu'on leur soustraite des travaux à la pièce ou lorsqu'on leur impose des délais de livraison très courts. En Inde, par exemple, sur les 5 millions de travailleurs de l'industrie du bidi (fabrication de cigarettes), 90 % sont des femmes travaillant à domicile qui sont très mal payées à la pièce — elles doivent rouler 1 000 bidi par jour pour gagner à peu près l'équivalent d'un dollar des É.-U. — et qui font appel à des enfants, en particulier des filles, pour les aider.

Si les pays à taux de fécondité intermédiaire reproduisent la tendance des pays industrialisés développés, ils connaîtront également une augmentation du travail à temps partiel. Aux États-Unis et au Royaume-Uni, où l'horaire de travail standard a été réduit et où l'on a assisté à une forte augmentation du nombre des emplois à temps partiel, la relation inverse entre le TPFMT et la fécondité s'est affaiblie (Standing, 1983, p. 534). Le travail à temps partiel est en grande partie le domaine des femmes : dans les pays pour lesquels on dispose de données, nettement plus de la moitié, quand ce ne sont pas les deux tiers, des travailleurs à temps partiel sont des femmes. De plus, le travail à temps partiel des femmes est de moins en moins choisi et elles sont de plus en plus nombreuses à travailler moins d'heures qu'elles ne le voudraient. Tant l'hypothèse d'une incompatibilité des rôles que l'hypothèse d'un renforcement des moyens d'action des femmes seraient alors moins pertinentes.

Une tendance importante s'est dégagée, à savoir la croissance de l'activité indépendante parmi les femmes (et les hommes), en particulier parmi celles qui n'avaient pas pu trouver d'emploi rémunéré. Ainsi, par exemple, la proportion des femmes exerçant une activité indépendante non agricole a doublé en Afrique subsaharienne (à l'exclusion de l'Afrique australe), passant de 44 % en 1970 à 90 % en 1990. Cette proportion a également augmenté en Afrique du Nord, en Amérique du Sud, en Asie du Sud et en Europe de l'Est et du Sud (Organisation des Nations Unies, 2000a, p. 133). Un grand nombre de travailleuses indépendantes dirigent des microentreprises ou des petites entreprises, non de grandes sociétés. Parmi les travailleurs indépendants, les femmes, nettement plus souvent que les hommes, sont des travailleurs pour leur propre compte plutôt que des employeurs et exercent leur activité dans le secteur non structuré plutôt que le secteur structuré. Les données dont on dispose montrent que le travail pour leur propre compte est plus affaire de nécessité que de choix et que les femmes qui travaillent par nécessité économique ont une fécondité supérieure à celles qui travaillent parce qu'elles veulent travailler.

Dans certains pays, les femmes restent concentrées dans la catégorie du travail familial non rémunéré. Selon les chiffres de l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de données, parmi les femmes exerçant une activité, la proportion des travailleuses collaborant à l'entreprise familiale est de plus de 77 % au Bangladesh, de 44 % en Indonésie, de 56 % au Kenya et de 23 % en Égypte. Pour ces femmes, le travail familial non rémunéré comprend tant les activités économiques que les soins donnés aux enfants (BIT, 2001a, p. 92 à 97).

Le développement du travail indépendant parmi les femmes est à rapprocher de la croissance du secteur non structuré de l'économie, laquelle est susceptible d'avoir de profondes répercussions sur la tendance à la baisse de la fécondité. Lorsque les données sont disponibles, elles indiquent que le secteur non structuré a progressé non seulement dans les pays en développement, mais aussi dans les pays en transition et les pays développés. En Inde et en Indonésie, ce secteur est celui dans lequel travaillent neuf femmes ayant une activité non agricoles sur 10; la proportion est de 83 % au Kenya, de 40 % en Tunisie, de 30 % en Afrique du Sud, de 74 % en Bolivie, de 67 % au Brésil, de 44 % au Chili et en Colombie, de 48 % au Costa Rica, de 69 % en El Salvador, de 65 % au Honduras, de 55 % au Mexique, de 41 % au Panama et de 47 % au Venezuela (Organisation des Nations Unies, 2000a, p. 139). La plupart des femmes (et des hommes) qui travaillent dans le secteur non structuré le font parce qu'elles ne trouvent pas d'emploi ou ne sont pas en mesure de créer leur propre entreprise dans le secteur structuré et ne peuvent pas se permettre d'être des chômeuses manifestes. Or, le travail dans le secteur non structuré est, parce qu'il se situe en dehors des cadres juridique et réglementaire, le plus souvent caractérisé par un degré élevé de vulnérabilité. Les travailleurs relevant de cette catégorie ne bénéficient pratiquement d'aucune protection sociale et n'ont qu'un accès très limité aux infrastructures et prestations publiques. Il est rare qu'ils s'organisent et se donnent des représentants capables de défendre leurs intérêts et ils n'ont pratiquement pas voix au chapitre que ce soit sur le lieu de travail ou sur la scène socio-politique. Leur emploi est le plus souvent instable et précaire — il est fait de longues heures de travail, y compris de travail sous pression pour honorer certaines commandes dans des délais très courts, suivies de périodes d'« inactivité » pendant lesquelles la personne attend que des commandes lui soient passées; une telle activité ne procure qu'un revenu instable et précaire. Le pourcentage de pauvres est nettement supérieur dans le secteur non structuré de l'économie que dans le secteur structuré, et les femmes travaillant dans le secteur non structuré sont plus souvent pauvres que les hommes. Et c'est le secteur non structuré qui fait travailler les enfants.

Les autres aspects qui peuvent expliquer pourquoi la récente entrée des femmes sur le marché du travail dans ces pays ne semble pas pouvoir améliorer leur statut et, partant, avoir un impact important sur la réduction de la fécondité sont notamment la segmentation du marché du travail, la ségrégation professionnelle suivant le sexe et la discrimination sur le marché du travail. Les informations relatives aux secteurs à un chiffre montrent que les femmes restent concentrées dans les secteurs traditionnellement associés à leurs rôles sexosociaux, en particulier les services communautaires, sociaux et personnels, tandis que les hommes dominent dans les professions mieux rémunérées relevant des secteurs des services financiers, de l'immobilier et des affaires. Dans le secteur industriel, les femmes travaillent presque uniquement dans l'industrie manufacturière, tandis que les hommes travaillent dans les secteurs du bâtiment et du génie civil et celui des services collectifs (BIT, 2001a, p. 721). La ségrégation professionnelle suivant le sexe a dans l'ensemble diminué au cours des deux dernières décennies, mais reste très répandue dans le monde entier et est pratiquement intacte dans la plupart des pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord (Anker, 1998, p. 412). « [L]a ségrégation professionnelle nuit davantage aux femmes qu'aux hommes, compte tenu en particulier des caractéristiques des professions typiquement féminines. Les professions féminines "sont relativement peu rémunérées, offrent peu de sécurité de l'emploi et donnent relativement peu de possibilités d'exercer une autorité ou de faire carrière" et elles sont sous-évaluées d'un point de vue social » (Organisation des Nations Unies, 2000a, p. 145). Là où la segmentation du marché du travail reste forte

et où les femmes sont exclues des professions présentant des possibilités de carrière ou ne bénéficient que de possibilités de promotion réduites et ne sont pas en mesure d'améliorer leur statut social comme elles le voudraient, elles peuvent vouloir rehausser l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et leur statut en ayant des enfants. En revanche, dans les marchés du travail fortement segmentés, les femmes peuvent avoir moins d'occasions de rencontrer un conjoint éventuel et, de ce fait, l'âge au mariage peut s'élever.

Le fait que la discrimination selon le sexe reste forte sur le marché du travail peut s'appréhender d'autres façons encore : « Nombre de femmes, à qualification et expérience comparables, ont un salaire inférieur à celui des hommes et ont des revenus moins élevés et des promotions moins rapides que les hommes dans le secteur structuré. L'objectif d'un salaire égal pour les femmes et les hommes effectuant un travail égal ou un travail de valeur égale n'a pas encore été pleinement réalisé. La discrimination que l'on exerce lors du recrutement et des promotions, pour cause de grossesse, y compris en exigeant des tests de grossesse, de même que le harcèlement sexuel sur le lieu de travail persistent. Dans certains pays, la législation nationale ne reconnaît toujours pas pleinement aux femmes, sur un pied d'égalité avec les hommes, le droit de posséder des terres et d'autres biens, y compris par le biais du droit d'héritage. Dans la plupart des cas, l'avancement professionnel reste plus difficile pour les femmes » (Organisation des Nations Unies, 2000b, paragraphe 21).

AUTRES FACTEURS INFLUENÇANT LA RELATION ENTRE L'EMPLOI ET LA FÉCONDITÉ DES FEMMES

La présente section examine succinctement l'impact que d'autres facteurs importants, parmi lesquels l'appartenance ethnique et la religion, les politiques publiques, les normes socioculturelles et la migration, sont susceptibles d'avoir à l'avenir, directement ou indirectement, sur la relation entre l'emploi et la fécondité des femmes. Les exemples sont principalement tirés de trois pays de différentes régions du monde, à savoir la Malaisie, le Nicaragua et la République-Unie de Tanzanie. En Malaisie, la « confusion » de la race, de la religion, de la politique et de l'économie par les politiques officielles d'action positive selon l'appartenance ethnique a été un facteur explicatif majeur de la transition de la fécondité. Le cas malaisien montre également que la montée du fondamentalisme religieux pourrait être un important « prédicteur » des futurs niveaux de fécondité. Le Nicaragua est un exemple de l'impact exercé sur les niveaux de fécondité par la migration internationale indépendante de femmes. Les pays qui envoient un grand nombre de femmes travailler à l'étranger, essentiellement comme employées de maison, sont notamment l'Indonésie, les Philippines et le Bangladesh. La République-Unie de Tanzanie ne figure pas actuellement sur la liste des pays à taux de fécondité intermédiaire (sa FC actuelle est de 5,5), mais on l'a incluse ici pour illustrer l'argument selon lequel là où subsistent des normes socioculturelles fortement affirmées, comme dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, la participation des femmes au marché du travail n'a généralement qu'un impact limité sur les niveaux de fécondité élevés.

Le cas malaisien est intéressant parce que, en dépit d'un développement socioéconomique et d'un accroissement des taux de participation des femmes au marché du travail extraordinairement rapides, la transition de la fécondité s'est ralentie et stabilisée à plus de 3,3 enfants par femme. Différentes études ont montré que, même après neutralisation des effets des caractéristiques socioéconomiques, démographiques et résidentielles, les écarts de fécondité subsistent parmi les trois principaux groupes ethniques du pays et que l'appartenance ethnique s'avère être un important déterminant de ces écarts. La baisse de fécondité a été particulièrement rapide chez les Chinois, suivis des Indiens, mais chez les Malais, la baisse de fécondité a « dépassé son creux » au début des années 80 (à peu près à l'époque où le mouvement de réveil du fondamentalisme islamique a pris son envol) et la fécondité a même donné depuis des signes de reprise. L'extrapolation linéaire des tendances de la fécondité des années 80 a amené à prévoir que les Chinois atteindraient le seuil de remplacement vers 1995 et les Indiens vers 2000, que la fécondité de ces deux groupes descendrait au-dessous

du seuil de remplacement et que la baisse de la fécondité chez les Malais serait nettement moins rapide, si bien que les écarts de fécondité en fonction de l'appartenance ethnique se creuseraient (Lim, Jones et Hirschman, 1987, p. 423). Toutefois, des données récentes provenant du recensement de population de 2000 indiquent que les niveaux de fécondité des Chinois et des Indiens n'ont pas encore atteint le seuil de remplacement (ils se situent respectivement à 2,57 et 2,55) et que la fécondité des Malais est encore de 3,62 (Malaisie, 2001, p. 88). Étant donné que les Malais constituent à présent 66% de la population du pays (alors qu'ils n'en représentaient qu'un peu plus de la moitié dans les années 70), l'avenir de la fécondité malaise déterminera de plus en plus le taux global pour l'ensemble du pays.

Même après neutralisation des effets des caractéristiques socioéconomiques, démographiques et résidentielles, les écarts de fécondité subsistent entre les Malais, les Chinois et les Indiens et l'« appartenance ethnique » s'avère être un important déterminant. Il est manifeste qu'en Malaisie le facteur ethnique a été influencé par la Nouvelle politique économique (NEP) du Gouvernement malaisien. Entrée en vigueur en 1970, cette politique, qui prônait le renforcement du niveau d'instruction, de la mobilité géographique et professionnelle et de l'accès aux activités productrices de revenu des Malais par rapport aux autres groupes ethniques, a eu un impact direct sur les coûts relatifs et les valeurs relatives des enfants. En garantissant, par le biais d'un système de quotas, de bourses d'études et d'autres aides financières, des possibilités d'accès à l'enseignement et à l'emploi pour les enfants malais, la NEP a réduit les coûts et rehaussé la valeur des enfants aux yeux des parents malais. Cette politique a eu l'effet inverse auprès des parents chinois et indiens. La NEP a été remplacée par une politique active de développement d'une communauté commerciale et industrielle Bumiputra, qui prône elle aussi la restructuration de l'emploi en Malaisie dans le sens d'une augmentation du nombre de professionnels, de cadres et de travailleurs qualifiés malais dans certains secteurs et professions. Cette politique d'action positive mise en place par le gouvernement continuera d'influencer le regard que portent les différentes communautés ethniques sur les coûts et les avantages des enfants.

La religion et l'orthodoxie religieuse représentent elles aussi une importante dimension de l'appartenance ethnique et, puisque les Malais sont tous musulmans, on peut examiner plus particulièrement l'influence de la religion islamique. L'application de la NEP a permis d'améliorer la position des femmes malaises par rapport aux autres groupes ethniques, mais le mouvement fondamentaliste religieux a exercé une influence opposée en diminuant leur statut par rapport à celui des hommes de leur propre groupe ethnique. Une étude (Lim, 1990) s'appuyant sur un certain nombre d'enquêtes réalisées au milieu des années 80 a montré que le pourcentage des femmes malaises travaillant en dehors du foyer différait peu de celui des groupes chinois et indien et ne dénotait aucune restriction d'accès des femmes malaises aux catégories d'emplois les faisant entrer en contact avec les hommes. Mais parmi les trois groupes ethniques, les femmes malaises étaient celles qui se heurtaient le plus aux objections de leur mari et devaient faire face aux restrictions les plus strictes lorsqu'elles essayaient d'assumer un rôle économique en dehors du foyer. Au surplus, et en dépit du fait que leur emploi leur procurait un revenu moyen supérieur à celui des femmes chinoises ou indiennes, elles étaient les moins susceptibles d'être sûres de pouvoir subvenir à leurs besoins, à plus forte raison à ceux de leurs enfants. La condamnation du célibat féminin et l'importance que l'islam accorde à la nécessité de se prémunir contre toute inconduite ou présomption d'inconduite sexuelle d'une femme en la mariant de bonne heure jouaient manifestement un rôle dans le fait que l'âge au mariage était relativement plus jeune, même si le niveau d'instruction s'est élevé. En plus d'insister davantage auprès des musulmans pour qu'ils respectent davantage leur religion, de faciliter l'intrusion de la religion dans la politique, de créer des communes qui tentent d'imiter l'ordre islamique et de s'employer à faire adopter la « charia » comme base de toute la législation du pays, le mouvement « dakwah » a obtenu que de plus en plus de femmes malaises adoptent le costume traditionnel et se couvrent la tête. Il apparaissait également que les normes d'une fécondité élevée persistaient chez les Malaises et que l'utilisation des contraceptifs était incontestablement en baisse à la fin des années 80. On

ne sait pas encore si le fondamentalisme religieux poursuivra sur sa lancée dans le contexte mondial de l'après 11 septembre et si ce dernier aura des incidences sur le comportement des femmes malaises en matière de fécondité, mais l'achèvement de la transition de la fécondité ne semble pas être à l'ordre du jour pour la Malaisie.

Le Nicaragua est l'exemple d'un pays où la migration internationale indépendante de femmes à la recherche d'un emploi a été un facteur important de baisse de la fécondité. On estime que près d'un million de Nicaraguayens, soit environ 20 % de la population du pays, migrent vers d'autres pays. Les femmes représentent environ 49 % des émigrants; la majorité d'entre elles se rendent au Costa Rica pour travailler comme employées de maison ou dans le secteur commercial. Selon une enquête récente (BIT, 2001d), l'émigration féminine est beaucoup plus souvent que l'émigration masculine liée à la désintégration des mariages et les femmes migrantes encore mariées souhaitent avoir moins d'enfants que les femmes qui n'émigrent pas. Il vaut également la peine de noter que les femmes migrantes ont affirmé que la raison la plus importante d'avoir des enfants était, pour elles, de pouvoir satisfaire leur besoins affectifs et se réaliser en tant que femmes, les raisons liées à l'aide que des enfants pouvaient leur apporter au foyer et lorsqu'elles seraient devenues vieilles passant en second. Dans des pays comme le Nicaragua, notamment aux Philippines, en Indonésie et au Bangladesh, où les femmes émigrent pour exercer une activité sous contrat, on peut s'attendre à voir la fécondité continuer de descendre au moins jusqu'au seuil de remplacement.

La Tanzanie est un exemple de pays où les normes socioculturelles sont favorables à une fécondité élevée et où ces normes ne semblent pas devoir évoluer rapidement, surtout dans un contexte où les rôles productif et procréateur vont de pair et où la participation des femmes au marché du travail n'a dans l'ensemble pas renforcé les moyens d'action des femmes. «Les tanzaniennes, comme les femmes des autres pays d'Afrique subsaharienne, se vouent à la maternité. Selon la tradition, on attend d'une femme qu'elle se marie tôt et qu'elle ait beaucoup d'enfants. Dès leur plus jeune âge, les filles sont socialisées d'une façon qui les prépare à remplir leurs rôles de mère, de ménagère et de productrice. Le statut d'une femme se mesure pour l'essentiel à sa capacité d'avoir et d'élever des enfants. Les filles apprennent de bonne heure à s'occuper de leurs jeunes frères et sœurs et de faire du commerce et de cultiver la terre comme leurs mères, leurs sœurs, leurs tantes et leurs grands-mères» (BIT, 2001e, p. 20). En Tanzanie, la participation des femmes au marché du travail a dans l'ensemble été marquée par une augmentation du chômage depuis 1985 et une concentration dans le secteur agricole, où les femmes sont plus nombreuses que les hommes, et dans le secteur non structuré de l'économie, où elles exercent principalement des activités de survie et où leurs maigres revenus contraignent un grand nombre d'entre elles à faire compléter le revenu familial par leurs enfants. Les femmes travaillent, car il s'agit d'une question de survie, et continuent de vouloir avoir beaucoup d'enfants. On continue de considérer six enfants comme le nombre idéal. Les filles sont précieuses pour la dot qu'elles rapportent et leur aide pour les tâches ménagères tandis que l'on compte sur les garçons pour aider leurs parents plus tard et pour transmettre le patronyme à leurs descendants. Une enquête récente réalisée auprès de femmes tanzaniennes qui travaillent a confirmé que le soutien aux parents devenus vieux est la raison la plus importante de la fécondité élevée: «J'ai besoin de beaucoup d'enfants pour que certains d'entre eux puissent s'occuper de moi quand je serai vieille» (BIT, 2001e, p. 96). La valeur des enfants est également confirmée par la conviction selon laquelle un enfant décédé doit être remplacé.

ACHÈVEMENT DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ : LES INDICATEURS DE L'EMPLOI DES FEMMES QUI PEUVENT ÊTRE D'IMPORTANTS PRÉDICTEURS

En eux-mêmes, les taux de participation des femmes au marché du travail semblent devoir de moins en moins présenter à l'avenir un lien positif avec les fécondités cumulées dans les pays à taux de fécondité intermédiaire. L'hypothèse qui voudrait que, dans le processus de développement socioéconomique, les femmes se tournent de plus en plus vers

des emplois salariés relevant du secteur moderne, permanents et à plein temps ne tient pas. Pour prévoir ce qui est susceptible d'advenir de la fécondité dans ces pays, mieux vaudrait disposer d'indicateurs spécifiques de la qualité de l'emploi des femmes et de leurs conditions de travail. On passe en revue ci-dessous un certain nombre d'indicateurs en s'interrogeant sur l'impact qu'ils pourraient avoir sur la fécondité future.

a) *Situation professionnelle*: La proportion des emplois salariés ne semble pas devoir beaucoup augmenter. Dans un grand nombre des pays considérés, la nette amélioration du statut d'employé des femmes a été liée à l'implantation des zones franches industrielles et des industries manufacturières à forte intensité de main-d'œuvre dans les années 70 et 80. Mais l'évolution des compétences exigées dans beaucoup de ces zones finit par faire embaucher des hommes plutôt que des femmes, ce qui tend à faire baisser la proportion des femmes (comme dans les maquiladoras du Mexique). Surtout, dans le contexte d'un renforcement de la concurrence internationale et de la spécialisation flexible, les femmes des pays pauvres sont plus susceptibles d'être recrutées pour des travaux de sous-traitance pour des chaînes mondiales de produits et de valeurs et de relever de la catégorie des travailleurs indépendants ou à leur compte. L'activité indépendante et le travail à son propre compte semblent moins que le statut d'employé être susceptibles de présenter une solide corrélation inverse avec la fécondité.

b) *Taux de chômage déclaré*: La situation des femmes a ceci de spécifique que leurs emplois et leur capacité de gain sont généralement de moins en moins sûrs. D'une façon générale, les femmes connaissent des taux de chômage et, surtout, de sous-emploi et de chômage déguisé supérieurs à ceux des hommes et ont plus de mal à retrouver un emploi une fois qu'elles en ont perdu un. Par exemple, à la fin des années 90, les taux de chômage déclarés des femmes et des hommes ont été respectivement de 5,1 % et de 3,3 % en Indonésie, de 9,7 % et de 6,0 % aux Bahamas, de 14,3 % et de 11,9 % en Argentine, de 11,6 % et de 7,2 % au Brésil, de 23,3 % et de 17,2 % en Colombie et de 14,5 % et de 8,8 % au Nicaragua. Entre 1990 et 1997, le taux de chômage des femmes a augmenté de 2 et 5 points en Afrique du Nord, en Amérique centrale et du Sud et en Europe de l'Est et de l'Ouest. Les jeunes femmes, en particulier, connaissent des taux de chômage déclaré très élevés. Aux Philippines, par exemple, le taux était, en 1998, de 19,3 % pour les femmes âgées de 15 à 24 ans, contre 13,6 % pour les hommes du même groupe d'âges et 5,3 % pour les femmes âgées de 25 à 54 ans. Si l'une des raisons pour lesquelles les femmes veulent des enfants est de voir leur sécurité assurée pendant leur vieillesse ou lors de circonstances économiques difficiles, on peut supposer que ce prétexte prendrait de plus en plus d'importance en cas d'augmentation du chômage et de l'insécurité financière.

c) *Activité dans le secteur structuré ou non structuré de l'économie*: Le secteur non structuré a fourni la plupart des nouveaux emplois dans la plupart, sinon la totalité, de ces pays et la situation ne semble pas devoir évoluer dans un proche avenir. Il existe entre l'emploi non structuré et la fécondité un lien de dépendance mutuelle (les femmes travaillant dans le secteur non structuré sont susceptibles d'avoir une fécondité plus élevée que celles qui travaillent dans le secteur structuré et les femmes à fécondité élevée peuvent être forcées de travailler dans le secteur non structuré plutôt que dans le secteur structuré). On s'emploie de plus en plus, aux niveaux national et international, à améliorer la protection juridique et sociale ainsi que l'organisation et la représentation des travailleurs du secteur non structuré (par exemple le débat général de la Conférence internationale du Travail portera cette année sur le thème « Un emploi décent dans le secteur non structuré »). Le succès de ces efforts pourra avoir un certain impact sur les décisions en matière de fécondité, mais, vu l'ampleur des problèmes et les dimensions du secteur non structuré dans la plupart de ces pays, cet impact mettra très probablement très longtemps à se manifester.

d) *Secteur d'activité*: La relation inverse entre la participation au marché du travail et la fécondité est généralement la plus manifeste parmi les femmes employées dans le secteur industriel et tend à être moins marquée, voire totalement absente, parmi celles

qui travaillent dans l'agriculture ou les services. En fait, plusieurs études ont montré l'existence d'une corrélation positive entre l'emploi des femmes dans l'agriculture et la fécondité. Dans les pays où le secteur agricole est important, la proportion des femmes qui y travaillent demeure très forte; les femmes ont même pris la relève des hommes dans l'agriculture dans plusieurs régions. Les tendances ne font apparaître qu'une lente diminution de la part de l'agriculture dans l'emploi total et une augmentation de celle du secteur des services, non de celle du secteur industriel.

e) *Lieu de l'activité*: Le travail à domicile devient de plus en plus courant, ce qui tient aux systèmes de sous-traitance industrielle et à la diffusion des technologies de l'information et de la communication. La tendance est de plus en plus au transfert d'emplois des pays industrialisés vers les pays en développement, confiés en particulier au personnel des « back offices » des centres téléphoniques ou au personnel de saisie et de traitement des données. Les femmes dominent ces emplois mais, si elles peuvent retirer un avantage de la nouvelle indépendance procurée par le lieu de travail, « elles peuvent aussi être victimes de l'isolement et de l'impossibilité de choisir une carrière » et « dans le meilleur des cas, une nouvelle mentalité de travail plus informelle et séduisante peut se donner libre cours; mais, dans le pire des cas, les centres téléphoniques ont été appelés les "ateliers d'exploitation du personnel [sweatshops] de l'ère numérique" (BIT, 2000b, p. 7). Les travailleuses à domicile peuvent être mieux en mesure de concilier responsabilités professionnelles et familiales, mais également vouloir avoir des enfants pour contrebalancer le statut inférieur et l'isolement de leur travail. Par ailleurs, l'isolement du travail à domicile ou du travail dans des microentreprises ou petites entreprises (voir ci-après) peut impliquer que les femmes sont moins susceptibles de pouvoir compter sur le soutien des normes de groupe pour modifier leur comportement en matière de fécondité.

f) *Ségrégation professionnelle*: La ségrégation des professions suivant le sexe évolue, mais lentement; il ne faut donc pas s'attendre à ce que cette évolution ait un impact significatif quelconque sur la réduction de la fécondité. En fait, la ségrégation professionnelle non seulement renforce les stéréotypes classiques sur les femmes (par exemple elles sont compatissantes, dociles et attachées à leur foyer), mais aussi peut se perpétuer chez la génération suivante car la réalité de possibilités d'emploi limitées et de statut inférieur « fait que beaucoup de familles — et beaucoup de femmes — n'investissent pas suffisamment dans l'instruction, la formation et l'expérience des femmes » (Anker, 2001, p. 151).

g) *Taille de l'entreprise*: On a créé davantage d'emplois dans les microentreprises et les petites entreprises que dans les grandes entreprises. Par exemple, dans l'Amérique latine des années 90, un tiers seulement des gains nets d'emplois urbains du secteur privé ont été obtenus dans des entreprises employant plus de 20 personnes et la plupart de ces emplois ont été créés dans les branches les moins productives et les moins rémunératrices (BIT, 2001c, p. 28-29). En Inde, on a assisté à une féminisation croissante de l'emploi dans les petites unités de production, qui sont en fait des sociétés de services auxiliaires dépendant de grandes entreprises. On a plus de chances de rencontrer une relation inverse entre l'emploi féminin et la fécondité dans les grandes entreprises, en particulier les sociétés multinationales. Dans les microentreprises et les petites entreprises, cette relation n'est pas manifeste ou peut être absente.

h) *Travail des enfants*: La contribution des enfants à la main-d'œuvre familiale et en particulier au revenu familial a toujours été une importante raison de fécondité élevée. Selon une estimation, le nombre d'enfants qui travaillent dans le monde a été ramené d'environ 250 millions à quelque 211 millions et il devrait continuer de baisser dans des proportions importantes. La campagne mondiale contre le travail des enfants commence à faire sentir ses effets, au moins en ce qui concerne le nombre d'enfants allant à l'école au lieu de se livrer à des formes de travail dangereuses. Un programme comportant un calendrier pour l'abolition du travail des enfants a été lancé en El Salvador, au Népal et en République-Unie de Tanzanie; on l'étend à un certain nombre d'autres pays, dont les Philippines. Ce programme, que les gouvernements des pays concernés se sont engagés à exécuter, comporte un volet destiné à procurer aux parents qui acceptent d'envoyer leurs

enfants à l'école d'autres moyens de subsistance durables. Dans ces pays, la valeur des enfants en tant qu'enfants qui travaillent diminuerait.

i) Migration en vue d'un emploi: Les femmes prennent de plus en plus le chemin de la migration indépendante, tant nationale qu'internationale, en vue d'exercer un emploi. Les hommes ont de moins en moins de possibilités de migrer pour exercer une activité sous contrat, mais la migration internationale offre encore aux femmes de nombreuses possibilités d'emploi comme employées de maison, « artistes », vendeuses, employées d'hôtel ou de restaurant et monteuses à la chaîne. Toutefois, il est difficile de se procurer des statistiques; lorsqu'elles sont disponibles, elles sont probablement incomplètes car ce secteur d'activité ne donne pas souvent lieu à l'établissement de documents. Que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de leur pays, les femmes qui participent à la migration indépendante à des fins économiques sont susceptibles de se marier plus tardivement que celles qui n'ont pas quitté leur lieu d'origine. L'expérience de la migration indépendante et du travail et des conditions de vie dans les zones urbaines ou dans d'autres pays tend à influencer l'attitude des jeunes femmes en ce qui concerne la prolongation du célibat et l'ajournement de la constitution de la famille. Pour celles qui sont déjà mariées, les types d'emplois que vont exercer les femmes migrantes ne leur permettent pas, le plus souvent, d'emmener leurs enfants. On notera que les ruptures d'union risquent beaucoup plus souvent de se produire lorsque c'est l'homme, non la femme, qui demeure au pays.

j) Autres « prédicteurs »: Il importe également de tenir compte du fait que les gouvernements et les organisations d'employeurs et de travailleurs prennent des mesures différentes pour permettre aux femmes (et aux hommes) de mieux concilier responsabilités professionnelles et familiales. La législation et les règles du code du travail instituent de plus en plus souvent une protection de la maternité, des congés de maternité et des prestations pour les femmes qui travaillent, un congé parental (assorti des garanties d'emploi) pour permettre tant aux femmes qu'aux hommes de quitter leur travail pendant quelque temps pour s'occuper des enfants, des horaires flexibles, des services de garde d'enfants et les locaux appropriés, etc. Dans des pays aussi divers que le Bangladesh, la Bolivie, la Colombie, l'Équateur, l'Égypte, l'Iran, les Philippines et la République arabe syrienne, la loi fait obligation aux employeurs de fournir des services ou locaux de garde d'enfants si leur entreprise emploie un nombre de personnes supérieur à un certain seuil (BIT, 1994, p. 31 à 35). Même dans les zones rurales, la législation du travail prévoit des crèches pour les enfants des travailleurs du secteur agricole structuré. Dans le secteur non structuré rural et urbain, des associations féminines locales, des ONG et des groupes communautaires et de la société civile prennent des initiatives de plus en plus nombreuses pour mettre en place des services de soutien social visant à promouvoir l'harmonisation des responsabilités professionnelles et familiales. On peut donc également s'attendre à ce que l'hypothèse concernant l'incompatibilité des rôles perde de sa raison d'être.

BIBLIOGRAPHIE

- Anker, Richard (2001). Theories of occupational segregation by sex: An overview. In *Women, Gender and Work*, Martha F. Loutfi (dir.). Genève, Bureau international du Travail, p. 129-156.
- (1998). *Gender and Jobs Sex Segregation of Occupations in the World*. Genève: Bureau international du Travail.
- Bureau international du Travail (2001a). *Indicateurs clés du marché du travail 2001-2002*. Genève.
- (2001b). *Rapport sur l'emploi dans le monde 2001. Vie au travail et économie de l'information*. Genève.
- (2001c). *L'Agenda global pour l'emploi*. Genève.
- (2001d) *Household Study of Nicaraguan Women who have Emigrated to Costa Rica seeking Employment*. Rapport final établi par Milagros Barahona Portocarrero et Sonia Agurto. Managua.

- (1994). *Le travail dans le monde, 1994*. Genève.
- Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (2000). *Le progrès des femmes à travers le monde, 2000*. Rapport biennal d'UNIFEM. New York.
- Lim, Lin Lean (1990). The impact of Islam on female status and fertility in Malaysia, *Malaysian Journal of Economic Studies*, vol. XXVII, n^{os} 1 et 2, p. 1-25.
- , Gavin W. Jones et Charles Hirschman (1987). Continuing fertility transitions in a plural society: ethnic trends and differentials in Peninsular Malaysia, *Journal of Biosocial Science*, vol. 19, p. 405-425.
- Malaysia Economic Planning Unit (2001). *Eighth Malaysia Plan 2001-2005*. Kuala Lumpur.
- Organisation des Nations Unies (2000a). *Les femmes dans le monde, 2000: des chiffres et des idées*. ST/ESA/STAT/SER.K/16. New York.
- (2000b). *Résolution adoptée par l'Assemblée générale intitulée « Nouvelles mesures et initiatives pour la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing*. Vingt-troisième session extraordinaire, 2000, A/RES/S-23/3.
- Programme de promotion des questions de genre du Bureau international du Travail (2001e). *National Report for Promoting the Linkages between Women's Employment and the Reduction of Child Labour*. Dar es-Salaam.
- Standing, Guy (1983). Women's work activity and fertility. In *Determinants of Fertility in Developing Countries, Volume 1: Supply and Demand for Children*, Rodolfo A. Bulatao et Ronald D. Lee (dir.). New York, Academic Press, p. 517-546.

Opinions et politiques des gouvernements des pays à taux de fécondité intermédiaire concernant l'accroissement de la population et la fécondité

*Division de la population**

INTRODUCTION

Le présent document analyse les opinions et les politiques des gouvernements concernant l'accroissement de la population et le niveau de fécondité, ainsi que leurs déterminants, dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, c'est-à-dire les pays dont la fécondité cumulée est inférieure à cinq enfants par femme mais supérieure au seuil de remplacement. Les informations utilisées ici proviennent de sources diverses : réponses officielles à des enquêtes démographiques réalisées par les Nations Unies auprès des gouvernements, rapports nationaux, déclarations officielles faites lors de conférences sur la population, documentation fournie par les services des gouvernements et presse internationale. Les données analysées portent sur la période d'un quart de siècle s'étendant de 1976 à 2001, qui correspond en gros à la période allant de l'adoption par les gouvernements du Plan d'action mondial sur la population adopté à Bucarest en 1974 à l'adoption lors de la session extraordinaire de 1999 de l'Assemblée générale des nouvelles mesures clefs pour la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement.

Certaines tendances générales des opinions et des politiques des gouvernements sont analysées pour l'ensemble du monde et pour les régions moins développées. Toutefois, le document focalise l'attention sur les 67 pays à taux de fécondité intermédiaire où vivent actuellement 43 % des habitants de la planète. Ce groupe inclut les pays les plus peuplés et les plus gros contributeurs à la natalité : Afrique du Sud, Bangladesh, Brésil, Égypte, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Mexique, Philippines, Turquie et Viet Nam, ainsi que certains pays assez petits des Caraïbes et de l'Océanie. Plusieurs pays à taux de fécondité intermédiaire (Algérie, Bahreïn, Brésil, Indonésie, Iran (République islamique d'), Koweït, Liban, Mexique, Mongolie, Ouzbékistan, Suriname, Tunisie et Viet Nam, par exemple) ont connu une baisse rapide de la fécondité tandis que d'autres (Argentine, Bolivie, Botswana, Fidji, Ghana, Guatemala, Haïti, Israël, Lesotho, Népal, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Samoa, Soudan, Swaziland, Uruguay et Vanuatu, par exemple) ont enregistré une diminution plus progressive. Dans beaucoup de ces pays, le développement de la politique de population et la planification familiale ont bénéficié d'un solide engagement politique depuis des décennies. Dans d'autres, le gouvernement n'a pas joué un rôle aussi important et n'a pas adopté de politique de population officielle. Le présent document examine certaines caractéristiques et spécificités des politiques nationales relatives à la fécondité.

* Département des affaires économiques et sociales, Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

OPINIONS DES GOUVERNEMENTS

Accroissement de la population

À la suite des progrès de la médecine et de l'adoption de mesures de santé publique et de la baisse spectaculaire des taux de mortalité ainsi rendus possibles après la seconde guerre mondiale, les taux d'accroissement de la population, en particulier dans les régions moins développées, ont atteint des niveaux sans précédent au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Parmi les premiers pays qui en soient venus à craindre que la rapidité de l'accroissement de la population n'hypothèque leurs chances de réaliser leurs objectifs socio-économiques, on trouve l'Inde, le Pakistan et la République de Corée en Asie et l'Égypte en Afrique. Certains de ces pays avaient déjà une densité de population élevée : 206 habitants au kilomètre carré en République de Corée et 109 en Inde en 1950. L'Égypte avait une vaste superficie et une densité de 22 habitants au kilomètre carré seulement, mais la quasi-totalité de la population (plus de 90 %) était concentrée dans la vallée du Nil et son delta fertile et le long de la côte méditerranéenne.

En 1976, deux ans après l'adoption du Plan d'action mondial sur la population, plus d'un tiers des gouvernements du monde et 41 % de ceux des régions moins développées considéraient leur taux d'accroissement comme trop élevé. Cette proportion était particulièrement élevée parmi les pays d'Amérique latine et des Caraïbes (48 %). En 2001, le maintien de taux d'accroissement de la population élevés reste un enjeu politique pour beaucoup de pays du monde en développement. La proportion des gouvernements des régions moins développées qui jugeaient leur taux d'accroissement trop élevé n'a pas cessé d'augmenter et se situait à 54 % en 2001.

Parmi les pays à taux de fécondité intermédiaire, 53 % des gouvernements en 1976 considéraient leur taux d'accroissement de la population comme trop élevé. Ce pourcentage a été ramené à 46 % en 1986, avant de remonter jusqu'à 51 % en 2001 (voir tableaux 1 et 2). Parmi les 42 pays dont la fécondité cumulée oscillait entre 2,1 et 3,5 enfants par femme, 38 % considéraient en 2001 leur taux d'accroissement de la population comme trop élevé. En revanche, dans les 25 pays à fécondité cumulée s'échelonnant entre 3,5 et 5, cette proportion passait à 72 % (voir tableau 2)

En Asie et en Océanie, la proportion de gouvernements considérant que l'accroissement de leur population était trop élevé a diminué entre 1976 et 2001, mais elle est restée pratiquement au même niveau en Amérique latine et dans les Caraïbes. En revanche, dans les pays d'Afrique, elle n'a pas cessé d'augmenter entre 1976 et 1996, et est demeurée au même niveau depuis. En Afrique, deux pays seulement jugent leur taux d'accroissement de la population satisfaisant : la Jamahiriya arabe libyenne et la Tunisie. Actuellement, les pays à taux de fécondité intermédiaire qui considèrent que l'accroissement de leur population est trop élevé englobent presque tous les pays appartenant à cette catégorie en Afrique (85 %), 46 % en Asie et en Océanie et 40 % en Amérique latine et dans les Caraïbes.

La majorité des pays d'Asie et d'Océanie ont considéré que leur taux d'accroissement de la population était trop élevé pendant tout le quart de siècle 1976-2001. Dans les années 90, la Jordanie et le Tadjikistan ont changé d'opinion au sujet de leur propre taux et ont jugé qu'il était trop élevé. En revanche, les Fidji, le Koweït et la Mongolie, puis ultérieurement la Malaisie, le Qatar et l'Ouzbékistan sont venus à penser que leur taux d'accroissement de la population était satisfaisant. Sur les neuf pays à taux de fécondité intermédiaire d'Asie de l'Ouest, cinq considèrent que leur taux d'accroissement de la population est satisfaisant et Israël le considère non satisfaisant parce que trop faible. Le principal objectif de la politique de population d'Israël est d'accroître les effectifs de la population. Le relèvement du taux d'accroissement de la population est encouragé par le biais de mesures visant à renforcer la fécondité ainsi que l'immigration. Au début des années 90, le Koweït jugeait satisfaisant son taux d'accroissement de la population, mais a exprimé une opinion plus nuancée à la fin de la décennie. Le gouvernement a considéré que le taux d'accroissement des citoyens koweïtiens était satisfaisant, mais que celui des ressortissants étrangers était trop élevé.

Niveau de fécondité

Dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, la proportion des gouvernements considérant que leur fécondité était trop élevée a été ramenée de 61 % en 1976 à 44 % en 1986, puis, après être remontée à 60 % en 1996, s'est stabilisée à 57 % en 2001 (voir tableaux 3 et 4). Parmi les groupe de 42 pays à FC comprise entre 2,1 et 3,5 enfants par femme, 45 % ont jugé leur fécondité trop élevée en 2001. En revanche, parmi les 25 pays à FC s'échelonnant entre 3,5 et 5 enfants par femme, 76 % ont indiqué que leur fécondité était trop élevée (voir tableau 4).

Depuis 1976, la proportion des gouvernements considérant que leur fécondité était trop élevée a baissé parmi les pays à taux de fécondité intermédiaire d'Asie et d'Océanie et d'Amérique latine et des Caraïbes. Certains pays ont changé d'opinion, jugeant qu'elle n'était plus trop élevée, mais satisfaisante — c'est le cas de deux pays en Asie et en Océanie (Bahreïn et les Fidji) et de quatre pays d'Amérique latine et des Caraïbes (Chili, Colombie, Costa Rica et Panama). En revanche, la proportion des pays jugeant leur fécondité trop élevée a augmenté en Afrique depuis 1976. Trois pays d'Afrique — l'Algérie, le Cap-Vert et le Soudan — ont changé d'opinion, considérant que leur fécondité n'était plus satisfaisante, mais trop élevée. En 2001, la proportion des gouvernements considérant que leur fécondité était trop élevée était de 46 % en Asie et en Océanie, de 52 % en Amérique latine et dans les Caraïbes et de 92 % en Afrique. À l'heure actuelle, la Jamahiriya arabe libyenne est le seul pays africain à taux de fécondité intermédiaire qui juge son niveau de fécondité satisfaisant.

La proportion des pays à taux de fécondité intermédiaire qui jugent actuellement leur fécondité satisfaisante est élevée en Asie de l'Ouest (56 %), région ou deux pays seulement, la Jordanie et la Turquie, considèrent que leur fécondité est trop élevée. En revanche, Israël n'a pas cessé de juger sa fécondité trop faible. Les Émirats arabes unis ont, de leur côté, changé récemment d'opinion et jugent eux aussi leur fécondité trop faible. Le Gouvernement des Émirats arabes unis s'est déclaré préoccupé par le déséquilibre démographique du pays, lié en particulier au faible taux de fécondité des nationales. Dans l'allocution qu'il a prononcée lors de la Conférence de l'Association des femmes de 2001 sur la promotion de la procréation parmi les familles nationales des Émirats arabes unis, le cheikh Humaid a caractérisé le déséquilibre démographique existant comme le défi le plus sérieux lancé à la société, défi lourd de conséquences sur les plans économique, culturel, social et sécuritaire. Il a invité toutes les institutions de la société à élaborer des plans permettant de réduire efficacement ce déséquilibre.

Les deux tiers des pays à taux de fécondité intermédiaire en Amérique du Sud considèrent que leur niveau de fécondité est satisfaisant et l'Uruguay le juge même trop faible. Seuls l'Équateur, le Paraguay et le Pérou le considèrent trop élevé.

Planification familiale et santé en matière de procréation

Les opinions des gouvernements au sujet de la planification familiale ont beaucoup évolué en 30 ans. Depuis l'adoption du Plan d'action mondial sur la population à l'issue de la Conférence de Bucarest de 1974, un nombre croissant de gouvernements ont accepté l'idée que les mesures prises par les pouvoirs publics pouvaient ralentir l'accroissement de la population. Aux conférences internationales suivantes de 1984 et 1994, la plupart des gouvernements ont réaffirmé la nécessité de disposer de programmes de planification familiale pour ralentir l'accroissement de la population et promouvoir la santé.

Les gouvernements de l'Inde et de beaucoup d'autres pays ont de plus en plus jugé important d'intégrer la planification familiale aux programmes de santé maternelle et infantile. Les années 90 ont vu un renforcement sur la scène internationale de l'approche des programmes de planification familiale fondée sur la santé publique. Les gouvernements de la République islamique d'Iran et de certains autres pays ont estimé que le programme de planification familiale devrait, au lieu d'être utilisé comme un instrument de réduction

Tableau 1
Opinions et politiques des gouvernements concernant l'accroissement de la population

Pays	Opinion concernant l'accroissement de la population			
	1976	1986	1996	2001
Afrique				
Afrique de l'Est				
Kenya	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Afrique du Nord				
Algérie	Satisfaisant	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Égypte	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Jamahiriya arabe libyenne	Trop faible	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Maroc	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Soudan	Satisfaisant	Satisfaisant	Trop élevé	Trop élevé
Tunisie	Trop élevé	Trop élevé	Satisfaisant	Satisfaisant
Afrique australe				
Afrique du Sud	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Botswana	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Lesotho	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Swaziland	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Afrique de l'Ouest				
Cap-Vert	Satisfaisant	Satisfaisant	Trop élevé	Trop élevé
Ghana	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Asie				
Asie de l'Est				
Mongolie	Trop faible	Trop faible	Satisfaisant	Satisfaisant
Asie centrale du Sud				
Bangladesh	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Inde	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Iran (République islamique d')	Trop élevé	Satisfaisant	Trop élevé	Trop élevé
Kirghizistan	..	..	Satisfaisant	Satisfaisant
Népal	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Ouzbékistan	..	..	Trop élevé	Satisfaisant
Tadjikistan	..	..	Satisfaisant	Trop élevé
Turkménistan	..	..	Satisfaisant	Satisfaisant
Asie du Sud-Est				
Brunéi Darussalam	..	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Indonésie	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Malaisie	Trop élevé	Satisfaisant	Trop élevé	Satisfaisant
Myanmar	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Philippines	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Viet Nam	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Asie de l'Ouest				
Bahreïn	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Émirats arabes unis	Trop faible	Satisfaisant	Trop élevé	Trop élevé
Israël	Trop faible	Trop faible	Trop faible	Trop faible
Jordanie	Satisfaisant	Satisfaisant	Trop élevé	Trop élevé
Koweït	Trop faible	Trop faible	Satisfaisant	Satisfaisant
Liban	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Qatar	Trop faible	Trop faible	Trop faible	Satisfaisant
République arabe syrienne	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Turquie	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé

Politique concernant l'accroissement de la population				
1976	1986	1996	2001	Pays
Afrique				
Afrique de l'Est				
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Kenya
Afrique du Nord				
Ne rien faire	Réduire	Réduire	Réduire	Algérie
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Égypte
Relever	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Jamahiriya arabe libyenne
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Maroc
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Soudan
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Tunisie
Afrique australe				
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Afrique du Sud
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Botswana
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Lesotho
Réduire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Swaziland
Afrique de l'Ouest				
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Cap-Vert
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Ghana
Asie				
Asie de l'Est				
Relever	Relever	Maintenir	Maintenir	Mongolie
Asie centrale du Sud				
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Bangladesh
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Inde
Réduire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Iran (République islamique d')
..	..	Ne rien faire	Ne rien faire	Kirghizistan
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Népal
..	..	Réduire	Maintenir	Ouzbékistan
..	..	Ne rien faire	Ne rien faire	Tadjikistan
..	..	Ne rien faire	Ne rien faire	Turkménistan
Asie du Sud-Est				
..	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Brunéi Darussalam
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Indonésie
Réduire	Maintenir	Réduire	Ne rien faire	Malaisie
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Myanmar
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Philippines
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Viet Nam
Asie de l'Ouest				
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Bahreïn
Relever	Relever	Ne rien faire	Ne rien faire	Émirats arabes unis
Relever	Relever	Relever	Relever	Israël
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Jordanie
Ne rien faire	Relever	Maintenir	Maintenir	Koweït
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Maintenir	Liban
Relever	Relever	Relever	Maintenir	Qatar
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	République arabe syrienne
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Turquie

Tableau 1
Opinions et politiques des gouvernements concernant l'accroissement de la population (suite)

Pays	Opinion concernant l'accroissement de la population			
	1976	1986	1996	2001
Europe				
Europe du Sud				
Albanie	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Amérique latine et Caraïbes				
Caraïbes				
Bahamas	Trop faible	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Haïti	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Jamaïque	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
République dominicaine	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Sainte-Lucie	..	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Amérique centrale				
Belize	..	Satisfaisant	Trop faible	Satisfaisant
Costa Rica	Trop élevé	Satisfaisant	Trop élevé	Satisfaisant
El Salvador	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Guatemala	Trop élevé	Trop élevé	Satisfaisant	Trop élevé
Honduras	Satisfaisant	Trop élevé	Satisfaisant	Satisfaisant
Mexique	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Nicaragua	Trop élevé	Satisfaisant	Trop élevé	Trop élevé
Panama	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Amérique du Sud				
Argentine	Trop faible	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Bolivie	Satisfaisant	Trop faible	Satisfaisant	Satisfaisant
Brésil	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Chili	Satisfaisant	Trop faible	Satisfaisant	Satisfaisant
Colombie	Trop élevé	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Équateur	Trop élevé	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Guyana	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Paraguay	Trop faible	Satisfaisant	Satisfaisant	Trop élevé
Pérou	Satisfaisant	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Suriname	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Uruguay	Trop faible	Trop faible	Trop faible	Trop faible
Venezuela	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Océanie				
Mélanésie				
Fidji	Trop élevé	Trop élevé	Satisfaisant	Satisfaisant
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé
Vanuatu	..	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Polynésie				
Samoa	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé	Trop élevé

de la population, laisser les couples décider par eux-mêmes du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir. Ces gouvernements ont également été d'avis que les programmes devraient offrir des services et des remèdes non seulement aux couples qui souhaitent limiter la taille de leur famille, mais aussi à ceux qui ont des difficultés à concevoir.

Le Programme d'action de la CIPD a défini pour la première fois dans un document international la santé en matière de reproduction, indiquant que « [p]ar santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ... » et non pas

Politique concernant l'accroissement de la population				
1976	1986	1996	2001	Pays
Europe				
Europe du Sud				
Ne rien faire	Maintenir	Maintenir	Maintenir	Albanie
Amérique latine et Caraïbes				
Caraïbes				
Relever	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Bahamas
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Haïti
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Jamaïque
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	République dominicaine
..	Réduire	Réduire	Réduire	Sainte-Lucie
Amérique centrale				
..	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Belize
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Ne rien faire	Costa Rica
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	El Salvador
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Guatemala
Ne rien faire	Réduire	Ne rien faire	Ne rien faire	Honduras
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Mexique
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Nicaragua
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Maintenir	Panama
Amérique du Sud				
Relever	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Argentine
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Bolivie
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Brésil
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Chili
Réduire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Colombie
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Équateur
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Guyana
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Paraguay
Ne rien faire	Réduire	Réduire	Réduire	Pérou
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Suriname
Relever	Ne rien faire	Relever	Relever	Uruguay
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Venezuela
Océanie				
Mélanésie				
Réduire	Réduire	Maintenir	Maintenir	Fidji
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Papouasie-Nouvelle-Guinée
..	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Vanuatu
Polynésie				
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Samoa

Source : Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.» Il y est également déclaré que les soins de santé en matière de reproduction doivent renforcer les droits de l'individu, notamment son droit «de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement de leur naissance».

La santé en matière de procréation englobe de nombreux éléments, au nombre desquels l'information sur la contraception et les services associés, les soins prénatals, l'accouchement sans risques et les soins postnatals, la prévention et le traitement des IST, y compris le VIH/sida, la prévention et le traitement de la stérilité, l'élimination

Tableau 2

Modification des opinions des gouvernements concernant l'accroissement de la population dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, 1976-2001, selon le niveau actuel de la fécondité et par grande région (pourcentage de pays)

	1976				2001			
	Trop élevé	Satisfaisant	Trop faible	Total	Trop élevé	Satisfaisant	Trop faible	Total
Total	53	30	17	100	51	46	3	100
<i>Selon la fécondité cumulée</i>								
FC 3,5-5	59	27	14	100	72	28	0	100
FC 2,1-3,5	49	32	19	100	38	57	5	100
<i>Par grande région^a</i>								
Afrique	69	23	8	100	85	15	0	100
Asie et Océanie	54	23	23	100	46	50	4	100
Amérique latine et Caraïbes	44	39	17	100	40	56	4	100

Source : Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

^a L'Albanie (Europe) n'est pas incluse dans la distribution régionale.

des pratiques préjudiciables à la santé et la violence à l'égard des femmes. Le Programme d'action demande à tous les pays de s'être donné les moyens, d'ici à 2015, d'assurer la prestation de ces services, essentiellement par le biais du système de soins de santé primaires. Les gouvernements ont adopté l'approche de la santé en matière de procréation fondée sur le cycle de vie, laquelle repose sur l'idée selon laquelle la situation des femmes pendant la grossesse et l'accouchement dépend de l'expérience vécue pendant leur enfance et leur adolescence.

Mortalité postinfantile

Examinant les questions liées à l'accroissement de la population dans le Plan d'action mondial sur la population et le Programme d'action de la CIPD, les gouvernements avaient pris conscience des liens réciproques entre les niveaux de fécondité et les niveaux de mortalité. On considère que la réduction de la mortalité infantile, postinfantile et maternelle rend moins nécessaire une fécondité élevée et diminue la fréquence des naissances à haut risque. En 2001, environ 83 % des pays des régions moins développées jugeaient inacceptable le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, cette proportion atteignait 79 %. Tous les pays d'Afrique considèrent que leur mortalité des moins de cinq ans est trop élevée, comme 84 % des pays d'Amérique latine et des Caraïbes et 64 % des pays d'Asie et d'Océanie (voir tableau 5). La région de l'Asie de l'Ouest a ceci de remarquable que les deux tiers des gouvernements y jugent la mortalité postinfantile acceptable.

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est un autre grave sujet de préoccupation pour les gouvernements. En 2001, un cinquième seulement des gouvernements des pays à taux de fécondité intermédiaire ont jugé leur niveau de mortalité maternelle acceptable (voir tableau 6). Il s'agissait de huit pays d'Asie et d'Océanie (Brunéi Darussalam, Fidji, Israël, Koweït, Liban, Qatar, République arabe syrienne et Émirats arabes unis) et de cinq pays d'Amérique latine et des Caraïbes (Argentine, Bahamas, Chili, Costa Rica et Jamaïque).

Dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, le taux de mortalité maternelle oscille entre 8 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en Israël à 1 300 décès maternels au Kenya et 1 500 au Soudan. Dans les pays moins développés, environ 60 % des naissances se déroulent en dehors d'un établissement de santé. Au Bangladesh, par exemple, les naissances bénéficiant de l'assistance d'un personnel qualifié n'ont repré-

senté que 8 % du total entre 1990 et 1997 (UNICEF, 1999). La santé et la mortalité des mères comme des enfants s'en trouvent affectées. Et même les accouchements en établissements de santé peuvent être risqués en raison de la médiocrité des soins médicaux. Le Programme d'action de la CIPD a demandé aux gouvernements d'essayer de faire descendre les taux de mortalité maternelle au-dessous de 60 pour 100 000 naissances vivantes dans tous les pays. Lors de l'examen de l'application de ce Programme d'action par l'Assemblée générale, on a fixé un nouveau repère pour les pays à taux de mortalité élevé en leur demandant de veiller à ce qu'au moins 60 % des naissances se déroulent en présence d'un personnel médical qualifié.

Avortement

Selon des estimations de l'OMS, 13 % des décès maternels sont provoqués par des complications consécutives à un avortement. Ces complications surviennent en particulier lorsque l'avortement est réalisé dans de mauvaises conditions de sécurité, ce qui est généralement le cas lorsqu'il est illégal ou inaccessible. L'avortement est l'une des questions sanitaires sur lesquelles les gouvernements ont le plus de mal à faire l'unanimité. Le consensus international auquel la Conférence du Caire est parvenue est qu'il faudrait régler la question de l'avortement non médicalisé pour en réduire l'impact négatif sur la santé. Dans le Programme d'action, les gouvernements ont déclaré que l'avortement « ne devrait en aucun cas être encouragé comme méthode de planification familiale » (Organisation des Nations Unies, 1995).

Les réponses obtenues dans le cadre des septième et huitième enquêtes sur la population et le développement réalisées auprès des gouvernements montrent que l'avortement est une question que ces derniers jugent de plus en plus préoccupante. Sur les 50 gouvernements de pays à taux de fécondité intermédiaire qui ont répondu à la question sur l'avortement, 32 (64 %) y ont vu un sujet de préoccupation (voir tableau 7). Sept pays n'ont pas jugé la question préoccupante (Maroc, Tunisie et Soudan en Afrique; Israël, Iran (République islamique d'), Jordanie, Tadjikistan et Turquie en Asie). Quatre pays (Bangladesh, Ghana, Inde et Indonésie) n'ont pas exprimé de position officielle sur la question lors de la septième enquête, mais ont signalé leur inquiétude à ce sujet lors de la huitième enquête.

Fécondité des adolescentes

La fécondité des adolescentes est un sujet de préoccupation croissante pour les gouvernements, en particulier dans les régions moins développées. Cette préoccupation tient au fait que les jeunes constituent une forte proportion de la population dans les pays moins développés. La récente augmentation de l'activité sexuelle parmi les adolescents dans certains pays s'accompagne souvent d'un accroissement du nombre des grossesses d'adolescentes et de la propagation du sida. Les jeunes sont plus vulnérables que les adultes aux grossesses non prévues et à l'infection par le VIH ou à d'autres IST. Étant donné que l'adolescence est la période de formation, de passage de l'enfance à l'âge adulte, l'expérience vécue pendant l'adolescence a des répercussions sur toute la vie. Les décisions que prennent les adolescents concernant le mariage, l'activité sexuelle et la procréation ont des incidences majeures sur la société de leur pays.

En 2001, sur les 53 pays à taux de fécondité intermédiaire pour lesquels on disposait de données, 30 (57 %) considéraient la fécondité des adolescentes comme un grave sujet de préoccupation (voir tableau 8). Le degré de préoccupation variait selon les régions. Il était de 40 % parmi les pays d'Asie et d'Océanie, de 55 % en Afrique et de 73 % en Amérique latine et aux Caraïbes. Certains pays qui n'avaient pas jugé la question préoccupante lors de la septième enquête ont changé d'opinion lors de la huitième, en y voyant alors un sujet de préoccupation majeur (Colombie, Myanmar et Turquie) ou un sujet de préoccupation mineur (Algérie et Tunisie). D'autres pays ont

Tableau 3
Opinions et politiques des gouvernements concernant la fécondité

Pays	Opinion concernant l'accroissement de la population			
	1976	1986	1996	2001
Afrique				
Afrique de l'Est				
Kenya	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Afrique du Nord				
Algérie	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Égypte	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Jamahiriya arabe libyenne	Trop faible	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Maroc	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Soudan	Satisfaisante	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée
Tunisie	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Afrique australe				
Afrique du Sud	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Botswana	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Lesotho	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Swaziland	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Afrique de l'Ouest				
Cap-Vert	Satisfaisante	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée
Ghana	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Asie				
Asie de l'Est				
Mongolie	Satisfaisante	Trop faible	Satisfaisante	Satisfaisante
Asie centrale du Sud				
Bangladesh	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Inde	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Iran (République islamique d')	Trop élevée	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée
Kirghizistan	..	..	Satisfaisante	Satisfaisante
Népal	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Ouzbékistan	..	..	Satisfaisante	Satisfaisante
Tadjikistan	..	..	Trop élevée	Trop élevée
Turkménistan	..	..	Satisfaisante	Satisfaisante
Asie du Sud-Est				
Brunéi Darussalam	..	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Indonésie	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Malaisie	Trop élevée	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée
Myanmar	Satisfaisante	Satisfaisante	Trop élevée	Satisfaisante
Philippines	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Viet Nam	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Asie de l'Ouest				
Bahreïn	Trop élevée	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Émirats arabes unis	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Trop faible
Israël	Trop faible	Trop faible	Trop faible	Trop faible
Jordanie	Trop élevée	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée
Koweït	Satisfaisante	Trop faible	Satisfaisante	Satisfaisante
Liban	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Qatar	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
République arabe syrienne	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Turquie	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée

Politique concernant l'accroissement de la population				
1976	1986	1996	2001	Pays
Afrique				
Afrique de l'Est				
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Kenya
Afrique du Nord				
Ne rien faire	Réduire	Réduire	Réduire	Algérie
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Égypte
Relever	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Jamahiriya arabe libyenne
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Maroc
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Soudan
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Tunisie
Afrique australe				
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Afrique du Sud
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Botswana
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Lesotho
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Swaziland
Afrique de l'Ouest				
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Cap-Vert
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Ghana
Asie				
Asie de l'Est				
Maintenir	Relever	Maintenir	Ne rien faire	Mongolie
Asie centrale du Sud				
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Bangladesh
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Inde
Réduire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Iran (République islamique d')
..	..	Ne rien faire	Ne rien faire	Kirghizistan
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Népal
..	..	Maintenir	Maintenir	Ouzbékistan
..	..	Réduire	Ne rien faire	Tadjikistan
..	..	Ne rien faire	Ne rien faire	Turkménistan
Asie du Sud-Est				
..	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Brunéi Darussalam
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Indonésie
Réduire	Maintenir	Réduire	Réduire	Malaisie
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Maintenir	Myanmar
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Philippines
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Viet Nam
Asie de l'Ouest				
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Bahreïn
Maintenir	Relever	Ne rien faire	Relever	Émirats arabes unis
Relever	Relever	Relever	Relever	Israël
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Jordanie
Maintenir	Relever	Maintenir	Ne rien faire	Koweït
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Liban
Maintenir	Maintenir	Maintenir	Maintenir	Qatar
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	République arabe syrienne
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Turquie

Tableau 3
Opinions et politiques des gouvernements concernant la fécondité (suite)

Pays	Opinion concernant l'accroissement de la population			
	1976	1986	1996	2001
Europe				
Europe du Sud				
Albanie	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Amérique latine et Caraïbes				
Caraïbes				
Bahamas	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Trop élevée
Haïti	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Jamaïque	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
République dominicaine	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Sainte-Lucie	..	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Amérique centrale				
Belize	..	Satisfaisante	Trop élevée	Satisfaisante
Costa Rica	Trop élevée	Satisfaisante	Trop élevée	Satisfaisante
El Salvador	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Guatemala	Trop élevée	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée
Honduras	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Mexique	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Nicaragua	Trop élevée	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée
Panama	Trop élevée	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Amérique du Sud				
Argentine	Trop faible	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Bolivie	Satisfaisante	Trop faible	Satisfaisante	Satisfaisante
Brésil	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Chili	Trop élevée	Trop faible	Satisfaisante	Satisfaisante
Colombie	Trop élevée	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Équateur	Trop élevée	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée
Guyana	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Paraguay	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Trop élevée
Pérou	Satisfaisante	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Suriname	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Uruguay	Trop faible	Trop faible	Trop faible	Trop faible
Venezuela	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Océanie				
Mélanésie				
Fidji	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Satisfaisante
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée
Vanuatu	..	Satisfaisante	Satisfaisante	Satisfaisante
Polynésie				
Samoa	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée	Trop élevée

changé d'opinion en y voyant un sujet de préoccupation non plus mineur, mais majeur (Bahamas, Bangladesh et Malaisie). Toutefois, un certain nombre de pays comme le Népal en Asie et la Bolivie et le Guatemala en Amérique latine, qui connaissent un taux élevé de fécondité parmi les adolescentes (entre 116 et 136 enfants pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) ne voient dans la fécondité des adolescentes qu'un sujet de préoccupation mineur. Seuls huit pays ne jugent pas la question préoccupante (Soudan et Swaziland en Afrique, et Bahreïn, Brunéi Darussalam, Jordanie, Koweït, Kirghizistan et Tadjikistan en Asie).

Politique concernant l'accroissement de la population				
1976	1986	1996	2001	Pays
Europe				
Europe du Sud				
Maintenir	Maintenir	Maintenir	Maintenir	Albanie
Amérique latine et Caraïbes				
Caraïbes				
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Bahamas
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Haïti
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Jamaïque
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	République dominicaine
..	Réduire	Réduire	Réduire	Sainte-Lucie
Amérique centrale				
..	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Belize
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Costa Rica
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	El Salvador
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Guatemala
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Honduras
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Mexique
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Nicaragua
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Maintenir	Panama
Amérique du Sud				
Relever	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Argentine
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Bolivie
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Brésil
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Chili
Réduire	Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Colombie
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Équateur
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Guyana
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Paraguay
Ne rien faire	Réduire	Réduire	Réduire	Pérou
Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Suriname
Relever	Ne rien faire	Relever	Relever	Uruguay
Ne rien faire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Venezuela
Océanie				
Mélanésie				
Réduire	Réduire	Réduire	Réduire	Fidji
Réduire	Ne rien faire	Réduire	Réduire	Papouasie-Nouvelle-Guinée
..	Ne rien faire	Ne rien faire	Ne rien faire	Vanuatu
Polynésie				
Réduire	Réduire	Réduire	Lower	Samoa

Source : Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

INTERVENTIONS DE POLITIQUE GÉNÉRALE

Objectifs politiques concernant l'accroissement de la population

En 2001, 33 des 67 pays à taux de fécondité intermédiaire (49 %) avaient adopté des politiques de réduction de l'accroissement de la population, tandis que huit (12 %) entendaient le maintenir et deux pays seulement, Israël et l'Uruguay, entendaient le renforcer. Vingt-quatre gouvernements (36 %) suivaient une politique de non-intervention (voir tableaux 1 et 9). Parmi les pays à fécondité cumulée comprise entre 2,1

Tableau 4

Modification des opinions des gouvernements concernant la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, 1976-2001, selon le niveau actuel de la fécondité et par grande région (pourcentage de pays)

	1976				2001			
	Trop élevé	Satisfaisant	Trop faible	Total	Trop élevé	Satisfaisant	Trop faible	Total
Total	61	32	7	100	57	39	4	100
<i>Selon la fécondité cumulée</i>								
FC 3,5-5	68	27	5	100	76	24	0	100
FC 2,1-3,5	57	35	8	100	45	48	7	100
<i>Par grande région^a</i>								
Afrique	69	23	8	100	92	8	0	100
Asie et Océanie	64	32	4	100	46	46	7	100
Amérique latine et Caraïbes	56	35	9	100	52	44	4	100

Source : Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

^a L'Albanie (Europe) n'est pas incluse dans la distribution régionale.

et 3,5, la proportion de ceux qui avaient adopté une politique de réduction de l'accroissement de la population était de 38 %, mais dans les pays à fécondité cumulée variant entre 3,5 et 5 enfants par femme, cette proportion était nettement supérieure (68 %) (voir tableau 9).

Pendant tout le quart de siècle écoulé depuis 1976, beaucoup de pays à taux de fécondité intermédiaire ont maintenu leur engagement de réduire l'accroissement de leur population : il s'agit des deux tiers des pays concernés d'Afrique (Afrique du Sud, Botswana, Égypte, Ghana, Lesotho, Maroc et Tunisie), d'un quart des pays concernés d'Asie et d'Océanie (Bangladesh, Inde, Indonésie, Népal, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa, Turquie et Viet Nam), et de près d'un quart des pays concernés d'Amérique latine et des Caraïbes (El Salvador, Haïti, Jamaïque, Mexique, République dominicaine et Sainte-Lucie). Pendant ces décennies, certains pays ont changé de politique et décidé de s'employer à réduire l'accroissement de leur population. Dans les années 90, ce changement de politique a eu lieu en Jordanie et en République islamique d'Iran, pour l'Asie et l'Océanie; au Cap-Vert, au Soudan et au Swaziland pour l'Afrique; et au Guatemala et au Nicaragua pour l'Amérique latine et les Caraïbes.

En revanche, la Malaisie, qui avait adopté une politique de réduction de l'accroissement de sa population, en a changé et n'intervient plus en ce sens. Ce changement s'explique par la baisse régulière de son taux d'accroissement de la population, lié lui-même pour l'essentiel à la baisse de la fécondité générale. Le Costa Rica et le Honduras ont modifié leur politique dans le même sens que la Malaisie. Le Gouvernement koweïtien a adopté une politique tendant à maintenir le taux d'accroissement actuel pour les Koweïtiens et à réduire celui des non-Koweïtiens.

Les questions liées à l'accroissement de la population préoccupant désormais les gouvernements, plusieurs d'entre eux ont énoncé des objectifs quantitatifs dans leurs plans de développement afin de réduire le taux d'accroissement de leur population; c'est par exemple le cas du Ghana, de l'Inde, de l'Indonésie, des Philippines, de la République islamique d'Iran et de la Turquie. L'Inde a dû repousser la réalisation de ses objectifs concernant le taux d'accroissement et le niveau de fécondité. Par exemple, les objectifs consistant à atteindre en 2000 un taux de reproduction net de 1 et un taux de natalité de 21 sont à présent fixés pour la période 2011-2016. En revanche, l'Indonésie a atteint ses objectifs plus tôt que prévu. Dans l'ensemble, toutefois, et en particulier depuis les années 90, les programmes nationaux se focalisent sur les questions non plus quantitatives, mais qualitatives, en essayant de répondre aux besoins non satisfaits et de mettre en œuvre une approche « centrée sur l'individu et la famille ».

Tableau 5
Tendances et acceptabilité par les gouvernements de la mortalité des moins de 5 ans

Pays	1975	2000	Évolution en % annuel entre 1970-1975 et 1995-2000	Acceptabilité de la mortalité des moins de 5 ans 2001
Afrique				
Afrique de l'Est				
Kenya	169	109	-1.8	Inacceptable
Afrique du Nord				
Algérie	159	56	-4.2	Inacceptable
Égypte	210	64	-4.8	Inacceptable
Jamahiriya arabe libyenne	140	31	-6.0	Inacceptable
Maroc	179	68	-3.9	Inacceptable
Soudan	233	137	-2.1	Inacceptable
Tunisie	156	37	-5.8	Inacceptable
Afrique australe				
Afrique du Sud	109	83	-1.1	Inacceptable
Botswana	152	135	-0.5	Inacceptable
Lesotho	221	159	-1.3	Inacceptable
Swaziland	226	143	-1.8	Inacceptable
Afrique de l'Ouest				
Cap-Vert	108	64	-2.1	Inacceptable
Ghana	177	112	-1.8	Inacceptable
Asie				
Asie de l'Est				
Mongolie	152	99	-1.7	Inacceptable
Asie centrale du Sud				
Bangladesh	225	111	-2.8	Inacceptable
Inde	192	99	-2.6	Inacceptable
Iran (République islamique d')	166	53	-4.6	Inacceptable
Kirghizistan	74	54	-1.3	Inacceptable
Népal	241	117	-2.9	Inacceptable
Ouzbékistan	109	58	-2.5	Inacceptable
Tadjikistan	109	80	-1.2	Inacceptable
Turkménistan	113	77	-1.5	Inacceptable
Asie du Sud-Est				
Brunéi Darussalam	59	11	-6.7	Acceptable
Indonésie	185	63	-4.3	Inacceptable
Malaisie	57	15	-5.3	Acceptable
Myanmar	198	142	-1.3	Inacceptable
Philippines	112	42	-3.9	Inacceptable
Viet Nam	174	56	-4.5	Acceptable
Asie de l'Ouest				
Bahreïn	76	22	-5.0	Inacceptable
Émirats arabes unis	85	16	-6.7	Acceptable
Israël	53	10	-6.7	Acceptable
Jordanie	106	33	-4.7	Inacceptable
Koweït	59	15	-5.5	Acceptable
Liban	60	23	-3.8	Acceptable
Qatar	64	16	-5.5	Acceptable
République arabe syrienne	118	32	-5.2	Acceptable
Turquie	194	60	-4.7	Inacceptable

Tableau 5
Tendances et acceptabilité par les gouvernements de la mortalité des moins de 5 ans (suite)

Pays	1975	2000	Évolution en % annuel entre 1970-1975 et 1995-2000	Acceptabilité de la mortalité des moins de 5 ans 2001
Europe				
Europe du Sud				
Albanie	92	40	-3.3	Inacceptable
Amérique latine et Caraïbes				
Caraïbes				
Bahamas	46	25	-2.4	Inacceptable
Haïti	194	115	-2.1	Inacceptable
Jamaïque	56	27	-2.9	Acceptable
République dominicaine	135	58	-3.4	Inacceptable
Sainte-Lucie	53	18	-4.3	Inacceptable
Amérique centrale				
Belize	70	42	-2.0	Inacceptable
Costa Rica	64	15	-5.8	Acceptable
El Salvador	152	41	-5.2	Inacceptable
Guatemala	165	61	-4.0	Inacceptable
Honduras	163	55	-4.3	Inacceptable
Mexique	100	38	-3.9	Inacceptable
Nicaragua	152	50	-4.4	Inacceptable
Panama	68	28	-3.5	Inacceptable
Amérique du Sud				
Argentine	58	25	-3.4	Acceptable
Bolivie	245	88	-4.1	Inacceptable
Brésil	126	49	-3.8	Inacceptable
Chili	81	15	-6.7	Acceptable
Colombie	101	39	-3.8	Inacceptable
Équateur	137	60	-3.3	Inacceptable
Guyana	106	75	-1.4	Inacceptable
Paraguay	72	48	-1.6	Inacceptable
Pérou	169	65	-3.8	Inacceptable
Suriname	58	33	-2.3	Inacceptable
Uruguay	52	20	-3.8	Inacceptable
Venezuela	67	25	-3.9	Inacceptable
Océanie				
Mélanésie				
Fidji	66	24	-4.0	Acceptable
Papouasie-Nouvelle-Guinée	161	96	-2.1	Inacceptable
Vanuatu	133	40	-4.8	Inacceptable
Polynésie				
Samoa	89	37	-3.5	Inacceptable

Source: Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

Objectifs concernant la fécondité

En 2001, tous les pays qui ont pris des mesures pour réduire le taux d'accroissement de leur population s'employaient à réaliser cet objectif par le biais de programmes visant à abaisser leur niveau de fécondité. En outre, six pays ont indiqué en 2001 qu'ils appliquaient une politique de non-intervention en ce qui concerne le taux d'accroissement de leur population tout en maintenant une politique de réduction de la fécondité (Bahamas, Bahreïn, Costa Rica, Honduras et Malaisie).

Tableau 6
Taux de mortalité maternelle et acceptabilité par les gouvernements de la mortalité maternelle

Pays	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances) 1995	Acceptabilité de la mortalité maternelle 2001
Afrique		
Afrique de l'Est		
Kenya	1300	Inacceptable
Afrique du Nord		
Algérie	150	Inacceptable
Égypte	170	Inacceptable
Jamahiriya arabe libyenne	120	Inacceptable
Maroc	390	Inacceptable
Soudan	1500	Inacceptable
Tunisie	70	Inacceptable
Afrique australe		
Afrique du Sud	340	Inacceptable
Botswana	480	Inacceptable
Lesotho	530	Inacceptable
Swaziland	370	Inacceptable
Afrique de l'Ouest		
Cap-Vert	190	..
Ghana	590	Inacceptable
Asie		
Asie de l'Est		
Mongolie	65	Inacceptable
Asie centrale du Sud		
Bangladesh	600	Inacceptable
Inde	440	Inacceptable
Iran (République islamique d')	130	Inacceptable
Kirghizistan	80	Inacceptable
Népal	830	Inacceptable
Ouzbékistan	60	Inacceptable
Tadjikistan	120	Inacceptable
Turkménistan	65	Inacceptable
Asie du Sud-Est		
Brunéi Darussalam	22	Acceptable
Indonésie	470	Inacceptable
Malaisie	39	Inacceptable
Myanmar	170	Inacceptable
Philippines	240	Inacceptable
Viet Nam	95	Inacceptable
Asie de l'Ouest		
Bahreïn	38	Inacceptable
Émirats arabes unis	30	Acceptable
Israël	8	Acceptable
Jordanie	41	Inacceptable
Koweït	25	Acceptable
Liban	130	Acceptable
Qatar	41	Acceptable
République arabe syrienne	200	Acceptable
Turquie	55	Inacceptable

Tableau 6
Taux de mortalité maternelle et acceptabilité par les gouvernements de la mortalité maternelle
(suite)

Pays	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances) 1995	Acceptabilité de la mortalité maternelle 2001
Europe		
Europe du Sud		
Albanie	31	Inacceptable
Amérique latine et Caraïbes		
Caraïbes		
Bahamas	10	Acceptable
Haïti	1100	Inacceptable
Jamaïque	120	Acceptable
République dominicaine	110	Inacceptable
Sainte-Lucie	..	..
Amérique centrale		
Belize	140	Inacceptable
Costa Rica	35	Acceptable
El Salvador	180	Inacceptable
Guatemala	270	Inacceptable
Honduras	220	Inacceptable
Mexique	65	Inacceptable
Nicaragua	250	Inacceptable
Panama	100	Inacceptable
Amérique du Sud		
Argentine	85	Acceptable
Bolivie	550	Inacceptable
Brésil	260	Inacceptable
Chili	33	Acceptable
Colombie	120	Inacceptable
Équateur	210	Inacceptable
Guyana	150	Inacceptable
Paraguay	170	Inacceptable
Pérou	240	Inacceptable
Suriname	230	..
Uruguay	50	Inacceptable
Venezuela	43	Inacceptable
Océanie		
Mélanésie		
Fidji	20	Acceptable
Papouasie-Nouvelle-Guinée	390	Inacceptable
Vanuatu	32	Inacceptable
Polynésie		
Samoa	15	..

Source: Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

La proportion des gouvernements ayant adopté une politique de réduction de la fécondité est passée de 47 % en 1976 à 63 % en 2001. En 1976, neuf pays considérant que leur fécondité était trop élevée n'avaient adopté aucune politique pour la modifier, mais en 2001 il n'y avait plus que deux pays dans ce cas (voir tableaux 2 et 10). Les pays à FC entre 3,5 et 5 enfants par femme sont plus susceptibles d'avoir adopté une politique de réduction de la fécondité (68 %) que ceux dont la FC oscille entre 2,1 et 3,5 enfants par femme (59 %) (voir tableau 10).

Tableau 7
Taux d'avortement et opinions et politiques des gouvernements concernant l'avortement

Pays	Taux d'avortement (pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans)	L'avortement provoqué est-il jugé préoccupant par le gouvernement ?	Cas où l'avortement est autorisé						
			Sauver la vie de la femme	Préserver la santé physique	Préserver la santé mentale	Viol ou inceste	Malformation foetale	Raisons économiques ou sociales	Sur demande
Afrique									
Afrique de l'Est									
Kenya	..	Oui	x	x	x	-	-	-	-
Afrique du Nord									
Algérie	..	Pas de position officielle	x	x	x	-	-	-	-
Égypte	..	Pas de position officielle	x	-	-	-	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Maroc	..	Non	x	x	x	-	-	-	-
Soudan	..	Non	x	-	-	x	-	-	-
Tunisie	9 (1996)	Non	x	x	x	x	x	x	x
Afrique australe									
Botswana	..	Oui	x	x	x	x	x	-	-
Lesotho	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	3 (1997)	Pas de position officielle	x	x	x	x	x	x	x
Swaziland	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest									
Cap-Vert	..	..	x	x	x	x	x	x	x
Ghana	..	Oui	x	x	x	x	x	-	-
Asie									
Asie de l'Est									
Mongolie	26 (1996)	Oui	x	x	x	x	x	x	x
Asie centrale du Sud									
Bangladesh	28 (1997) ^a	Oui	x	-	-	-	-	-	-
Inde	..	Oui	x	x	x	x	x	x	-
Iran (République islamique d')	..	Non	x	-	-	-	-	-	-
Kirghizistan	16 (1999)	..	x	x	x	x	x	x	x
Népal	..	Pas de position officielle	x	-	-	-	-	-	-
Ouzbékistan	10 (1999)	..	x	x	x	x	x	x	x
Tadjikistan	15 (1999)	Non	x	x	x	x	x	x	x
Turkménistan	32 (1997)	..	x	x	x	x	x	x	x
Asie du Sud-Est									
Brunéi Darussalam	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Indonésie	..	Oui	x	-	-	-	-	-	-
Malaisie	..	Pas de position officielle	x	x	x	-	-	-	-
Myanmar	..	Oui	x	-	-	-	-	-	-
Philippines	..	Oui	x	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	63 (1999)	Oui	x	x	x	x	x	x	x
Asie de l'Ouest									
Bahreïn	..	..	x	x	x	x	x	x	x
Émirats arabes unis	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Israël	15 (1999)	Non	x	x	x	x	x	-	-
Jordanie	..	Non	x	x	x	-	-	-	-
Koweït	..	Oui	x	x	x	-	x	-	-
Liban	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Qatar	..	..	x	x	x	-	x	-	-
République arabe syrienne	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Turquie	25 (1993)	Non	x	x	x	x	x	x	x

Tableau 7
Taux d'avortement et opinions et politiques des gouvernements concernant l'avortement (suite)

Pays	Taux d'avortement (pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans)	L'avortement provoqué est-il jugé préoccupant par le gouvernement ?	Cas où l'avortement est autorisé						
			Sauver la vie de la femme	Préserver la santé physique	Préserver la santé mentale	Viol ou inceste	Malformation foetale	Raisons économiques ou sociales	Sur demande
Europe									
Europe du Sud									
Albanie	22 (1999)	..	x	x	x	x	x	x	x
Amérique latine et Caraïbes									
Caraïbes									
Bahamas	..	Pas de position officielle	x	x	x	-	-	-	-
Haïti	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	..	Pas de position officielle	x	x	x	-	-	-	-
République dominicaine	47 (1989/1991) ^b	Pas de position officielle	x	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	..	Pas de position officielle	x	x	x	-	-	-	-
Amérique centrale									
Belize	..	Oui	x	x	x	-	x	x	-
Costa Rica	..	Oui	x	x	x	-	-	-	-
El Salvador	..	Pas de position officielle	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Honduras	..	Pas de position officielle	x	-	-	-	-	-	-
Mexique	25 (1989/1991) ^b	Oui	x	-	-	x	-	-	-
Nicaragua	..	Oui	x	-	-	-	-	-	-
Panama	..	Oui	x	-	x	x	-	-	-
Amérique du Sud									
Argentine	..	Oui	x	x	x	x	-	-	-
Bolivie	..	Oui	x	x	x	x	-	-	-
Brésil	41 (1989/1991) ^b	Oui	x	-	-	x	-	-	-
Chili	50 (1989/1991) ^b	Oui	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	36 (1989/1991) ^b	Oui	x	-	-	-	-	-	-
Équateur	..	Oui	x	x	x	x	-	-	-
Guyana	..	..	x	x	x	x	x	x	x
Paraguay	..	Oui	x	-	-	-	-	-	-
Pérou	56 (1989/1991) ^b	Oui	x	x	x	-	-	-	-
Suriname	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Uruguay	..	..	x	x	x	x	-	-	-
Venezuela	..	Oui	x	-	-	-	-	-	-
Océanie									
Mélanésie									
Fidji	..	Oui	x	x	x	-	-	x	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	..	Oui	x	x	x	-	-	-	-
Vanuatu	..	..	x	x	x	-	-	-	-
Polynésie									
Samoa	..	..	x	x	x	-	-	-	-

Source: Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

^a Singh, Susheela, Josefina V. Cabigon, Altaf Hossain, Haidary Kamal et Aurora E. Perez (1997). Estimating the Level of Abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 23, n° 3 (septembre).

^b Henshaw, Stanley, Susheela Singh et Taylor Haas (1999b). Recent trends in abortion rate worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, n° 1 (juin).

Tableau 8
Taux de fécondité des adolescentes, pourcentage des naissances chez les femmes de moins de 20 ans et opinions et politiques des gouvernements concernant la fécondité des adolescentes

Pays	Taux de fécondité des adolescentes (pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)	Pourcentage des naissances chez les femmes de moins de 20 ans	La fécondité des adolescentes est-elle jugée préoccupante par le gouvernement ?	Politique et programmes concernant la fécondité des adolescentes
Afrique				
Afrique de l'Est				
Kenya	98	17	Préoccupation majeure	Information, éducation et communication; centres pour les jeunes et centres de consultation adaptés aux besoins des jeunes.
Afrique du Nord				
Algérie	22	5	Préoccupation mineure	Non
Égypte	52	10	Préoccupation majeure	Oui
Jamahiriyah arabe libyenne	19	4	..	..
Maroc	34	7	Préoccupation mineure	Non
Soudan	64	9	Non	Non
Tunisie	12	3	Préoccupation mineure	Oui
Afrique australe				
Afrique du Sud	81	17	Préoccupation majeure	Oui
Botswana	77	14	Préoccupation majeure	Mise en place de services de santé et de planification familiale plus proches des adolescentes; recours à l'enseignement mutuel pour promouvoir la planification familiale.
Lesotho	74	11	Préoccupation majeure	Oui
Swaziland	84	13	Non	..
Afrique de l'Ouest				
Cap-Vert	78	14	..	Non
Ghana	91	15	Préoccupation majeure	Préparation à la vie familiale pour les jeunes scolarisés ou non; programmes de consultation entre adolescentes.
Asie				
Asie de l'Est				
Mongolie	57	13	Préoccupation mineure	Programme national de santé en matière de procréation.
Asie centrale du Sud				
Bangladesh	140	23	Préoccupation majeure	Programmes de santé et de population pour les adolescentes mariées; information pour les adolescentes sur la nutrition, l'hygiène, la puberté, un comportement sexuel moins risqué et les risques associés aux MST/VIH/sida.
Inde	51	9	Préoccupation majeure	Décourager les mariages avant l'âge légal; promotion de la contraception et des conseils; diminuer les risques associés à l'avortement; soins pendant la grossesse.
Iran (République islamique d')	38	9	Préoccupation majeure	Oui
Kirghizistan	36	8	Non	Oui
Népal	136	19	Préoccupation mineure	Oui
Ouzbékistan	63	13	..	Oui
Tadjikistan	31	6	Non	Non
Turkménistan	20	4	..	Oui
Asie du Sud-Est				
Brunéi Darussalam	35	7	Non	Non
Indonésie	59	13	Préoccupation majeure	Préparation à la vie familiale.
Malaisie	17	3	Préoccupation majeure	Étude nationale sur la santé des adolescentes en matière de procréation et la sexualité des adolescentes; prestation des services appropriés aux adolescentes.

Tableau 8

Taux de fécondité des adolescentes, pourcentage des naissances chez les femmes de moins de 20 ans et opinions et politiques des gouvernements concernant la fécondité des adolescentes (suite)

Pays	Taux de fécondité des adolescentes (pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)	Pourcentage des naissances chez les femmes de moins de 20 ans	La fécondité des adolescentes est-elle jugée préoccupante par le gouvernement ?	Politique et programmes concernant la fécondité des adolescentes
Asie (suite)				
Asie du Sud-Est (suite)				
Myanmar	30	6	Préoccupation majeure	Programme de santé des adolescentes en matière de procréation; aider les jeunes à acquérir les compétences pratiques essentielles.
Philippines	45	8	Préoccupation majeure	Éducation en matière de population pour les jeunes scolarisés; programme de santé des adolescentes et de développement de la jeunesse.
Viet Nam	25	6	Préoccupation mineure	Programmes relatifs à la santé des adolescents; services de santé en matière de procréation; éducation en matière de population pour les jeunes scolarisés.
Asie de l'Ouest				
Bahreïn	20	4	Non	Non
Émirats arabes unis	70	15	..	..
Israël	18	4	Préoccupation mineure	Éducation familiale et éducation sexuelle à l'école.
	41	7	Non	
	34	12	Non	
Liban	27	6	..	Non
Qatar	26	4	..	Non
République arabe syrienne	44	8	..	..
Turquie	64	14	Préoccupation majeure	Programme de santé des adolescentes en matière de procréation.
Europe				
Europe du Sud				
Albanie	16	3	..	Non
Amérique latine et Caraïbes				
Caraïbes				
Bahamas	63	14	Préoccupation majeure	Programme national de santé des adolescentes; préparation à la vie familiale.
Haïti	70	13	..	..
Jamaïque	63	15	Préoccupation majeure	Oui
République dominicaine	97	20	Préoccupation majeure	Programme national d'aide globale aux adolescents; programmes d'éducation dans le domaine de la santé en matière de procréation à l'école ou ailleurs; formation par le biais de la presse.
Sainte-Lucie	73	17	Préoccupation majeure	Oui
Amérique centrale				
Belize	94	19	Préoccupation majeure	Non
Costa Rica	85	18	Préoccupation majeure	Programme national d'aide globale aux adolescents, y compris des activités sociales et de communication.
El Salvador	95	19	Préoccupation mineure	Non
Guatemala	119	18	Préoccupation mineure	Oui
Honduras	115	19	Préoccupation mineure	Programme de soins de santé pour les femmes; prévention de la grossesse chez les adolescentes.

Tableau 8

Taux de fécondité des adolescentes, pourcentage des naissances chez les femmes de moins de 20 ans et opinions et politiques des gouvernements concernant la fécondité des adolescentes (suite)

Pays	Taux de fécondité des adolescentes (pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)	Pourcentage des naissances chez les femmes de moins de 20 ans	La fécondité des adolescentes est-elle jugée préoccupante par le gouvernement ?	Politique et programmes concernant la fécondité des adolescentes
Amérique latine et Caraïbes (suite)				
Amérique centrale (suite)				
Mexique	70	15	Préoccupataion majeure	Programme de planification familiale; information, éducation et communicaton.
Nicaragua	157	25	Préoccupation majeure	Oui
Panama	82	17	Préoccupation majeure	Projet relatif à la santé des adolescents et des femmes; programme national de santé générale pour les écoliers et les adolescents.
Amérique du Sud				
Argentine	65	15	Préoccupation majeure	Information, éducation et communication; services de conseil et de santé en matière de procréation.
Bolivie	79	12	Préoccupation mineure	Oui
Brésil	72	18	Préoccupation majeure	Programme national d'aide à la santé des adolescents; assistance.
Chili	49	10	Préoccupation majeure	Information, éducation et communication.
Colombie	88	18	Préoccupation majeure	Plan d'éducation sexuelle; consultants médicaux pour les adolescents dans des centres locaux; programmes d'information sur la grossesse chez les adolescentes et prévention des complications de la grossesse.
Équateur	72	15	Préoccupation majeure	Oui
Guyana	74	17	..	..
Paraguay	76	13	Préoccupation mineure	Information, éducation et communication sur la santé en matière de procréation; plan national de santé générale des adolescents.
Pérou	58	12	Préoccupation mineure	Information, éducation et communication pour jeunes et adolescents; programme d'éducation sexuelle et familiale, de santé en matière de procréation et de planification familiale; programme de santé scolaire et de santé des adolescents.
Suriname	21	6	Préoccupation majeure	Non
Uruguay	70	16	..	..
Venezuela	98	20	..	..
Océanie				
Mélanésie				
Fidji	53	11	Préoccupation mineure	Mise en place d'une unité de sensibilisation à la santé des adolescents; lancement de contraceptifs d'urgence.
Papouasie-Nouvelle-Guinée	89	13	Préoccupation mineure	Libre accès à l'information; programme d'enseignement mutuel.
Vanuatu	62	9	..	..
Polynésie				
Samoa	49	10	..	..

Source: Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

Beaucoup de pays ont mis en œuvre une politique de réduction de la fécondité pendant toute la période postérieure à Bucarest: 9 des 13 pays d'Afrique (70 %) et un tiers des pays d'Asie et d'Océanie et d'Amérique latine et des Caraïbes. Dans les années 90, 14 pays ont remplacé leur politique de non-intervention par une politique de réduction de la fécondité: Cap-Vert et Soudan en Afrique; Bahreïn, Jordanie, Liban, Papouasie-

Tableau 9

Évolution des politiques gouvernementales concernant l'accroissement de la population dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, 1976-2001, selon le niveau actuel de la fécondité et par grande région (pourcentage de pays)

	1976					2001				
	Réduire	Maintenir	Relever	Pas d'intervention	Total	Réduire	Maintenir	Relever	Pas d'intervention	Total
Total	46	0	13	41	100	49	12	3	36	100
<i>Selon la fécondité cumulée</i>										
FC 3,5-5	50	0	9	41	100	68	4	0	28	100
FC 2,1-3,5	43	0	16	41	100	38	17	5	40	100
<i>Par grande région^a</i>										
Afrique	69	0	8	23	100	92	0	0	8	100
Asie et Océanie	55	0	18	27	100	39	21	4	36	100
Amérique latine et Caraïbes	26	0	13	61	100	40	4	4	52	100

Source: Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

^a L'Albanie (Europe) n'est pas incluse dans la distribution régionale.

Nouvelle-Guinée et République islamique d'Iran en Asie et en Océanie; et Bahamas, Colombie, Costa Rica, Équateur, Guatemala, Nicaragua et Venezuela en Amérique latine et dans les Caraïbes. De son côté, la Malaisie a remplacé sa politique de maintien de la fécondité par une politique de réduction de la fécondité.

Il s'ensuit qu'en 2001 tous les pays à taux de fécondité intermédiaire d'Afrique, à l'exception de la Jamahiriya arabe libyenne, 54 % des pays concernés en Asie et en Océanie et 60 % des pays concernés d'Amérique latine et des Caraïbes avaient adopté une politique de réduction de la fécondité.

Les situations sont particulièrement diverses en Amérique latine et dans les Caraïbes. Dans les Caraïbes et en Amérique centrale, tous les pays (à l'exception du Belize et du Panama) ont adopté une politique de réduction de la fécondité, mais en Amérique du Sud, c'est le cas de seulement 40 % des pays (Colombie, Équateur, Paraguay, Pérou et Venezuela), et l'Uruguay a adopté une politique tendant à relever la fécondité. La moitié des pays d'Amérique du Sud n'ont pas cessé d'appliquer une politique de non-intervention: Bolivie, Brésil, Chili, Guyana et Suriname. En outre, l'Argentine a eu une politique de non-intervention depuis les années 80.

Les Gouvernements israélien et uruguayen ont adopté une politique de relèvement de la fécondité. Et le Gouvernement des Émirats arabes unis, après être passé à une po-

Tableau 10

Évolution des politiques gouvernementales concernant la fécondité dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, 1976-2001, selon le niveau actuel de la fécondité et par grande région (pourcentage de pays)

	1976					2001				
	Réduire	Maintenir	Relever	Pas d'intervention	Total	Réduire	Maintenir	Relever	Pas d'intervention	Total
Total	47	9	7	37	100	63	7	5	25	47
<i>Selon la fécondité cumulée</i>										
FC 3,5-5	54	5	5	36	100	68	4	0	28	54
FC 2,1-3,5	43	11	8	38	100	59	10	8	24	43
<i>Par grande région^a</i>										
Afrique	69	0	8	23	100	92	0	0	8	69
Asie et Océanie	54	18	5	23	100	54	11	7	28	54
Amérique latine et Caraïbes	30	0	9	61	100	60	4	4	32	100

Source: Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

^a L'Albanie (Europe) n'est pas incluse dans la distribution régionale.

litique de non-intervention dans les années 90, a récemment réinstauré une politique de relèvement de la fécondité, en prenant des mesures de nature à inciter les ressortissantes de ce pays à avoir des enfants.

Beaucoup de pays ont signalé qu'ils avaient adopté des objectifs quantitatifs en ce qui concerne les niveaux de fécondité. Le Botswana, par exemple, cherche à ramener la FC de 4 enfants par femme en 1996 à 3,4 en 2011. Le Ghana s'est fixé pour objectif de faire descendre la FC à 4 enfants par femme d'ici à 2010 et à 3 enfants d'ici à 2020. Le Kenya se fixe comme objectifs de ramener la FC à 3,5 enfants d'ici à 2005 et à 2,5 d'ici à 2010. Le Bangladesh cherche à ramener la FC à 2,6 en 2002 et à 2,2 en 2005. L'Indonésie souhaite atteindre le seuil de remplacement entre 2005 et 2010 et l'Inde aspire à y être parvenue en 2010.

Dans les années 90, parmi les gouvernements des pays à taux de fécondité intermédiaire ayant répondu à l'enquête, tous ceux d'Afrique et presque tous ceux d'Asie (à l'exception d'Israël et du Tadjikistan) ont indiqué que leurs politiques en matière de fécondité avaient été adoptées à la fois pour modifier l'accroissement de la population et pour améliorer le bien-être des familles. En revanche, huit gouvernements d'Amérique latine et des Caraïbes (Bahamas, Bolivie, Brésil, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Panama et Pérou) et deux d'Asie et d'Océanie (Tadjikistan et Fidji) ont signalé que le principal objectif de la modification du niveau de fécondité était d'améliorer le bien-être des familles, non de modifier le taux de l'accroissement de la population.

La planification familiale et son intégration aux programmes de santé en matière de procréation

La planification familiale est depuis longtemps un élément fondamental des politiques et programmes de population et est au cœur de la santé en matière de procréation. Depuis la Conférence mondiale de la population tenue à Bucarest en 1974, les politiques gouvernementales ont été recentrées sur un soutien accru aux services mettant à disposition des méthodes contraceptives modernes efficaces. Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue en 1994 au Caire, les gouvernements ont notamment réaffirmé le droit des couples et des individus de choisir le nombre de leurs enfants et le calendrier de leurs naissances et d'avoir accès à l'information et aux moyens leur permettant de le faire. Beaucoup de gouvernements appuient la planification familiale dans le cadre des services de santé en matière de procréation de base.

L'appui officiel aux politiques et programmes qui modifient la fécondité a également augmenté dans les pays à taux de fécondité intermédiaire. En 2001, 94 % de ces pays apportaient un appui soit direct (par le biais de points de vente d'État), soit indirect (sources non gouvernementales) aux programmes de planification familiale et aux contraceptifs (voir tableau 11). La proportion des pays à taux de fécondité intermédiaire fournissant un appui direct par le biais des organismes officiels était de 87 %, soit un peu plus que dans l'ensemble des régions moins développées (84 %). En 1988, le Gouvernement mongol a levé toutes les restrictions concernant l'utilisation, la distribution et l'importation des contraceptifs et a entrepris de mettre à la disposition des femmes exposées des programmes de contraception et d'information modernes. Depuis les années 90, le Gouvernement albanais a de son côté supprimé les limitations apportées au volume et à la distribution des contraceptifs et mis en place un programme national de planification familiale. Certains pays qui ne fournissaient aucun appui à la planification familiale ont commencé à apporter un appui direct (Qatar) ou indirect (Argentine, Belize et Koweït). Et huit pays (Bahamas, Bolivie, Colombie, Jordanie, Myanmar, Nicaragua, Paraguay et République islamique d'Iran) se sont mis récemment à fournir un appui non plus indirect, mais direct à la planification familiale.

En revanche, Israël est passé d'un appui direct à un appui indirect, rejoignant le Liban, qui n'a cessé de fournir un appui seulement indirect à la planification familiale. En 2001, quatre seulement des gouvernements des pays à taux de fécondité intermédiaire ne

Tableau 11
Tendances du pourcentage de femmes mariées utilisant la contraception et politiques officielles en matière d'accès aux méthodes contraceptives

Pays	Année	Pourcentage de femmes utilisant la contraception		Tendances (1990-2000) Augmentation annuelle du pourcentage utilisant	
		Toutes méthodes	Méthodes modernes	Toutes méthodes	Méthodes modernes
Afrique					
Afrique de l'Est					
Kenya	2000	39	32	1,3	1,3
Afrique du Nord					
Algérie	1995	52	49	2,0	2,2
Égypte	2000	56	54	1,5	1,4
Jamahiriya arabe libyenne	1995	40	26		
Maroc	1995	50	42	2,6	2,1
Soudan	1995	8	7		
Tunisie	1995	60	51	1,7	1,8
Afrique australe					
Afrique du Sud	2000	56	55		
Botswana	1988	33	32		
Lesotho	1995	23	19		
Swaziland	1988	20	17		
Afrique de l'Ouest					
Cap-Vert	2000	53	46		
Ghana	2000	22	13	0,6	0,7
Asie					
Asie de l'Est					
Mongolie	2000	60	46		
Asie centrale du Sud					
Bangladesh	2000	54	43	1,8	1,6
Inde	2000	48	43	1,3	0,1
Iran (République islamique d')	2000	73	56	2,4	3,0
Kirghizistan	2000	60	49		
Népal	2000	29	26	1,2	0,9
Ouzbékistan					
Tadjikistan					
Turkménistan	2000	62	53		
Asie du Sud-Est					
Brunéi Darussalam					
Indonésie	2000	57	55	1,1	1,1
Malaisie	1995	55	30	1,0	-0,3
Myanmar	2000	33	28	3,2	3,0
Philippines	2000	47	28	1,2	0,7
Viet Nam	2000	75	56	2,9	3,0
Asie de l'Ouest					
Bahreïn	1995	62	31	1,4	0,1
Émirats arabes unis	1995	28	24		
Israël					
Jordanie	2000	53	38	2,5	1,5
Koweït	2000	50	41	1,0	1,1
Liban	2000	61	37		
Qatar	2000	43	32	1,0	0,3
République arabe syrienne	1995	36	28		
Turquie	2000	64	38	0,1	0,7

Politique d'accès aux méthodes contraceptives				
1976	1986	1996	2001	Pays
Afrique				
Afrique de l'Est				
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Kenya
Afrique du Nord				
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Algérie
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Égypte
Aucun appui	Aucun appui	Aucun appui	Aucun appui	Jamahiriya arabe libyenne
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Maroc
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Soudan
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Tunisie
Afrique australe				
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Afrique du Sud
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Botswana
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Lesotho
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Swaziland
Afrique de l'Ouest				
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Cap-Vert
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Ghana
Asie				
Asie de l'Est				
Limitations	Limitations	Appui direct	Appui direct	Mongolie
Asie centrale du Sud				
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Bangladesh
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Inde
Appui direct	Appui indirect	Appui direct	Appui direct	Iran (République islamique d')
..	..	..	Appui direct	Kirghizistan
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Népal
..	..	Appui direct	Appui direct	Ouzbékistan
..	..	Appui direct	Appui direct	Tadjikistan
..	..	Aucun appui	Aucun appui	Turkménistan
Asie du Sud-Est				
..	Aucun appui	Aucun appui	Aucun appui	Brunéi Darussalam
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Indonésie
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Malaisie
Aucun appui	Appui indirect	Appui direct	Appui direct	Myanmar
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Philippines
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Viet Nam
Asie de l'Ouest				
Appui indirect	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Bahreïn
Aucun appui	Aucun appui	Aucun appui	Aucun appui	Émirats arabes unis
Appui direct	Appui direct	Appui direct	InAppui direct	Israël
Appui direct	Appui indirect	Appui direct	Appui direct	Jordanie
Aucun appui	Aucun appui	Aucun appui	Appui indirect	Koweït
Appui indirect	Appui indirect	Appui indirect	Appui indirect	Liban
Aucun appui	Aucun appui	Aucun appui	Appui direct	Qatar
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	République arabe syrienne
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Turquie

Tableau 11
Tendances du pourcentage de femmes mariées utilisant la contraception et politiques officielles en matière d'accès aux méthodes contraceptives (suite)

Pays	Année	Pourcentage de femmes utilisant la contraception		Tendances (1990-2000) Augmentation annuelle du pourcentage utilisant	
		Toutes méthodes	Méthodes modernes	Toutes méthodes	Méthodes modernes
Europe					
Europe du Sud					
Albanie					
Amérique latine et Caraïbes					
Caraïbes					
Bahamas	1988	62	60		
Haïti	2000	28	22	1,7	1,2
Jamaïque	2000	66	63	1,2	1,3
République dominicaine	2000	64	59	1,4	1,5
Sainte-Lucie	1988	47	46		
Amérique centrale					
Belize	1995	47	42		
Costa Rica	1995	75	65	0,8	0,9
El Salvador	2000	60	54	1,3	1,1
Guatemala	2000	38	31	1,4	1,0
Honduras	2000	50	41	0,9	1,3
Mexique	1995	67	58	1,7	1,6
Nicaragua	2000	60	57	1,9	2,1
Panama	1985	58	54		
Amérique du Sud					
Argentine					
Bolivie	2000	48	25	1,7	1,6
Brésil	2000	77	70	1,1	1,4
Chili					
Colombie	2000	77	64	1,1	0,9
Équateur	2000	66	50	1,4	0,9
Guyana	1975	31	28		
Paraguay	2000	57	48	1,8	1,7
Pérou	2000	64	41	1,5	2,0
Suriname					
Uruguay					
Venezuela	1977	49	38		
Océanie					
Mélanésie					
Fidji	1975	41	35		
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2000	26	20		
Vanuatu					
Polynésie					
Samoa					

fournissent toujours aucun appui à la planification familiale (Brunéi Darussalam, Émirats arabes unis, Jamahiriya arabe libyenne et Turkménistan).

Un certain nombre de gouvernements ont défini des objectifs quantitatifs nationaux concernant l'utilisation des contraceptifs. Le Botswana entend faire passer le taux d'utilisation des contraceptifs de 42,5 % en 1996 à 65 % en 2011. Le Ghana souhaite se hisser au niveau de 28 % d'utilisation des méthodes modernes d'ici à 2010 et à 50 %

Politique d'accès aux méthodes contraceptives				
1976	1986	1996	2001	Pays
Europe				
Europe du Sud				
Limitations	Limitations	Appui direct	Appui direct	Albanie
Amérique latine et Caraïbes				
Caraïbes				
Appui indirect	Appui indirect	Appui indirect	Appui direct	Bahamas
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Haïti
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Jamaïque
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	République dominicaine
..	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Sainte-Lucie
Amérique centrale				
..	Aucun appui	Appui indirect	Appui indirect	Belize
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Costa Rica
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	El Salvador
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Guatemala
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Honduras
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Mexique
Appui direct	Appui indirect	Appui direct	Appui direct	Nicaragua
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Panama
Amérique du Sud				
Limitations	Aucun appui	Aucun appui	Appui indirect	Argentine
Appui direct	Appui indirect	Appui direct	Appui direct	Bolivie
Appui indirect	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Brésil
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Chili
Appui direct	Appui direct	Appui indirect	Appui direct	Colombie
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Équateur
Aucun appui	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Guyana
Appui direct	Appui indirect	Appui direct	Appui direct	Paraguay
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Pérou
Aucun appui	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Suriname
Aucun appui	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Uruguay
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Venezuela
Océanie				
Mélanésie				
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Fidji
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Papouasie-Nouvelle-Guinée
..	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Vanuatu
Polynésie				
Appui direct	Appui direct	Appui direct	Appui direct	Samoa

Source : Banque de données sur les politiques de population gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

d'ici à 2020. Le Bangladesh cherche à atteindre un taux d'utilisation des contraceptifs de 68 % d'ici à 2005 et de 72 % d'ici à 2010. Et l'Indonésie entend toucher 70 % de couples remplissant les conditions requises d'ici à 2005.

Pour modifier leurs niveaux de fécondité, les gouvernements ont mis en œuvre des mesures tant directes qu'indirectes. Dans les premiers programmes de planification familiale, certains gouvernements privilégiaient les mesures directes, créant des normes

quant au nombre d'enfants et à l'espacement de leurs naissances, prenant des mesures d'incitation et des mesures dissuasives et définissant des objectifs concernant telle ou telle méthode contraceptive. Le principal type de mesure d'incitation parmi les pays cherchant à faire baisser le taux d'accroissement a consisté à fournir gratuitement ou à des tarifs subventionnés des contraceptifs ou des services associés. La stérilisation, les dispositifs intra-utérins (DIU), les pilules, les préservatifs masculins et d'autres méthodes sont gratuits.

Dans certains pays, des primes ont été versées aux femmes acceptant de se faire stériliser ou poser un DIU, ainsi qu'aux propagandistes. Beaucoup de gouvernements ont institué diverses mesures dissuasives telles que le paiement d'une taxe supplémentaire, la limitation du congé de maternité payé ou une perte de priorité en matière de logement ou d'emploi.

Le Gouvernement vietnamien, s'employant à promouvoir une famille d'un ou de deux enfants, a utilisé des mesures d'incitation et des mesures dissuasives pour favoriser une baisse de la fécondité. Les premières étaient notamment la remise de terres et la fourniture de contraceptifs gratuits. Les secondes consistaient notamment en amendes ou en sanctions en matière d'emploi. En 1988, le gouvernement a pris un décret concernant un certain nombre de politiques de population et de planification familiale. Il énonçait le nombre autorisé d'enfants pour les différentes catégories de la population, ainsi que des politiques et règlements encourageant la planification familiale. L'un des critères à appliquer lors de l'attribution d'un terrain pour la construction d'une maison et de la répartition des logements était que la famille devait avoir deux enfants au maximum. Les familles qui avaient plus d'un certain nombre d'enfants devaient payer un loyer pour le logement ou la terre, calculé à un taux élevé au titre de l'espace supplémentaire demandé. Elles devaient aussi cotiser à des fonds d'aide sociale. Les familles de trois enfants ou davantage n'étaient pas autorisées à emménager dans les centres urbains et les zones industrielles. De plus, au moment d'évaluer les résultats de l'exécution de leur plan, les organismes d'État, les unités de production et les unités commerciales devaient veiller à respecter les normes de population et de planification familiale. En 1989, l'Assemblée nationale a adopté la Loi sur la santé, qui soulignait que les couples pouvaient choisir librement toute méthode de planification familiale et a rappelé le caractère volontaire du programme de population.

À l'heure actuelle, le Gouvernement indien offre des prestations de retraite aux familles ayant un nombre limité d'enfants. Il a été proposé, à titre dissuasif, de limiter le congé de maternité aux femmes enceintes n'ayant pas plus de deux enfants. Le Gouvernement de la République d'Iran a adopté en 1993 une loi nationale sur la famille qui encourageait les couples à avoir moins d'enfants en limitant les congés de maternité au-delà du troisième enfant. Aux Philippines, le congé de maternité n'est accordé que pour les quatre premiers enfants. Au Népal, les exonérations fiscales sont fondées sur le nombre d'enfants. L'Indonésie a mis en place des obstacles fiscaux et institué des activités génératrices de revenu pour les utilisateurs de la planification familiale.

La stérilisation est devenue la méthode faisant le plus souvent l'objet de restrictions juridiques et administratives. Beaucoup de pays des régions moins développées interdisaient naguère la stérilisation à des fins contraceptives. Récemment, on a constaté parmi les pays une tendance à réduire ou éliminer les restrictions à la stérilisation volontaire. Toutefois, certains gouvernements maintiennent des restrictions notamment quant à l'âge et à la parité. Les gouvernements imposent des restrictions aux femmes plus souvent qu'aux hommes.

Depuis des décennies, les objectifs chiffrés font partie intégrante du programme de planification familiale de nombreux pays. Le gouvernement fixait aux prestataires de services de planification familiale des objectifs annuels pour les différentes méthodes et le degré de réalisation de ces objectifs servait à évaluer leur prestation.

Le Programme d'action de la CIPD a souligné que tous les pays devraient, au cours des quelques années suivantes, évaluer l'étendue des besoins non satisfaits en matière de services de planification familiale de qualité ainsi que leur intégration dans la sphère de

la santé en matière de procréation, en accordant une attention particulière aux groupes les plus vulnérables et insuffisamment desservis de la population. Beaucoup de pays, en particulier en Afrique et en Asie, ont indiqué lors de la huitième enquête qu'ils avaient tenté d'évaluer les besoins non satisfaits en matière de planification familiale parmi les groupes les plus vulnérables.

À la suite de la Conférence du Caire, beaucoup de gouvernements ont élaboré de nouvelles lois et de nouveaux documents de stratégie et adopté des mesures concrètes en vue de réaliser l'objectif de l'accès universel aux soins de santé en matière de procréation. Dans certains pays, l'une de ces mesures a été l'élaboration de politiques nationales globales de santé en matière de procréation. Dans d'autres, les gouvernements ont modifié certains aspects du programme national de planification familiale ou de santé dans l'optique de la santé en matière de procréation. Dans les années 90, des politiques et programmes nationaux nouveaux ont été adoptés par un grand nombre de pays à taux de fécondité intermédiaire, tels que le Viet Nam (1993); le Bangladesh, le Ghana, la Malaisie et la Turquie (1994); El Salvador et le Nicaragua (1997); et l'Inde (2000). Ils avaient pour principal objectif de concourir à la réalisation d'une croissance et d'un développement durables. À cette fin, beaucoup de politiques nationales visent à réduire le taux d'accroissement de la population. À la suite de l'adoption du Programme d'action de la CIPD, beaucoup de gouvernements ont repensé leur politique nationale de population et, en particulier, leur politique de santé. Ils ont également, dans le cadre de leur politique générale de santé, intégré la planification familiale aux soins complets de santé en matière de procréation.

L'approche de la santé maternelle et infantile (SMI) est la principale initiative de politique générale de l'Inde depuis les années 60, même si, en 1996, la coordination nécessaire à l'intégration de la SMI et de la planification familiale était encore considérée comme un but à atteindre dans le pays. La politique nationale de population de 2000 de l'Inde préconise également la prestation intégrée de services de santé en matière de procréation et de santé de l'enfant. En Inde, le taux de mortalité des moins de cinq ans, qui reste élevé (99 pour 1 000 naissances pour la période 1995-2000), est un facteur important de ralentissement de la transition en matière de fécondité.

En 1996, le Gouvernement indien a décidé de recentrer son programme de protection de la famille et de le remplacer par le nouveau Programme de santé en matière de procréation et de santé de l'enfant (SPE). Ce Programme a pour objectif d'améliorer la qualité, l'extension, l'efficacité et l'accessibilité des services. L'approche des objectifs a également été modifiée: les agents sanitaires n'ont plus à réaliser des objectifs fixés à l'avance. Ils doivent à présent s'intégrer au processus de planification et planifier leur propre volume de services à fournir. La pratique selon laquelle le gouvernement central fixait des cibles de rendement pour chaque méthode contraceptive a été remplacée par un système d'évaluation des besoins des communautés, qui devient l'élément moteur du Programme. Les directives applicables à la stérilisation et à l'administration des contraceptifs ont été révisées. La stérilisation est réservée aux personnes mariées ou vivant maritalement ayant de préférence au moins un enfant âgé de plus d'un an. Seules les femmes ayant des enfants sont encouragées à se faire poser un DIU, mais les pilules et les préservatifs masculins sont disponibles gratuitement. Le programme de SPE représente une augmentation substantielle des investissements du secteur public dans les infrastructures, les services et l'information, mis gratuitement à la disposition de la population. Ce programme énonce des mesures spéciales pour les zones tribales et les taudis urbains, notamment en ce qui concerne l'amélioration des infrastructures.

La Malaisie a renoncé à fournir des services de planification familiale dans le cadre d'une approche fondée sur des cibles à atteindre. Au Bangladesh, le gouvernement s'emploie à prévenir les avortements non médicalisés, à former les prestataires de services dans ce domaine et à promouvoir l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces et à diminuer le nombre des grossesses non désirées. Des centres de consultations de proximité sont ouverts pour assurer l'accès aux services essentiels. En Afrique du Sud, la nouvelle Constitution de 1996 consacre le droit universel à la liberté de procréation et aux soins

de santé en matière de procréation, droit qui doit être réalisé dans le cadre d'un système de santé réorganisé garantissant les soins de santé primaires gratuits pour les femmes et les enfants de moins de six ans.

Le Gouvernement ghanéen s'est focalisé sur les stratégies d'amélioration de la qualité des soins. Une formation avant l'emploi et en cours d'emploi est dispensée aux prestataires de services de santé pour leur permettre d'acquérir dans le domaine de la santé en matière de procréation les connaissances et compétences nécessaires à l'amélioration et à l'extension des services à tous les niveaux de prestation. On développe de façon plus systématique les rôles des sages-femmes et des autres partenaires dans les secteurs tant privé que public. On dispense aux sages-femmes et aux autres prestataires une formation aux techniques de survie.

Le Gouvernement kényen a formulé une politique nationale de population dans l'optique du développement durable. Il a également élaboré une stratégie nationale de santé en matière de procréation (1997-2010). Il encourage la coopération et la collaboration à tous les niveaux de l'exécution des programmes. On a mis en place des équipes de gestion sanitaire de province et de district. On organise la formation des prestataires de services. On a ouvert des centres de consultations réservés aux hommes. Dans sa réponse à la huitième enquête, le Gouvernement kényen a indiqué que l'exécution de son Programme d'action s'était heurtée à des obstacles liés à l'analphabétisme, à la pauvreté et à des facteurs culturels et religieux. De plus, les ressources allouées au programme sont jugées insuffisantes.

Le Gouvernement népalais a adopté des politiques concernant la fécondité et la santé en matière de procréation. Ces politiques visent notamment à créer une demande importante de familles peu nombreuses en mettant en place les conditions sociales et économiques favorables aux familles de deux enfants et à exécuter les programmes de planification familiale en les intégrant aux autres activités sanitaires. La stratégie du gouvernement consiste notamment à développer les services sanitaires et hospitaliers et la prestation de services destinés aux groupes mal desservis et à promouvoir les organisations non gouvernementales et autres organismes privés qui peuvent améliorer la prestation des services de planification familiale. Pour réduire la mortalité postinfantile, le gouvernement a fixé des objectifs consistant à administrer différents types de vaccins à des millions d'enfants.

L'un des plus graves problèmes de santé en matière de procréation est l'avortement. Dans certains pays, les taux d'avortement ont atteint des niveaux élevés (voir tableau 7). Au Viet Nam, ce taux dépassait 80 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans au milieu des années 90; il a baissé depuis, mais était encore supérieur à 60 en 1999. Au Turkménistan, les taux d'avortement ont oscillé entre 30 et 40 pour 1 000 dans les années 90. Toutefois, le Gouvernement turkmène ne fournit aucun appui aux programmes de planification familiale et aux contraceptifs. Il est évident que, dans des pays comme celui-ci, les femmes sont fortement tributaires de l'avortement pour limiter leur fécondité. Par exemple, au Viet Nam, au moins 4 grossesses sur 10 donnent lieu à un avortement. En Inde, où l'avortement est autorisé pour raisons de santé ainsi qu'en cas d'échec de la contraception pour la femme mariée ou son mari, on estime qu'un grand nombre d'avortements légaux ne sont pas déclarés et qu'un grand nombre d'avortements illégaux et non médicalisés sont pratiqués. Selon les statistiques officielles, le nombre d'avortements légaux était de 566 000 en 1995-1996, mais on pense que le nombre effectif est de plusieurs fois ce chiffre.

S'agissant des pays où l'avortement est strictement réglementé ou illégal, on ne dispose que d'un tout petit nombre d'estimations récentes. Pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, les estimations des taux d'avortement les plus récentes concernent les années 1989 à 1991: Brésil (41 pour 1 000), Colombie (36 pour 1 000), Pérou (56 pour 1 000) et République dominicaine (47 pour 1 000). Au Mexique, le taux d'avortement était plus faible: 25 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans (Henshaw *et al.*, 1999; Singh et Wulf, 1994).

L'information sur les avortements provoqués en Afrique subsaharienne est des plus fragmentaire. Les données d'enquêtes montrent qu'en Afrique la majorité des femmes qui se font avorter sont célibataires. En revanche, dans les pays de l'ex-Union soviétique (comme le Kirghizistan et l'Ouzbékistan) et en Albanie, la plupart des femmes se faisant

avorter sont mariées (plus de 95 % dans ces trois pays). On retrouve le même schéma dans tous les pays d'Asie et d'Amérique latine pour lesquels on dispose de données, à l'exception du Brésil, où la majorité des intéressées sont célibataires. Là où la grande majorité des femmes se faisant avorter sont mariées, il s'avère que l'avortement est une méthode — parfois la principale méthode — de régulation de la fécondité.

Dans les années 90, certains pays à taux de fécondité intermédiaire ont modifié leur législation et leur réglementation concernant l'avortement et la pratique de l'avortement. Le Botswana (1991) et l'Afrique du Sud (1996) ont largement remanié leur législation existante dans un sens plus libéral ou adopté de nouvelles lois sur l'avortement. Le Soudan (1991) a modifié son Code pénal pour autoriser la pratique de l'avortement en cas de viol ou si l'enfant à naître meurt dans l'utérus de sa mère. En El Salvador, le nouveau Code pénal, adopté en 1997, a supprimé toutes les exceptions à la prohibition de l'avortement qui existaient auparavant et a proscrit l'avortement quelles que soient les circonstances.

En Asie, on peut citer, au nombre des faits récents, l'adoption de lois sur l'avortement qui sont conformes à la loi musulmane, par exemple en République islamique d'Iran (Code pénal de 1991). L'Indonésie (1992) et la Malaisie (1989) ont modifié leur législation pour autoriser l'avortement pour raisons médicales. Également en 1989, la Mongolie a modifié sa loi sur la santé, qui dispose à présent que, la maternité étant une question qui relève du seul choix de la femme, elle peut obtenir un avortement sur demande pendant les trois premiers mois de la grossesse. Entre 1989 et 1991, le Gouvernement vietnamien a adopté un certain nombre de lois qui réglementaient l'avortement de différentes façons, notamment la loi sur la protection de la santé publique, qui stipulait que « les femmes ont le droit de se faire avorter si tel est leur souhait », et a pris divers décrets en vertu desquels des segments importants de la population peuvent avoir accès gratuitement aux dispositifs de régulation des naissances et aux services de santé pratiquant l'avortement.

La législation et la politique sur l'avortement sont nettement plus restrictives dans le monde en développement que dans le monde développé. Un pays en développement seulement sur sept (21 pays) autorise l'avortement sur demande et un pays sur six seulement l'autorise pour des raisons économiques et sociales. Parmi les pays à taux de fécondité intermédiaire, l'avortement est autorisé sur demande dans trois pays d'Afrique seulement : Afrique du Sud, Cap-Vert et Tunisie; dans huit pays d'Asie et d'Océanie : Bahreïn, Kirghizistan, Mongolie, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan et Viet Nam; seulement au Guyana en Amérique latine et dans les Caraïbes, et en Albanie en Europe (voir tableau 7). En Inde, où le taux d'avortement est élevé, l'avortement est autorisé pour raisons de santé et en cas d'échec de la contraception pour la femme mariée ou son mari. On estime qu'un grand nombre d'avortements légaux ne sont pas déclarés et qu'un grand nombre d'avortements illégaux et non médicalisés sont pratiqués.

Programmes spéciaux pour adolescents

Pendant les années 90, la question des grossesses et des avortements d'adolescentes, en devenant de plus en plus préoccupante, a amené à privilégier des interventions allant au-delà de la population mariée, qui était jusque-là la principale, et souvent même la seule, cible des programmes de planification familiale. En 2001, sur les 57 pays à taux de fécondité intermédiaire pour lesquels on disposait de données, 42 (74 %) ont déclaré avoir adopté des mesures pour s'attaquer au problème de la fécondité des adolescentes, et certains avaient adopté des programmes intégrés. En Afrique, quatre pays seulement (Algérie, Cap-Vert, Maroc et Soudan) et, en Amérique latine et dans les Caraïbes, trois pays (Belize, El Salvador et Suriname) n'ont déclaré aucune mesure spéciale. En revanche, en Asie de l'Ouest, deux pays seulement ont adopté de telles mesures (Israël et Turquie).

Parmi les mesures prises, l'accent a été pour l'essentiel sur l'information, l'éducation et la communication. La santé en matière de procréation et la vie familiale sont inscrites aux programmes d'études des écoles publiques de nombreux pays. Certains gouvernements prennent des initiatives pour tendre la main aux jeunes non scolarisés. Le Gouver-

nement du Bangladesh a mis sur pied un programme d'information pour les adolescents sur la nutrition, l'hygiène, la puberté, un comportement sexuel moins risqué et les risques liés aux MST/VIH/sida. Des centres pour les jeunes et des centres de consultations adaptés aux besoins des jeunes ont été ouverts au Kenya.

Au Ghana, un Département de la santé des adolescents a été créé au Ministère de la santé. Il est chargé d'élaborer et d'exécuter des activités novatrices de motivation des hommes dans le domaine de la planification familiale. Un projet de politique sur la santé des adolescents en matière de procréation a été formulé et largement diffusé. Des centres de consultations pour adolescents et des centres pour les jeunes des écoles sont créés. On a entrepris de réaliser diverses études sur la sexualité des adolescents, dont les résultats ont un impact sur la planification des programmes. Les organisations gouvernementales et les organisations non gouvernementales assurent la promotion de programmes de préparation à la vie familiale qui s'adressent aux jeunes scolarisés ou non. On exécute également des programmes de conseils mutuels (donnés par des enfants du même âge).

Au Viet Nam, l'information et les services de planification familiale ciblent essentiellement les femmes mariées avant que le gouvernement ne lance (récemment) des programmes de santé des adolescents (en général) et des services de santé en matière de procréation en particulier. En outre, il a inscrit l'éducation en matière de population aux programmes d'études des écoles publiques et procède actuellement au renforcement et au développement de cette matière.

Les jeunes se heurtent souvent à des obstacles au niveau des établissements de soins de santé classiques. Par ailleurs, dans de nombreux pays en développement, parmi lesquels le Chili, l'Indonésie, le Kenya, la Malaisie, le Myanmar, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République dominicaine, les adolescents ne sont pas autorisés à utiliser les contraceptifs, qu'ils soient mariés ou non. Au Bangladesh, il existe un programme spécial pour les adolescents mariés et ils ont accès aux services, encore qu'il n'existe aucune restriction à l'achat des contraceptifs auprès du secteur privé. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'accès des adolescents aux services varie d'une province à l'autre et d'un groupe culturel à l'autre. Le mariage précoce des filles, en particulier de celles qui n'ont pas ou pratiquement pas d'instruction, pose un redoutable défi au gouvernement. L'éducation scolaire des filles prend fin à leur mariage; il y a donc place pour des campagnes d'information et de sensibilisation s'adressant tant aux parents qu'aux jeunes. Les taux de grossesses d'adolescentes sont élevés au Vanuatu, mais dans les villages, les chefs et les familles sont souvent opposés à l'idée de mettre la contraception à la disposition des couples non mariés ou aux personnes ayant des partenaires sexuels multiples car un tel comportement va à l'encontre des normes et valeurs culturelles. Il s'ensuit un nombre considérable de grossesses non désirées. Les gouvernements de certains pays envisagent sérieusement d'introduire l'éducation sexuelle à l'école.

Information, sensibilisation et participation du public aux programmes de planification familiale et de santé en matière de procréation

Beaucoup de gouvernements en viennent de plus en plus à considérer qu'il importe de faire prendre conscience à la population des questions concernant la planification familiale et la santé en matière de procréation et de ménager leur participation active aux programmes.

En Indonésie, où environ 90 % de la population est fidèle à l'islam, le gouvernement s'est employé, avant de lancer le programme de planification familiale, de créer dans l'opinion une atmosphère permettant d'appuyer la notion générale et la politique de réduction du taux d'accroissement de la population. En prenant l'avis des chefs de la religion musulmane, les oulémas, et en s'entretenant avec eux, il est parvenu à faire d'eux ses alliés, et ceux-ci ont commencé à appuyer activement le programme. Leur appui s'est avéré essentiel pour convaincre le public de la nécessité de la planification familiale et de la généralisation de l'utilisation de différentes formes de contraception. En Indonésie, le programme de planification familiale a également été caractérisé par un degré élevé de

participation communautaire. Des millions de personnes consacrent temps et énergie à des activités bénévoles de planification familiale et sanitaires (Singh, 1994). La fécondité cumulée n'a cessé de décroître, descendant de plus de 5 enfants par femme dans les années 70 à 2,6 enfants dans la période 1995-2000.

En République islamique d'Iran, le gouvernement a, en 1989, changé radicalement de politique en décidant de ralentir l'accroissement de la population et a institué un programme national de planification familiale. Son principal objectif est la prévention des grossesses désirées afin de permettre aux familles d'améliorer leur santé physique et sociale (Hoodfar, Homa et Samad Assadpour, 2000). Le gouvernement a incorporé l'information sur la population, la planification familiale et la santé maternelle et infantile dans les programmes d'études et chargé les médias de diffuser cette information et de sensibiliser leur public aux questions de population et aux programmes de planification familiale. Les chefs religieux se sont faits, dans leurs sermons hebdomadaires, les champions des familles moins nombreuses, dans lesquelles ils ont invités leurs ouailles à voir une responsabilité sociale. Ils ont publié des fatwas, c'est-à-dire des décrets religieux, autorisant et encourageant l'utilisation de tous les types de contraception, y compris la stérilisation permanente de l'homme et de la femme. Le gouvernement a impliqué activement les hommes dans la planification familiale, en instituant la consultation prénuptiale obligatoire sur la contraception, à laquelle les couples doivent se rendre avant de recevoir un acte de mariage (Larsen, 2001). Les objectifs quantitatifs fixés en 1993 étaient une FC de 4 enfants par femme et un taux d'accroissement de la population de 2,3 % à réaliser en 20 ans. Toutefois, la FC a chuté de 5,5 en 1988 à moins de 2,8 en 1996, soit une baisse de 50 % en huit ans. Quant au taux d'accroissement de la population effectif, il a diminué encore plus vite, passant de 3,7 % entre 1985 et 1990 à 2 % entre 1990 et 1995 et à 1,2 % en 2001, soit l'une des baisses les plus rapides jamais enregistrées.

Au Viet Nam, le programme de population et de planification familiale existe depuis 1963, mais la promotion de ses activités n'a pas donné de grands résultats. Le gouvernement a fixé l'objectif d'une réduction du taux d'accroissement de la population jusqu'à 2 % à l'horizon 1980, mais il n'a pas été atteint. L'objectif révisé consistant à avoir ramené ce taux à 1,7 % en 1985 n'a pas été réalisé non plus, ce qui a obligé le gouvernement à reporter la réalisation de cet objectif à la fin des années 90. En 1992, parallèlement à l'adoption d'une nouvelle Constitution et d'une série de lois sur le mariage et la famille, les soins de santé et la protection, le gouvernement a approuvé une stratégie d'éducation dans le domaine de la population et de la planification familiale. Les objectifs généraux de cette stratégie consistaient à promouvoir l'acceptation d'une famille peu nombreuse, saine, heureuse et prospère appelée à devenir la norme sociale en fournissant des informations sur la population, le développement et les méthodes de planification familiale et en invitant chaque membre de la collectivité à participer de son propre gré au programme de population et de planification familiale en vue d'atteindre les objectifs de population généraux du pays.

L'éducation en matière de population est devenue une matière obligatoire à tous les niveaux d'enseignement, dans toutes les classes et dans tous les établissements d'enseignement du Viet Nam. Elle fait également partie intégrante de différentes formes d'éducation non formelle, telles que l'élimination de l'analphabétisme, l'éducation complémentaire et la formation professionnelle. L'infrastructure existante des organisations distinctes des femmes, des jeunes, des paysans et des ouvriers, ainsi que les organisations de bénévoles, telles que la Croix-Rouge, a été largement mise à contribution pour diffuser le message de la planification familiale dans tout le pays. Le Front de la patrie, organisation coiffant toutes les organisations de masse et les organisations patriotiques ainsi que les secteurs représentant les différentes religions, a également été impliqué dans des activités relatives à la population. Bénéficiant d'un accès essentiel aux différentes religions, il a joué un rôle important en obtenant leur appui aux fins du programme de population et de planification familiale. Le gouvernement a fixé comme objectifs une fécondité cumulée de 3,1 enfants par femme en 2000 et de 2,2 enfants en 2010, mais la baisse de la fécondité a été beaucoup plus rapide et en avance sur les objectifs qu'il avait fixés : la fécondité cumu-

lée est descendue à 2,3 enfants par femme au milieu des années 90. De son côté, le taux d'accroissement de la population s'est effondré jusqu'à 1,4 % entre 1995 et 2000.

Les gouvernements d'un grand nombre de pays à taux de fécondité intermédiaire se sont récemment focalisés plus particulièrement sur la mobilisation de la participation et du soutien de la population aux programmes nationaux de population. Ils ont adopté des mesures destinées à promouvoir une plus grande participation de la collectivité aux services de planification familiale et de santé en matière de procréation, afin d'en décentraliser la gestion. Les ONG et militants individuels, les chefs religieux, les responsables locaux et le secteur privé sont devenus des partenaires de plus en plus actifs des gouvernements dans les débats concernant les politiques et programmes nouveaux ainsi que leur exécution. Et ce fait a largement contribué au progrès de leur exécution.

Au Mexique, le Forum national des femmes et de la politique de population, réseau de plus de 70 organisations féminines, œuvre en collaboration étroite avec le gouvernement et avec les États pour faire en sorte que les politiques et les services soient conformes au mandat de la CIPD (McDonald, 1999). Au Maroc, le gouvernement consulte régulièrement plus de 70 ONG qui s'occupent des questions concernant les femmes et le développement. En Afrique du Sud et au Brésil, des ONG s'occupant des droits des femmes ont beaucoup fait pour réorganiser la liste des priorités nationales dans le domaine de la santé. En outre, dans le cadre de la décentralisation qui se poursuit dans maints pays, les ONG et le secteur privé comblent souvent les lacunes existant dans les services financés par l'État. Au Bangladesh, la décentralisation a été l'une des principales questions de réorganisation dans le cadre de la nouvelle stratégie en matière de santé et de population du pays. Le Botswana a créé des comités multidisciplinaires ouverts aux communautés, aux ONG et au secteur privé. Au Ghana, les institutions de district et de sous-district se voient accorder une plus grande autonomie en matière de répartition des ressources. Le gouvernement a créé au Ministère de la santé un département chargé de coordonner la collaboration avec le secteur privé.

POLITIQUES SOCIALES ET FÉCONDITÉ

Bien d'autres politiques sociales adoptées par les gouvernements peuvent avoir un impact démographique, comme en témoignent les exemples ci-après se rapportant à l'éducation, à l'emploi et au statut des femmes.

L'éducation des femmes et la réduction des taux de fécondité sont étroitement liées (Organisation des Nations Unies, 1995). Les femmes instruites ont un accès plus facile au travail rémunéré, se marient plus tardivement, veulent moins d'enfants et ont moins d'enfants non désirés. Par ailleurs, elles sont plus susceptibles de connaître la contraception, de commencer à l'utiliser plus tôt et d'avoir recours aux méthodes modernes, non aux méthodes traditionnelles. La plupart des pays à l'examen ont formulé et appliqué des stratégies nationales de portée générale dans le domaine de l'éducation. Beaucoup de gouvernements, comme ceux de l'Indonésie et de l'Argentine, ont créé un cadre juridique garantissant à tous les enfants un accès égal à l'instruction primaire et secondaire gratuite et obligatoire. La scolarisation des filles et des adolescentes revêt une importance toute particulière. Beaucoup de pays d'Amérique latine offrent des exemples de plans complets et intégrés assortis d'objectifs et de mécanismes. Au Brésil, l'éducation est un droit constitutionnel et le budget de l'État alloue des crédits importants à l'éducation. Un plan décennal d'éducation pour tous a été élaboré en 1993 et une loi de 1996 a institué la Décennie pour l'éducation (UNESCO, 2001). L'Argentine a adopté des mesures juridiques garantissant l'égalité d'accès à l'instruction gratuite et obligatoire pendant des périodes allant jusqu'à 10 ans. Au Pérou, on a adopté des lois sur le droit des femmes à l'instruction qui, notamment, interdisent l'expulsion d'élèves enceintes. De leur côté, les pays d'Afrique ont pris diverses initiatives en vue d'améliorer l'éducation. L'Algérie et la Tunisie appliquent des politiques visant à relever le niveau d'instruction en favorisant l'ouverture d'écoles dans les zones rurales et isolées. En outre, le Gouvernement algérien a

entrepris d'exécuter des politiques d'appui aux élèves de familles pauvres pour les aider à acquitter le coût du transport et des droits de scolarité (Organisation des Nations Unies, 2000). Afin d'élever le niveau d'instruction dans l'ensemble du pays, l'Inde a mis en place une commission nationale des Ministres de l'éducation chargée de planifier et de mettre en œuvre l'instruction primaire universelle. En Asie du Sud-Est, le Gouvernement indonésien déploie des efforts ambitieux pour dispenser l'instruction primaire et secondaire gratuite et faire respecter plus strictement l'assiduité scolaire.

L'appui des gouvernements à l'éducation moderne et la participation accrue au marché du travail dans le secteur structuré de l'économie (voir tableau 12) n'ont cessé de renforcer l'indépendance économique des femmes. Ainsi, à l'instar des femmes du monde développé, les jeunes femmes des pays en développement sont de plus en plus nombreuses, surtout en milieu urbain, à prolonger leur célibat. Au cours des deux dernières décennies, l'élévation du niveau d'instruction a progressivement transformé la main-d'œuvre mondiale, naguère essentiellement agricole, en une main-d'œuvre industrielle et axée sur les services. Or, la multiplication des emplois et l'élargissement des possibilités d'instruction en milieu urbain sont plus propices à la constitution de familles moins nombreuses.

Plusieurs pays ont adopté des mesures pour protéger les femmes et améliorer les conditions de travail des mères. En particulier, depuis la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), certains pays, comme l'Algérie, le Chili, le Ghana, l'Indonésie et la République dominicaine, ont pris des mesures pour harmoniser leur législation et leurs politiques avec les conventions internationales. C'est ainsi que le Chili a modifié son Code du travail en 1998 pour interdire aux employeurs d'exercer une discrimination à l'égard des femmes, fondée sur leur rôle procréateur, en matière d'accès à l'emploi et aux promotions (Organisation des Nations Unies, 2000). Certains pays ont adopté des lois supplémentaires pour donner effet aux conventions relatives au travail. Par exemple le droit de la mère qui travaille à un congé de maternité après l'accouchement et le droit de retrouver son emploi ont été reconnus au plan international depuis l'adoption en 1952 de la Convention sur la protection de la maternité (Organisation des Nations Unies, 2000). Cette Convention garantit un congé de maternité uniforme d'au moins 12 semaines. Toutefois, la mise en œuvre du congé de maternité, son caractère facultatif ou obligatoire pour l'employeur et le pourcentage de salaire payé sont très variables. D'une façon générale, les conditions sont les moins favorables dans les pays d'Afrique et les plus favorables dans les pays d'Amérique latine.

CONCLUSION

Le présent document examine les opinions et politiques des gouvernements des pays du monde appartenant actuellement à la catégorie des pays à taux de fécondité intermédiaire concernant l'accroissement de la population et la fécondité. Il présente également des informations sur les politiques sociales et les variables sociales susceptibles d'avoir un impact sur les niveaux de fécondité, ainsi que des informations sur les politiques concernant la planification familiale et l'utilisation de la contraception.

Les principales observations ici présentées sont les suivantes :

- Au cours du dernier quart de siècle, la majorité des pays à taux de fécondité intermédiaire ont mis en œuvre une politique de réduction de la fécondité. Les pays à fécondité élevée sont plus susceptibles d'avoir élaboré une politique de ce genre.
- Le pourcentage des pays à taux de fécondité intermédiaire fournissant un appui direct à la planification familiale a augmenté au cours des 25 dernières années.
- Toutefois, il existe une grande diversité entre les grandes régions du monde. La quasi-totalité des pays à taux de fécondité intermédiaire d'Afrique, 54 % de ceux d'Asie et d'Océanie et 60 % de ceux d'Amérique latine et des Caraïbes ont adopté une politique de réduction de la fécondité.
- Certains gouvernements ont défini des objectifs quantitatifs nationaux pour le taux d'accroissement de la population et pour la fécondité cumulée, ainsi que

Tableau 12
Participation des femmes au marché du travail (pourcentage)

Pays	1980	1990	1995	2000
Afrique	40	39,9	40,2	40,5
Afrique de l'Est	46	45,8	45,6	45,6
Kenya	46	45,9	46,1	46,1
Afrique du Nord	27,2	27,5	29	30,4
Algérie	21,4	21,1	24,4	27,6
Égypte	26,5	27	28,7	30,4
Jamahiriya arabe libyenne	18,6	18,3	20,7	23,1
Maroc	33,5	34,6	34,6	34,7
Soudan	26,9	27	28,4	29,6
Tunisie	28,9	29,1	30,5	31,8
Afrique australe	35,9	37,5	38,1	38,5
Afrique du Sud	35,1	37,1	37,7	38,3
Botswana	50,1	46,8	46	45,4
Lesotho	37,9	36,5	36,8	37
Swaziland	33,7	37,1	37,4	37,6
Afrique de l'Ouest	40,2	39,8	40,1	40,4
Cap-Vert	34,4	39,3	39,5	39,5
Ghana	51	50,8	50,6	50,4
Asie	39,1	39,5	39,8	40,1
Asie de l'Est	42,6	44,3	44,6	44,8
Mongolie	45,7	46,3	46,7	47
Asie centrale du Sud	34	32,1	32,9	33,6
Bangladesh	42,3	41,7	42,2	42,5
Inde	33,7	31,2	31,7	32,3
Iran (République islamique d')	20,4	21,3	24,3	27,1
Kazakhstan	47,6	46,3	46,3	47
Kirghizistan	47,6	46,2	46,6	47,3
Népal	38,8	40,4	40,5	40,5
Ouzbékistan	48	45,6	46,2	46,9
Tadjikistan	46,9	42,2	43,5	44,9
Turkménistan	47	44,7	45,3	45,9
Asie du Sud-Est	40,6	42,2	42,6	43
Brunéi Darussalam	23,4	32,3	34,1	35,7
Indonésie	35,2	38,5	39,7	40,8
Malaisie	33,7	35,5	36,6	37,7
Myanmar	43,7	43,6	43,5	43,5
Philippines	35	36,6	37,1	37,8
Viet Nam	48,1	49,7	49,3	49
Asie de l'Ouest	31,5	29,8	31	32,2
Bahreïn	11	17	19	20,9
Émirats arabes unis	5	11,6	13,1	14,8
Israël	33,7	37,9	39,8	41,3
Jordanie	14,6	17,4	21,0	24,4
Koweït	13	22,7	31,2	31,3
Liban	22,6	26,6	28,2	29,5
Qatar	6,4	11,2	12,6	15,2
République arabe syrienne	23,5	24,4	25,7	27
Turquie	35,5	34,6	36,1	37,6

Tableau 12
Participation des femmes au marché du travail (pourcentage) [suite]

Pays	1980	1990	1995	2000
Europe	42,6	43,9	44,3	44,9
Europe du Sud	33	37,5	38,4	39,3
Albanie	38,7	40,2	40,8	41,3
Amérique latine et Caraïbes	27,9	32,6	33,8	34,8
Caraïbes	34,9	36,7	37,9	38,9
Bahamas	43,4	46	46,6	47,1
Haïti	44,6	43,1	43	42,9
Jamaïque	46,3	47	46,9	46,8
République dominicaine	24,7	27	29	30,8
Sainte-Lucie				
Amérique centrale	26,4	29,5	31,3	33,1
Belize	21,1	21,4	22,6	23,9
Costa Rica	20,8	28,1	29,6	31,1
El Salvador	26,3	31,5	34,1	36,5
Guatemala	22,4	23,4	26,2	28,9
Honduras	25,2	27,7	29,8	31,8
Mexique	26,9	30	31,7	33,2
Nicaragua	27,5	31,9	34	36,1
Panama	29,9	32,4	33,9	35,3
Amérique du Sud	27,5	33,1	34,2	35
Argentine	27,6	28,5	30,9	33,2
Bolivie	33,3	36,9	37,3	37,8
Brésil	28,4	34,8	35,2	35,5
Chili	26,3	30	31,8	33,6
Colombie	26,2	36	37,6	38,9
Équateur	20,1	24,7	26,4	28
Guyana	25,1	31,2	32,8	34
Paraguay	26,7	27,9	29	30
Pérou	23,9	27,5	29,6	31,3
Suriname	27	29,7	31,9	33,7
Uruguay	30,8	39,2	40,7	42
Venezuela	26,7	31,3	33,1	34,8
Océanie	36,8	41,1	42,3	43,3
Fidji	17,2	23,4	27,2	30,6
Papouasie-Nouvelle-Guinée	41,8	41,2	41,7	42,2
Vanuatu				
Samoa				

Source: Bureau international du Travail (BIT) 1997.

pour l'utilisation de la contraception. Toutefois, ces gouvernements remplacent de plus en plus l'approche fondée sur les objectifs par une approche fondée sur l'évaluation des besoins des collectivités, en privilégiant les besoins des clients et en améliorant la qualité des soins.

- Beaucoup de gouvernements ont eu recours à des mesures d'incitation et à des mesures dissuasives pour modifier les niveaux de fécondité. Il s'agit notamment des restrictions concernant les congés de maternité, les prestations pour enfants et les prestations de retraite, les exonérations fiscales basées sur le nombre d'enfants, les obstacles fiscaux et les activités génératrices de revenu pour les utilisateurs de la planification familiale.

- À la suite de l'adoption du Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, beaucoup de gouvernements ont révisé leur politique nationale de population et, en particulier, leur politique sanitaire. Ils se sont également employés à intégrer la planification familiale aux soins complets de santé en matière de procréation et à leur politique générale de la santé.
- Dans certains pays à taux de fécondité intermédiaire, les femmes ont recours à l'avortement pour limiter leur fécondité. Pour s'attaquer à ce problème, les gouvernements s'efforcent de promouvoir la santé en matière de procréation et l'élargissement des choix contraceptifs.
- La fécondité des adolescentes préoccupe de plus en plus les gouvernements d'un grand nombre de pays à taux de fécondité intermédiaire, en particulier en Amérique latine et dans les Caraïbes, et en Afrique. Les programmes officiels ne s'adressent donc plus à présent aux seules personnes mariées.
- Beaucoup de gouvernements comprennent de mieux en mieux qu'il importe de faire prendre conscience à l'opinion publique des questions touchant la planification familiale et la santé en matière de procréation et d'obtenir la participation active de la société civile à l'exécution des programmes. Ils adoptent des mesures visant à promouvoir une plus grande participation des collectivités aux services de planification familiale et de santé en matière de procréation et à en décentraliser la gestion.
- Les politiques menées dans les domaines de l'emploi, de l'éducation, de la santé, en particulier de la santé de l'enfant, des rapports entre les sexes et de la promotion de la femme peuvent influencer sur le niveau de fécondité. La plupart des pays à taux de fécondité intermédiaire ont élaboré des politiques de ce genre, mais avec des degrés d'intensité, de priorité et d'extension très variables.

BIBLIOGRAPHIE

- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (1999). *La situation des enfants dans le monde*, 1999.
- Henshaw, Stanley, Susheela Singh et Taylor Haas (1999). Recent trends in abortion rate worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, n° 1 (juin).
- Hoodfar, Homa et Samad Assadpour (2000). The Politics of Population Policy in the Islamic Republic of Iran. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 31, n° 1 (mars).
- Larsen, Janet (2001). Iran's Birth Rate Plummeting at Record Pace: Success Provides a Model for Other Developing Countries. *Eco-Economy Successes and Setbacks*. Washington: Earth Policy Institute.
- McDonald, Mia (1999). *Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report*. New York: Family Care International
- Organisation des Nations Unies (1995). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire 5-13 septembre 1994 (publication des Nations Unies, numéro de vente: F. 95.XIII.16).
- (2000). *Les femmes dans le monde, 2000: Des chiffres et des idées* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.00.XVII.14).
- (1995). *Les femmes dans le monde, 1995: Des chiffres et des idées* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.95.XVII.2).
- Singh, Rahul (1994). *Family Planning Success Stories*. New Delhi: UBS Publishers' Distributors Ltd.
- Singh, Susheela et Deirdre Wulf (1994). Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 20, n° 1.
- , Josefina V. Cabigon, Alaf Hossain, Haidary Kamal et Aurora E. Perez (1997). Estimating the Level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 23, n° 3 (septembre).
- UNESCO (2001). *Éducation pour tous: initiatives, problèmes et stratégies*, Paris.

Mesures de l'effort des programmes de planification familiale : tendances antérieures et perspectives

*John A. Ross**

Voilà au moins 25 ans que la Division de la population s'intéresse aux programmes nationaux de planification familiale en tant que déterminants de la fécondité. Elle a parrainé de bonne heure un certain nombre d'enquêtes sur les méthodes de mesure de l'impact de ces programmes et sur les conclusions que l'on peut tirer de cette mesure (Organisation des Nations Unies 1978a, 1978b, 1981). Au cours de la même période, les indices de la force ou de l'effort de ces programmes ont été mesurés, pour servir de données d'entrée établies de manière indépendante, auxquelles les données de sortie de l'utilisation de la contraception et de la fécondité pourraient être rapportées. Les indices ont pris forme en 1972 (Lapham et Mauldin, 1972) et ont été renouvelés en 1982, 1989, 1994 et 1999. On focalise ici l'attention sur les programmes nationaux de planification familiale, passés et présents, en présentant des hypothèses quant à leur avenir, et sur les liens généraux que l'on peut établir entre ces programmes et l'utilisation de la contraception et la baisse des taux de fécondité.

* The Futures Group International, Glastonbury, Glastonbury, Connecticut.

DONNÉES

Les indices d'effort de planification familiale (EPF) ont été établis en 1999 pour 88 pays qui avaient tous plus d'un million d'habitants en 2000; 47 d'entre eux figurent parmi les pays à «taux de fécondité intermédiaire» dont la liste a été dressée en vue du présent séminaire. On a en outre inclus ici six autres pays appartenant au groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire dont l'effectif dépasse le million d'habitants, ce qui nous amène à 53 pays (voir tableau 1).

On dispose des scores d'EPF de la plupart des pays dans les séries de 1982, 1989, 1994, et 1999. Les questionnaires ont été adressés à un petit nombre d'experts observateurs pour chaque pays; ils contiennent environ 120 questions ramenées à 30 éléments de programme (décrits en détail in Ross et Stover, 2001). Les 30 scores comportent quatre composantes: politiques, services, évaluation/contrôle et disponibilité de la méthode, et sont convertis en un pourcentage du maximum (100) pour faciliter les comparaisons (tableau 2).

Les données sur l'utilisation de la contraception sont tirées des EDS et d'autres enquêtes énumérées dans Organisation des Nations Unies (2000a) et d'autres sources; les fécondités cumulées sont tirées de Organisation des Nations Unies (2000b).

Ces 53 pays représentent les trois cinquièmes (61 %) de la population du monde en développement en dehors de la Chine. Cinq des huit plus grands pays en développement sont inclus (Inde, Indonésie, Bangladesh, Mexique et Brésil), lesquels regroupent à eux cinq 46 % de la population susvisée). Vingt et un pays sont en Amérique latine, 9 en Asie, 12 en Afrique du Nord/Moyen-Orient et quatre dans la région des Républiques d'Asie centrale. Enfin, la sélectivité est la plus marquée en Afrique subsaharienne car le groupe

Tableau 1
Cinquante-trois pays en développement à fécondité cumulée oscillant entre 2,1 et 4,9 et à effectifs de population supérieurs à un million d'individus

Classés selon la FC			Classées selon les effectifs de la population			Classées par ordre alphabétique		
Pays	FC 2000	Population 2000	Pays	FC 2000	Population 2000	Pays	FC 2000	Population 2000
Tunisie	2,21	9 459	Inde	3,15	1 008 937	Algérie	3,02	30 291
Brésil	2,21	170 406	Indonésie	2,43	212 092	Argentine	2,53	37 032
Liban	2,23	3 496	Brésil	2,21	170 406	Bangladesh	3,68	137 439
Uruguay	2,35	3 337	Bangladesh	3,68	137 439	Bolivie	4,14	8 329
Viet Nam	2,38	78 137	Mexique	2,62	98 872	Botswana	4,15	1 541
Chili	2,40	15 211	Viet Nam	2,38	78 137	Brésil	2,21	170 406
Indonésie	2,43	212 092	Philippines	3,44	75 653	Chili	2,40	15 211
Jamaïque	2,44	2 576	Iran (Rép. islamique d')	2,98	70 330	Colombie	2,71	42 105
Turquie	2,50	66 668	Égypte	3,14	67 884	Costa Rica	2,75	4 024
Mongolie	2,51	2 533	Turquie	2,50	66 668	République dominicaine	2,80	8 373
Panama	2,52	2 856	Myanmar	3,05	47 749	Équateur	2,93	12 646
Argentine	2,53	37 032	Afrique du Sud	2,98	43 309	Égypte	3,14	67 884
Ouzbékistan	2,57	24 881	Colombie	2,71	42 105	El Salvador	3,03	6 278
Kirghizistan	2,61	4 921	Argentine	2,53	37 032	Ghana	4,41	19 306
Mexique	2,62	98 872	Soudan	4,69	31 095	Guatemala	4,67	11 385
Colombie	2,71	42 105	Kenya	4,38	30 669	Haïti	4,18	8 142
Costa Rica	2,75	4 024	Algérie	3,02	30 291	Honduras	4,01	6 417
Koweït	2,78	1 914	Maroc	3,22	29 878	Inde	3,15	1 008 937
République dominicaine	2,80	8 373	Pérou	2,81	25 662	Indonésie	2,43	212 092
Pérou	2,81	25 662	Ouzbékistan	2,57	24 881	Iran (Rép. islamique d')	2,98	70 330
Venezuela	2,85	24 170	Venezuela	2,85	24 170	Jamaïque	2,44	2 576
Équateur	2,93	12 646	Népal	4,65	23 043	Jordanie	4,50	4 913
Afrique du Sud	2,98	43 309	Malaisie	3,08	22 218	Kenya	4,38	30 669
Iran (Rép. islamique d')	2,98	70 330	Ghana	4,41	19 306	Koweït	2,78	1 914
Émirats arabes unis	3,02	2 606	Rép. arabe syrienne	3,83	16 189	Kirghizistan	2,61	4 921
Algérie	3,02	30 291	Chili	2,40	15 211	Liban	2,23	3 496
El Salvador	3,03	6 278	Équateur	2,93	12 646	Lesotho	4,60	2 035
Myanmar	3,05	47 749	Guatemala	4,67	11 385	Jamahiriya arabe libyenne	3,56	5 290
Malaisie	3,08	22 218	Tunisie	2,21	9 459	Malaisie	3,08	22 218
Égypte	3,14	67 884	République dominicaine	2,80	8 373	Mexique	2,62	98 872
Inde	3,15	1 008 937	Bolivie	4,14	8 329	Mongolie	2,51	2 533
Maroc	3,22	29 878	Haïti	4,18	8 142	Maroc	3,22	29 878
Tadjikistan	3,29	6 087	Honduras	4,01	6 417	Myanmar	3,05	47 749
Turkménistan	3,39	4 737	El Salvador	3,03	6 278	Népal	4,65	23 043
Philippines	3,44	75 653	Tadjikistan	3,29	6 087	Nicaragua	4,07	5 071
Jamahiriya arabe libyenne	3,56	5 290	Paraguay	4,00	5 496	Panama	2,52	2 856
Bangladesh	3,68	137 439	Jamahiriya arabe libyenne	3,56	5 290	Papouasie-Nouv.-Guinée	4,46	4 809
République arabe syrienne	3,83	16 189	Nicaragua	4,07	5 071	Paraguay	4,00	5 496
Paraguay	4,00	5 496	Kirghizistan	2,61	4 921	Pérou	2,81	25 662
Honduras	4,01	6 417	Jordanie	4,50	4 913	Philippines	3,44	75 653
Nicaragua	4,07	5 071	Papouasie-Nouv.-Guinée	4,46	4 809	Afrique du Sud	2,98	43 309
Bolivie	4,14	8 329	Turkménistan	3,39	4 737	Soudan	4,69	31 095
Botswana	4,15	1 541	Costa Rica	2,75	4 024	Swaziland	4,62	925
Haïti	4,18	8 142	Liban	2,23	3 496	Rép. arabe syrienne	3,83	16 189
Kenya	4,38	30 669	Uruguay	2,35	3 337	Tadjikistan	3,29	6 087
Ghana	4,41	19 306	Panama	2,52	2 856	Tunisie	2,21	9 459
Papouasie-Nouv.-Guinée	4,46	4 809	Émirats arabes unis	3,02	2 606	Turquie	2,50	66 668
Jordanie	4,50	4 913	Jamaïque	2,44	2 576	Turkménistan	3,39	4 737
Lesotho	4,60	2 035	Mongolie	2,51	2 533	Émirats arabes unis	3,02	2 606
Swaziland	4,62	925	Lesotho	4,60	2 035	Uruguay	2,35	3 337
Népal	4,65	23 043	Koweït	2,78	1 914	Ouzbékistan	2,57	24 881
Guatemala	4,67	11 385	Botswana	4,15	1 541	Venezuela	2,85	24 170
Soudan	4,69	31 095	Swaziland	4,62	925	Viet Nam	2,38	78 137

Tableau 2
Scores d'effort de planification familiale, 1999, pour 47 pays à taux de fécondité intermédiaire

	Quatre composantes				
	Score total	Politiques	Services	Évaluation	Disponibilité
Amérique latine					
Argentine	29,5	32,8	21,3	35,8	39,6
Bolivie	48,5	46,3	43,6	45,4	63,7
Brésil	59,4	50,0	46,5	59,2	100,0
Chili	60,8	50,2	56,0	60,0	85,5
Colombie	64,2	43,9	66,2	77,6	80,1
Costa Rica	32,3	38,0	20,7	18,5	56,8
El Salvador	45,9	48,8	45,1	40,9	46,2
Équateur	46,0	47,3	43,3	47,1	49,5
Guatemala	36,7	34,8	31,8	34,6	51,0
Haïti	51,4	58,9	49,7	39,2	51,0
Honduras	43,8	43,1	41,3	39,6	52,3
Jamaïque	62,5	71,1	59,0	63,3	58,2
Mexique	74,6	79,0	62,5	84,2	90,4
Nicaragua	49,5	35,3	53,2	60,0	54,9
Panama	49,4	61,4	34,4	59,9	60,7
Paraguay	55,7	56,3	42,9	59,4	80,6
Pérou	58,6	65,0	41,9	60,1	85,4
République dominicaine	50,0	43,3	51,7	43,8	58,5
Uruguay	33,9	22,3	30,2	54,2	47,0
Venezuela	29,0	31,9	11,7	13,3	70,8
Moyenne	49,1	48,0	42,6	49,8	64,1
Asie					
Bangladesh	74,5	70,3	74,9	71,6	80,6
Inde	65,0	72,0	58,4	60,1	72,3
Indonésie	82,2	83,6	86,1	80,9	72,4
Malaisie	68,7	71,9	61,4	85,8	71,7
Mongolie	37,6	30,6	35,1	25,8	58,5
Myanmar	36,6	33,7	37,5	58,9	27,4
Népal	57,0	61,1	56,0	66,9	48,9
Philippines	56,5	56,3	49,8	66,4	66,7
Viet Nam	76,0	81,6	73,6	65,5	79,0
Moyenne	61,6	62,3	59,2	64,7	64,2
Afrique subsaharienne					
Afrique du Sud	53,9	61,9	45,4	46,0	65,5
Ghana	63,5	68,0	61,4	71,5	58,0
Kenya	62,3	55,4	64,4	62,8	66,7
Lesotho	61,5	62,3	57,8	76,9	60,8
Soudan	34,7	40,6	40,3	39,4	12,0
Moyenne	55,2	57,7	53,9	59,3	52,6
Afrique du Nord/Moyen-Orient					
Algérie	64,2	80,9	55,1	65,0	60,4
Égypte	57,3	63,3	58,3	59,8	45,7
Iran (République islamique d')	71,3	70,3	62,3	67,9	94,0
Jordanie	46,8	47,2	44,6	52,8	48,0
Liban	60,0	49,1	62,8	74,2	61,2
Maroc	57,1	56,7	51,4	75,8	60,6
République arabe syrienne	66,2	52,5	74,4	88,1	56,1

Tableau 2
Scores d'effort de planification familiale, 1999, pour 47 pays à taux de fécondité intermédiaire (suite)

	Score total	Quatre composantes			
		Politiques	Services	Évaluation	Disponibilité
Afrique du Nord/Moyen-Orient (suite)					
Tunisie	71,2	80,0	70,8	87,5	52,4
Turquie	58,9	70,6	43,6	60,9	75,5
Moyenne	61,4	63,4	58,1	70,2	61,5
Républiques d'Asie centrale					
Kirghizistan	48,6	44,5	42,9	53,8	63,9
Ouzbékistan	55,4	69,4	47,8	41,0	60,2
Tadjikistan	54,2	58,1	48,4	68,3	54,6
Turkménistan	58,5	48,6	58,6	65,3	68,3
Moyenne	54,2	55,2	49,4	57,1	61,7
Moyenne générale	54,9	55,3	50,6	58,2	62,2

des pays à taux de fécondité intermédiaire (dans les limites d'une FC oscillant entre 2,1 et 4,9) n'inclut que sept des quelque 50 pays de la région, ces sept pays appartenant tous au groupe anglophone.

PROJECTIONS ANTÉRIEURES

Il existe de nombreux travaux publiés sur l'impact des programmes d'action sur l'utilisation de la contraception et la fécondité, mais on n'a que très rarement tenté de réaliser des projections d'avenir portant spécifiquement sur les effets exercés par les programmes. Trois de ces tentatives sont décrites ci-dessous.

Une première projection

Bernard Berelson (1978) a utilisé 12 indicateurs démographiques et sociaux et les scores d'EPF pour déterminer les chances de 29 pays ou territoires en développement d'avoir atteint en 2000 un taux brut de natalité (TBN) de 20. Il a divisé ces pays ou territoires, qui représentent 85 % du monde en développement, en quatre groupes :

- *Succès certain* : Corée du Sud, province chinoise de Taiwan, Chili
- *Succès probable* : Chine, Brésil, Mexique, Philippines, Thaïlande, Turquie, Colombie, Sri Lanka, Venezuela, Malaisie.
- *Succès possible* : Inde, Indonésie, Égypte, Pérou
- *Succès improbable* : Bangladesh, Pakistan, Nigéria, Iran, Zaïre, Afghanistan, Soudan, Maroc, Algérie, République-Unie de Tanzanie, Kenya, Népal.

Valeurs de TBN attendues en 2000 selon deux hypothèses

Catégorie de succès	TBN 1975	Baisse = 1955-75	Baisse = double 1965-75	Projection ONU 2000
Certain	24	15	15	19,6
Probable	29	24	19	21,5
Possible	37	31	26	26,6
Improbable	48	47	46	36,8
Total	34	30	26	25,6

(Le TBN n'a été prévu à moins de 15 pour aucun pays; et trois pays enregistrant une légère augmentation des données pour 1955-65-75 ont été considérés comme n'ayant connu aucun changement)

Il a aussi projeté les baisses de fécondité antérieures à l'horizon 2000 pour chaque groupe, montrant que les quatre groupes devraient obtenir des TBN (pondérés en fonction de la population) très différents. Ces TBN prévus tenaient compte de deux hypothèses : l'avenir reproduirait les baisses des 20 années antérieures (1955-1975) ou le double de la baisse des 10 années antérieures (1965-1975), au cours desquelles les baisses avaient été peut-être plus rapides et les programmes d'action étaient entrés en jeu.

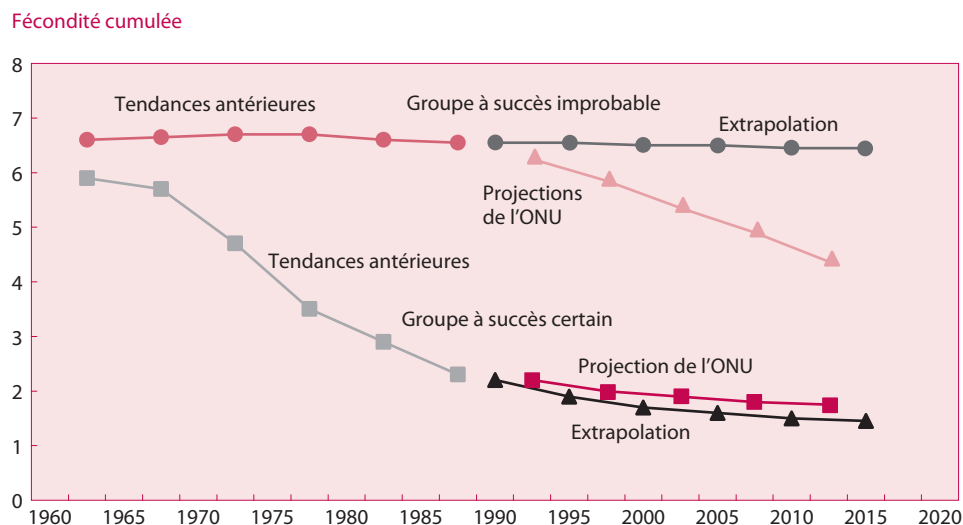
À l'époque, les projections établies par l'ONU sur la base de la variante moyenne pour 2000 pour les mêmes groupes de pays sont indiquées dans la dernière colonne du tableau ci-dessus. Ces projections de l'ONU correspondent dans l'ensemble à la seconde projection et ne sont pas loin de coïncider dans le cas de deux groupes de pays.

Une deuxième projection

Une mise à jour partielle du travail de Berelson a évalué la probabilité de voir 37 pays en développement parvenir au seuil de remplacement en 2015 (Mauldin et Ross, 1994). Ces pays, qui avaient au moins 15 millions d'habitants en 1990, regroupaient 91 % de la population du monde en développement et étaient divisés en quatre groupes comme précédemment, définis par quartiles sur un indice composite basé sur cinq indicateurs, dont l'utilisation de la contraception en 1990 et l'EPF de la série de 1989, ainsi qu'un indicateur du cadre socioéconomique lui-même composé de sept rubriques démographiques et sociales.

Lorsque l'on établissait une projection à l'horizon 2015 de la tendance antérieure de la FC pour chacun des quatre groupes, on constatait qu'elle ne suivait de près les projections établies par l'ONU sur la base de la variante moyenne que pour les groupes à succès certain et probable. Les projections étaient loin d'être conformes dans le cas des deux autres groupes. La figure I fait ressortir le contraste existant entre le groupe à succès improbable et le groupe à succès certain du point de vue de la conformité à la projection de l'ONU : le niveau élevé et constant de la fécondité du groupe à succès improbable restait élevé et plat lorsqu'il était projeté à l'aide de l'indice composite, alors que la projection de l'ONU faisait alors apparaître une baisse très accentuée. Depuis que cette analyse a été réalisée, trois des 11 pays du groupe à succès improbable (tableau 3) ont vu leur FC (1995-2000) descendre au-dessous de 5 et sont, de ce fait, inclus dans le groupe dont le présent séminaire s'occupe,

Figure I
Projections des fécondités cumulées moyennes pour 19 pays en développement, appartenant aux groupes à succès improbable et certain, en fonction de l'extrapolation des tendances antérieures et des projections de l'ONU



Source : Mauldin et Ross, 1994, p. 91

Tableau 3
Indicateurs pour 37 pays classés selon les chances d'une baisse de la fécondité

Groupe/pays	Fécondité cumulée 1985-1990	Baisse de la fécondité cumulée entre 1960-1965 et 1985-1990	Taux d'utilisation de la contraception 1990 (%)	Score d'effort des programmes (% du maximum) 1989	Indicateur socioéconomique 1985	Indice composite
Succès certain						
Province chinoise de Taiwan	1,76	3,69	80,0	81	81	85
République de Corée	1,73	3,67	79,3	81	79	84
Chine	2,38	3,55	80,0	87	55	78
Thaïlande	2,57	3,85	72,8	80	57	77
Colombie	2,90	3,86	66,1	62	72	74
Corée (Rép. pop. démocratique de)	2,50	3,25	69,4	54	72	72
Sri Lanka	2,67	2,49	65,7	80	62	71
Mexique	3,60	3,15	57,2	77	74	70
Moyenne	2,51	3,44	71,3	75	69	76
Moyenne pondérée	2,40	3,50	78,1	85	58	78
Succès probable						
Brésil	3,20	2,95	69,8	32	71	64
Malaisie	4,00	2,72	54,2	66	68	63
Venezuela	3,45	3,01	57,2	54	81	63
Indonésie	3,48	1,94	48,6	80	54	61
Pérou	4,00	2,85	56,7	51	68	60
Turquie	3,79	2,32	65,0	46	63	60
Viet Nam	4,22	1,83	55,0	68	54	57
Afrique du Sud	4,38	2,13	58,4	62	57	56
Philippines	4,30	2,31	37,7	49	64	54
Égypte	4,53	2,54	44,7	66	53	54
Argentine	2,96	0,13	63,1	21	84	53
Inde	4,20	1,61	46,6	72	42	52
Maroc	4,82	2,33	38,8	57	50	50
Moyenne	3,95	2,21	53,5	56	62	57
Moyenne pondérée	4,00	1,91	50,1	65	51	55
Succès possible						
Algérie	5,43	1,95	48,9	46	61	47
Bangladesh	5,10	1,58	37,2	72	29	43
Myanmar	4,50	1,50	42,4	12	46	39
Iran (République islamique d')	6,50	0,76	40,5	57	61	37
Kenya	6,80	1,32	28,8	58	46	35
Moyenne	5,67	1,42	39,6	49	49	40
Moyenne pondérée	5,50	1,40	38,1	55	43	41
Succès improbable						
Ghana	6,39	0,51	14,4	52	45	28
Népal	5,95	-0,91	20,5	59	27	27
Iraq	6,15	1,03	19,7	1	68	25
Pakistan	6,75	0,25	11,9	48	36	24
Nigéria	6,90	-0,03	6,0	43	42	21
Zaïre	6,70	-0,70	8,7	28	47	19
Tanzanie (République-Unie de)	6,80	0,00	8,6	42	34	18
Soudan	6,44	0,23	8,8	20	31	16
Afghanistan	6,90	0,11	5,9	36	20	14
Éthiopie	7,00	-0,30	4,3	32	27	13
Ouganda	7,30	-0,40	4,3	33	29	13
Moyenne	6,66	0,06	10,3	36	37	20
Moyenne pondérée	6,75	0,02	9,2	39	37	20

comme le sont les cinq pays de la catégorie de succès « possible ». Des travaux comme celui-ci peuvent être renouvelés à intervalles réguliers et le groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire pourrait s'y prêter sur la base des données actuelles.

Une troisième projection

La troisième projection ne concerne que les indices d'effort des programmes, non la fécondité, et ne porte que sur les cinq années entre la série d'EPF de 1999 et 2004 (Ross et Stover, 2000). En fait, l'expérience des méthodes utilisées pour le court terme peut aider à préciser la meilleure façon d'extrapoler sur des périodes plus longues.

Cinq projections ont été établies; les quatre premières ont utilisé les changements de 1994 à 1999 comme base d'estimation des changements à venir. La cinquième a utilisé toutes les séries antérieures depuis 1982. Pour ce travail, les pays ont été répartis en quatre groupes selon le score total (pourcentage du maximum) :

Fort	> 67
Modéré	46 - 66
Faible	21 - 45
Très faible/Aucun	0 - 24

Aux fins des projections A, B et C, les deux groupes supérieurs ont été regroupés en un groupe « plus fort » et les deux groupes inférieurs en un groupe « plus faible ». Dans la projection D, les deux groupes supérieurs ont été traités séparément et comparés à la combinaison des deux groupes inférieurs. La projection E a traité chaque pays séparément.

- *Projection A*: Supposons que chaque programme plus faible améliore chacun des scores d'EPF autant qu'il l'a fait au cours des cinq années antérieures. Supposons également que tous les scores de programmes plus forts soient constants. On obtient ceci : des écarts importants subsistent entre les nouveaux scores des programmes plus faibles et les scores des programmes plus forts de 1999. Par ailleurs, le score général change peu, ce qui tient en partie au fait que les programmes plus faibles ne sont pas nombreux.
- *Projection B*: Supposons que chaque programme plus faible fasse pour chacun des 30 scores la moitié du chemin en direction du niveau moyen de 1999 de programmes plus forts. Supposons également que tous les scores de programmes plus forts soient constants. On obtient un meilleur résultat que pour la projection A : le score total s'améliore davantage et on observe une amélioration pour les quatre composantes des scores. Toutefois, le nombre relativement réduit des programmes plus faibles signifie que le score général change peu.
- *Projection C*: Mêmes conditions que la projection B, mais le mouvement ascendant de chaque programme plus faible ne se produit que pour 21 des 30 scores, à savoir ceux pour lesquels la moyenne des programmes plus forts était assez élevée, ce qui augmentait d'autant les possibilités d'une augmentation dans le cas de la plupart des programmes plus faibles (on ne saurait attendre des programmes plus faibles une amélioration sensible des 9 scores alors que même les programmes plus forts ont eu un mauvais résultat, c'est-à-dire inférieur à 50, la moitié du maximum). On obtient ceci : une amélioration moins importante que pour la projection B du fait de l'omission de 9 scores, pour chaque score pris dans son ensemble et pour trois de leurs quatre composantes.
- *Projection D*: Décomposons le groupe plus fort en ses deux parties (les groupes « modéré » et « fort »). Supposons que les programmes plus faibles fassent la moitié du chemin en direction du niveau de 1999 des programmes modérés et que les programmes modérés fassent la moitié du chemin en direction du niveau de 1999 des programmes forts. On obtient un gain bien meilleur, plus important que dans le cas des projections A à C, tant pour chaque score pris dans son en-

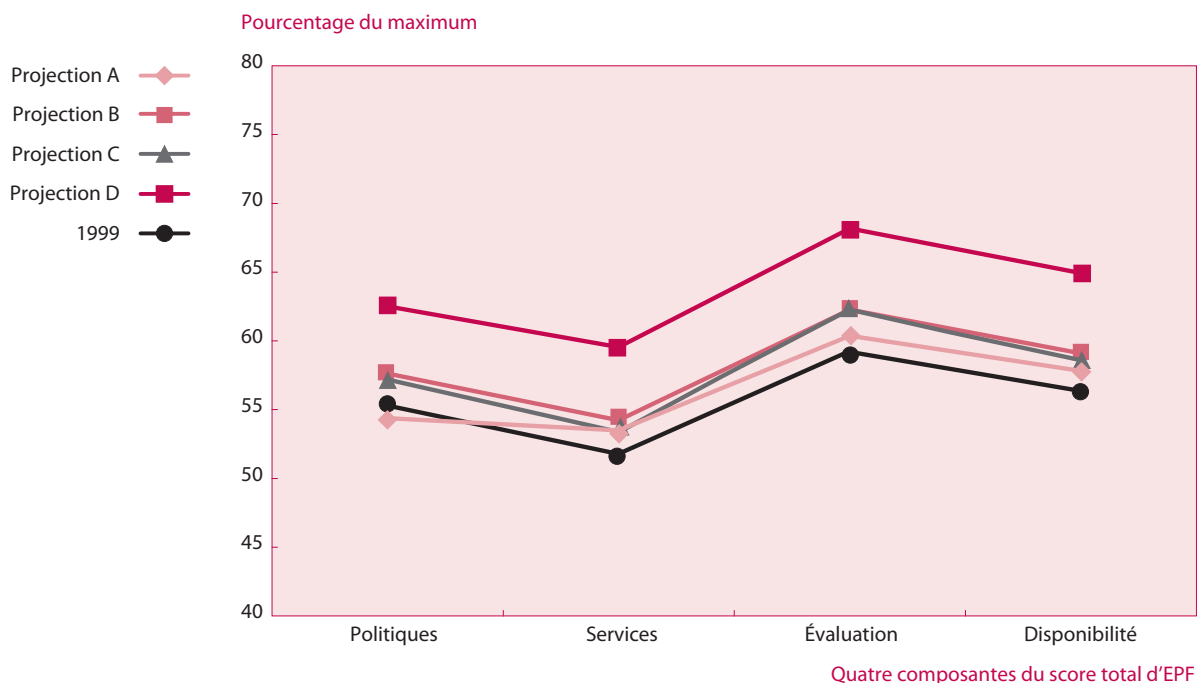
semble que pour chacune de ses quatre composantes. Le gain du score général est dû essentiellement aux programmes modérés, qui s'améliorent considérablement et, de plus, sont particulièrement nombreux. Les programmes plus faibles s'améliorent à peu près autant, et les deux groupes considérés ensemble contrebalancent le changement supposé nul du groupe fort, d'où le gain général.

- *Projection E*: Une autre possibilité consiste à utiliser une méthode de régression pour prévoir les scores de 2004 à partir des scores de 1999, en s'appuyant sur l'ensemble des relations ayant existé entre les scores initiaux et les scores ultérieurs. Des données modifiées (pour le score total seulement) ont été utilisées pour passer de 1982 à 1989, de 1989 à 1994 et de 1994 à 1999. En appliquant tous ces changements et en prévoyant chaque score ultérieur à partir du précédent, on obtient une équation qui a été appliquée à tous les scores de 1999 pour estimer les scores de 2004 (l'équation finale utilisée était simplement linéaire; les essais antérieurs ont montré un terme au carré non significatif. Par ailleurs, les résultats étaient analogues lorsque l'équation était basée sur l'une quelconque des périodes antérieures plutôt que sur l'ensemble des trois périodes). On obtient une légère baisse du score total tant pour les programmes forts que pour les programmes modérés, mais une augmentation plus importante pour les programmes plus faibles, augmentation suffisante pour que le score général augmente légèrement.

La figure II décrit les effets des projections A à D pour les quatre composantes, faisant apparaître l'avantage que la projection D représente pour tous les quatre.

Le résultat net de ces essais est que les programmes plus faibles ne sont pas assez nombreux pour modifier sensiblement les scores généraux, à moins qu'ils ne puissent être considérablement améliorés. En d'autres termes, les projections A à C ont fixé des limites aux changements éventuels et ce n'est que lorsque les programmes modérés plus nombreux ont été décomposés (projection D) que le score général a nettement changé.

Figure II
Quatre projections des scores à composantes à l'horizon 2004 à partir de 1999



Toutefois, les régressions employées dans la projection E ont mis en évidence le rythme des changements antérieurs des programmes plus faibles, et ce sont ces programmes qui se sont le plus améliorés au cours des dernières décennies.

TENDANCES ANTÉRIEURES DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET DE L'EFFORT DE PLANIFICATION FAMILIALE

D'autres documents présentés dans le cadre de ce séminaire portent sur l'avenir de la fécondité; en ce qui nous concerne, nous nous concentrons sur tout ce qui se rapporte à l'EPF et aux informations connexes sur l'évolution de l'utilisation de la contraception,

Figure IIIa
Tendances de l'utilisation de la contraception pour les pays de la région de l'Asie, 1980-2001

Pourcentage d'utilisation, toutes méthodes confondues



Figure IIIb
Tendances de l'utilisation de la contraception pour les pays de la région de l'Amérique latine 1980-2001

Pourcentage d'utilisation, toutes méthodes confondues

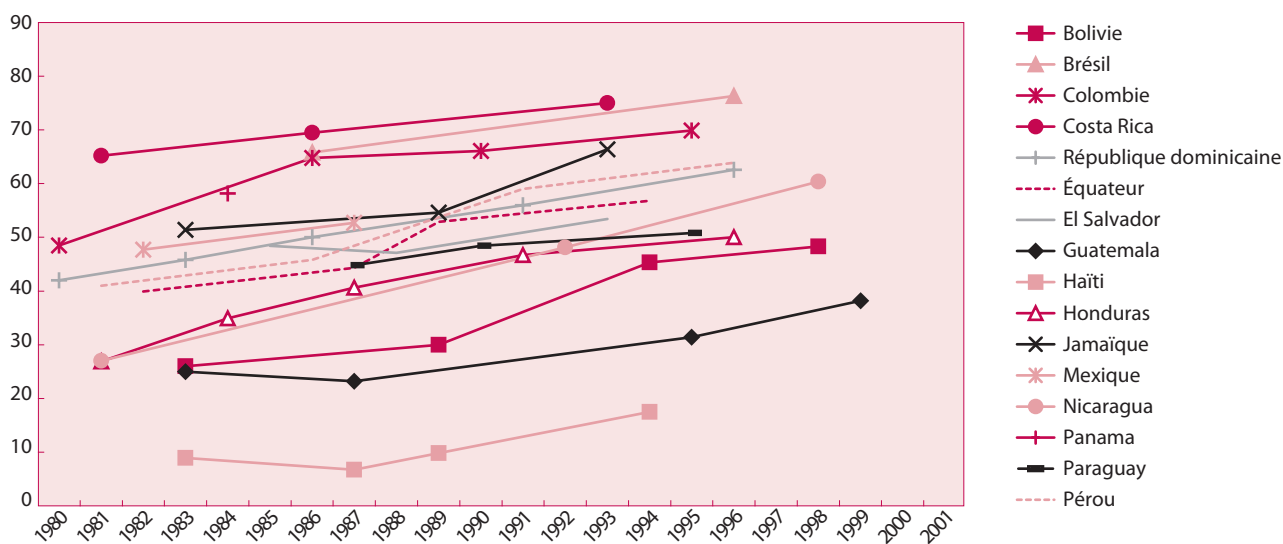


Figure IIIc
Tendances de l'utilisation de la contraception pour les pays de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, 1980-2001

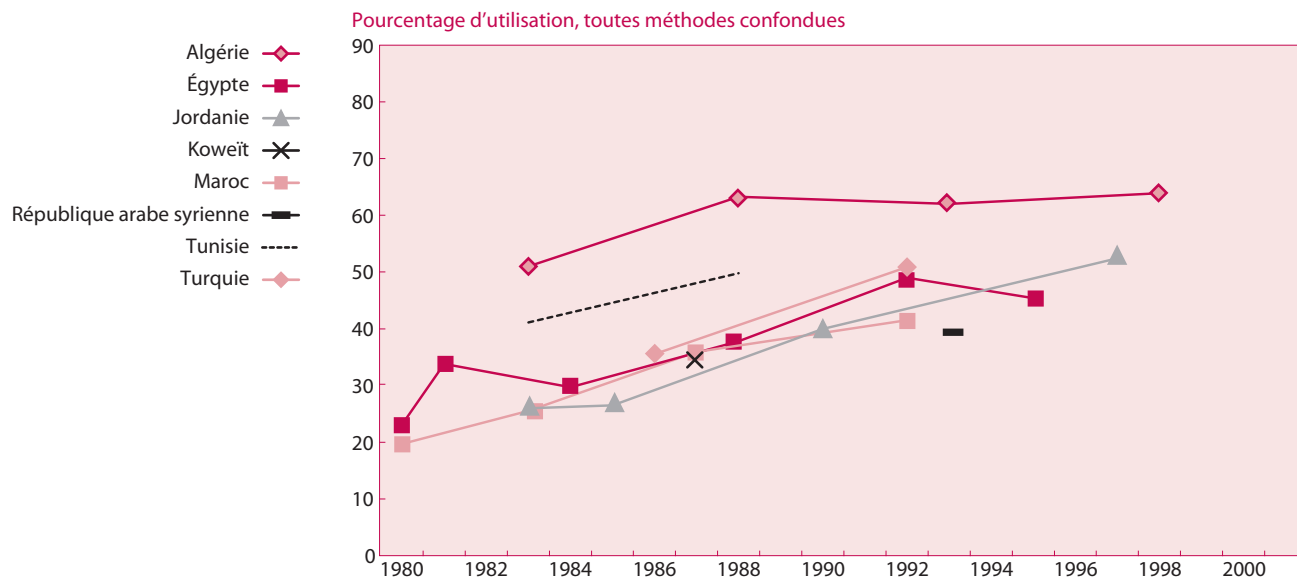
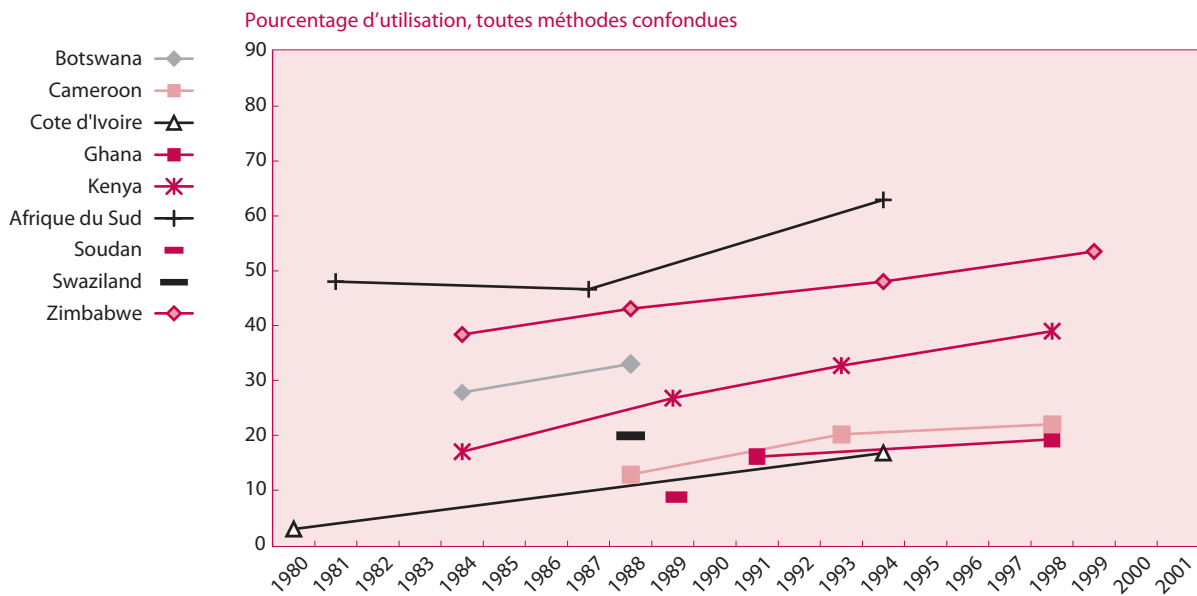


Figure IIIId
Tendances de l'utilisation de la contraception pour les pays de la région de l'Afrique subsaharienne, 1980-2001



laquelle est le principal enjeu des programmes. Les augmentations de son utilisation dans la plupart des pays sont bien connues; aussi nous bornerons-nous ici à évoquer les seules tendances concernant les pays à taux de fécondité intermédiaire sur lesquels ont porté les quatre séries de mesure de l'EPF réalisées entre 1982 et 1999 (figures IIIa à IIIId).

Les principales observations inspirées par ces tendances de l'utilisation de la contraception sont les suivantes :

- La remarquable régularité du mouvement ascendant;
- L'absence de palier jusqu'ici;

- La grande dispersion des niveaux parmi les pays de chacune des quatre grandes régions;
- La grande similitude des principales tendances en Asie, en Amérique latine et en Afrique du Nord/Moyen Orient (à un moindre degré en Afrique subsaharienne).

La plupart des pays examinés ont enregistré des augmentations continues de l'utilisation de la contraception, ce qui cadre avec les baisses de fécondité qui les ont fait

Figure IVa
Score total d'effort des programmes pour les pays de la région de l'Asie, 1982-1999

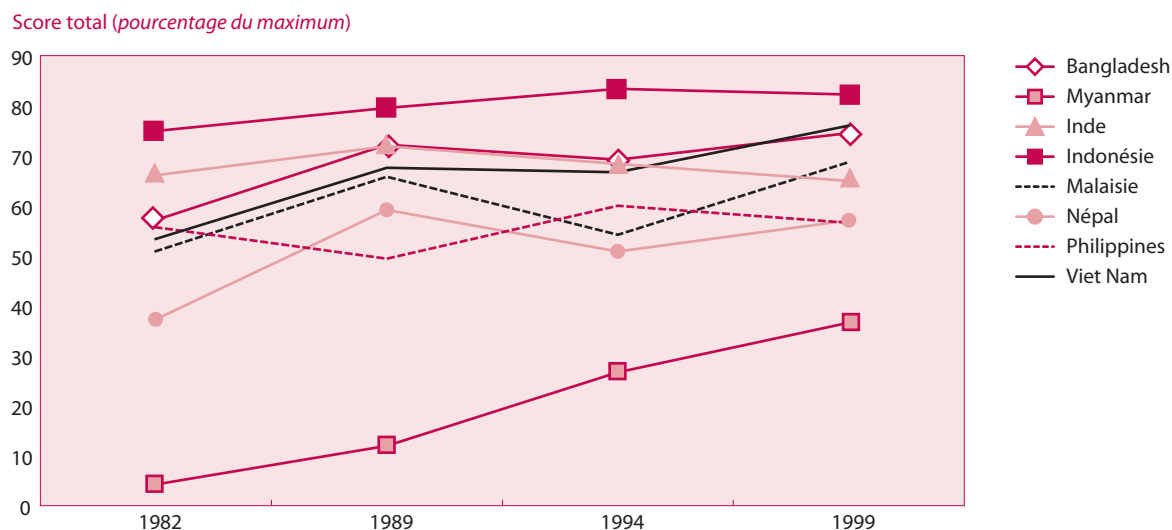


Figure IVb
Score total d'effort des programmes pour les pays de la région de l'Amérique latine, 1982-1999

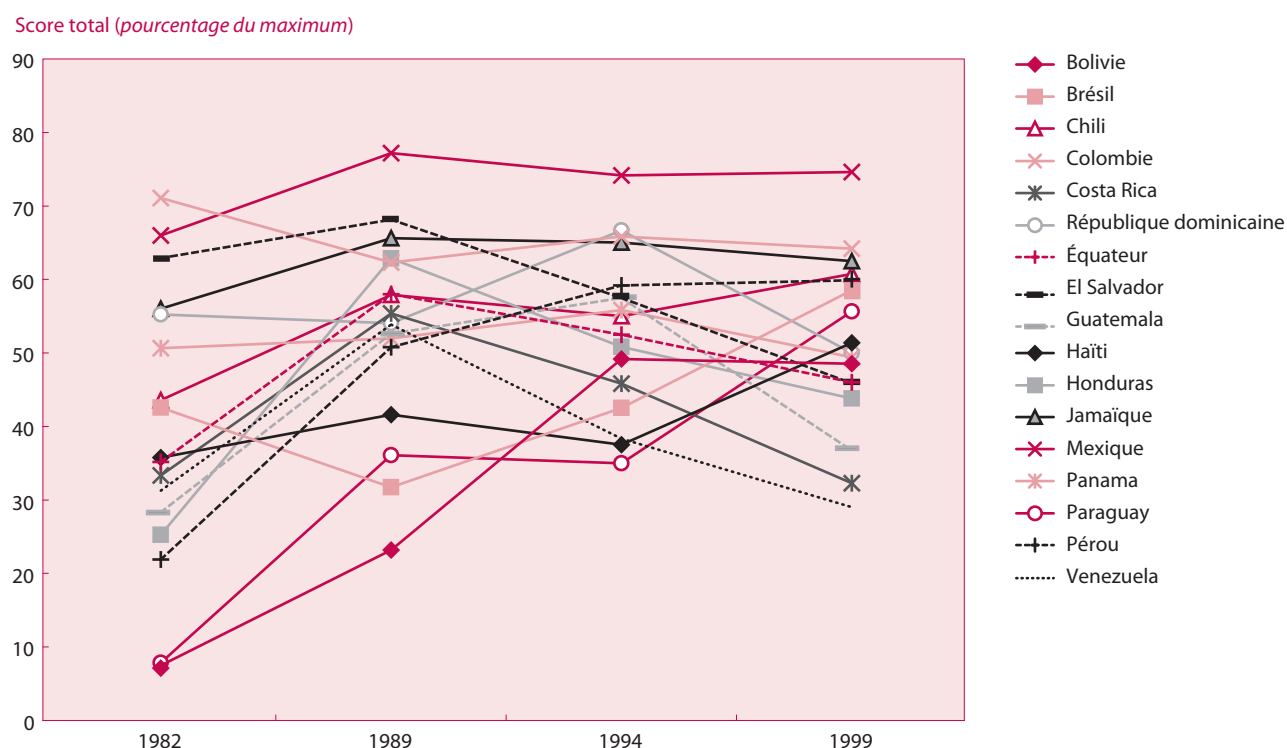


Figure IVc
Score total d'effort des programmes pour les pays de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, 1982-1999

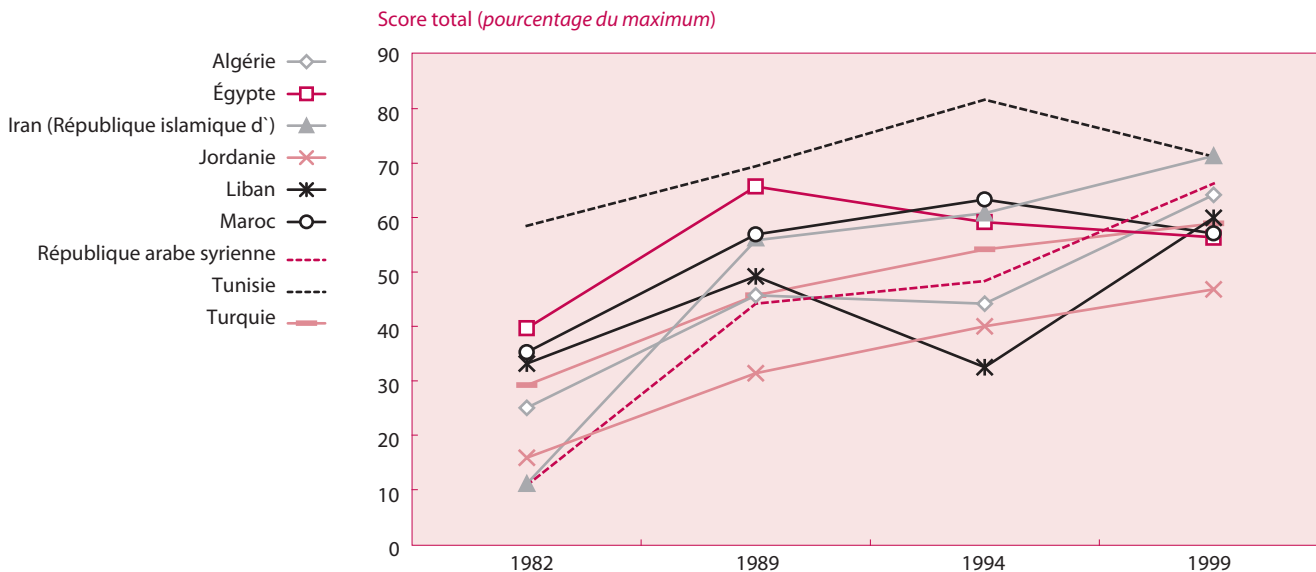
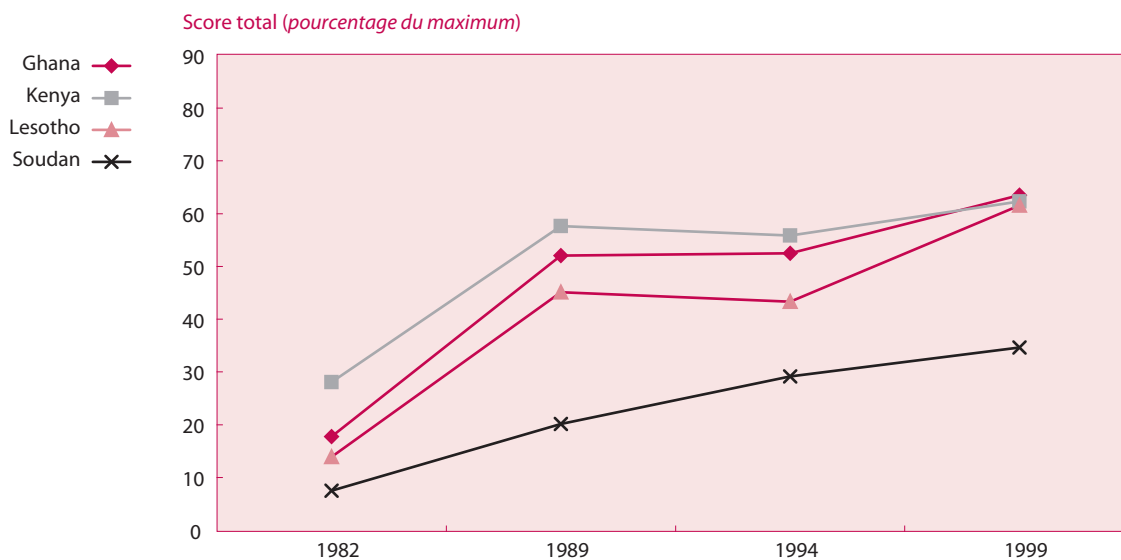


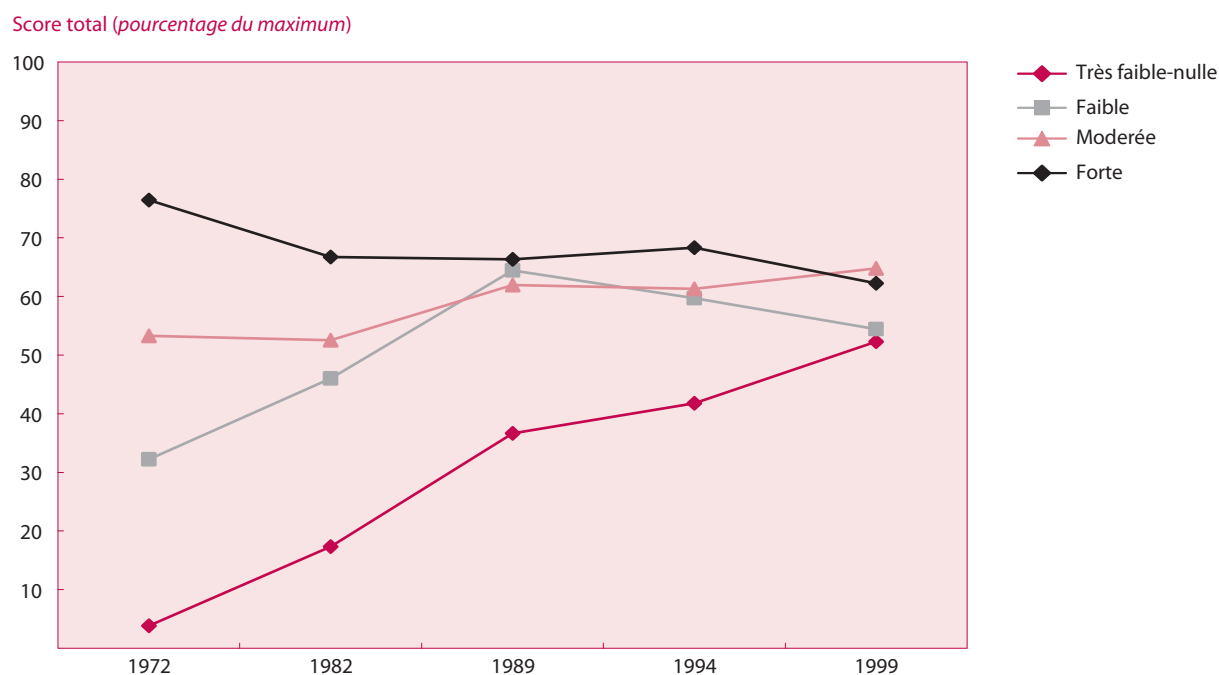
Figure IVd
Score total d'effort des programmes pour les pays de la région de l'Afrique subsaharienne, 1982-1999



rejoindre le groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire, mais ils présentent encore une grande variété de niveaux et les dispersions constatées au sein de chaque région sont plus importantes que tout écart majeur entre les moyennes régionales, mis à part le fait que la moyenne régionale de l'Afrique subsaharienne est plus basse.

Les mesures de l'effort des programmes ont également suivi un mouvement ascendant, mais moins régulier que dans le cas des tendances de l'utilisation de la contraception (figures IVa à IVd). D'une façon générale, les programmes plus faibles sont ceux dont les niveaux d'effort ont le plus progressé, ce qui fait que la dispersion des scores en 1999 est moindre qu'auparavant. La figure V montre comment le mouvement ascendant de la cohorte des programmes les plus faibles à partir de 1972 comble l'écart les séparant des programmes plus forts.

Figure V
Augmentations de l'effort dans le temps par les cohortes d'effort de 1972



Les pays obtenant les scores les plus élevés en 1999 sont généralement ceux dont le score était déjà élevé lors d'une ou deux séries antérieures. Toutefois, comme indiqué ci-après, les schémas varient considérablement selon la région :

- En Asie, le Myanmar a très nettement amélioré son score, qui était proche de zéro en 1982, tandis que les pays ayant réalisé les meilleurs scores (Indonésie, Bangladesh et Viet Nam) n'ont pas cessé de se situer à un niveau élevé. Le score de l'Inde a baissé en 1999.
- Le parcours des pays d'Amérique latine est en dents de scie, sans tendance dominante. La quasi-totalité des pays ont connu une nette augmentation dans les sept années entre 1982 et 1989, mais au cours des deux périodes suivantes les baisses ont presque annulé les augmentations. La ligne du Mexique en haut de la figure IVb a été fidèle à elle-même, mais non la plupart des autres, ce qui pourrait tenir en partie à des erreurs de mesure ainsi qu'à de véritables changements de programme, dont certains correspondent à une évolution des rôles relatifs des secteurs public et privé. Une analyse par pays aiderait à préciser les changements en question, en examinant les 30 scores détaillés et en utilisant l'information locale.
- Dans la région de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, les scores se sont généralement améliorés et les profils sont plus réguliers qu'en Amérique latine. Seul le score du Liban s'est inversé. En 1999, les pays faisaient apparaître une moindre dispersion que par le passé, se situant à 60 % du score maximal.
- En Afrique subsaharienne, les quatre tendances sont à la hausse, même celle du Soudan. Les trois autres sont presque identiques, avec une dispersion d'environ 60 % également.
- Pour les Républiques d'Asie centrale, on ne dispose d'aucune ligne de tendance.

L'effort des programmes réagit avec le milieu social au niveau de son impact sur l'utilisation de la contraception et la fécondité, comme l'a établi pour la première Berelson (1974), qui a classé les pays selon l'effort des programmes et le milieu social, en indi-

Milieu social	Score d'effort des programmes		
	Supérieur et moyen-supérieur	Moyen-inférieur et inférieur	Moyenne
Supérieur et moyen-supérieur	61	58	60
Moyen-inférieur et inférieur	44	28	38
Moyenne	55	45	52

quant dans les cellules des valeurs pour les accepteurs de contraceptifs, les contracepteurs et la baisse de la fécondité. L'analyse a été renouvelée avec un plus grand nombre de pays par Freedman et Berelson (1976), Mauldin et Berelson (1978) et d'autres, dans d'autres cadres, depuis. Le tableau récapitulatif ci-dessous montre comment cette synergie se maintient parmi les pays à taux de fécondité intermédiaire, avec leur moindre dispersion de FC. L'utilisation varie selon le milieu social et, séparément, selon l'effort des programmes, mais surtout le long de la diagonale pour les deux. Chaque cellule indique la valeur moyenne d'utilisation de la contraception pour les pays considérés. La moyenne pour l'ensemble des pays est de 52% d'utilisateurs, oscillant entre 28% et 61% (le tableau 4 donne des informations détaillées par pays).

Tableau 4
Utilisation de la contraception, selon l'effort de planification familiale et le milieu social, pour les pays à taux de fécondité intermédiaire (2,1 à 4,9)

Milieu social	Score total de l'effort des programmes (1999)					
	Supérieur et moyen-supérieur	Moyen-inférieur et inférieur	Moyenne			
Supérieur et moyen-supérieur	Algérie	47	Costa Rica	75		
	Bésil	77	Équateur	57		
	Colombie	72	Honduras	50		
	République dominicaine	64	Jordanie	53		
	Égypte	55	Kirghizistan	60		
	El Salvador	60	Mongolie	57		
	Iran (République islamique d')	73	Paraguay	51		
	Jamaïque					
	Mexique					
	Nicaragua					
	Panama					
	Pérou					
	Philippines					
	Afrique du Sud					
	République arabe syrienne					
	Tunisie					
Turquie						
Ouzbékistan						
	Moyenne	61	58	60		
Moyen-inférieur et inférieur	Bangladesh	49	Bolivie	48		
	Ghana	20	Guatemala	31		
	Inde	41	Haïti	18		
	Indonésie	57	Myanmar	33		
	Kenya	39	Soudan	10		
	Lesotho					
	Maroc					
	Népal					
	Viet Nam					
		Moyenne	44	Moyenne	28	38
	Moyenne	55	45	52		

Source: Adapté de Ross et Stover (2001).

NIVEAUX PLAFONDS POUR L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET L'EFFORT DES PROGRAMMES

Jusqu'où pourraient monter les valeurs de l'utilisation de la contraception et de l'effort des programmes? Un niveau plafond pour l'utilisation de la contraception oscille entre 80 et 85 %, selon les valeurs mesurées dans le cadre des enquêtes concernant les exemples de la Chine (83 %), de la Région administrative spéciale chinoise de Hong Kong (86 %) et de la province chinoise de Taiwan (82 %). Dans d'autres cas, on a relevé des valeurs dont la dispersion est comprise entre 70 et 80, comme en République de Corée (77 %), en Thaïlande (73 %), au Viet Nam (75 %), au Brésil (77 %), en Colombie (73 %), au Costa Rica (75 %), à Porto Rico (78 %) et à Maurice (75 %). L'exemple le plus proche au Moyen-Orient est la République islamique d'Iran (70 %). Les chiffres les plus élevés ont été constatés lorsque la stérilisation est une composante majeure, sauf au Viet Nam et à Maurice. L'utilisation de la contraception dans la dispersion de 75 à 85 % est tout à fait dans la logique du niveau de fécondité correspondant au seuil de remplacement et s'accompagne en général d'une prolongation du célibat et d'un certain recours à l'avortement.

Chose intéressante, un plafond analogue existe dans le cas du score total d'EPF. Les programmes les plus forts se sont stabilisés entre 80 et 85 % du maximum de 100. Les programmes asiatiques obtiennent là encore des succès remarquables. C'est le cas de la Chine (86 %) et de la province chinoise de Taiwan (79 %), ainsi que de l'Indonésie (82 %). D'autres pays ont un score supérieur à 70 : Thaïlande (75 %) et Viet Nam (76 %) en Asie, République islamique d'Iran (71 %) et Tunisie (71 %) au Moyen-Orient, Maurice encore (71 %) et Mexique (75 %) en Amérique latine. De pareils chiffres ne sont atteints que lorsque la composante de l'EPF correspondant à la disponibilité de la méthode contraceptive réalise un score élevé (on fait référence à l'ensemble de la population ayant facilement accès aux méthodes, parmi lesquelles la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule ou les contraceptifs injectables, le préservatif masculin et l'avortement médicalisé).

Naguère, une augmentation d'utilisation de 2 points par an (par exemple de 50 % à 52 % des couples utilisant une méthode donnée) était une limite supérieure applicable dans la pratique, encore que la République de Corée ait progressé de 2,5 points par an depuis environ 20 % à environ 75 % et qu'un très petit nombre d'autres pays aient progressé à ce rythme. À raison de 2 points par an, le taux d'utilisation de la contraception d'un pays peut s'élever de 40 % à 75 % en 17 ans environ. Toutefois, une présentation tabulaire (empruntée à Organisation des Nations Unies, 2000a, p. 26) indiquant le rythme pour 34 pays à taux de fécondité intermédiaire ayant fait l'objet de nouvelles enquêtes fait apparaître les profils repris au tableau 5. Comme le montrent les moyennes indiquées à droite du tableau, il n'y a pas de relation apparente entre le rythme d'augmentation et le niveau de départ, ce qui pourrait tenir en partie au fait que les dates de départ et les intervalles varient (contrairement au tableau 6). La plupart des pays se retrouvent dans la colonne du milieu, à un rythme d'environ 1,5 % par an. À ce rythme, il faut 23 ans pour que le taux d'utilisation passe de 40 % à 75 %, période pendant laquelle une bonne partie de l'accroissement de la population supplémentaire devra être intégrée dans les pyramides des âges. Pour les chiffres absolus, l'Inde dominera ces développements.

On ignore si l'utilisation de la contraception des pays va augmenter à un rythme régulier sur une longue période. Dans le passé, elle a pu stagner dans quelques-uns d'entre eux autour de 55 %, et il existe des raisons (voir plus loin) pour lesquelles cela pourrait se produire.

En appliquant la même analyse et les mêmes frontières de cellules aux scores d'EPF, on obtient un rythme de 1,18 point par an pour les 38 pays analysés dans toutes les séries de l'étude (tableau 6). Le profil qui se dégage à partir du niveau initial est très différent de celui de l'utilisation de la contraception, car la moyenne de l'augmentation annuelle est étroitement liée au niveau de départ. La moyenne descend de 2,62 à 1,43, 1,01, 0,36 et 0,12 à mesure qu'augmente le niveau de départ, et la distribution des pays se situe manifestement le long de la diagonale.

Tableau 5
Distribution des pays selon le rythme d'augmentation de l'utilisation de la contraception et le niveau de départ

Niveau d'utilisation antérieur	Augmentation annuelle en points (%) de l'utilisation de la contraception			Moyennes
	< 1,0	1,0-1,9	Au moins 2	
Moins de 15 %	Ghana Soudan	Haïti Lesotho Népal		0,96
15-34 %	Guatemala Inde Jordanie	Bolivie Égypte Honduras Kenya Malaisie Nicaragua Philippines République arabe syrienne	Bangladesh Maroc	1,35
35-49 %		Algérie République dominicaine Équateur Indonésie Paraguay Pérou Afrique du Sud Tunisie	Iran (République islamique d')	1,41
50-64 %	Colombie Panama	Mexique Turquie Viet Nam		1,24
Au moins 65 %	Costa Rica	Brésil		0,95
Moyenne générale				1,27

Source: Organisation des Nations Unies (2000), p. 26, tableau 5.

Les moyennes ne font apparaître aucune tendance, et la combinaison des catégories ne modifie pas l'absence de profil.

Cela montre que les possibilités d'amélioration sont plus grandes lorsque le niveau de départ est bas, mais cela confirme également l'observation faite plus haut selon laquelle ce sont les programmes plus faibles qui ont le plus progressé au fil des ans. Cela augure bien de la poursuite de l'augmentation de la moyenne.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Nous pouvons présenter deux séries de considérations, les unes négatives et les autres positives, susceptibles d'affecter les tendances futures de l'effort des programmes et des effets exercés par les programmes.

Il y a plusieurs considérations négatives. Tout d'abord, il y a des limites à ce que ces programmes peuvent accomplir. À moins d'adopter l'approche draconienne qui a cours en Chine, ils sont dans une grande mesure limités par les préférences individuelles. On rencontre dans chaque pays un sous-groupe d'individus et de couples qui souhaitent éviter la grossesse, qui sont disposés à utiliser la contraception et qui le feront à des taux d'utilisation supérieurs avec l'assistance d'un programme organisé. L'importance numérique de ce sous-groupe fixe une limite supérieure, reflet d'une situation créée au fond par la programmation de la cohabitation, les coutumes en matière d'espacement des naissances et le nombre d'enfants souhaité. Ces aspects sont à leur tour ancrés dans un certain contexte social et économique. Pour déterminer à quel rythme ces facteurs pourraient évoluer, il faut appliquer d'autres méthodes de calcul que celles dont il est question ici.

Ensuite, la force des programmes est partiellement tributaire de facteurs extérieurs. Les programmes ont exercé les effets les plus importants en symbiose avec des milieux sociaux favorables; lorsque ces derniers sont faibles, les infrastructures nécessaires à des

Tableau 6
Distribution des pays selon le rythme d'augmentation du score total d'effort, rapporté au niveau de départ

Niveau d'utilisation antérieur	Augmentation annuelle en points (%) des scores totaux d'effort, 1982-1999			Moyennes
	< 1,0	1,0-1,9	Au moins 2	
Moins de 15 %		Myanmar Soudan	Bolivie Iran (République islamique d') Lesotho Paraguay Rép. arabe syrienne	2,62
15-34 %	Costa Rica Guatemala Venezuela	Honduras Jordanie Liban Turquie	Algérie Ghana Kenya Pérou	1,43
35-49 %	Brésil Équateur Haïti	Chili Égypte Maroc Népal		1,01
50-64 %	République dominicaine El Salvador Jamaïque Panama Philippines Tunisie	Bangladesh Malaisie Viet Nam		0,36
Au moins 65 %	Colombie Inde Indonésie Mexique			0,12
Moyenne générale				1,18

Source: Fichiers de l'effort des programmes.

interventions importantes dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'agriculture ou autres ne peuvent pas vraiment remplir leur rôle. Ce que Berelson a appelé la « quatrième cellule » reste d'actualité: très peu de pays se retrouvent dans la cellule du tableau correspondant à un cadre social faible et à un programme fort. Bangladesh a été une notable exception à la règle.

D'autres limitations opèrent dans la chaîne reliant les activités des programmes et la fécondité: les programmes les plus forts ont plafonné à environ 85 % des scores maximaux; dans certains cas, ils peuvent simplement remplacer la contraception privée (mais, dans d'autres cas, la stimuler); l'utilisation de la contraception dont ils sont responsables est parfois remise en question par des échecs et l'irrégularité des prises, quand la contraception n'est utilisée que pendant une partie seulement de l'intervalle génésique, ne sert pas en partie aux fins d'un espacement inefficace des naissances ou ne remplace pas l'allaitement. Toutes ces limitations affaiblissent toute corrélation bi-univoque entre la force des programmes et la fécondité. Toutefois, on a établi l'existence d'un lien solide entre la force des programmes et la réduction de la fécondité *non désirée* (Bongaarts, 1994).

Là où la FC est descendue au seuil de remplacement, les dirigeants de certains pays ont manifesté leur inquiétude face à l'éventualité d'une baisse excessive de la fécondité, avec ses conséquences délétères. En ce sens, le succès même des programmes peut entraîner leur disparition. La République de Corée en offre un bon exemple: après avoir atteint une FC basse, le pays a pour l'essentiel démantelé le programme national à coup de compressions budgétaires et de réduction de personnel.

Les donateurs, de leur côté, peuvent se lasser de financer les mêmes programmes d'année en année. Les ressources financières des grandes organisations, telles que l'USAID, le FNUAP et la Banque mondiale, et de certains donateurs européens sont en proie à des perturbations chroniques, ce qui a contribué à limiter au court terme la planification de certains programmes de pays. Il faut également compter avec les virages

idéologiques tant sur le plan international qu'au sein des pays, lesquels, même s'ils sont depuis longtemps nécessaires et inévitables comme le revirement indien de 1996, n'en témoignent pas moins de l'incertitude affectant la démarche de l'effort des programmes. De graves chocs venus de l'extérieur peuvent compromettre inopinément les efforts déployés; le chaos national peut rendre pratiquement impossible toute activité utile, comme en Somalie, en République démocratique du Congo, au Rwanda ou en Afghanistan.

Les taux d'abandon des méthodes contraceptives à renouveler (à effet non permanent) limitent les effets exercés par les programmes. En pratique, toutes les méthodes à l'exception de la stérilisation ont des taux d'abandon relativement élevés. La plupart des personnes qui commencent à utiliser une méthode à effet non permanent interrompent ou abandonnent l'utilisation, non parce qu'elle ne les intéresse plus, mais à cause de ses effets secondaires sur la santé, par peur, parce qu'elle est inconfortable, coûte cher ou est difficile à se procurer. Seul un sous-groupe relativement peu nombreux juge chaque méthode satisfaisante pour une période comprise entre 5 et 15 ans. Toutes les méthodes à effet non permanent, aussi nécessaires et utiles qu'elles soient, ont des taux de continuité d'utilisation relativement faibles. D'une manière générale, parmi les femmes commençant à utiliser la pilule ou un contraceptif injectable, la moitié au moins abandonnent avant un an, et les taux d'abandon de l'utilisation du préservatif masculin sont pires. Dans les pays en développement, le DIU et les implants sont utilisés en moyenne environ 3,5 ans.

L'état de la technologie des contraceptifs laisse à désirer. Quel que soit le degré de motivation du public pour la prévention de la grossesse, les défauts d'ordre technologique réduisent l'effet net sur la fécondité, en particulier sur la fécondité non désirée. Une étude portant sur 15 pays (Blanc, Curtis et Croft, 2002) est parvenue à la conclusion que la fécondité cumulée (FC) serait inférieure de 4 à 29 % en l'absence d'échecs de la contraception et, sans les autres types d'abandons, elle serait réduite de 20 à 48 %. Les effets étaient plus importants sur la fécondité cumulée non désirée; plus de la moitié de la fécondité non désirée récente était due à des naissances précédées soit d'un échec de la contraception, soit d'un abandon de la contraception dans tous les pays sauf un. De plus, il existait une corrélation négative entre les abandons dus à un problème de qualité et les mesures de l'effort des programmes.

Les abandons créent une limite pour les programmes. Si 15 % des femmes commencent à utiliser une méthode pendant une année donnée et utilisent une méthode à effet non permanent même pendant 3,5 ans, le taux d'utilisation se stabilise à 53 %, très en deçà du niveau de fécondité correspondant au seuil de remplacement. Pour maintenir ce niveau, on doit pouvoir compter sur des mouvements compensatoires d'entrée dans le groupe des contracepteurs et de sortie de ce groupe, un processus de moulinage qui implique un grand gaspillage pour les couples et bien des pesanteurs et un coût élevé pour le programme. Cela reste vrai en général, nonobstant la portion des abandons utiles à mesure que les couples recherchent la méthode contraceptive la mieux adaptée à leur situation et changent de méthode à mesure qu'ils passent d'un âge de leur vie au suivant.

Un grand nombre de femmes du monde en développement ont le nombre d'enfants souhaité quand elles atteignent l'âge de 30 ans et doivent faire face à une période de 15 ans pendant laquelle elles ont besoin d'être protégées contre les naissances et les avortements non désirés. Le passage à l'âge final, celui de la protection permanente, a besoin de l'option que représente la stérilisation masculine ou féminine, avec son taux d'échec proche de zéro et sa continuation à long terme automatique. En l'absence de cette option, il est difficile d'atteindre un taux d'utilisation élevé (dans ces pays, la corrélation entre l'utilisation de la contraception toutes méthodes confondues et l'utilisation de la stérilisation donne un R^2 de 0,24). L'absence de la stérilisation parmi les options en matière de contraception introduit une sérieuse restriction, et il sera plus facile pour ces pays de se rapprocher du seuil de remplacement s'ils parviennent à généraliser cette option.

Cependant, certains d'entre eux ne s'y résoudront sans doute jamais. La stérilisation est acceptée dans très peu de pays musulmans, qui lui préfèrent de loin le DIU et d'autres méthodes. La Tunisie mise à part, aucun pays du Moyen-Orient n'a vu l'utilisation de la

stérilisation concernent plus de 5 % des couples et, dans la plupart de ces pays (Algérie, Égypte, Iraq, République arabe syrienne et Turquie), elle n'est utilisée que par 2 ou 3 % des couples. Cette proportion est plus élevée en Iran, où 12 % des couples y avaient recours selon l'enquête de 1994. En Indonésie, ils ne sont que 3 % à le faire et au Bangladesh, qui appelle l'attention sur cette méthode au plan national depuis des années, 8 % des couples seulement l'utilisent. Ces chiffres peu élevés tiennent en partie à des facteurs culturels, parmi lesquels les objections des fondamentalistes, en partie à des attitudes négatives de la part des élites médicales et en partie au fait que les programmes n'ont pas su mettre discrètement la méthode à la disposition de l'ensemble de la population. Parmi tous ces pays, seul l'Iran a obtenu un taux global élevé d'utilisation.

Les considérations positives compensent les considérations négatives. On les rencontre pour l'essentiel dans les statistiques des augmentations globales de l'effort des programmes pendant chaque période séparant deux enquêtes depuis 1972. Les scores des pays pris individuellement font apparaître des variations considérables, mais, à l'échelle mondiale, l'effort des programmes s'est accru. C'est en particulier le cas de la simple augmentation du nombre des individus ayant accès aux méthodes contraceptives.

S'agissant de l'avenir, on peut toujours s'attendre à voir la technologie des contraceptifs faire des progrès décisifs qui rendraient tant l'adoption que l'utilisation continue de méthodes contraceptives fiables plus faciles à adopter pour le contracepteur et plus faciles à gérer pour les responsables de l'exécution des programmes. L'activité du secteur privé bénéficierait de ces progrès, que les programmes pourraient stimuler et renforcer.

La simple institutionnalisation de ces programmes dans les Ministères de la santé et des finances ainsi que dans les organismes d'aide internationaux et nationaux qui les soutiennent doit être considérée comme un important facteur positif. Ces programmes ont leur dynamique propre et, en dépit des exigences du budget annuel et des difficultés liées aux disponibilités en personnel, ils sont là pour rester.

Il faut aussi compter avec le battage sur les travaux de recherche et d'analyse qui continuent d'attirer l'attention du public sur la croissance inévitable de la population mondiale et les fardeaux qui lui sont associés. Ce sont des données et leur analyse qui ont conduit la Chine, l'Inde, le Bangladesh, l'Indonésie, le Mexique et d'autres à prendre des décisions historiques pour faire face à des taux d'accroissement de leur population hors du commun et à leurs répercussions. La dynamique créée par la connaissance démographique a été renforcée par des analyses des autres raisons de mettre des méthodes contraceptives à la disposition de toute la population. La base d'information a conservé leur raison d'être à des programmes de grande ampleur organisés au niveau national et on peut s'attendre à la voir continuer de le faire.

Un dernier facteur qui tend à faire pencher la balance en faveur du maintien des effets des programmes est le mouvement net de groupes jeunes de la population d'âge actif vers les zones urbaines, où les services peuvent être davantage concentrés et efficaces et permettre de faire face à l'augmentation rapide du nombre des utilisateurs, laquelle découle de l'accroissement de la population et de l'expansion de l'utilisation de la contraception. Les services de médecine clinique sont plus répandus dans les villes, où leurs clients ont accès aux DIU, aux contraceptifs injectables, aux implants et à la stérilisation. L'élévation du niveau d'instruction, là où il se produit, renforcera l'absorption de ces services dans les secteurs tant public que privé. Enfin, l'amélioration des infrastructures, si elle se produit, facilitera l'exécution des programmes.

Le rôle du VIH/sida est probablement un facteur neutre pour ces pays à taux de fécondité intermédiaire, mais cela reste à vérifier sur une longue période. Les pays d'Afrique subsaharienne à forte incidence du VIH ne figurent pas parmi le groupe, si bien que sur les 53 pays examinés ici, les 12 pays où la prévalence du VIH est supérieure à 1 % des adultes ne regroupent que 6 % de la population totale. Les 41 autres pays, où la prévalence du VIH est faible, regroupent 94 % du total.

En résumé, il existe une série d'éléments positifs qui faciliteront les contributions des programmes à l'avenir et compenseront certains des éléments négatifs. L'effet net dé-

pendra du pays considéré; quelques-uns de ces pays, comme l'Indonésie, le Bangladesh, le Mexique, le Viet Nam et la République islamique d'Iran ont déjà réalisé des scores d'effort élevés, qui sont donc plus difficiles à améliorer. Cela étant, la plupart des autres programmes présentent d'importantes possibilités d'amélioration, et leur bilan est encourageant. Les travaux publiés depuis le milieu des années 70 au moins, y compris ceux parrainés par les Nations Unies et les autres analyses dont il a été question plus haut, constatent que, dans l'ensemble, les programmes ont exercé des effets sur la fécondité. Pour l'ensemble du monde en développement jusqu'en 1990, on estime que les programmes ont rendu possible une réduction d'environ 412 millions d'individus et devaient, selon les projections, grossir considérablement ce chiffre (Bongaarts, Mauldin et Phillips, 1990). À cette date, on attribuait aux programmes organisés environ la moitié de la baisse de fécondité enregistrée depuis les années 50 soit, en moyenne, un impact net dans le monde en développement à la fin des années 80 d'environ 1,4 naissance par femme (Bongaarts, 1997).

Dans les années postérieures à ces analyses, certains pays se sont rapprochés du seuil de remplacement, ce qui implique un ralentissement de la baisse à venir; de plus, il existe certains effets de calendrier qui peuvent ultérieurement atténuer, voire inverser la baisse à un faible niveau. Cela dit, les pays sont très différents les uns des autres: pour certains d'entre eux, les récents taux de baisse ne les conduiront pas au seuil de remplacement pendant encore un certain temps et, entre-temps, les programmes auront amplement l'occasion de continuer à exercer leurs effets et à progresser. Même les programmes les plus forts opèrent des choix dans les 30 scores d'effort des programmes; aucun d'entre eux n'obtient un score maximal pour les 30 éléments. Ils diffèrent non seulement par leur force globale, mais par les éléments qu'ils privilégient. Les responsables qui s'emploient à optimiser les effets futurs des programmes, de façon librement consentie, évalueront approximativement les éléments d'un programme d'effort élevé. À en juger par les indices d'EPF établis au fil des ans, un tel programme:

- Ménage à l'ensemble de la population des approvisionnements et des services de proximité de qualité;
- Présente un large éventail de méthodes contraceptives;
- Prévoit des méthodes d'interruption de grossesse licites et sans danger;
- Recourt systématiquement aux médias pour informer le public;
- Légitime l'espacement des naissances et sa propre existence à l'occasion de fréquentes déclarations de hauts responsables et d'importantes personnalités du secteur privé;
- Anime le secteur médical et les pharmacies privés, par exemple par le biais de programmes de ventes subventionnées;
- Élimine les droits de douane et autres taxes sur les contraceptifs et assouplit les obstacles réglementaires; autorise la publicité pour les produits et services contraceptifs;
- Met en place des sous-programmes spécialisés, tels que la distribution de contraceptifs à l'échelon de la collectivité, les déplacements à domicile, l'assistance post-partum et postérieure à un avortement;
- Tend la main aux adolescents par le biais de l'école, de l'armée et d'autres filières;
- Prend des dispositions pour faire respecter un âge minimal au mariage pour les deux sexes;
- Use de ses bons offices pour solliciter la coopération d'institutions de la société pouvant s'avérer hostiles ou, à tout le moins, obtenir leur accord.

Ces éléments fondamentaux peuvent être mis en œuvre dans différents contextes et répondre à des logiques différentes, par le biais du ministère de la santé pour des raisons tenant à la santé, ou par l'intermédiaire de ministères différents au nom d'un ensemble de raisons tenant à la démographie, à la santé, aux sexes spécifiques et aux droits de l'homme. Certains programmes iront plus loin en s'ouvrant à l'emploi féminin, aux travaux à domicile ou aux activités génératrices de revenus.

Jusqu'où un tel programme ira-t-il en matière de réduction de la fécondité? En substance, il encourage et aide à adopter un comportement en matière de fécondité « qui prolonge le célibat et favorise les familles peu nombreuses » qui a été vivement conseillé en Chine, mais en lui donnant un caractère facultatif et en préservant le choix individuel. Il permet à chaque couple d'atteindre ses propres objectifs et réduit le nombre des naissances dans le pays jusqu'à la limite ou plancher qui exprime ce que les couples veulent réellement, moins les naissances que la stérilité rend impossibles.

Le plancher continuera d'inclure les naissances « voulues à moitié ». Même s'ils ont facilement accès à des services contraceptifs de qualité par les filières publique et privée, certaines personnes ne veulent pas y avoir recours pour des raisons religieuses, à cause des pressions contradictoires qui s'exercent au sein des couples ou des familles, ou par ambivalence personnelle. Ce qui est éliminé, toutefois, ce sont les grossesses et les naissances qui sont assurément non désirées, y compris la plupart des grossesses qui donneraient lieu à un avortement.

Avec le changement social, ce plancher des naissances qui sont activement recherchées tend à descendre et les naissances connaissent un changement selon le rang de naissance. Les premières et secondes naissances continuent, tandis que les troisièmes et quatrièmes (et au-delà) diminuent. Avec le temps, les secondes naissances se font moins nombreuses. L'âge au mariage peut s'élever; les naissances prénuptiales chez les adolescentes peuvent diminuer; et l'espacement des naissances, s'il intervient, aura tendance à réduire les taux de fécondité du moment. On ne discerne encore aucun signe de fléchissement des augmentations remarquables de l'utilisation de la contraception parmi ce groupe de pays, et leur score moyen d'effort de programmes a augmenté dans toutes les enquêtes réalisées jusqu'ici. Toutefois, les deux tendances sont liées à des changements futurs du milieu social qui ne sont pas encore assurés.

BIBLIOGRAPHIE

- Berelson, Bernard (1974). An evaluation of the effects of population control programs. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 5, n° 1, p. 1-12.
- (1978). Prospects and programs for fertility reduction: What and where? *Population and Development Review* (New York), vol. 4, n° 4, p. 579-616.
- Blanc, Ann K., Sian L. Curtis et Trevor N. Croft (2002). Monitoring contraceptive continuation: Links to fertility outcomes and quality of care. À paraître in *Studies in Family Planning*. Version antérieure disponible sous la forme de «Does Contraceptive Discontinuation Matter?: Quality of Care and Fertility Consequences.» University of North Carolina, Measure Evaluation Working Paper WP-99-14, 1999.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin et J. E. Phillips (1990). The Demographic impact of family planning programs. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 21 n° 6, p. 299-310.
- (1994). The impact of population policies: Comment. *Population and Development Review* (New York), vol. 20, n° 3, p. 616-620.
- (1997). The role of family planning programmes in contemporary fertility transitions. In *The Continuing Demographic Transition*, Gavin W. Jones, John C. Caldwell, Robert M. Douglas et Rennie M. D'Souza (dir.). Oxford: Oxford University Press; Oxford: Clarendon Press, p. 422-444. Version antérieure publiée sous la forme de (1993) *The fertility impact of family planning programs*. New York: Population Council Working Paper No. 47.
- Freedman, Ronald et Bernard Berelson (1976). The record of family planning programs. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 7, n° 1, p. 1-40.
- Lapham, Robert J. et W. Parker Mauldin. (1972). National family planning programs: Review and evaluation. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 3, n° 3, p. 29-52.
- Mauldin, W. Parker et Bernard Berelson (1978). Conditions of fertility decline in developing countries, 1965-75. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 9, n° 5, p. 84-148.
- et John A. Ross (1994). Prospects and programs for fertility reduction, 1990-2015. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 25, n° 2, p. 77-95.

- Organisation des Nations Unies (1978a). *Methods of Measuring the Impact of Family Planning Programmes on Fertility: Problems and Issues* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.78.XII.2).
- (1978b). *Manuel IX. Méthodologie des mesures de l'effet exercé sur la fécondité par les programmes de planification de la famille* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.78.XIII.8; Additif. ST/ESA/SER.A/66/Add.1.).
- (1981). *Evaluation of the Impact of Family Planning Programmes on Fertility: Sources of Variance* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.81.XIII.9).
- (2000a). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*. (publication des Nations Unies).
- (2000b). *World Population Prospects: The 2000 Revision, vol. I, Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.01.XIII.8).
- Ross, John A. et John Stover (2000). New effort indices for family planning programs, 1999, and projections to 2004. Présenté à la Conférence sur les programmes de planification familiale au XXI^e siècle, Dhaka (Bangladesh), 17-20 janvier, organisée par le Comité de la fécondité et de la planification familiale de l'UIESP et le Programme de recherche opérationnelle du Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques.
- et John Stover (2001). The Family planning program effort index: 1999 Cycle. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 27, n° 3, p. 119-129.
- Winfrey, William (2002). Communication personnelle.
- Westoff, Charles F. (2002). Communication personnelle.

La fin de la transition de la fécondité dans le monde en développement

*John Bongaarts**

Au cours des quatre dernières décennies, le comportement procréateur a rapidement évolué dans une grande partie du monde en développement. La fécondité cumulée (FC) moyenne est tombée du chiffre traditionnel d'au moins six à moins de trois aujourd'hui, et l'utilisation de la contraception — naguère rare — est à présent très répandue. Entre le début des années 60 et la fin des années 90, les baisses de fécondité les plus importantes ont eu lieu en Asie (-52 %) et en Amérique latine (-55 %) et la moins importante en Afrique subsaharienne (-5 %) (Organisation des Nations Unies, 2001). Les écarts entre pays sont encore plus importants, certains achevant la transition vers la fécondité de remplacement en un temps record (Chine, Hong Kong, Singapour, République de Corée, par exemple), tandis que d'autres (essentiellement en Afrique subsaharienne) n'ont pas vraiment évolué sur le plan du comportement en matière de procréation.

Ces récentes baisses de fécondité ont été plus rapides et généralisées que prévu. Ainsi, par exemple, bien que les projections établies sur la base de la variante moyenne par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU dans les années 70 et 80 aient correctement prévu des baisses massives de fécondité pour les années 90, les niveaux effectivement observés pendant les années 90 ont été encore inférieurs à ces projections pour certaines régions du monde. Les baisses importantes qui se sont produites dans quelques pays pauvres et essentiellement agricoles, tels que le Bangladesh, ont été plus particulièrement surprenants. Les démographes et les spécialistes des sciences sociales ont avancé toute une série de théories pour expliquer pourquoi ces transitions en matière de fécondité avaient été aussi rapides, mais aucun consensus n'a pu se dégager sur cette question qui, comme en témoigne les travaux démographiques publiés, reste très controversée (voir Bulatao et Casterline, 2001, pour une analyse récente).

La baisse de la fécondité étant à présent une réalité un peu partout dans le monde en développement, le débat sur les tendances futures de la fécondité est axé non plus sur les premières phases de la transition, mais sur ses phases ultérieures. Jusqu'à une date récente, on ne se souciait qu'épisodiquement d'appréhender les déterminants du comportement procréateur des pays en développement à taux de fécondité relativement faible. Les théories classiques sont pratiquement muettes au sujet du rythme de la baisse de fécondité ou du niveau auquel la fécondité se stabilisera en fin de transition. Toutefois, on présume souvent que les baisses en cours vont se poursuivre et qu'une fécondité proche du seuil de remplacement d'environ deux naissances par femme s'imposera à long terme (pour différents points de vue, voir Caldwell, 1982; Demeny, 1997; National Research Council, 2000). Sur cette question, l'Organisation des Nations Unies incorpore depuis longtemps les vues de la communauté démographique dans ses projections. Selon les projections les plus récentes établies sur la base de la variante moyenne, presque toutes les sous-régions du monde en développement auront achevé leur transition entre 2025 et 2030, avec des FC égales ou inférieures à 2,2. Les seules exceptions devraient être l'Afrique subsaharienne et l'Asie de l'Ouest, où les projections placent la FC à 3,5 et 2,8, respectivement (Organisation des Nations Unies, 2001).

* Conseil de la population, New York (États-Unis d'Amérique).

Ces hypothèses concernant la poursuite des baisses de fécondité sont cruciales pour les tendances futures des effectifs de la population. Au cours des décennies qui viennent, en effet, l'accroissement de la population sera très supérieur aux projections actuelles si les baisses de fécondité sont moins rapides qu'on ne le prévoit aujourd'hui ou si la fécondité en fin de transition reste supérieure au seuil de remplacement (Casterline, 2001a; Organisation des Nations Unies, 2001).

La présente étude examine les tendances et schémas récents de la fécondité dans le monde en développement, en focalisant plus particulièrement l'attention sur les phases ultérieures de la transition. On se propose essentiellement de repérer dans les statistiques antérieures les phénomènes réguliers susceptibles de fournir des indications sur les tendances futures. Les principales questions examinées sont celles-ci : 1) le rythme de la baisse de la fécondité et l'évolution de ce rythme pendant la période de transition; et 2) les déterminants du niveau de fécondité en fin de transition. On commence par passer en revue les statistiques de l'évolution de la fécondité dans le monde en développement au cours du dernier demi-siècle. Ensuite, pour aider à rendre compte des transitions observées, on analyse le lien existant entre la FC et les indicateurs socioéconomiques. En conclusion, on propose une synthèse des implications pour les tendances futures de la fécondité.

SCHÉMAS DE LA TRANSITION CONTEMPORAINE DE LA FÉCONDITÉ

Données

La présente analyse des tendances antérieures de la fécondité dans le monde en développement s'appuie sur les estimations les plus récentes établies par les Nations Unies pour 143 « pays moins développés » (Organisation des Nations Unies, 2001). Cet ensemble de données présente des estimations sous la forme de moyennes sur cinq ans entre les périodes 1950-1955 et 1995-2000 et porte sur tous les pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes (à l'exception du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande). Aux fins de la présente étude, on a établi des estimations annuelles de la FC à partir de ces moyennes quinquennales par interpolation classique. On part de l'hypothèse que le début de la transition est l'année au cours de laquelle la FC tombe à 5 % au-dessous du niveau maximal observé entre 1950 et 2000. Ce seuil d'entrée dans la transition a été préféré à la baisse de 10 % utilisée dans un grand nombre d'études antérieures, afin de tenir compte d'une critique adressée à la pratique antérieure par Casterline (2001), qui relève à juste titre qu'une transition peut être amorcée plusieurs années avant qu'un pays ne parvienne à une baisse de 10 %. Le seuil de baisse de 5 % utilisé ici atténue ce problème¹.

¹ Dans certains pays, la fécondité a varié au point que la FC est d'abord tombée au-dessous du seuil de 5 % avant de remonter, puis de redescendre en-dessous de ce seuil. Aux fins de la présente étude, on utilise comme année de transition l'année la plus récente pour laquelle le seuil de 5 % a été atteint.

Niveaux de fécondité en 1995-2000

En 1995-2000, la moyenne (pondérée) de la FC pour l'ensemble du monde en développement serait de 3,1. Cette moyenne est très largement influencée par la fécondité relativement faible de très grands pays, en particulier de la Chine (FC = 1,8). Il s'ensuit que la moyenne non pondérée, qui donne à chaque pays le même poids, est sensiblement supérieure (4,1). Les FC des pays pris séparément accusent une forte variation, puisqu'elles oscillent entre 1,2 à Macao et 8 au Niger. Dans l'analyse qui va suivre, le pays est l'unité d'analyse et les moyennes non pondérées de la FC et d'autres indicateurs démographiques et socioéconomiques seront utilisés (sauf indication contraire), car il s'agit ici de comprendre et de prévoir les tendances futures de la fécondité des pays.

Étant donné que l'immense majorité des pays en développement ne sont pas encore parvenus au bout de leur transition, il n'est pas possible de décrire en détail les schémas qui caractérisent des transitions complètes dans le monde en développement. Certes, certains pays ou territoires en développement — environ un sur sept (21/143) — ont déjà atteint une FC égale ou inférieure à 2,1; c'est notamment le cas de la Chine, de la Région administrative spéciale chinoise de Hong Kong, de Singapour, de la République de Corée

et de plusieurs îles des Caraïbes. Malheureusement, le cas de cette série de pays ou territoires n'est pas représentatif du monde en développement en général et ne peut donc pas servir à tirer des conclusions fiables quant aux schémas futurs de transition qui seront à l'œuvre dans les autres pays ou territoires (nous reviendrons sur ce point).

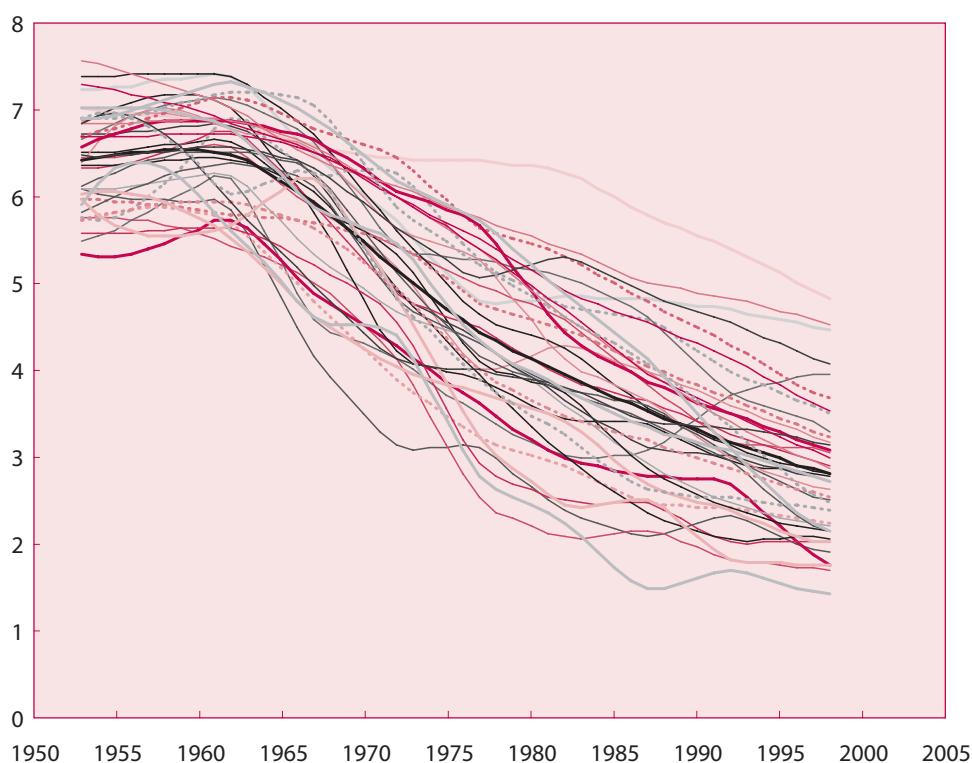
Schémas de fécondité dans les pays dont la transition a été engagée dans les années 60

En dépit de ces limitations, les transitions incomplètes observées jusqu'à présent fournissent de précieuses indications. Par exemple, l'acquis des pays ayant amorcé leur transition dans les années 60 constitue un bon point de départ pour l'analyse parce que ces transitions se sont engagées voilà au moins trois décennies. La figure 1 représente les tendances de la fécondité dans les 38 pays se trouvant dans ce cas. Trois caractéristiques de ces transitions ressortent clairement : 1) la fécondité est élevée jusqu'au début de la transition; 2) une fois la transition engagée, la fécondité baisse assez rapidement et continue généralement de le faire; 3) le rythme de la baisse ralentit à mesure que les pays atteignent les phases ultérieures de la transition. Dans cet ensemble de pays, la baisse annuelle de la FC était de 0,15 en moyenne au début des années 70 et n'était plus que de 0,06 dans les années 90.

En dépit de ces similitudes générales, les pays ayant amorcé leur transition dans les années 60 accusent des différences importantes quant au niveau et au rythme de la fécondité dans toutes les phases de la transition. On notera en particulier la grande dispersion des valeurs de la fécondité pour la période 1995-2000 entre 4,9 au Guatemala et 1,5 en République de Corée. Au bout de trois décennies de transition, huit seulement de ces 39 pays ont une FC égale ou inférieure à 2,1. Les baisses rapides jusqu'à un niveau inférieur au seuil de remplacement sont l'exception plutôt que la règle.

Figure 1
La FC de 1953 à 1998 des pays ayant amorcé leur transition dans les années 60

Naissances par femme



Source : Organisation des Nations Unies, 2001.

Rythme de la baisse de fécondité

² Par exemple, pour la période postérieure à 1975, un pays en transition en 1975 donne lieu à quatre observations de FC pour les périodes 1975-1980, 1980-1985, 1985-1990 et 1990-1995 et aux estimations de rythme correspondantes de 1975-1980 à 1980-1985, de 1980-1985 à 1985-1990, de 1985-1990 à 1990-1995 et de 1990-1995 à 1995-2000. Le fait que certains pays donnent lieu à un plus grand nombre d'observations que les autres pourrait causer une distorsion, mais ce problème est atténué en neutralisant les effets du niveau de la FC dans la figure 2.

³ Cette conclusion est conforme à celle de Casterline (2001a), qui a signalé que, dans les 10 premières années de la transition, les baisses nationales de fécondité avaient été plus rapides dans les années 60 qu'au cours des décennies ultérieures.

⁴ Une analyse plus poussée ne fait apparaître aucune tendance significative depuis 1975.

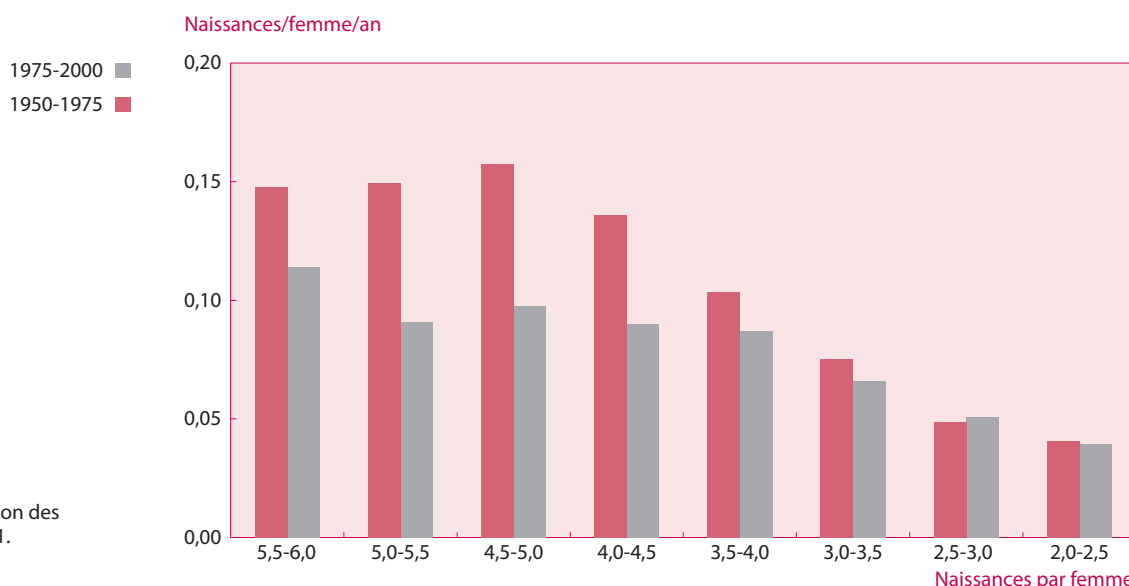
La question de savoir si le rythme de la baisse ralentit lors d'une phase ultérieure de la transition peut aussi être traitée en examinant des données transversales plus récentes émanant de tous les pays. Pour chaque pays, le rythme se mesure par la variation annuelle de la fécondité totale entre une période quinquennale et la suivante. Par exemple, la FC de l'ensemble du monde en développement a baissé de 0,43 naissance entre la période 1985-1990 et 1990-1995 (tombant de 3,80 à 3,37). Le rythme annuel de la baisse pour la période quinquennale 1985-1990 est donc de 0,086 (c'est-à-dire 0,43/5). la figure 2 représente le rythme moyen pour les groupes de pays à taux de fécondité différents. Toutes les observations faites après le début de la transition d'un pays sont incluses. Le lien existant entre le niveau de la FC et son rythme est représenté séparément pour les périodes antérieure et postérieure à 1975².

La principale conclusion est l'existence d'une corrélation positive entre le rythme du changement de fécondité et le niveau de fécondité : plus la FC est faible, plus le rythme du changement est lent. Par exemple, avant 1975, le rythme moyen annuel était de 0,15 pour les pays à FC comprise entre 4 et 6, mais le rythme n'a ensuite été que de 0,04 pour les pays à FC comprise entre 2,0 et 2,5.

L'examen comparatif de ce lien entre les périodes antérieure et postérieure à 1975 fait apparaître un rythme sensiblement plus rapide avant 1975 qu'après pour les pays se trouvant dans une phase précoce de la transition³. C'est ainsi que les pays en transition ayant une FC comprise entre 4 et 6 avant 1975 ont connu des baisses plus rapides que les pays ayant une FC comprise entre 4 et 6 après 1975⁴. En revanche, cette différence de rythme entre les périodes antérieure et postérieure à 1975 n'existait pas pour les pays à taux de fécondité plus faible. On essaie plus loin d'expliquer ce phénomène.

Ces données transversales sont compatibles avec le profil longitudinal observé parmi le groupe de pays ayant amorcé leur transition dans les années 60 (voir figure 1). Les deux séries de données font état d'une baisse importante du rythme à mesure que progresse la transition.

Figure 2
Rythme annuel de baisse de la FC, selon le niveau de FC, dans les pays en transition



Source : Organisation des Nations Unies, 2001.

Les années 90

Dans l'analyse précédente, les tendances de la fécondité ont été calculées à partir des estimations établies par les Nations Unies pour le demi-siècle écoulé. Malheureusement, dans de nombreux pays, les estimations concernant les années 90 sont basées sur des informations directes très limitées. Seuls un petit nombre de pays en développement publient des statistiques de l'état civil précises et on ne dispose d'enquêtes postérieures à 1995 que pour un nombre limité de pays supplémentaires. Les données de la série de recensements de 2000 n'étaient pas encore disponibles lorsque l'Organisation des Nations Unies (2001) a établi les estimations qu'elle a publiées. Dans beaucoup de pays, les estimations pour la période 1995-2000 sont donc obtenues indirectement ou sont des projections établies à partir des données de périodes antérieures.

Ces dernières années, les résultats d'un certain nombre d'EDS très récentes sont devenus disponibles. Ces nouvelles données fournissent des indications très utiles sur les tendances de la fécondité pendant les années 90. Aux fins de la présente analyse, on a choisi un sous-ensemble de pays à EDS dans lesquels deux enquêtes ont été réalisées dans les années 90 et où la FC se situait au-dessous de 4 au début des années 90⁵. Neuf pays satisfaisaient à ces critères; les deux estimations successives de leur FC sont présentées dans les deux premières colonnes du tableau 1. À l'époque de la première enquête, au début des années 90, la FC variait entre 3,9 en Égypte et 2,5 en Turquie. Au moment de la seconde enquête, réalisée à la fin des années 90 ou en 2000, la FC avait baissé dans la plupart des cas sauf en Turquie, où l'on a enregistré une légère augmentation. La FC la plus faible au moment de la seconde enquête était celle du Kazakhstan (2,1) et la plus élevée celle de l'Égypte (3,5).

Le rythme de la baisse entre les deux enquêtes a été en moyenne de 0,048 naissance par femme et par an. On remarquera que dans cinq des pays considérés, le rythme a été égal ou inférieur à 0,3, ce qui est très inférieur au rythme observé dans les années 80. Les transitions se sont considérablement ralenties dans ces pays pendant les années 90 ou ne progressent pratiquement plus.

La dernière colonne du tableau 1 indique le rythme de la baisse de fécondité telle que l'ONU l'a estimé pour la période séparant les deux EDS pendant les années 90. Le rythme moyen estimé par l'ONU pour cet ensemble de pays est de 0,074, ce qui est nettement plus élevé que l'estimation de 0,048 établie à partir des EDS. On ignore la raison de cette différence, qui pourrait tenir à des erreurs dans les estimations de l'une des EDS ou des deux. Mais il est également possible que l'ONU ait surestimé le rythme des baisses dans certains de ces pays.

⁵ Pour les pays ayant donné lieu à plus de deux enquêtes dans les années 90, on a retenu la première et la dernière.

Tableau 1
Estimations de la fécondité cumulée et du rythme annuel de la baisse de la FC dans les pays s'étant prêtés à deux EDS entre 1990 et 2000 et avec une FC < 4 au moment de la première enquête

	FC observée à partir des EDS		Rythme de baisse	
	Début des années 90	Fin des années 90	Estimations EDS	Estimations des Nations Unies
Bangladesh (1993/2000)	3,4	3,3	0,01	0,09
Colombie (1990/2000)	2,8	2,6	0,02	0,04
Égypte (1992/2000)	3,9	3,5	0,05	0,09
Inde (1993/1998)	3,4	2,8	0,11	0,08
Indonésie (1991/1997)	3,0	2,8	0,03	0,09
Kazakhstan (1995/1999)	2,5	2,1	0,11	0,06
Pérou (1992/2000)	3,5	2,8	0,09	0,09
République dominicaine (1991/1996)	3,3	3,2	0,02	0,07
Turquie (1993/1998)	2,5	2,6		-0,02
Moyenne	3,1	2,9	0,048	0,073

Source : Premiers rapports d'EDS de pays et interpolation à partir des données de l'Organisation des Nations Unies (2001).

Les trois éléments analysés ici — les tendances des pays amorçant leur transition dans les années 60, le rythme transversal à différents niveaux de fécondité et les tendances récentes qui se dégagent des EDS — permettent de tirer deux conclusions : en premier lieu, le rythme de la baisse de fécondité se ralentit généralement à mesure que la transition progresse. Ce n'est pas là une conclusion particulièrement surprenante ou controversable, mais la cause de cette tendance ne saute pas aux yeux. Qui plus est, le ralentissement, avec le temps, du rythme dans les pays se trouvant dans les premières phases de leur transition est inattendu et mérite une explication. En second lieu, en fin de transition, les données sont moins nettes, mais la convergence à 2,1 semble improbable au cours du prochain quart de siècle même pour les pays ayant déjà amorcé leur transition. Il serait plus plausible de présumer que les niveaux de fécondité en fin de transition dans les décennies qui viennent accuseront des variations considérables, certains pays tombant au-dessous du seuil de remplacement et d'autres bloqués à des niveaux plus élevés.

LIEN EXISTANT ENTRE LA FÉCONDITÉ ET LES INDICATEURS DU DÉVELOPPEMENT

Pour mieux comprendre les schémas contemporains de la transition en matière de fécondité, il est bon d'examiner le lien existant entre la fécondité et les indicateurs socio-économiques. On utilisera à cette fin cinq indicateurs classiques : l'espérance de vie à la naissance, le taux d'alphabétisation des adultes, le PIB réel par habitant (log) ajusté compte tenu du pouvoir d'achat, le pourcentage de la population urbaine et le pourcentage des actifs employés dans l'agriculture (Organisation des Nations Unies 2001; Banque mondiale 2000; Heston *et al.* 1995). Les données concernant la plupart de ces variables étant disponibles de 1960 au début des années 90, l'analyse qui va suivre est limitée à cette époque⁶. On a inclus dans l'analyse tous les pays pour lesquels ces données sont disponibles à l'exception des principaux pays exportateurs de pétrole (Arabie saoudite, Brunéi, Émirats arabes unis, Jamahiriya arabe libyenne et Oman), dont l'expérience de développement hautement inhabituelle ne sera pas examinée ici. En outre, on a exclu les années de crise, définies par des changements très importants et soudains de l'espérance de vie (comme dans le cas du Cambodge dans les années 70)⁷.

La figure 3 représente le lien existant entre la FC et l'espérance de vie et inclut toutes les observations (137 pays, avec des observations multiples par pays de 1960-1965 à 1990-1995). La corrélation simple entre ces variables est un très significatif $-0,79$. Les corrélations entre la FC et les quatre autres indicateurs du développement sont également très significatives et ont le sens attendu, encore qu'elles soient de taille quelque peu réduite : pourcentage de personnes alphabétisées, $-0,73$; PIB par habitant, $-0,68$; pourcentage de la population vivant en milieu urbain, $-0,63$; et pourcentage des actifs employés dans l'agriculture, $0,69$.

Les données de la figure 3 montrent également que le lien entre la FC et l'espérance de vie n'est pas linéaire. Aux niveaux les plus faibles d'espérance de vie, la FC est élevée et il n'existe aucune corrélation significative entre les deux. En revanche, aux niveaux élevés d'espérance de vie, il existe une forte corrélation négative entre la FC et l'espérance de vie. On retrouve des schémas non linéaires de corrélation similaires dans le cas des autres indicateurs du développement. Pour tenter d'expliquer les variations de ce lien, il importe d'étudier plus en détail les phases successives de la transition. Trois phases sont distinguées ci-après : 1) la prétransition, couvrant toutes les observations faites avant que la FC n'atteigne le seuil de baisse de 5 %; 2) le début de la transition et la phase initiale de la transition, portant sur la première décennie suivant l'année pendant laquelle le seuil est atteint; et 3) les phases médiane et finale de la transition, à savoir le reste de la période de plus de 10 ans après le début de la transition.

⁶ Le pourcentage des adultes sachant lire et écrire n'était disponible que pour la période 1970-1998. Étant donné que cette variable ne change que lentement avec le temps, les estimations ont été établies pour les années 60 par extrapolation rétrospective logistique.

⁷ Les périodes de crise sont définies comme des périodes quinquennales au cours desquelles le changement d'espérance de vie correspond à plus de trois écarts types par rapport au rythme moyen de changement de l'espérance de vie, tous pays et toutes époques confondus.

Figure 3
Lien entre la FC et l'espérance de vie pour 137 pays avec des observations de 1960-1965 à 1990-1995



Source : Organisation des Nations Unies, 2001.

Prétransition

Dans la période 1960-1965, une majorité importante de pays en développement n'avaient pas encore amorcé leur transition. La FC moyenne de ces pays en phase de prétransition au début des années 60 était de 6,7, avec un écart type de 0,6. Les moyennes régionales étaient analogues pour l'Asie (6,5), l'Amérique latine (6,6) et l'Afrique subsaharienne (6,7), mais celle du Moyen-Orient/Afrique du Nord était légèrement supérieure (7,1). L'analyse de régression ne fait apparaître aucune incidence significative des indicateurs du développement sur la fécondité dans les pays aux niveaux de développement les moins élevés⁸. Les pays ont des niveaux de fécondité de prétransition différents, mais on ne constate habituellement aucune tendance ascendante ou descendante avant que la transition ne s'amorce. On peut donc considérer que, pour l'essentiel, la FC ne réagit aux changements affectant le développement qu'une fois la transition engagée. Ce schéma de fécondité est conforme à l'existence de la fécondité naturelle, c'est-à-dire la fécondité qui existe lorsque les couples ne limitent pas consciemment la taille de leur famille (Cleland 2001; Henry 1961; Knodel et van de Walle 1979). Les enquêtes de fécondité menées dans les pays en phase de prétransition ont confirmé que seule une très faible proportion de couples pratiquent la contraception (Curtis et Neitzel 1996) et les différences de fécondité sont dues essentiellement à des différences au niveau de déterminants immédiats autres que la contraception (Bongaarts et Potter 1983). Cette question ne sera pas examinée plus avant ici car la présente étude est focalisée sur les phases ultérieures de la transition.

⁸ Les résultats sont basés sur des régressions à effets fixes, les observations étant limitées aux années affichant les niveaux les moins élevés de chaque indicateur du développement (espérance de vie <45, taux d'alphabétisation <25, log du PIB/habitant <2,7, pourcentage de la population urbaine <10 et pourcentage des actifs employés dans l'agriculture >90).

Début de la transition

La transition a commencé dans 123 des 137 pays en développement sur lesquels porte la présente analyse. L'année du début de la transition est très variable : 23 pays ont amorcé leur transition avant 1960, 38 dans les années 60, 32 dans les années 70, 23 dans les années 80 et 7 dans les années 90. On peut supposer que cela finira par être le tour des 14 pays restants. Comme le montre la figure 1, le début d'une transition représente en

règle générale une rupture avec le passé, le rythme de la baisse de la fécondité étant nettement plus élevé après le début de la transition qu'avant. Dans les pays pour lesquels on dispose de séries chronologiques de l'utilisation de la contraception, une augmentation de cette utilisation jusque-là très limitée coïncide avec le début de la transition (Bongaarts et Johansson, 2002; Organisation des Nations Unies, 1999).

Le début de la transition apparaît alors que le niveau de développement du pays considéré a augmenté depuis quelque temps. En moyenne, pendant l'année de démarrage de la transition, l'espérance de vie était de 54,7 ans, le taux d'alphabétisation de 52,8, le PIB par habitant (log) de 3,14, le pourcentage de la population urbaine de 32,8 et le pourcentage des actifs employés dans l'agriculture de 57,5 (voir dernière colonne du tableau 2). Toutefois, il n'y a pas de seuil de développement précis qui laisse entrevoir le début d'une transition. En fait, les niveaux de développement au moment du démarrage ont toujours varié considérablement dans le cas des pays européens et il en va de même des pays en développement contemporains. Cette variation tient notamment au fait que le niveau de développement au moment du démarrage a diminué au fil des ans (Bongaarts et Watkins, 1996). Cette tendance est également mise en évidence dans le tableau 2, qui présente les moyennes des indicateurs de développement pour l'année du début de la transition pour des groupes de pays ayant amorcé cette transition pendant des décennies différentes entre les années 60 et les années 90. Par exemple, l'espérance de vie moyenne pendant l'année de début de la transition était de 57,7 ans dans les années 60, mais elle est descendue à 54,1 dans les années 70, à 51,1 dans les années 80 et à 48,7 dans les années 90. De même, la moyenne a baissé pour le taux d'alphabétisation, le PIB par habitant et le pourcentage de la population urbaine et a remonté pour le pourcentage des actifs employés dans l'agriculture. Ces effets sont statistiquement significatifs pour l'espérance de vie, le taux d'alphabétisation et le PIB par habitant⁹. Il semble que plus une transition tarde à s'engager, moins le niveau moyen de développement au moment de son démarrage est élevé. On ne sait pas si cette tendance se poursuivra.

⁹ Sur la base de régressions obtenues selon la méthode classique des moindres carrés, avec neutralisation des effets dus à la région (Asie, Amérique latine, Moyen-Orient/Afrique du Nord, l'Afrique subsaharienne servant de région de référence).

Phase initiale de la transition

Une fois engagée, une transition se poursuit. Les retours en arrière et les paliers sont très rares dans les premières phases de la transition. En règle générale, le rythme de la baisse est plus rapide immédiatement après le début de la transition qu'au cours de toute autre phase. Dans une étude antérieure, Bongaarts et Watkins (1996) ont conclu que le rythme initial de l'évolution de la fécondité n'était pas lié au rythme du développement. Toutefois, il existait une corrélation positive entre le rythme de la baisse initiale et le niveau de développement au moment du démarrage. Ces conclusions sont confirmées ici avec un ensemble de données plus complet. Par exemple, la figure 4 représente la baisse annuelle de la FC dans la décennie suivant le début de la transition, selon le niveau de l'espérance de vie au moment du démarrage. La corrélation positive significative entre ces variables montre lorsqu'un pays amorce sa transition à un faible niveau d'espérance

Tableau 2
Niveaux moyens des indicateurs du développement pendant l'année de début de la transition, selon la décennie au cours de laquelle la transition s'est produite

	Décennie au cours de laquelle la transition a démarré				
	1960	1970	1980	1990	Toutes
Espérance de vie (années)	57,7	54,1	51,1	48,7	54,7
Alphabétisation (%)	61,6	52,2	44,9	41,3	52,8
PIB par habitant (log \$)	3,21	3,19	3,03	^a	3,14
Population urbaine (%)	37,2	34,3	25,2	27,0	32,8
Actifs employés dans l'agriculture (%)	50,3	57,1	68,2	^a	57,5

Source: Voir le texte.

^a Moins de 5 observations.

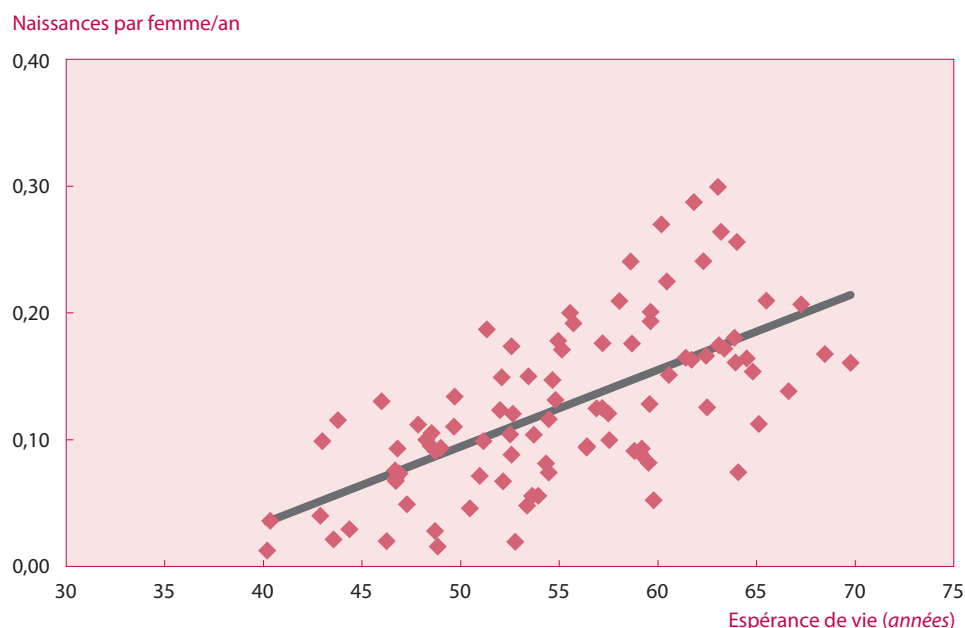
de vie, il enregistre, en moyenne, un rythme initial de baisse de la fécondité inférieur à celui d'un pays où l'espérance de vie est plus élevée au début de la transition. On constate des effets significatifs du même genre sur le rythme initial de la baisse s'agissant du taux d'alphabétisation et du pourcentage d'actifs employés dans l'agriculture au moment du démarrage¹⁰.

Ces conclusions s'accordent avec l'observation antérieure (figure 2) selon laquelle le rythme de la baisse correspondant à la phase initiale de la transition a diminué avec le temps. Il semble que, dans les décennies ultérieures, les pays amorcent leur transition à des niveaux de développement inférieurs mais, en raison de ces niveaux de développement inférieurs, le rythme initial est plus faible que dans le cas des pays ayant amorcé leur transition pendant des décennies antérieures à des niveaux de développement supérieurs.

La figure 5 synthétise les caractéristiques principales des phases initiales de la transition en présentant les courbes stylisées des tendances générales de la fécondité pour trois groupes de pays ayant amorcé leur transition dans les années 60, 70 et 80. Les lignes continues représentent les tendances moyennes de la fécondité approximatives observées pour ces trois groupes. Les lignes en pointillé représentent les tendances de la fécondité simulées qui auraient été observées si les groupes ayant amorcé leur transition dans les années 70 et 80 avaient connu le même niveau moyen de développement au début de la transition et le même rythme initial de baisse que dans le cas observé du groupe pour lequel la transition a commencé dans les années 60. Par exemple, la courbe A représente la tendance moyenne approximative observée des pays ayant amorcé leur transition dans les années 70. Si les transitions des pays de ce groupe avaient démarré à un niveau de développement et à un rythme habituels pour les années 60, leurs transitions se seraient engagées plus tard (disons vers 1980, année où leur niveau de développement aurait été supérieur à ce qu'il était dans les années 70) et à un rythme supérieur à celui qu'ils ont effectivement connu (comparez la ligne en pointillé A' et la ligne continue A). De même, si les populations dont la transition a commencé dans les années 80 avaient imité les schémas moyens des années 60, leur transition aurait commencé beaucoup plus tard (disons dans les années 90) et à un rythme plus rapide. Étant donné que le démarrage relativement précoce des transitions dans les années 70 et 80 est lié à un rythme initial

¹⁰ Les régressions obtenues selon la méthode classique des moindres carrés pour la baisse de la FC dans la décennie suivant le début de la transition à partir du niveau des indicateurs du développement pendant l'année du début de la transition (en neutralisant les effets de la région) font apparaître des effets statistiquement significatifs s'agissant de l'espérance de vie, du taux d'alphabétisation et du pourcentage d'actifs employés dans l'agriculture, mais non du PIB par habitant et du pourcentage de la population urbaine. Les régressions obtenues selon la méthode classique des moindres carrés pour la baisse de la FC dans la décennie suivant le début de la transition à partir du changement des indicateurs du développement pendant la même décennie (en neutralisant les effets de la région) ne font apparaître aucun effet statistique significatif s'agissant du changement de l'espérance de vie, du taux d'alphabétisation, du pourcentage des actifs employés dans l'agriculture et du pourcentage de la population urbaine.

Figure 4
Rythme de la baisse de la FC pendant la décennie suivant le démarrage de la transition, selon l'espérance de vie pendant l'année de démarrage



Source : Organisation des Nations Unies, 2001.

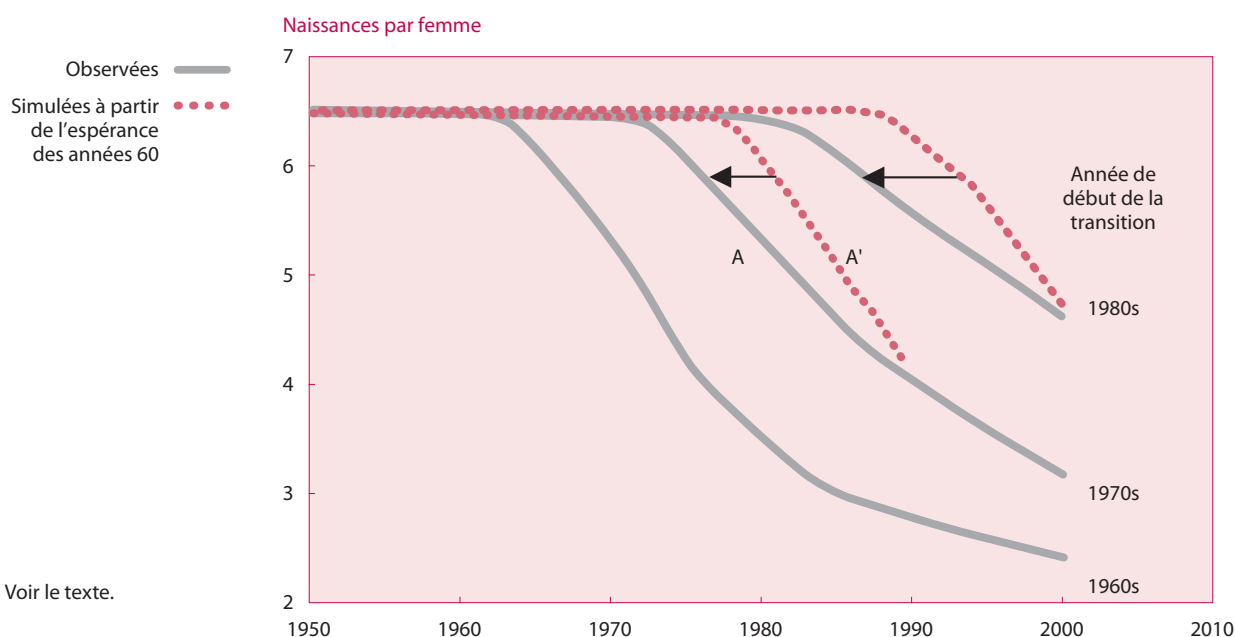
plus lent, les tendances de la fécondité observées au fil du temps dans ces groupes de pays tendent à converger aux niveaux qui auraient été observées en l'absence de ces effets (en d'autres termes, il y a convergence des lignes continues et en pointillé de la figure 5). Il en découle que ces effets sont importants dans la phase initiale de la transition, mais que leur rôle diminue avec le temps.

Il semble que ces tendances à première vue déroutantes de la fécondité au cours de la phase initiale de la transition puissent être liées aux processus de diffusion et d'interaction sociale, qui affectent l'ajustement sans heurts de la fécondité à l'évolution de la situation socioéconomique. La diffusion s'entend de la propagation d'informations, d'idées et de comportements parmi les individus, les communautés et les pays, et l'interaction sociale désigne le fait que les attitudes et comportements procréateurs de certains individus peuvent être influencés par ceux des autres. Les travaux publiés sont nombreux sur ce sujet (Bongaarts et Watkins, 1996; Caldwell, 2001; Casterline, 2001a et 2001b; Cleland, 2001; Cleland et Wilson, 1987; Kohler, 2001; Knodel et van de Walle, 1979; Montgomery et Casterline, 1996; National Research Council, 2001; Watkins, 1986 et 1987) et on se contentera ici d'en résumer succinctement les principaux arguments :

- Un premier élément crucial d'explication est la résistance initiale au changement en matière de procréation qui caractérise les sociétés de régime démographique ancien et la fécondité naturelle qui leur est associée. Les normes et valeurs traditionnelles favorisent les familles nombreuses et découragent la limitation délibérée de la taille de la famille par le biais de la contraception. Cette résistance au changement entraîne un décalage croissant entre la taille de la famille effective et désirée lorsque la mortalité postinfantile et la taille de la famille désirée diminuent avec le développement, ce qui crée les conditions d'une baisse future de la fécondité.

À mesure que le développement progresse, la volonté de changement en matière de procréation se répand suffisamment pour que quelques innovateurs adoptent la contraception—les premiers se rencontrant le plus souvent parmi les couples très instruits et urbains. Une fois engagé, le changement en matière de procréation gagne rapidement du

Figure 5
Tendances approximative de la fécondité dans les transitions observées et simulées pour des groupes de pays ayant amorcé leur transition dans les années 60, 70 et 80



Source: Voir le texte.

terrain dans la mesure où les processus de diffusion et d'interaction sociale ne freinent pas ce changement, mais au contraire le renforcent. Le coût de la contraception (qui, au sens large, inclut le coût social) diminue. En outre, la diffusion et l'interaction sociale peuvent modifier l'évaluation par les couples des coûts et des avantages de la maternité, ce qui les amène à réduire la taille de la famille qu'ils désirent. La combinaison d'une demande forte (et croissante) de contraception et la baisse de son coût permet « une nette accélération de la baisse de la fécondité qui correspond un peu à une volonté de "rattraper le temps perdu" au moment où l'on donne libre cours à des désirs refoulés de limitation de la fécondité » (Casterline, 2001a, p. 34). Cette baisse initiale de fécondité est ordinairement d'autant plus rapide que la société est plus développée au moment du début de la transition car il y a corrélation entre des niveaux supérieurs de développement et la volonté d'avoir moins d'enfants et, partant, l'existence de décalages plus importants entre le comportement effectif et le comportement désiré. Et plus un pays est développé, plus il dispose de moyens d'interaction sociale et de diffusion d'idées, d'informations et d'attitudes novatrices.

- Enfin, l'interaction sociale entre pays est une cause importante de la réduction avec le temps du niveau moyen de développement en début de transition. Le fait que certains pays du monde ou d'une région aient déjà amorcé leur transition facilite généralement le démarrage d'une transition dans les autres pays qui relèvent encore du régime démographique ancien. L'interaction entre pays emprunte des voies multiples, telles que celles des échanges commerciaux ou de technologie, de la migration de main-d'œuvre, du tourisme et des médias, toutes voies qui facilitent la diffusion des idées et des informations sur les méthodes et le bien-fondé de la limitation du nombre d'enfants par famille. Par ailleurs, une action internationale de grande ampleur engagée dans un grand nombre de pays en développement pour exécuter des programmes de planification familiale a également joué un rôle important parce que ces programmes permettent aux couples d'avoir accès aux méthodes de régulation des naissances et leur fournissent des informations à ce sujet.

Cette explication générale des schémas de transition observés est plausible, mais il reste beaucoup de détails à régler et il est nécessaire de poursuivre la recherche pour en confirmer la validité.

Phases médiane et finale de la transition

Dans les phases ultérieures de la transition, le comportement procréateur est plus conforme aux dogmes de la plupart des théories démographiques et économiques de la fécondité (Becker, 1991; Bulatao et Lee, 1983; Caldwell, 1982; Easterlin, 1975; Notestein, 1953). Selon ces théories, le principal ressort des transitions en matière de fécondité est la hausse du coût des enfants et la diminution de leur valeur pour les parents à mesure que les sociétés agricoles traditionnelles se transforment en sociétés industrielles modernes. Ce rééquilibrage des coûts et des avantages fait baisser la taille de la famille désirée et, cette volonté trouvant à se concrétiser par le biais de la contraception et de l'avortement, réduit la fécondité. Il s'ensuit que les niveaux de fécondité et les indicateurs du développement sont en corrélation inverse.

Cette conclusion est corroborée par les résultats de régression présentés au tableau 3. Cinq indicateurs du développement et l'année d'observation sont les variables explicatives pour le niveau de la FC¹¹. On a inclus toutes les observations effectuées entre 1960-1965 et 1990-1995 au sujet de pays ayant amorcé leur transition depuis plus de 10 ans. Les principales conclusions de cette régression sont les suivantes¹²:

- Les coefficients de l'espérance de vie et du taux d'alphabétisation sont très significatifs et négatifs, ce qui implique que ces indicateurs du développement et la fécondité sont en corrélation négative.

¹¹ Le lien entre la FC et les mesures socioéconomiques semble devoir être non linéaire à des niveaux de développement très élevés, car la fécondité ne peut pas continuer de baisser indéfiniment à mesure que le développement progresse. Cette question ne sera pas examinée plus avant car très peu de populations ont atteint ce point terminal de la transition.

¹² Une régression à effets fixes qui neutralise les effets des variables latentes des pays et utilisant les mêmes variables explicatives a donné des résultats tout à fait analogues: des effets négatifs significatifs pour l'espérance de vie et le taux d'alphabétisation, aucun effet significatif pour le PIB par habitant, le pourcentage des actifs employés dans l'agriculture et les variables fictives pour l'année d'observation. La seule différence avec les résultats de l'analyse de régression selon la méthode classique des moindres carrés présentés au tableau 4 est que l'effet du pourcentage de la population urbaine est significatif et négatif. Un contrôle des interactions entre les mesures du développement et l'année n'a mis au jour aucun effet négatif.

Tableau 3
Résultats de l'analyse de régression (méthode classique des moindres carrés) pour la fécondité cumulée et les indicateurs du développement pour les pays en phase médiane ou finale de la transition (>10 ans après le début de la transition)

Variable	Coefficient	Coefficient t	Niveau de signification
Espérance de vie	-0,104	-6,28	0,000
Taux d'alphabétisation	-0,015	-3,02	0,003
PIB par habitant (log)	-0,157	-0,45	0,650
Pourcentage de la population urbaine	0,002	0,48	0,631
Pourcentage des actifs dans l'agriculture	0,004	0,68	0,498
Région = Asie	-0,150	-0,63	0,527
Région = Amérique latine	0,433	1,92	0,056
Région = Moyen-Orient	0,445	1,71	0,089
Années = 1960-1969	0,341	1,56	0,120
Années = 1970-1979	0,200	1,22	0,222
Années = 1980-1989	0,175	1,32	0,187
Constante	11,57	8,10	0,000
R2 = 0.60			

Source: Voir le texte.

- Les effets du PIB par habitant, du pourcentage de la population urbaine et du pourcentage des actifs employés dans l'agriculture ne sont pas significatifs.
- Les variables fictives pour les régions de l'Asie, de l'Amérique latine et du Moyen-Orient ne sont pas sensiblement différentes de zéro (l'Afrique est la région de référence).
- Aucune des variables fictives pour l'année d'observation n'est significative. Cela montre que le lien existant entre la fécondité et le développement ne varie pas dans le temps (le fait que les coefficients de ces variables fictives soient positifs et diminuent avec le temps rend possible, avec le temps, un léger fléchissement de la FC pour des niveaux donnés des indicateurs du développement).

Ces conclusions corroborent l'opinion selon laquelle le développement humain (en particulier les améliorations de la santé et de l'éducation) est le déterminant le plus crucial du progrès d'un bout à l'autre de la transition de la fécondité (Sen, 1999). En fait, il est possible que la fécondité des populations pauvres descende jusqu'au seuil de remplacement si le taux d'alphabétisation et l'espérance de vie sont élevés. Sri Lanka et l'État indien du Kerala sont deux exemples bien connus de cette tendance. On notera que les deux indicateurs du développement humain inclus dans la présente analyse (taux d'alphabétisation et espérance de vie) ont été choisis parce que l'on disposait de longues séries chronologiques pour un grand nombre de pays. Il est possible que des variables étroitement liées telles que la mortalité postinfantile ou le taux de scolarisation soient des déterminants au moins aussi importants de la fécondité, mais cette question ne sera pas examinée ici, notamment en raison d'une absence de données.

Il faut apparemment un niveau élevé de développement humain pour faire descendre la fécondité jusqu'à un niveau proche du seuil de remplacement dans la plupart des pays. Pour faire comprendre ce point, on examine l'ensemble des pays en développement qui, à la fin des années 90, avaient une espérance de vie supérieure à 70 ans et un taux d'alphabétisation supérieur à 90 %. Vingt seulement des 137 pays satisfaisaient à ces critères. Dans ce petit groupe de pays à niveau de développement humain élevé, la FC était en moyenne de 2,24 (c'est-à-dire proche du seuil de remplacement), l'espérance de vie moyenne de 74,5 ans et le taux d'alphabétisation de 94,3 % (voir tableau 4, première colonne). La conclusion selon laquelle le lien entre la fécondité et le développement n'a pas sensiblement évolué depuis les années 60 donne à penser qu'il faudra probablement atteindre des niveaux d'espérance de vie et d'alphabétisation aussi élevés pour enregistrer à l'avenir des FC proches du seuil de remplacement. Étant donné qu'une majorité importante de pays en développement sont

Tableau 4
Niveaux moyens d'espérance de vie, d'alphabétisation et de FC dans les pays à niveau de développement humain élevé et les pays à taux de fécondité faible, 1995-2000

Moyenne en 1995-2000	20 pays à niveau de développement humain élevé (espérance de vie >70 et alphabétisation >90)	21 pays à taux de fécondité faible (TFR ≤ 2,1)
Espérance de vie (années)	74,5	73,5
Alphabétisation (%)	94,3	93,0
FC (naissances par femme)	2,24	1,76

loin d'avoir atteint pareils niveaux de développement humain, des progrès considérables devront être faits avant que la fécondité proche du seuil de remplacement ne se généralise.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher ces statistiques concernant les pays à niveau de développement humain élevé des mêmes statistiques concernant les pays à fécondité déficitaire à la fin des années 90. Vingt et un pays avaient une FC égale ou inférieure à 2,1, pour une moyenne de 1,76. Comme le montre la dernière colonne du tableau 4, ce faible niveau de fécondité allait de pair avec des niveaux d'espérance de vie et d'alphabétisation presque identiques à ceux des pays à niveau de développement humain élevé. Toutefois, il y avait entre les deux groupes de pays un écart de fécondité de 0,5 naissance – 2,24 contre 1,76. Cet écart s'explique en grande partie par la nature des pays à taux de fécondité faible. Les populations qui ont à présent une fécondité déficitaire sont un groupe restreint dans lequel la fécondité est en moyenne plus sensible aux changements socioéconomiques que les pays qui, tout en ayant atteint le même niveau de développement, n'ont pas encore achevé leur transition. On ne peut pas tirer de l'expérience de ce groupe restreint des indications valables sur les tendances futures dans les autres pays en développement. En particulier, il n'est pas possible de conclure que la totalité ou la plupart des pays en développement suivront de près le cheminement de ce petit sous-ensemble de pays.

L'une des raisons pour lesquelles il est difficile d'atteindre un niveau de fécondité correspondant au seuil de remplacement est que cela nécessite un niveau élevé de régulation des naissances. La FC est égale à tout moment à la somme de la fécondité désirée et de la fécondité non désirée. Même si la fécondité désirée descend jusqu'à 2, niveau assez courant dans les pays en développement se rapprochant de la fin de la transition, le niveau global de fécondité sera supérieur à cause de la procréation non désirée. Selon les EDS, la FC non désirée oscille entre quelques dixièmes d'une naissance (comme en Indonésie) à près de deux naissances par femme (comme en Bolivie) (Bankole et Westoff, 1995). Il faut faciliter l'accès aux méthodes de planification familiale et à l'avortement si l'on veut parvenir à de faibles niveaux de procréation non désirée. Pour amener la fécondité au seuil de remplacement, il faut une taille de la famille désirée réduite et une excellente régulation de la fécondité. En l'absence de l'une ou de l'autre de ces conditions, la fécondité ne peut que demeurer au-dessus du seuil de remplacement.

Il convient de noter que toute analyse des niveaux et tendances de la FC peut être faussée par ce que l'on appelle les effets de calendrier, qui sont causés par un changement du moment choisi pour la procréation (Bongaarts et Feeney, 1998; Bongaarts, 1999). Il est probable que ces effets de calendrier sont à l'œuvre dans beaucoup de pays en développement car l'âge moyen au mariage et à la naissance du premier enfant reculent, mais une analyse complète de la question déborderait le cadre de la présente étude.

Le rôle des programmes de planification familiale n'est pas explicitement examiné dans la régression synthétisée au tableau 3 parce que l'on ne dispose pas de séries chronologiques fiables de l'effort des programmes pour les années 60 et 70. Une analyse de régression distincte (dont le tableau ne rend pas compte) limitée aux observations du début des années 90 et ajoutant le score d'effort des programmes comme variable explicative a fait apparaître un effet significatif pour l'effort des programmes. Ce résultat confirme les études antérieures qui ont conclu que ces programmes font baisser la fécondité en aidant les couples à concrétiser la taille de la famille qu'ils désirent (Bongaarts, 1997; Tsui, 2001). Un

programme de planification familiale de qualité peut rapprocher un pays du niveau de fécondité correspondant au seuil de remplacement davantage que son seul niveau de développement permettrait de le faire espérer. Un exemple de cet effet est fourni par le Bangladesh, qui a une FC de 3,3 en dépit d'un score relativement faible en ce qui concerne la plupart des indicateurs de développement.

Cette analyse des effets du développement sur la fécondité débouche sur les conclusions provisoires suivantes. Une baisse de la demande d'enfants est le principal ressort de la transition, mais chaque phase de la transition se caractérise par un processus différent. Dans les sociétés les moins avancées de régime démographique ancien, la fécondité est naturelle et ne réagit pas initialement aux changements dans le domaine du développement. En revanche, dans les années immédiatement postérieures au début de la transition, l'évolution de la fécondité est généralement la plus rapide car les processus de diffusion et d'interaction sociale abaissent le coût de la contraception et facilitent l'apparition d'attitudes et de comportements nouveaux face à la procréation. Ces processus ont, semble-t-il, un impact principal lors de la phase initiale de la transition; il s'ensuit que le rythme de la baisse se ralentit au fil du temps. Enfin, à mesure que la transition progresse vers ses phases ultérieures, la fécondité est en corrélation étroite avec les indicateurs du développement et la poursuite de la baisse de la fécondité requiert généralement la poursuite du développement. Cela ne veut pas dire que les effets d'interaction sociale et de diffusion soient absents des phases ultérieures de la transition, mais qu'ils sont alors étroitement liés au développement.

PROJECTION DES TENDANCES FUTURES DE LA FÉCONDITÉ

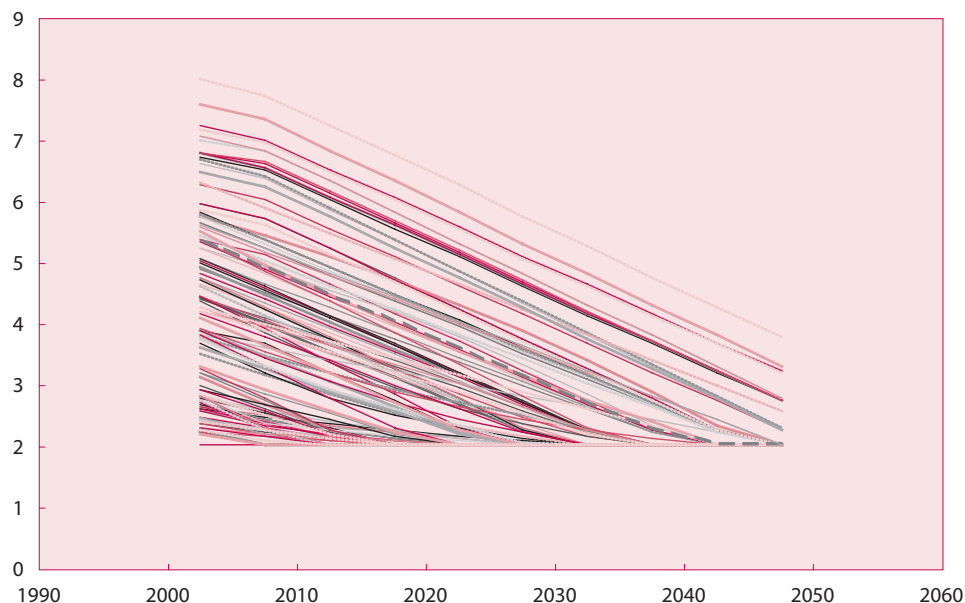
Les projections de la fécondité s'appuient essentiellement sur les données concernant les transitions de la fécondité antérieures. Les projections existantes de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU et d'autres organisations, telles que la Banque mondiale (2000), l'IIASA (Lutz 1996) et le Bureau of the Census des États-Unis (1999) partent du principe général que les pays de régime démographique ancien amorceront leur transition dans un avenir proche et qu'une fois engagée, celle-ci se poursuivra jusqu'à ce que la FC descende à 2,1 ou moins. Les modalités détaillées de l'établissement de ces projections sont complexes et ne seront pas examinées ici, mais un bref commentaire sur les projections le plus largement utilisées par l'Organisation des Nations Unies s'impose.

La méthodologie appliquée par l'Organisation des Nations Unies à la projection de la fécondité dans la grande majorité des pays en développement qui n'ont pas encore achevé leur transition comprend trois étapes. D'abord, on analyse les données d'enquêtes et de recensements, entre autres sources, pour obtenir une estimation de la FC pour la période quinquennale la plus récente (c'est-à-dire 1995-2000 pour la *Révision de 2000*). Ensuite, on détermine l'année cible au cours de laquelle la fécondité atteint 2,1. On établit cette année en prenant en considération « une série de facteurs socioéconomiques, tels que les politiques et programmes de population, le taux d'alphabétisation des adultes, les niveaux de scolarisation, la situation économique (produit intérieur brut ou produit national brut par habitant), la mortalité infantile et la nuptialité, ainsi que les facteurs historiques, culturels et politiques » (Organisation des Nations Unies, 1998). Enfin, une interpolation linéaire entre 1995-2000 et l'année cible permet de déterminer la trajectoire prévue de la FC (sauf dans le cas des pays qui relevaient encore du régime démographique ancien en 1995-2000, qui devraient, présume-t-on, amorcer une baisse après 2005). Cette procédure présente l'avantage d'être simple à appliquer dans le cas d'un grand nombre de pays. En présence d'un petit nombre de pays, l'Organisation des Nations Unies établit des hypothèses plus détaillées et la trajectoire alors obtenue est non linéaire.

Les principales caractéristiques des projections de la FC par pays établies par l'ONU apparaissent clairement à l'examen de la figure 6, qui représente les tendances prévues de 2000 à 2050 pour tous les pays en développement dont la fécondité est supérieure au seuil de remplacement. Une comparaison de ces trajectoires avec le schéma qu'ont connu dans le passé les pays ayant amorcé leur transition dans les années 60 (voir figure 1) révèle deux

Figure 6
Projections de la FC des pays en développement, établies par l'ONU sur la base de la variante moyenne, 2000-2050

Naissances par femme



Source : Organisation des Nations Unies, 2001.

différences principales. En premier lieu, au bout de trois décennies d'expérience de la transition, les niveaux et les tendances observées de la fécondité passée sont infiniment plus divers que ne le donne à entendre l'hypothèse de l'ONU d'une convergence à 2,1. Les transitions dont la figure 1 donne la courbe ne sont pas encore achevées, mais il semble probable que des écarts importants de niveaux de fécondité subsisteront à l'avenir. Certains pays achèveront leur transition au-dessous de 2,1, tandis que d'autres le feront au-dessus de 2,1. Il est difficile de prévoir les niveaux de fécondité futurs à la fin des transitions en cours, mais on a des raisons de penser que la fécondité variera en fonction de la situation socioéconomique. En second lieu, comme le montrent les figures 1 et 2, la tendance de la fécondité pendant la transition n'est pas linéaire. Au lieu d'être constant (selon l'hypothèse retenue par l'Organisation des Nations Unies pour la plupart des pays), le rythme observé des transitions antérieures a été plus lent lors des phases ultérieures que des phases initiales de la transition.

Les projections établies par l'ONU sur la base de la variante moyenne présumant que la FC moyenne des pays en développement tombera de 4,1 à 2,8 entre la période 1995-2000 et la période 2020-2025. Elles postulent également qu'un grand nombre de pays achèveront leur transition avec une FC d'exactly 2,1 et qu'un petit nombre de pays seulement l'achèveront avec une FC inférieure à 2. Assurément, les tendances effectives au niveau des pays considérés isolément s'écarteront des tendances prévues en raison d'événements inopinés et d'erreurs imprévisibles. En outre, l'analyse qui précède indique qu'il y aura certaines erreurs systématiques. Par exemple, le nombre de pays à fécondité inférieure à 2 sera presque certainement supérieur à ce que prévoit l'ONU, et, toutes choses étant égales par ailleurs, cela pourrait entraîner la FC moyenne pour 2020-2025 au-dessous des niveaux prévus. Toutefois, les projections établies par l'ONU pour la plupart des pays n'envisagent pas de ralentissement important du rythme de la baisse de la fécondité en fin de transition, comme on l'a observé dans le passé. Cet élément implique que les tendances effectives de la fécondité de certains pays seront supérieures aux prévisions. Le résultat net est un ensemble de petites erreurs positives et négatives dans les projections qui se contrebalanceront partiellement les unes les autres. Étant donné qu'on ne sait pas si les erreurs positives seront plus

ou moins importantes que les erreurs négatives, il n'y a aucune raison de supposer que les projections de l'ONU soient, en moyenne, trop hautes ou trop basses s'agissant du quart de siècle prochain.

CONCLUSION

En admettant que l'expérience des transitions de la fécondité antérieures se répète, au moins dans les grandes lignes, et que le développement se poursuive, on peut prévoir les tendances suivantes au cours des quelques décennies à venir :

- Les quelques pays qui relèvent encore du régime démographique ancien amorceront vraisemblablement leur transition. La date à laquelle cela se produira dépendra de la réalisation de certains progrès socioéconomiques, mais le niveau de développement requis pour amorcer la transition a diminué au fil des ans.
- La baisse de la fécondité se réalisera relativement vite pour les pays se trouvant dans la phase initiale de la transition. Le rythme de cette baisse précoce se ralentira à l'avenir, car on compte que les transitions futures démarreront à des niveaux de développement inférieurs à ce qu'ils étaient dans le passé. Les bons programmes de planification familiale aident les couples à prévenir les grossesses imprévues et, de ce fait, accélèrent la progression d'une population dans la transition.
- À mesure que les pays se rapprocheront de la phase finale de la transition, le rythme de la baisse se ralentira. La principale raison pour laquelle on doit s'attendre à ce ralentissement est que les processus de diffusion et d'interaction sociale ont accéléré la baisse dans la phase initiale de la transition. Une fois que ces processus ont pris fin, la fécondité devient, vers la fin de la transition, plus étroitement liée au niveau de développement socioéconomique. Une baisse rapide de la fécondité requiert alors, en règle générale, un développement plus rapide. L'élévation de l'espérance de vie et l'augmentation du taux d'alphabétisation sont particulièrement propres à faire baisser la fécondité.

Il ne fait aucun doute que l'on continuera d'observer à l'avenir les grandes variations de niveau et de rythme de changement que la fécondité a connues dans le passé. Il s'ensuit qu'en 2025 la FC oscillera probablement selon les pays entre moins de 2 à nettement plus de 3. Il ne serait pas surprenant que dans un nombre non négligeable de pays en développement, la fécondité se bloque au-dessus du seuil de remplacement pendant quelques décennies. L'Argentine et l'Uruguay ont offert dans le passé des exemples d'un tel schéma. Ces deux pays ont amorcé leur transition dans la première moitié du XX^e siècle et leur FC était descendue à environ 3 dans les années 50. Depuis lors, leur fécondité a très peu changé et était encore de 2,5 dans la période 1995-2000. La stagnation apparente de la fécondité observée dans les années 90 dans un certain nombre de pays ayant fait l'objet d'une EDS corrobore cette conclusion.

L'avenir de la fécondité dépend dans une très large mesure des progrès du développement humain. L'expérience récente des pays à niveau de développement humain élevé montre qu'une espérance de vie proche de 75 ans associée à un taux d'alphabétisation proche de 95% sont nécessaires, en moyenne, pour se rapprocher du seuil de remplacement. La prise d'engagements fermes dans le domaine du développement humain peut faire réaliser des progrès importants en matière d'alphabétisation et d'espérance de vie en un laps de temps relativement court. Cela dit, il sera difficile pour beaucoup de pays d'atteindre des niveaux de développement humain aussi élevés au cours du prochain quart de siècle. Par exemple, les projections de population établies par l'ONU sur la base de la variante moyenne prévoient que l'espérance de vie moyenne (non pondérée) n'atteindra que 69 ans en 2020-2025. L'ONU n'établit pas de projection pour le taux d'alphabétisation, mais le taux d'alphabétisation moyen n'atteindra probablement pas 95%. Il s'ensuit que l'on peut s'attendre à voir la fécondité moyenne demeurer nettement au-dessus du seuil de remplacement au moins jusqu'en 2025.

Cette conclusion est conforme aux projections établies par l'ONU sur la base de la variante moyenne, selon lesquelles la FC moyenne (non pondérée) de tous les pays en développement devrait baisser à un rythme modéré pour atteindre 2,8 en 2020-2025. L'analyse qui précède a repéré des facteurs qui rendront ces projections trop élevées pour certains pays et trop basses pour d'autres, mais la tendance moyenne pour le prochain quart de siècle semble correcte dans l'ensemble. La proportion des pays en développement à fécondité inférieure à 2 — un sur 10 à l'heure actuelle — augmentera sans nul doute avec le temps, mais en 2020-2025, elle sera encore, presque à coup sûr, nettement inférieure à 50 %.

BIBLIOGRAPHIE

- Bankole, Akinrinola et Charles F. Westoff (1995). « Childbearing attitudes and intentions », *Demographic and Health Surveys, Comparative Studies No. 17*. Calverton, MD : Macro International.
- Banque mondiale (2000). *World Development Indicators*, 2000. Washington, DC : Banque mondiale.
- Becker, Gary S. (1991). *A Treatise on the Family*. Enlarged Edition. Cambridge : Harvard University Press.
- Bongaarts, John (1999). « The fertility impact of changes in the timing of childbearing in the developing world », *Population Studies* 53 : 277-289.
- (1997). The role of family planning programmers in contemporary fertility transitions, in *The Continuing Demographic Transition*, Gavin W. Jones, Robert M. Douglas, John C. Caldwell et Rennie M. D'Souza (dir.). Oxford : Clarendon Press, p. 422-443.
- et Griffith Feeney (1998). « On the quantum and tempo of fertility », *Population and Development Review* 24(2) : 271-291.
- et Elof Johansson (2002). « Future trends in contraceptive prevalence and method mix in the developing world », *Studies in Family Planning*, 33(1) : 24-36.
- et Susan Cotts Watkins (1996). « Social interactions and contemporary fertility transitions », *Population and Development Review* 22(4) : 639-682.
- et Robert G. Potter (1983). *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*. New York : Academic Press.
- Bulatao, Rodolfo A. et John B. Casterline (dir.) (2001). *Global Fertility Transition. Population and Development Review*, supplément au vol. 27. New York : Conseil de la population.
- et Ronald D. Lee (dir.) (1983). *Determinants of Fertility in Developing Countries*. 2 vols. New York : Academic Press.
- Bureau of the Census des États-Unis (1999). *World Population Profile: 1998*. Washington, DC : Department of Commerce.
- Caldwell, John C. (2001). « The globalization of fertility behavior », in *Global Fertility Transition*, Rodolfo A. Bulatao et John B. Casterline (dir.). *Population and Development Review*, supplément au vol. 27. New York : Conseil de la population, p. 93-115.
- (1982). *Theory of Fertility Decline*. New York : Academic Press.
- Casterline, John B. (2001a). « The pace of fertility transition: National patterns in the second half of the twentieth century », in *Global Fertility Transition*, Rodolfo A. Bulatao et John B. Casterline (dir.). *Population and Development Review*, supplément au vol. 27. New York : Conseil de la population, p. 17-52.
- (2001b). « Diffusion processes and fertility transition: Introduction », in National Research Council (2001), *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, John B. Casterline (dir.). Washington, DC : National Academy Press, p. 1-38.
- Cleland, John (2001). « Potatoes and pills: An overview of innovation-diffusion contributions to explanations of fertility decline », in National Research Council (2001), *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, John B. Casterline (dir.). Washington, DC : National Academy Press, p. 39-65.
- et Christopher Wilson (1987). « Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view », *Population Studies* 41(1) : 5-30.
- Curtis, Siân L. et Katherine Neitzel (1996). « Contraceptive knowledge, use and sources », *Demographic and Health Surveys, Comparative Studies No. 19*. Calverton, MD : Macro International.

- Demeny, Paul (1997). «Replacement-level fertility: The implausible endpoint of the demographic transition», in *The Continuing Demographic Transition*, Gavin W. Jones, Robert M. Douglas, John C. Caldwell et Rennie M. D'Souza (dir.). Oxford: Clarendon Press, p. 94-110.
- Easterlin, Richard A. (1975). «An economic framework for fertility analysis», *Studies in Family Planning* 6(3): 54-63.
- Henry, Louis (1961). «Some data on natural fertility», *Eugenics Quarterly* 8: 81-91.
- Heston, Alan, Robert Summers, Daniel A. Nuxoll et Bettina Aten (1995). «The Penn World Tables (PWT) version 5.6.» (<http://datacentre.chass.utoronto.ca/pwt/>). Mise à jour de Robert Summers et Alan Heston, «The Penn World Table (Mark 5): An expanded set of international comparisons, (1950-(1988)», *Quarterly Journal of Economics*, mai (1991), p. 327-368.
- Knodel, John et Etienne van de Walle (1979). «Lessons from the past: Policy implications of historical fertility studies», *Population and Development Review* 5(2): 217-245.
- Kohler, Hans-Peter (2001). *Fertility and Social Interaction: An Economic Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Lutz, W. (dir.) (1996). *The Future Population of the World: What Can We Assume Today?* Édition révisée. Londres: Earthscan Publications.
- Montgomery, Mark R. et John B. Casterline (1996). «Social learning, social influence, and new models of fertility», in *Fertility in the United States: New Patterns, New Theories*, John B. Casterline, Ronald D. Lee et Karen A. Foote (dir.). *Population and Development Review*, supplément au vol. 22. New York: Conseil de la population, p. 151-175.
- National Research Council (2000). *Beyond Six Billion: Forecasting the World's Population*, John Bongaarts et Rodolfo A. Bulatao (dir.). Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences, Washington, DC: National Academy Press.
- (2001). *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, John B. Casterline (dir.). Committee on Population, Commission on Behavioral and social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press.
- Notestein, Frank W. (1953). Economic problems of population change. In *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*. Londres: Oxford University Press, p. 13-31.
- Organisation des Nations Unies (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Division de la population, Organisation des Nations Unies, New York.
- (1999). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Organisation des Nations Unies, New York.
- (1998). *World Population Prospects: The (1996 Revision)*. Division de la population, Organisation des Nations Unies, New York.
- Sen, Amartya (1999). *Development as Freedom*. New York: Knopf.
- Tsui, Amy Ong (2001). «Population policies, family planning programs, and fertility: The record», in *Global Fertility Transition*, Rodolfo A. Bulatao et John B. Casterline (dir.). *Population and Development Review*, supplément au vol. 27. New York: Conseil de la population, p. 184-204.
- Watkins, Susan Cotts (1986). «Conclusions», in *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley J. Coale et Susan Cotts Watkins (dir.) Princeton: Princeton University Press, p. 420-449.
- (1987). «The fertility transition: Europe and the Third World compared», *Sociological Forum* 2(4):645-673.

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier John Casterline, Mark Montgomery, Joseph Potter et Susan Watkins d'avoir bien voulu faire profiter de leurs commentaires une version antérieure du présent article, qui a pu être rédigé grâce à l'appui des Fondations Hewlett et Mellon et de l'Office of Population, Bureau for Global Health, Agency for International Development des États-Unis, conformément aux conditions de la bourse n° HRN-A-00-99-00010. Les vues exprimées ici sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de ces donateurs.

Les déterminants immédiats à l'œuvre pendant la transition de la fécondité

Jean-Pierre Guengant*

INTRODUCTION

Au cours des 30 ou 40 dernières années, la fécondité a nettement reculé dans la majorité des pays en développement et elle continue de baisser presque partout, atteignant des niveaux très bas dans beaucoup de pays. En outre, à l'heure actuelle, plus de 40 % de la population mondiale vivent dans des pays dont la fécondité cumulée est inférieure à 2,1 enfants par femme, soit le niveau qui, associé à une faible mortalité, assure le remplacement à long terme de la population. Le nombre croissant de pays à fécondité déficitaire a soulevé la question des perspectives d'évolution des niveaux de fécondité des pays à fécondité « intermédiaire » d'aujourd'hui, à savoir des pays dont la fécondité se trouve encore au-dessus du seuil de remplacement, mais est inférieure à cinq enfants par femme. Leur fécondité, qui continue de baisser, descendra-t-elle inéluctablement en dessous de ce seuil, la fécondité déficitaire s'étendant ainsi au monde entier ? Ou leur fécondité suivra-t-elle des trajectoires suffisamment diverses au gré de facteurs non encore recensés ?

Étant donné que la transition d'une fécondité élevée à une fécondité faible est à présent quasi universelle, il est clair que son démarrage ne dépend pas du niveau de développement et que la trajectoire qu'elle suivra n'est pas nécessairement déterminée par des facteurs socioéconomiques tels que le niveau d'instruction, l'emploi féminin ou l'urbanisation. Toutefois, il ne fait aucun doute que ce que l'on appelle les déterminants « immédiats » de la fécondité conservent leur importance dans la mesure où ils représentent les mécanismes par le biais desquels s'effectue la réduction de la fécondité. Il s'ensuit que, pour évaluer les chances de voir les pays à taux de fécondité intermédiaire d'aujourd'hui enregistrer des niveaux de fécondité déficitaire sur le moyen terme, il est bon, sinon indispensable, de se demander ce que la réalisation d'un tel objectif implique en fait d'évolution des déterminants immédiats de la fécondité.

Le présent document focalise l'attention sur les incidences des niveaux futurs de la fécondité déficitaire sur l'évolution des déterminants immédiats de la fécondité dans les régions géographiques utilisées par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU. En se concentrant sur les niveaux et tendances futurs des schémas d'utilisation de la contraception, d'avortement et de mariage conformes à l'attente selon laquelle la fécondité sera descendue à des niveaux faibles en 2050, le présent document conclut que toutes les régions et tous les pays à taux de fécondité intermédiaire d'aujourd'hui auront vraisemblablement atteint des niveaux de fécondité déficitaire au milieu du siècle. L'examen des tendances des déterminants immédiats de la fécondité met en œuvre le modèle FAMPLAN. On analyse également différentes options touchant la formulation d'hypothèses concernant les tendances futures de la fécondité aux fins de l'établissement de projections de population.

* Institut de recherche pour le développement (IRD).

LA RÉCENTE BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ ET SES DÉTERMINANTS INTERMÉDIAIRES

Contrairement à ce que l'on croit communément, la baisse de la fécondité dans le monde qui se produit depuis plus de 40 ans était prévue par les démographes et les spécialistes des prévisions démographiques, comme l'attestent les projections de population établies par l'ONU dans les années 50 et 60. Ce qui n'a pas réellement été prévu est son ampleur, le fait que les pays développés enregistreraient eux aussi une baisse durable de fécondité après les explosions natalistes des années 50 et 60 et que plusieurs pays moins développés pourraient atteindre et conserver des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement en 2000.

Jusqu'au début des années 60, le monde était divisé en deux groupes démographiques distincts : *a*) les pays et régions moins développés à fécondité cumulée supérieure à cinq enfants par femme; et *b*) les régions moins développées à taux de fécondité moyens inférieurs à 3,5 enfants par femme (voir tableau 1). Quarante ans plus tard (en 1995-2000), la situation s'est nettement diversifiée. Tout d'abord, trois des cinq régions d'Afrique ont encore une fécondité cumulée d'environ 6 enfants par femme, voire davantage. En revanche, en Asie, l'Asie de l'Est a déjà atteint le stade de la fécondité déficitaire. En outre, les trois régions de l'Amérique latine et de l'Asie du Sud-Est avaient des fécondités cumulées variant entre 2,5 à 3 enfants par femme; et l'Asie de l'Ouest et l'Asie centrale du Sud, l'Afrique du Nord et l'Afrique australe et la Polynésie avaient une fécondité cumulée oscillant entre 3 et 4 enfants par femme.

Tableau 1
Fécondités cumulées estimées entre la période 1950-1955 et la période 1995-2000, et baisses de fécondité selon les périodes, par sous-région^a

Sous-région	Fécondité cumulée						Variations de la fécondité cumulée		
	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	1995-2000	1950-1955 1995-2000	1960-1965 1995-2000	1980-1985 1995-2000
Ensemble du monde	5,0	5,0	4,5	3,6	3,0	2,8	-2,2	-2,2	-0,7
Régions plus développées	2,8	2,7	2,1	1,8	1,7	1,6	-1,3	-1,1	-0,3
Régions moins développées	6,2	6,0	5,4	4,1	3,4	3,1	-3,1	-2,9	-1,0
Afrique de l'Est	6,9	7,0	7,0	6,9	6,3	6,1	-0,8	-0,9	-0,8
Afrique centrale	5,9	6,0	6,3	6,6	6,5	6,4	0,5	0,4	-0,2
Afrique du Nord	6,8	7,1	6,3	5,5	4,1	3,6	-3,2	-3,5	-2,0
Afrique australe	6,4	6,5	5,5	4,7	3,5	3,3	-3,2	-3,2	-1,4
Afrique de l'Ouest	6,8	7,0	7,0	7,0	6,4	5,9	-0,9	-1,0	-1,0
Asie de l'Est	5,7	5,2	4,5	2,5	1,9	1,8	-3,9	-3,4	-0,7
Asie centrale du Sud	6,1	6,0	5,6	4,8	4,0	3,6	-2,5	-2,4	-1,2
Asie du Sud-Est	6,0	6,1	5,5	4,2	3,2	2,8	-3,1	-3,3	-1,4
Asie de l'Ouest	6,4	6,2	5,6	5,0	4,2	3,9	-2,5	-2,4	-1,1
Caraïbes	5,2	5,5	4,4	3,4	2,7	2,5	-2,7	-3,0	-0,9
Amérique centrale	6,9	6,8	6,4	4,5	3,4	3,0	-3,8	-3,8	-1,5
Amérique du Sud	5,7	5,8	4,7	3,7	2,8	2,6	-3,1	-3,2	-1,1
Mélanésie	6,3	6,2	5,8	5,1	4,8	4,4	-1,9	-1,8	-0,7
Micronésie	6,2	6,4	4,8	3,8	4,1	4,3	-1,9	-2,1	0,4
Polynésie	6,8	7,0	5,5	4,3	3,7	3,2	-3,5	-3,7	-1,1
Europe de l'Est	2,9	2,4	2,2	2,1	1,6	1,3	-1,6	-1,1	-0,8
Europe du Nord	2,3	2,7	2,1	1,8	1,8	1,7	-0,7	-1,1	-0,1
Europe du Sud	2,7	2,7	2,5	1,8	1,4	1,3	-1,3	-1,4	-0,5
Europe de l'Ouest	2,4	2,7	1,9	1,6	1,6	1,5	-0,9	-1,2	-0,1
Amérique du Nord	3,5	3,3	2,0	1,8	2,0	2,0	-1,5	-1,3	0,2
Australie/Nouvelle- Zélande	3,3	3,4	2,6	1,9	1,9	1,8	-1,5	-1,6	-0,1

Source: Organisation des Nations Unies, 2001a: *World Population Prospects: The 2000 Revision*.

^a Décennies au cours desquelles les fécondités cumulées maximales ont été observées.

Dans les années 60, l'Asie de l'Est, les Caraïbes, l'Amérique du Sud et, dans une certaine mesure, l'Asie du Sud-Est avaient déjà des fécondités cumulées inférieures (6 enfants par femme au plus) à celles des autres régions moins développées. Cela explique assurément leur fécondité cumulée actuelle (inférieure à 3 enfants par femme). Mais leur fécondité diminuée actuelle est aussi la résultante des baisses importantes (d'au moins 3 enfants) que ces régions ont connues entre la période 1960-1965 et la période 1995-2000. S'agissant des autres régions ayant également connu d'importantes baisses de fécondité, à savoir l'Afrique du Nord, l'Afrique australe et l'Amérique centrale, mais ayant enregistré une fécondité plus élevée dans les années 60, leur fécondité cumulée pour la période 1995-2000 a été supérieure, se situant aux alentours de 3,3 et 4 enfants par femme. L'Asie de l'Ouest et l'Asie centrale du Sud ont eu une expérience différente. En fait, leurs fécondités cumulées moyennes pour 1995-2000 supérieures (3,9 enfants par femme en Asie de l'Ouest et 3,6 en Asie centrale du Sud) s'expliquent à la fois par une fécondité moyennement élevée dans les années 60—6,2 et 6,1 enfants par femme pendant la période 1960-1965, respectivement, et par des baisses de fécondité plus modérées : moins 2,4 enfants par femme pour les deux régions.

Pour aller au-delà de cette analyse sous-régionale, il faut prendre en considération les variations du niveau de développement socioéconomique entre les pays. En utilisant les données de la *Révision 2000 des Perspectives démographiques mondiales* de l'Organisation des Nations Unies (Organisation des Nations Unies, 2001a), nous pouvons classer selon différents critères les 187 pays (143 pays moins développés et 44 pays développés) pour lesquels on dispose d'estimations et de projections de population par âge. Pendant la période 1950-1955, cinq pays seulement, tous développés, avaient des fécondités cumulées égales ou inférieures au seuil de remplacement, 128 pays avaient des fécondités cumulées élevées (au moins 5 enfants par femme) et étaient tous moins développés sauf deux (l'Albanie et l'ex-République yougoslave de Macédoine) et 54 pays seulement avaient une fécondité intermédiaire. Parmi ces derniers, 17 étaient des pays ou territoires moins développés, dont cinq dans les Caraïbes (Bahamas, Cuba, Jamaïque, Barbade, Porto Rico), deux en Asie de l'Est (République populaire démocratique de Corée, Chine, Région administrative spéciale chinoise de Hong Kong), un en Afrique centrale (Gabon), trois en Amérique du Sud (Uruguay, Argentine, Chili), deux en Asie centrale du Sud (Kazakhstan, Kirghizistan) et quatre en Asie de l'Ouest (Géorgie, Chypre, Israël, Arménie). Pendant la période 1960-1965, lorsque beaucoup de pays en développement ont enregistré leurs niveaux de fécondité les plus élevés depuis 1950, le nombre de pays à niveau de fécondité égal ou inférieur au seuil de remplacement, de pays ayant une fécondité cumulée supérieure à cinq enfants par femme et de pays à taux de fécondité intermédiaire a été exactement le même, bien que les pays composant chaque groupe aient changé, certains pays étant passés d'un groupe à un autre. Trois pays moins développés ont rejoint le groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire, dont deux pays des Caraïbes (les Antilles néerlandaises et la Trinité-et-Tobago) et un pays d'Asie du Sud-Est (Singapour).

En 1995-2000, la situation avait changé du tout au tout. Le groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire comprenait 73 pays en développement plus l'Albanie. La moitié des pays moins développés étaient passés du groupe des pays à taux de fécondité élevé au groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire. Un tiers seulement des pays moins développés (49) continuaient d'enregistrer un taux de fécondité élevé¹. En outre, un pays moins développé sur six (21) faisait déjà partie du groupe de pays à taux de fécondité égal ou inférieur au seuil de remplacement, le groupe même qui inclut tous les pays développés à la seule exception de l'Albanie. Cette évolution confirme l'opinion selon laquelle les réductions de fécondité depuis 1950 sont mondiales et irréversibles, tendant à aboutir à une fécondité déficitaire qui pourrait mener à ce que Chesnais (2001) a appelé une « implosion de la population mondiale ». Chose intéressante, les pays moins développés à fécondité égale ou inférieure au seuil de remplacement se trouvent surtout dans les Caraïbes et en Asie de l'Est, encore qu'ils côtoient d'autres pays d'Asie, tels que l'Arménie, Chypre, la Géorgie, le Kazakhstan, Singapour, Sri Lanka et la Thaïlande, et un d'Afrique (Maurice). Toutefois, seuls 12 des 20 pays moins développés qui faisaient partie du groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire pendant la période 1960-1965 avaient atteint un taux de fécondité égal ou inférieur au seuil de remplacement pendant la période 1995-2000. Les huit autres pays qui avaient

¹ Sur les 49 pays composant ce groupe à « fécondité élevée », 37 se trouvaient en Afrique subsaharienne, quatre en Asie centrale du Sud et cinq en Asie de l'Ouest. On notera aussi qu'une vingtaine de pays de ce groupe peuvent être considérés comme des pays essentiellement musulmans. Toutefois, une trentaine d'autres pays essentiellement musulmans appartiennent aux autres groupes, sur tout au groupe des pays à taux de fécondité « intermédiaire ».

atteint des niveaux de fécondité intermédiaire pendant la période 1960-1965 et n'avaient pas vu leur fécondité descendre au-dessous du seuil de remplacement pendant la période 1995-2000 étaient l'Argentine, les Bahamas, le Chili, Israël, la Jamaïque, le Kirghizistan et l'Uruguay, tous pays qui avaient amorcé la transition vers une fécondité faible plus tôt que la plupart des pays en développement. Le Gabon, le huitième pays, est un cas spécial car son niveau relativement modéré de fécondité dans les années 60 était le prolongement d'une forte prévalence de sous-fécondité et de stérilité dues à des maladies sexuellement transmissibles dont la maîtrise a permis une augmentation de la fécondité. Les données disponibles montrent donc qu'une baisse rapide de la fécondité, celle-ci descendant jusqu'au seuil de remplacement ou au-dessous, s'est produite essentiellement dans les pays d'Asie de l'Est et des Caraïbes. Ces derniers et Maurice sont surtout des pays dont la « société de type créole » s'est bâtie à partir d'une immigration venue d'Afrique et d'Asie et qui connaissent depuis quelque temps une émigration importante vers l'Amérique du Nord et l'Europe. En outre, contrairement à ce à quoi on aurait pu s'attendre, des pays comme l'Argentine, le Chili et l'Uruguay, bien qu'ayant connu de bonne heure une transition à une faible fécondité et étant des pays de peuplement européen, n'ont pas vu leur fécondité devenir déficitaire.

Venons-en à présent à l'importance de la baisse de la fécondité entre les périodes 1960-1965 et 1995-2000, s'agissant des pays moins développés à fécondité « intermédiaire » pendant la période 1995-2000 (voir annexe, tableau 1A). Chose assez surprenante, les baisses les plus importantes (moins 4 enfants ou davantage) s'observe dans des pays très différents, tels que la Tunisie (-4,9), le Viet Nam (-4,7), Bahreïn (-4,5), la République dominicaine (-4,4), l'Algérie (-4,1), le Mexique (-4,1), la Colombie et l'Ouzbékistan (-4,0), tous pays qui, au début des années 60, avaient des fécondités cumulées d'au moins 7 enfants par femme. On notera que parmi les pays qui connaissaient des baisses de fécondité du même ordre, cinq (Chine, Région administrative spéciale chinoise de Hong Kong, Région administrative spéciale chinoise de Macao, République de Corée et Thaïlande) étaient très proches ou au-dessous du seuil de remplacement pendant la période 1995-2000. À l'autre extrême, on relève les baisses de fécondité les plus modestes, au sein du groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire, d'abord en Amérique du Sud : Argentine (-0,5), Uruguay (-0,5), et ensuite, à nouveau, dans des pays très différents tels qu'Israël (-0,9), le Lesotho (-1,1), le Népal (-1,2), la Papouasie-Nouvelle-Guinée (-1,7), le Soudan (-1,8), Haïti (-1,9), le Guatemala (-1,9). Comme on l'a déjà indiqué, on a observé de fortes baisses dans le cas de nombreux pays qui avaient une fécondité élevée dans les années 60 (au moins 7 enfants par femme, comme la Tunisie, le Viet Nam, Bahreïn, la République dominicaine, le Koweït et l'Algérie). Toutefois, on observe également des baisses de fécondité du même ordre dans des pays qui, comme le Brésil, avaient un taux de fécondité inférieur dans les années 60. Certains de ces pays exécutaient des programmes de population et de planification familiale solides, mais d'autres non. En fait, une fécondité élevée dans les années 60 ne débouchait pas systématiquement sur une forte baisse. Au niveau des sous-régions (voir annexe, tableau 1A), les baisses de fécondité apparaissent plus uniformes dans certaines sous-régions que dans d'autres. Par exemple, tous les pays ont connu une baisse de fécondité supérieure à trois enfants par femme en Afrique du Nord (sauf le Soudan), en Asie de l'Ouest (sauf Israël) et en Amérique centrale (sauf le Guatemala). En revanche, en Afrique australe, en Asie centrale du Sud, en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud, les baisses de fécondité sont très variables d'un pays à l'autre [c'est-à-dire révèlent de nettes différences entre la République islamique d'Iran (-3,8) et l'Inde (-2,5), entre le Viet Nam (-4,7) et l'Indonésie (-2,8), entre la Colombie (-4,0) et l'Argentine (-0,5)]. Les approches sous-régionales restent utiles pour interpréter les niveaux et tendances de la fécondité, mais ne sont assurément pas une panacée étant donné l'hétérogénéité de chaque sous-région et les spécificités de l'histoire et du développement socioéconomique de chaque pays.

En ce qui concerne les variables intermédiaires, nous avons limité notre analyse à la période la plus récente, en utilisant, d'un côté, l'indicateur du développement humain et ses éléments pour 1997 (PNUD, 1999) et, de l'autre, les fécondités cumulées calculées par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU (Organisation des Nations Unies, 2001a). Comme on pouvait s'y attendre, l'indicateur du développement humain pour 1997

est en corrélation assez étroite avec les taux de fécondité de 1995-2000. Pour les 167 pays pour lesquels les deux données étaient disponibles, la régression linéaire produit une R^2 de 0,75 (voir tableau 2). On obtient des résultats analogues à l'aide de régressions simples entre les taux de fécondité de la période 1995-2000, l'espérance de vie à la naissance et le taux d'alphabétisation des adultes, deux des trois éléments de l'indicateur du développement humain. La corrélation entre les fécondités cumulées de la période 1995-2000 et l'espérance de vie à la naissance produit une R^2 de 0,71, et une R^2 de 0,68 avec le taux d'alphabétisation des adultes. Toutefois, la corrélation entre les fécondités cumulées et le troisième élément de l'indicateur du développement humain, à savoir le PIB par habitant en valeur réelle, est nettement plus faible, avec une R^2 de « seulement » 0,31. Quant à l'indicateur sexospécifique du développement humain, qui mesure les disparités du développement humain entre les femmes et les hommes (calculé pour 143 pays), la corrélation entre les fécondités cumulées de la période 1995-2000 et cet indicateur apparaît également forte (0,7), ce qui est dû au fait que, pour des niveaux de développement humain donnés, plus les disparités entre les hommes et les femmes sont importantes, plus la fécondité cumulée est élevée.

Toutefois, toutes ces corrélations sont beaucoup plus faibles lorsque l'on analyse séparément chacun des trois groupes de fécondité : les pays à taux de fécondité élevé (45 pays), les pays à taux de fécondité intermédiaire (67 pays) et les pays à taux de fécondité correspondant ou inférieur au seuil de remplacement (55 pays). En fait, la régression linéaire entre les fécondités cumulées et l'indicateur du développement humain produit une R^2 de 0,22 pour le groupe de pays à taux de fécondité élevé, une R^2 de 0,40 pour le groupe de pays à taux de fécondité intermédiaire et une R^2 proche de zéro pour le groupe de pays à taux de fécondité correspondant ou inférieur au seuil de remplacement. On obtient des résultats analogues à l'aide de régressions simples entre les fécondités cumulées et les trois éléments de l'indicateur du développement humain et l'indicateur sexospécifique du développement humain. Pour le groupe de pays à taux de fécondité élevé et le groupe de pays à taux de fécondité correspondant ou inférieur au seuil de remplacement, les R^2 obtenues sont assez faibles. Celles obtenues pour le groupe de pays à taux de fécondité intermédiaire sont un peu plus élevées, mais elles donnent à penser que, dans le meilleur des cas, il existe une faible corrélation entre les niveaux de fécondité et chacune des variables étudiées.

À notre avis, ces résultats tendent à indiquer que le lien bien établi et accepté existant entre le développement socioéconomique et les niveaux de fécondité peut encore servir à expliquer les écarts de fécondité d'un pays et la transition générale de la fécondité. Toutefois, ce cadre ne permet pas vraiment de rendre compte de ce qui se produit après le démarrage de la transition de la fécondité et avant la période correspondant au régime démographique moderne, et il est impuissant à expliquer les écarts de fécondité de ce dernier régime. On

Tableau 2

Résultats de régressions simples pour la fécondité cumulée, 1995-2000, et l'indicateur du développement humain, l'espérance de vie à la naissance, le taux d'alphabétisation des adultes, le PIB par habitant en valeur réelle et l'indicateur sexospécifique du développement humain, 1997, selon le groupe de fécondité

Fécondité cumulée 1995-2000	Valeurs de R^2				
	Indicateur du développement humain	Espérance de vie à la naissance	Taux d'alphabétisation des adultes	PIB par habitant en valeur réelle	Indicateur sexospécifique du développement humain
Ensemble des pays	0,75 (N=167)	0,71 (N=167)	0,68 (N=167)	0,31 (N=167)	0,77 (N=143)
Pays à fécondité cumulée égale ou supérieure à 5 enfants par femme	0,22 (N=45)	0,08 (N=45)	0,15 (N=45)	0,06 (N=45)	0,21 (N=33)
Pays à fécondité cumulée supérieure à 2,1 et inférieure à 5 enfants par femme	0,40 (N=67)	0,35 (N=67)	0,23 (N=67)	0,12 (N=67)	0,46 (N=58)
Pays à fécondité cumulée égale ou inférieure à 2,1 enfants par femme	0,00 (N=55)	0,01 (N=55)	0,09 (N=55)	0,01 (N=55)	0,00 (N=52)

Source : 1) Organisation des Nations Unies, 2001a : *World Population Prospects: The 2000 Revision*; 2) PNUD, Programme des Nations Unies pour le développement (1999). Rapport sur le développement humain

le comprendra mieux en examinant les figures 1 et 2, qui présentent le lien existant entre, d'une part, les fécondités cumulées et, d'autre part, l'espérance de vie à la naissance et le taux d'alphabétisation des adultes pour chacun des trois groupes de fécondité: les pays à taux de fécondité élevé, les pays à taux de fécondité intermédiaire et les pays à taux de fécondité correspondant ou inférieur au seuil de remplacement.

S'agissant tout d'abord de l'espérance de vie à la naissance (figure 1), parmi le groupe de pays à taux de fécondité élevé, elle varie entre moins de 40 ans (trois pays: Sierra Leone, Malawi et Ouganda) et plus de 70 ans (trois pays: Arabie saoudite, Îles Salomon et Oman). Parmi le groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire, un seul pays, le Botswana, avait en 1997 une espérance de vie à la naissance estimée à moins de 50 ans, et 40 pays (presque deux pays de ce groupe sur trois) avaient une espérance de vie à la naissance comprise entre 50 et moins de 70 ans. Enfin, parmi le groupe des pays à taux de fécondité correspondant ou inférieur au seuil de remplacement, 12 pays seulement avaient une espérance de vie à la naissance estimée de 65 à 70 ans et les 43 pays restants (quatre pays de ce groupe sur cinq) avaient une espérance de vie à la naissance supérieure à 70 ans. On voit que, s'il est difficile d'envisager une baisse de la fécondité pour les pays ayant une espérance de vie à la naissance inférieure à 50 ans, un allongement de l'espérance de vie à la naissance n'est pas une condition suffisante pour déclencher une baisse de fécondité. Par ailleurs, une espérance de vie à la naissance supérieure à 65 ou 70 ans peut être corrélée à des niveaux de fécondité supérieurs à 3 enfants par femme.

Pour ce qui est du taux d'alphabétisation des adultes (figure 2), parmi le groupe de pays à taux de fécondité élevé, ce taux varie entre moins de 50 % dans 22 pays (un pays de ce groupe sur deux) à plus de 90 % dans deux pays (Zimbabwe et Maldives). Parmi le

Figure 1
Lien entre la fécondité cumulée et l'espérance de vie à la naissance, selon le groupe de fécondité

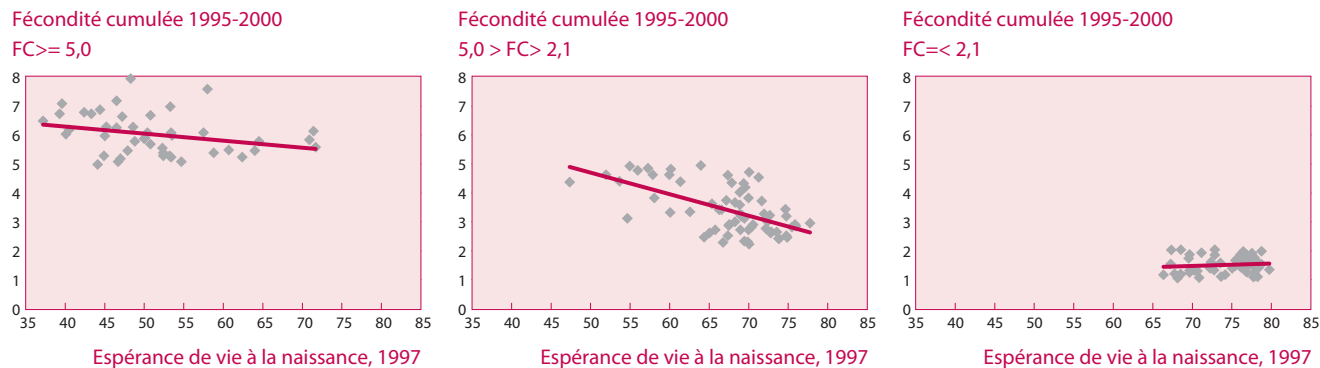
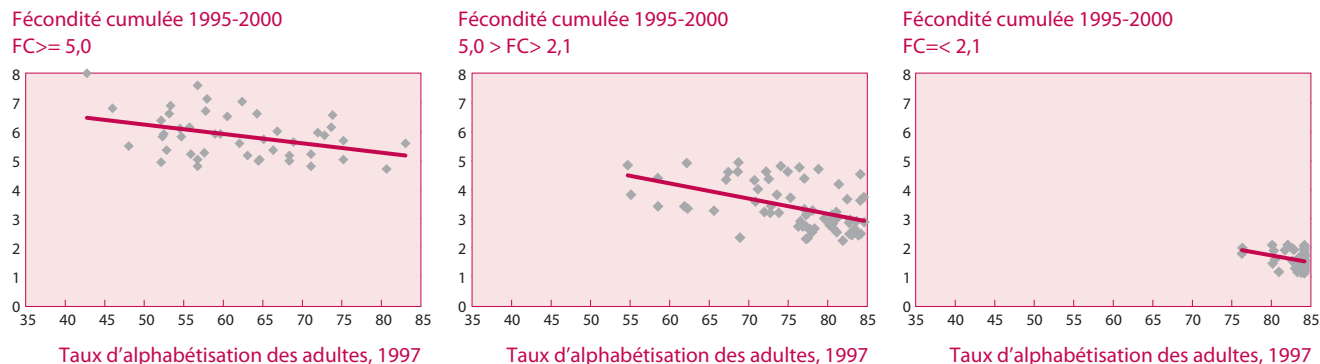


Figure 2
Lien entre la fécondité cumulée et le taux d'alphabétisation des adultes, selon le groupe de fécondité



groupe des pays à taux de fécondité intermédiaire, quatre pays avaient un taux d'alphabétisation des adultes inférieur à 50 % (Népal, Bangladesh, Haïti et Maroc) et 42 pays (deux pays de ce groupe sur trois) avaient un taux supérieur à 80 % (et 24 pays un taux supérieur à 90 %). Enfin, parmi les pays à taux de fécondité correspondant ou inférieur au seuil de remplacement, 2 pays seulement avaient un taux d'alphabétisation des adultes inférieur à 90 % (Chine et Maurice). On voit que, s'il est difficile d'envisager une baisse de la fécondité pour les pays ayant un taux d'alphabétisation des adultes inférieur à 50 %, une augmentation de ce taux n'est pas une condition suffisante pour déclencher une baisse de fécondité. Par ailleurs, un taux d'alphabétisation des adultes supérieur à 80 ou 90 % peut être corrélé à des niveaux de fécondité supérieurs à 3 enfants par femme.

Dans l'ensemble, il semble que les liens entre les niveaux de fécondité et les déterminants intermédiaires se distendent à mesure que les pays et sous-régions se rapprochent de la fin de leur transition de la fécondité (c'est-à-dire avec des fécondités cumulées inférieures à 3 enfants par femme). En fait, la corrélation entre la fécondité et l'indicateur du développement humain pour les pays dont la fécondité cumulée pour la période 1995-2000 est inférieure à 3,5 enfants par femme est des plus lâches ($R^2 = 0,27$) et, s'agissant des pays dont la fécondité cumulée pour la période 1995-2000 est inférieure à 3,0 enfants par femme, la corrélation est encore plus faible ($R^2 = 0,11$).

LE RÔLE DES DÉTERMINANTS IMMÉDIATS DANS L'ACHÈVEMENT DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

Les niveaux de fécondité futurs, en particulier pour les pays et sous-régions à taux de fécondité intermédiaire et se rapprochant de la fin de leur transition en matière de fécondité, semblent devoir être de plus en plus la résultante de l'action conjuguée des déterminants immédiats de la fécondité en fonction des valeurs initiales et de l'évolution future de ces déterminants (fréquence de la contraception, schémas de nuptialité, durée de l'allaitement associée à la longueur de l'immunité post-partum et niveau des avortements).

Depuis le début des années 80, l'Organisation des Nations Unies procède à des évaluations périodiques des niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception dans le monde et calcule également la fréquence de la contraception nécessaire pour concrétiser ses hypothèses concernant la fécondité. L'évaluation la plus récente a eu lieu en 1998 et porte sur les niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception aux alentours de 1993 (Organisation des Nations Unies, 2000). La fréquence future de la contraception a été calculée en fonction des hypothèses de fécondité établie en 1998 à l'horizon 2025. Dans le cadre de ce calcul, la variable dépendante est le niveau d'utilisation de la contraception et on est parti du principe que l'action conjuguée du mariage, de l'immunité post-partum et de l'avortement reste constante pendant toute la période de projection. Cette analyse doit être repensée pour au moins trois raisons. En premier lieu, vu l'importance des changements apportés aux hypothèses concernant la fécondité de la *Révision de 2000 des Perspectives démographiques mondiales*, le niveau d'utilisation de la contraception nécessaire pour s'aligner sur les nouvelles hypothèses a changé et doit être actualisé. En deuxième lieu, contrairement à ce que l'on pensait dans le passé, les impacts conjugués du mariage, de l'immunité post-partum et de l'avortement ne se contrebalancent pas nécessairement à toutes les phases de la transition en matière de fécondité, surtout en fin de transition. En troisième lieu, vu le nombre de pays ayant actuellement un taux de fécondité correspondant ou inférieur au seuil de remplacement, le moment est peut-être venu d'envisager la fécondité comme une variable dépendante des déterminants immédiats et d'élaborer des hypothèses concernant l'utilisation future de la contraception et les valeurs futures des autres déterminants immédiats pour évaluer non seulement les produits nécessaires aux programmes de planification familiale, mais aussi les niveaux futurs éventuels de la fécondité.

Nous avons tenté d'évaluer l'impact des déterminants immédiats sur les niveaux futurs de la fécondité pour les sous-régions à taux de fécondité intermédiaire en utilisant le programme informatique FAMPLAN élaboré par The Futures Group International (Stover

& Heaton, 1999) à partir du « modèle de Bongaarts » (Bongaarts, 1978). Partant d'une projection démographique appliquant la méthode classique des composantes, FAMPLAN permet d'évaluer le lien existant entre, d'une part, les fécondités cumulées et, d'autre part, les déterminants immédiats de la fécondité et l'efficacité moyenne de l'utilisation de la contraception découlant des combinaisons de méthodes contraceptives (c'est-à-dire le pourcentage de toutes les utilisatrices selon la méthode qu'elles utilisent). Pour chaque méthode, l'efficacité est mesurée à la proportion des utilisatrices qui évitent la grossesse pendant un an d'utilisation.

Les projections et l'analyse des déterminants immédiats de la fécondité ont été traitées informatiquement pour chacune des huit sous-régions à taux de fécondité intermédiaire, dans le cadre de différentes hypothèses. Cette procédure n'est pas sans inconvénients majeurs, étant donné l'hétérogénéité de ces sous-régions. Toutefois, elle n'avait pas pour objectif d'élaborer une série d'hypothèses concernant la fécondité, mais simplement d'aider à comprendre les impacts individuels et conjugués des différents déterminants, alors que ces régions se rapprochent de la fin de leur transition de la fécondité. Le tableau 3 présente les valeurs, en l'an 2000, des différents paramètres utilisés dans les projections. Il ne faut pas perdre de vue que la définition et la qualité des données de ces paramètres ne sont pas parfaites.

Dans les huit sous-régions à taux de fécondité intermédiaire examinées ici, la fréquence de la contraception est élevée en 2000, c'est-à-dire d'au moins 50% des femmes mariées ou vivant maritalement. Par ailleurs, l'efficacité moyenne des méthodes utilisées est élevée (au moins 90%), sauf dans une sous-région, l'Asie de l'Ouest. Cela dit, on peut classer les sous-régions en deux catégories. La première regroupe les quatre sous-régions où la fréquence de la contraception est voisine de 50% et la fécondité cumulée supérieure à

Tableau 3
Paramètres utilisés pour le traitement informatique du modèle FAMPLAN

Sous-région	Afrique du Nord	Afrique australe	Asie centrale du Sud	Asie du Sud-Est	Asie de l'Ouest	Caraïbes	Amérique centrale	Amérique du Sud
Fécondité cumulée, 2000	3,35	3,16	3,41	2,67	3,71	2,45	2,90	2,49
Taux d'utilisation de la contraception, 2000								
Toutes méthodes confondues	51	53	51	60	50	59	67	72
Méthode moderne	47	51	44	52	30	54	58	62
Combinaison de méthodes, 2000, efficacité								
Stérilisation (femmes) (1,00)	5	16	53	13	6	39	40	43
Stérilisation (hommes) (1,00)	0	3	7	2	0	1	2	3
Pilule (0,92)	44	27	9	26	13	19	14	24
Contraceptif injectable (1,00)	3	38	2	21	1	3	5	3
DIU (0,96)	37	11	8	21	29	22	20	6
Préservatif masculin (0,81)	2	2	7	3	9	7	6	6
Méthode à adjuvant (0,81)	0	0	0	0	2	1	0	1
Méthode traditionnelle et populaire (0,50)	9	3	14	14	40	8	13	14
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Efficacité moyenne	0,90	0,96	0,90	0,90	0,76	0,92	0,90	0,90
Autres déterminants immédiats								
Pourcentage de femmes mariées ou vivant maritalement	60	45	75	63	65	60	62	60
Estimation de l'immunité post-partum (en mois)	8	12	12	9	9	6	9	7
Taux général d'avortements	0	0	0	0	0	0	0	0
Stérilité (%)	3	3	3	3	3	3	3	3

Source : 1) Organisation des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2000 Revision, 2001*; 2) Organisation des Nations Unies, *Levels and Trends of Contraceptive Use As Assessed in 1998, ESA/P/WP.155*, New York: Organisation des Nations Unies, 1999; et 3) Stover, John et Laura Heaton (1999). FAMPLAN: Version 4. A Computer Program for Projecting Family Planning Requirements. Spectrum System of Policy Models. Washington, DC: The Futures Group International, The POLICY Project.

3 enfants par femme, à savoir l'Afrique du Nord, l'Afrique australe, l'Asie centrale du Sud et l'Asie de l'Ouest. La seconde catégorie regroupe les quatre sous-régions où la fréquence de la contraception est approximativement égale ou supérieure à 60 % et la fécondité cumulée oscille entre 2,5 et moins de 3 enfants par femme. Il s'agit de l'Asie du Sud-Est, des Caraïbes, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud. Un grand nombre des pays appartenant aux sous-régions de cette seconde catégorie gèrent depuis quelques décennies des programmes de planification familiale et de population solides.

Le pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement pour chaque sous-région en 2000 est emprunté aux estimations de l'ONU (Organisation des Nations Unies, 1999). Ces données se rapportent d'une façon générale aux femmes mariées ou vivant maritalement, c'est-à-dire les femmes mariées et les femmes dont le mariage est consensuel ou coutumier, car la quasi-totalité des enquêtes fournissent des données sur l'utilisation de la contraception parmi les femmes mariées ou vivant maritalement. Toutefois, dans les sociétés où beaucoup d'unions existent sans coresidence (ce que l'on appelle aux Caraïbes «visiting unions», unions sans coresidence), les estimations concernant les femmes mariées ou vivant maritalement pourraient ne pas être suffisamment précises. Par exemple, dans la plupart des pays des Caraïbes, entre un quart et environ la moitié des unions sont des unions sans coresidence. L'instabilité ou l'irrégularité de la relation entre les deux partenaires rend ces unions moins fécondes que les unions avec coresidence, en l'absence de contraception. Aussi a-t-on estimé que, lorsqu'on calcule la valeur de l'indice de nuptialité dans le modèle de Bongaarts, il y a lieu de comptabiliser ces unions instables comme la moitié d'une union stable (voir exemples in Guengant, 1996). Il reste que si les données disponibles n'incluent pas toutes les unions instables, l'effet d'abaissement du mariage sur la fécondité est surestimé (avec un indice Cm de Bongaarts inférieur à ce qu'il devrait être). Si toutes les unions instables sont comptabilisées, mais considérées comme des unions stables, l'effet d'abaissement du mariage sur la fécondité est sous-estimé (avec un indice Cm de Bongaarts supérieur à ce qu'il devrait être). Quel que soit le degré de précision des données, il doit être bien clair qu'une forte proportion d'unions instables peut avoir un effet négatif important sur la fécondité, comme l'ont montré des analyses antérieures sur les pays des Caraïbes (Guengant, 1996). Par exemple, l'indice Cm établi dans les années 80 pour la République dominicaine, la Trinité-et-Tobago, la Jamaïque et la Barbade était très faible (entre 0,50 et 0,56), ce qui explique dans une large mesure le taux de fécondité intermédiaire de ces pays (oscillant entre 3,8 en République dominicaine pour la période 1981-1986 et 2,2 à la Barbade pour 1980-1981). Il en va de même pour l'Afrique australe. Au Botswana, par exemple, un autre cas extrême, l'indice Cm, ajusté compte tenu des naissances se produisant en dehors des unions (correspondant à des unions instables), est bas (0,46) alors qu'il est de 0,87 lorsque l'on prend en compte uniquement les données relatives aux femmes mariées (Foote *et al.*, 1993). D'une façon générale, cela signifie que l'utilisation de pourcentages publiés relatifs aux femmes mariées ou vivant maritalement pour les Caraïbes et l'Afrique australe peut, lorsque l'on exécute le programme FAMPLAN, déboucher sur des résultats difficiles à interpréter. Cela veut dire aussi que, pour les autres sous-régions, tout passage d'une union stable à une union moins stable est susceptible d'avoir un impact négatif sur la fécondité.

En ce qui concerne l'immunité post-partum, les valeurs initiales adoptées provenaient d'une analyse récente des données disponibles (Ross *et al.*, 1999). Selon cette source, qui présente les données recueillies dans le cadre de 51 enquêtes réalisées pour la plupart dans les années 90, l'immunité post-partum demeure «élevée»: au moins 20 mois dans les pays d'Afrique subsaharienne où la fécondité cumulée dépasse encore cinq enfants par femme. Toutefois, on rencontre aussi des valeurs élevées dans certains pays à taux de fécondité intermédiaire durant la période 1995-2000: 18 mois au Ghana (4,6 enfants par femme) et au Mexique («seulement» 2,8 enfants par femme) et 16 mois au Botswana (4,4 enfants par femme). Des valeurs faibles (6 mois) se rencontrent dans des pays aussi différents que la République dominicaine (2,9 enfants par femme), le Maroc (3,4 enfants par femme), la Jordanie (4,7 enfants par femme), la Turquie (2,7 enfants par femme) et le Brésil (2,3 enfants par femme). La valeur la plus basse (5 mois) est indiquée pour la Trinité-et-Tobago, dont la fécondité est déjà déficitaire. En fait, dans d'autres pays des Caraïbes tels que la

Barbade, dont la fécondité est également déficitaire, l'immunité post-partum ne dure que 4 mois, ce qui correspond à une durée moyenne d'allaitement de 6 mois. Enfin, au niveau sous-régional, la valeur la plus élevée (12 mois) a été adoptée, selon les données disponibles, dans les cas de l'Afrique australe et de l'Asie centrale du Sud. Les valeurs les plus basses ont été adoptées pour les Caraïbes (6 mois) et l'Amérique du Sud (7 mois). Ces données signifient que les chances de voir la fécondité augmenter à l'avenir en raison d'une réduction de l'immunité post-partum sont déjà très limitées dans certaines sous-régions, tandis que ce facteur peut encore jouer un rôle dans d'autres.

La même source (Ross *et al.*, 1999) fournit des données sur l'avortement pour 46 pays ou territoires, données qui se rapportent essentiellement aux années 90. Selon ces données, les taux généraux d'avortements varient entre environ 3 avortements par femme pour la Roumanie, le Viet Nam et la Russie et entre deux avortements et un avortement par femme dans les pays suivants, par ordre décroissant : Pérou, Kazakhstan, Cuba, Chili, République dominicaine, Kirghizistan, Brésil, Tadjikistan, Colombie, Turkménistan, République de Corée, Chine et Inde, et, enfin, sont inférieurs à un avortement par femme dans les pays suivants : Mexique, Turquie, Singapour, Ouzbékistan, Israël, Tunisie, Région administrative spéciale chinoise de Hong Kong et Bangladesh. Plusieurs des pays ou territoires moins développés figurant sur cette liste avaient déjà une fécondité déficitaire (Cuba, Chine, Singapour et Région administrative spéciale chinoise de Hong Kong) pendant la période 1995-2000, ou avait une fécondité cumulée égale ou inférieure à 2,5 enfants par femme (Viet Nam, Brésil, Chili et Tunisie). On notera que dans les ex-Républiques de l'URSS, on continue à avoir largement recours à l'avortement comme méthode de contraception. Tout cela montre bien, comme l'a noté l'Organisation des Nations Unies (Organisation des Nations Unies, 2000), l'importance de la corrélation négative entre l'avortement et la contraception pour la régulation de la fécondité pendant la transition en matière de fécondité ainsi que dans des situations relevant du régime démographique moderne. À cet égard, il convient de noter que, selon la même source, les taux généraux d'avortements varient, dans les pays européens, entre 0,2 à 0,4 approximativement en Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest et entre un à deux dans les pays d'Europe de l'Est. En fait, on peut facilement démontrer à l'aide du modèle de Bongaarts qu'avec un Cm d'environ 0,50 on peut obtenir une fécondité cumulée de 2,1 enfants par femme soit avec un taux d'utilisation de la contraception de 70 % et aucun avortement, soit avec une fréquence de la contraception de 50 % et un taux général d'avortements de 2 avortements par femme. Ce dernier scénario correspond à la situation de la Barbade au début des années 80. Selon les données tirées de l'EFC réalisée en 1981 à la Barbade, la fécondité cumulée de 2,16 enfants par femme correspondait à un Cm de 0,55, un Cc de 0,5 du fait d'un taux d'utilisation de la contraception de 52 % parmi les femmes mariées ou vivant maritalement (et une efficacité moyenne des méthodes utilisées de 0,90), un Ca de 0,66, correspondant à un taux d'avortements de 1,8 avortement par femme (l'avortement est légal à la Barbade) et un Ci de 0,86, correspondant à une durée moyenne d'allaitement d'environ 6 mois et à une durée de l'immunité post-partum de 4 mois (Guengant, 1996). Pour toutes ces raisons, et aussi en raison des imperfections des données sur l'avortement, nous avons choisi de fixer le taux d'avortements à zéro dans toutes les sous-régions. Cela veut dire que le taux d'utilisation de la contraception correspondant aux hypothèses concernant la fécondité sur lesquelles est fondée la *Révision de 2000 des Perspectives démographiques mondiales* de l'ONU correspondra davantage à un indice composite de contraception et d'avortement (Cc et Ca) ou à des situations où le recours très répandu à une méthode de planification familiale ramène le recours à l'avortement à des niveaux peu élevés (c'est ce qui se passe actuellement en Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest).

Enfin, les données disponibles sur la stérilité (Ross *et al.*, 1999), mesurée par le pourcentage de femmes qui demeurent sans enfant à un âge compris entre 45 et 49 ans, sont, au niveau sous-régional, proches de ce que l'on observe généralement en milieu non pathologique. On a donc fixé le pourcentage des femmes stériles à 3 % dans toutes les sous-régions.

En nous servant de ces données et en gardant à l'esprit toutes les limitations dont nous venons de parler, nous avons d'abord tenté d'évaluer la fréquence de la contraception nécessaire pour atteindre les niveaux de fécondité de 2025 et de 2050 proposés par la *Ré-*

vision de 2000 des *Perspectives démographiques mondiales* (variante moyenne) [Organisation des Nations Unies, 2001], pour autant que tous les autres facteurs demeurent constants. Dans ce cas, la variable dépendante est le niveau d'utilisation de la contraception, selon la combinaison initiale de méthodes et les taux d'efficacité définis par défaut pour chaque méthode, ainsi que les valeurs des autres déterminants immédiats, combinaison, taux et valeurs maintenus constants pendant toute la période de projection 2000-2050.

Compte tenu de ces hypothèses et en vue de parvenir à 2,3 enfants par femme en 2050 en Asie de l'Ouest et à peu près au seuil de remplacement dans les sept autres sous-régions, l'utilisation de la contraception devrait atteindre un pourcentage « faible » de 66 % des femmes mariées ou vivant maritalement dans les Caraïbes et de 68 % en Afrique australe, et un taux « élevé » de 77 % des femmes mariées ou vivant maritalement en Asie de l'Ouest, en Amérique centrale et en Amérique du Sud (voir tableau 4). Les taux d'utilisation de la contraception inférieurs obtenus pour l'Afrique australe et les Caraïbes sont la résultante de plusieurs facteurs : la proportion initiale plus forte d'unions instables, la plus grande efficacité de la combinaison de méthodes et peut-être un recours à l'avortement plus fréquent que dans les autres sous-régions. Le fait que des taux d'utilisation de la contraception supérieurs soient nécessaires pour avoir fait descendre la fécondité cumulée à 2,3 enfants par femme en 2050 en Asie de l'Ouest tient essentiellement à la faible efficacité moyenne de la gamme initiale de méthodes et à un pourcentage relativement élevé de femmes mariées ou vivant maritalement. Pour l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, le niveau élevé d'utilisation de la contraception nécessaires en 2050 pour atteindre le seuil de remplacement s'explique assurément par la corrélation initiale d'une utilisation importante de la contraception et de taux de fécondité relativement peu élevés (inférieurs à trois enfants par femme). Ce scénario s'explique probablement par un schéma d'unions plus stables et un recours moins important à l'avortement que dans le cas des Caraïbes. Il convient de noter que selon les hypothèses concernant la fécondité élaborées par l'ONU en 2000, l'essentiel de la trajectoire devant mener au seuil de remplacement et aux niveaux connexes d'utilisation de la contraception est censée avoir été accompli avant 2025. Il s'ensuit que les augmentations annuelles moyennes en points de l'utilisation de la contraception entre 2000 et 2025 demeurent relativement fortes pour la plupart des sous-régions, étant donné leurs niveaux initialement élevés d'utilisation de la contraception. Pour ces sous-régions, des augmentations annuelles en points entre 0,4 et 0,7 point au cours des 25 prochaines années ne sont pas improbables, mais il n'est pas exclu non plus qu'il faille plus de temps qu'actuellement prévu pour atteindre le seuil de remplacement.

Tableau 4

Résultats du modèle FAMPLAN : fréquence de la contraception nécessaire pour que chaque sous-région atteigne les fécondités cumulées indiquées dans la Révision de 2000 des projections établies par l'ONU sur la base de la variante moyenne (la combinaison de méthodes, le taux d'efficacité de chaque méthode et les autres déterminants immédiats pour chaque sous-région sont maintenus constants)

Sous-région	Afrique du Nord	Afrique australe	Asie centrale du Sud	Asie du Sud-Est	Asie de l'Ouest	Caraïbes	Amérique centrale	Amérique du Sud
Fécondité cumulée, 2000	3,35	3,16	3,41	2,67	3,71	2,45	2,90	2,49
Fécondité cumulée, 2025	2,19	2,20	2,29	2,10	2,90	2,16	2,18	2,13
Fécondité cumulée, 2050	2,10	2,10	2,12	2,08	2,30	2,02	2,10	2,10
Projections de l'ONU pour 2000								
Taux d'utilisation de la contraception, 2000 — toutes méthodes confondues	51	53	51	60	50	59	67	72
Fréquence de la contraception implicite d'ici à								
2025	69	66	68	69	66	64	76	76
2050	70	68	70	70	77	66	77	77
Augmentation annuelle en points de l'utilisation de la contraception								
2000-2025	0,7	0,5	0,7	0,4	0,6	0,2	0,4	0,2
2025-2050	0,1	0,1	0,1	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0

Envisageons à présent la fécondité cumulée en tant que variable dépendante des différents déterminants immédiats. Pour ce faire nous avons au fond tenté de remplacer la norme de fécondité de remplacement par celle d'utilisation universelle des méthodes contraceptives (essentiellement les méthodes modernes), fixée à 75 % des femmes mariées ou vivant maritalement pour toutes les sous-régions. Comme nous venons de le voir, un tel niveau d'utilisation de la contraception est proche des 77 % de femmes mariées ou vivant maritalement utilisant une méthode nécessaire pour avoir atteint en 2050 l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen présentée dans la *Révision de 2000 des Perspectives démographiques mondiales* de l'ONU, taux adopté pour l'Asie de l'Ouest, l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud. C'est également le niveau d'utilisation de la contraception que l'ONU a prévu pour l'année 2025 pour l'Europe du Sud, l'Europe de l'Ouest et l'Amérique du Nord. À partir de cette hypothèse de base, des hypothèses supplémentaires ont été élaborées concernant les autres déterminants immédiats pour produire différents scénarios. Les valeurs initiales saisies dans le programme FAMPLAN sont les mêmes que celles qui sont présentées au tableau 3; quant à l'avenir, les différentes hypothèses retenues sont présentées plus loin (voir tableau 5). Ces hypothèses pourront être jugées un peu simplistes ou arbitraires. Il faut toutefois garder à l'esprit le caractère spéculatif de cette démarche.

a) Hypothèse concernant la fréquence de la contraception;

b) Accroître cette fréquence jusqu'à l'« utilisation universelle » des méthodes contraceptives: pour chaque sous-région, le taux d'utilisation de la contraception est accru progressivement depuis le niveau estimé pour 2000 (voir tableau 3) jusqu'à 75 % des femmes mariées ou vivant maritalement en 2050. En outre, pour chaque sous-région, la gamme initiale de méthodes est maintenue constante pendant toute la période 2000-2050, avec les mêmes taux d'efficacité « définis par défaut » pour chaque méthode (voir tableau 3). Ce choix a été fait parce que l'efficacité moyenne des méthodes utilisées était déjà relativement élevée et que la gamme de méthodes est la résultante de l'histoire de la diffusion des différentes méthodes contraceptives spécifiques de chaque pays et sous-région. Ce sont là les raisons pour lesquelles il n'a pas été jugé nécessaire de modifier la combinaison de méthodes initiale de 2000;

c) Hypothèse concernant l'immunité post-partum;

d) Hypothèse concernant la durée constante de l'immunité post-partum: pour chaque sous-région, la durée moyenne initiale de l'immunité post-partum (voir tableau 3) est maintenue constante sur l'ensemble de la période 2000-2050.

e) Hypothèse concernant la réduction de la durée de l'immunité post-partum: pour chaque sous-région, la durée moyenne initiale de l'immunité post-partum est ramenée progressivement à 4 mois en 2050, ce qui correspond aux valeurs les plus basses observées dans les pays moins développés.

f) Hypothèse concernant le pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement

g) Hypothèse concernant le pourcentage constant des femmes mariées ou vivant maritalement: pour chaque sous-région, le pourcentage initial des femmes mariées ou vivant maritalement (voir tableau 3) est maintenu constant sur l'ensemble de la période 2000-2050.

h) Hypothèse concernant la réduction du pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement: pour chaque sous-région, le pourcentage initial des femmes mariées ou vivant maritalement (voir tableau 3) est ramené progressivement à 50 % en 2050 (pourcentage légèrement supérieur aux 45 % estimés pour 2000 pour l'Afrique australe et proche des pourcentages estimés pour l'Amérique du Nord, l'Europe du Nord, l'Europe de l'Ouest et l'Australie et la Nouvelle-Zélande).

Aucune hypothèse spécifique n'a été élaborée concernant l'avortement. En fait, on a présumé que le niveau actuel des avortements dans les sous-régions demeurerait constant et n'affecterait pas les résultats de FAMPLAN. On peut aussi concevoir que dans les sous-régions où le recours à l'avortement est important (et, peut-être, s'accroît), on observera avec

le temps, parallèlement à la progression vers l'universalisation de l'utilisation d'une méthode contraceptive efficace, une réduction du nombre des avortements. L'hypothèse d'une augmentation de l'utilisation de la contraception jusqu'à 75 % des femmes mariées ou vivant maritalement d'ici à 2050 est censée tenir compte de ce phénomène.

Les trois scénarios combinant ces hypothèses sont présentés au tableau 5.

Dans cette analyse, on peut considérer la variante A, qui ne mesure que l'impact du passage à 75 % d'ici à 2050 de la fréquence de la contraception, comme la variante moyenne à l'horizon 2050. En ce qui concerne les deux autres déterminants, la réduction à 4 mois de la durée de l'immunité post-partum envisagée ici aura un impact positif, quoique modeste, sur la fécondité, car les durées initiales d'immunité post-partum pour chaque sous-région ne sont pas véritablement élevées, tandis que la réduction à 50 % du pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement est susceptible d'avoir un impact négatif important sur la fécondité, car les pourcentages initiaux de ces femmes sont relativement élevés (sauf dans le cas de l'Afrique australe, où la valeur initiale, 45 %, est inférieure). C'est pour ces raisons que l'on peut considérer la variante B, qui associe l'impact du passage à 75 % de la fréquence de la contraception et l'impact positif d'une réduction universelle à quatre mois de la durée de l'immunité post-partum, comme la variante élevée, et la variante C, qui ajoute l'impact négatif de la réduction du pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement, comme la variante faible (à l'exception de l'Afrique australe).

Les résultats obtenus sont présentés au tableau 6.

Examinons d'abord les résultats obtenus pour l'année 2025. L'objectif de 75 % de femmes mariées ou vivant maritalement d'ici à 2050, réalisé par le biais d'un passage progressif du niveau d'utilisation de la contraception estimé pour chaque sous-région en 2000 à 75 % d'ici à 2050, implique un passage plus lent à l'universalisation de l'utilisation de la contraception que l'utilisation de la contraception nécessaire pour atteindre les hypothèses concernant la fécondité indiquées dans la *Révision de 2000 des Perspectives démographiques mondiales* de l'ONU. Il s'ensuit que les fécondités cumulées obtenues dans le cas de la variante A (qui ne mesure que l'impact du passage à 75 % d'ici à 2050 de la fréquence de la contraception) sont supérieures aux hypothèses concernant la fécondité adoptées par l'ONU pour 2025, ce pour toutes les sous-régions à l'exception des Caraïbes. Selon ce scénario, les Caraïbes sont la seule sous-région à avoir une fécondité cumulée inférieure au seuil de remplacement en 2025 et, avec 2,2 enfants par femme, l'Asie du Sud-Est est la seule à se rapprocher de la fécondité de remplacement. Les autres sous-régions demeurent au-dessus de la fécondité de remplacement, en particulier l'Asie de l'Ouest, l'Asie centrale du Sud, l'Afrique du Nord et l'Amérique centrale. Dans le cas de la variante B, qui associe l'impact du passage à 75 % de la fréquence de la contraception et celui d'une réduction universelle à 4 mois d'ici à 2050 de la durée de l'immunité post-partum, les fécondités cumulées obtenues d'ici à 2025 sont logiquement supérieures à celles obtenues dans le cas de la variante A, car aucune sous-région n'avait une valeur initiale aussi faible. Lorsque la valeur initiale de la durée d'immunité post-partum est faible, comme c'est le cas pour les Caraïbes et l'Amérique du Sud, l'écart entre les fécondités cumulées obtenues dans le cas

Tableau 5

Variantes de projection du point de vue de la fréquence de la contraception, de l'immunité post-partum et du mariage

Variantes de projection : variables			
Fréquence de la contraception en 2050	Fréquence de la contraception	Fréquence de la contraception et immunité post-partum	Fréquence de la contraception, immunité post-partum et mariage
75 % des femmes mariées ou vivant maritalement utilisent une méthode contraceptive en 2050, selon la combinaison de méthodes initiale	A. Impact du passage à 75 % de la seule fréquence de la contraception	B. Impact du passage à 75 % de la fréquence de la contraception et réduction à 4 mois de l'immunité post-partum d'ici à 2050	C. Impact, d'ici à 2050 : i) du passage à 75 % de la fréquence de la contraception, ii) de la réduction à 4 mois de la durée de l'immunité post-partum, et iii) de la réduction à 50 % du pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement

Tableau 6

Estimation de l'impact du passage à 75 % d'ici à 2050 de la fréquence de la contraception, de la réduction à 4 mois d'ici à 2050 de la durée de l'immunité post-partum et de la réduction à 50 % d'ici à 2050 du pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement sur les fécondités cumulées en 2025 et 2050, selon les sous-régions

Sous-région	Afrique du Nord	Afrique australe	Asie centrale du Sud	Asie du Sud-Est	Asie de l'Ouest	Caraïbes	Amérique centrale	Amérique du Sud
Fécondité cumulée 2000	3,35	3,16	3,41	2,67	3,71	2,45	2,90	2,49
Fréquence de la contraception 2000	51	53	51	60	50	59	67	72
A. Impact du passage à 75 % d'ici à 2050 de la fréquence de la contraception								
Fréquence de la contraception								
2025	63	64	63	68	63	67	71	74
2050	75	75	75	75	75	75	75	75
Fécondité cumulée								
2025	2,57	2,37	2,61	2,21	3,07	1,98	2,57	2,37
2050	1,80	1,58	1,81	1,75	2,43	1,51	2,24	2,25
B. Impact du passage à 75 % d'ici à 2050 de la fréquence de la contraception et de la réduction à 4 mois d'ici à 2050 de la durée de l'immunité post-partum								
Fécondité cumulée								
2025	3,03	2,73	3,00	2,43	3,38	2,06	2,83	2,52
2050	2,12	2,14	2,45	2,14	2,97	1,64	2,74	2,55
C. Impact du passage à 75 % d'ici à 2050 de la fréquence de la contraception, de la réduction à 4 mois d'ici à 2050 de la durée de l'immunité post-partum et de la réduction à 50 % d'ici à 2050 du pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement								
Fécondité cumulée								
2025	2,78	2,88	2,50	2,18	2,99	1,89	2,56	2,31
2050	1,76	2,38	1,64	1,70	2,28	1,37	2,21	2,13

de la variante A et de la variante B est mince. Pour les autres sous-régions, l'écart entre les fécondités cumulées dans le cas de la variante B et de la variante A varie entre +0,2 et +0,5 enfant par femme. Dans le cas de la variante C, qui associe les trois impacts du passage à 75 % de la fréquence de la contraception, de la réduction à 4 mois de la durée de l'immunité post-partum et de la réduction à 50 % d'ici à 2050 du pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement, les fécondités cumulées obtenues pour 2025 sont très voisines de celles obtenues dans le cas de la variante A (qui ne mesure que l'impact de l'augmentation de la fréquence de la contraception) pour six des huit sous-régions. Pour l'Afrique australe et l'Afrique du Nord, les fécondités cumulées dans le cas de la variante C sont supérieures à celles obtenues dans le cas de la variante A. Ces résultats semblent confirmer l'hypothèse selon laquelle l'impact de la réduction de l'immunité post-partum, d'une part, et celui de la réduction du pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement, d'autre part, se compensent mutuellement. Toutefois, il convient de préciser que les différentes hypothèses adoptées dans le cas de la variante C convergent aux mêmes valeurs pour la fréquence de la contraception, la durée moyenne de l'immunité post-partum et la proportion des femmes mariées ou vivant maritalement. Ce n'est pas le cas du travail de l'ONU, qui met en œuvre une méthodologie différente (Organisation des Nations Unies, 2000). Dans ce travail, seules les hypothèses retenues pour les fécondités cumulées sont présentées et convergent au seuil de remplacement en 2050, et la seule variable dépendante est le taux d'utilisation de la contraception. De plus, le fait que les fécondités cumulées obtenues dans le cas de la variante C diffèrent de celles obtenues dans le cas de la variante A pour l'Afrique australe et l'Afrique du Nord signale que la compensation de l'impact de la réduction de l'immunité post-partum, d'un côté, et de l'impact de la réduction du pourcentage de femmes mariées ou vivant maritalement, de l'autre, ne devrait en aucune circonstance être considérée comme acquise dans tous les contextes.

D'ici à 2050, la variante A donne une fécondité déficitaire dans cinq des huit sous-régions considérées, des résultats proches du seuil de remplacement (2,2 enfants par femme) pour l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud et une fécondité cumulée de 2,4 enfants

par femme pour l'Asie de l'Ouest. Dans le cas de variante B, qui prend en considération l'effet d'accroissement de la fécondité que peut avoir la réduction de l'immunité post-partum (et qui peut donc être considérée comme une variante élevée), une seule sous-région, les Caraïbes, tombe au-dessous du seuil de remplacement d'ici à 2050. Trois sous-régions obtiennent une fécondité de remplacement: l'Afrique du Nord, l'Afrique australe et l'Asie du Sud-Est, et les quatre autres sous-régions conservent une fécondité supérieure au seuil de remplacement: Asie de l'Ouest (3 enfants par femme), Amérique centrale (2,7), Amérique du Sud (2,6) et Asie centrale du Sud (2,5). Enfin, dans le cas de la variante C (qui peut être considérée comme une variante faible), quatre sous-régions auront une fécondité déficitaire d'ici à 2050: Afrique du Nord, Asie centrale du Sud, Asie du Sud-Est et Caraïbes. Les quatre autres sous-régions ont une fécondité de remplacement ou légèrement supérieure au seuil de remplacement: Afrique australe (2,4 enfants par femme), Asie de l'ouest (2,3), Amérique centrale (2,2) et Amérique du Sud (2,1). Certes, si nous avons ajouté une hypothèse supplémentaire concernant une augmentation des taux généraux d'avortements aux trois hypothèses retenues dans le cas de la variante C, toutes les sous-régions seraient tombées au-dessous du seuil de remplacement. Toutefois, l'association d'une hypothèse concernant une augmentation des avortements et de l'hypothèse de l'utilisation d'une méthode contraceptive par 75 % de femmes mariées ou vivant maritalement n'est sans doute pas valide car, comme on l'a déjà signalé, un niveau d'utilisation de la contraception aussi élevé est généralement associé à des taux généraux d'avortements faibles.

En dépit des imperfections de cette démarche, les résultats obtenus appellent l'attention sur au moins un élément important: l'avenir n'est pas encore écrit et il est loin d'être démontré que tous les pays et sous-régions du monde ayant à présent un taux de fécondité intermédiaire descendront rapidement au-dessous du seuil de remplacement dans les prochaines décennies. Quelles pourraient être les incidences de ces conclusions sur l'établissement de projections futures de population?

PROJECTION DES FÉCONDITÉS CUMULÉES OU DES DÉTERMINANTS IMMÉDIATS

Jusqu'à présent, lorsqu'elle préparait ses projections de population, l'ONU, comme tous les auteurs de prévisions démographiques, définissait ses hypothèses concernant la fécondité sans tenir compte des valeurs associées des déterminants immédiats. Elle examinait bien la correspondance, non la cohérence, entre les hypothèses concernant la fécondité et les déterminants immédiats, mais après coup, et uniquement pour les valeurs implicites de l'utilisation de la contraception. Il y a lieu de se féliciter de ce que, avec la *Révision de 2000 des Perspectives démographiques mondiales* de l'ONU, la « théorie » des 2,1 enfants par femme, acceptée pendant des décennies comme l'objectif implicite ultime de procréation à réaliser par l'ensemble des habitants de la planète, ait été abandonnée. Pourtant, la théorie perdue de la « fécondité de remplacement » n'est pas remplacée. À présent, dans la *Révision de 2000*, selon l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen pour les pays à taux de fécondité élevé, la fécondité baissera à un rythme moyen de près d'un enfant par décennie à partir de 2005 ou plus tard, ce qui veut dire que certains de ces pays n'atteindront pas le seuil de remplacement d'ici à 2050. Dans les pays à taux de fécondité intermédiaire, on présume que ce seuil sera atteint avant cette date et, enfin, dans les pays à fécondité déficitaire, on suppose généralement que la fécondité restera au-dessous du seuil de remplacement. Tout cela signifie que si tous les pays du monde ne sont plus censés converger au seuil de remplacement, pour les pays à taux de fécondité intermédiaire, les prévisionnistes ne peuvent toujours pas se débarrasser du seuil de remplacement, par manque de données, manque d'analyse approfondie ou manque d'imagination.

Parallèlement aux projections de population classiques, des projections concernant l'utilisation de la contraception et la combinaison de méthodes ont été faites à différentes occasions aux niveaux national et international (Ross, Stover et Willard, 1999). Mais ces projections servent essentiellement à estimer les nombres futurs d'utilisateurs des métho-

des modernes de contraception et des fournitures correspondantes. Ces deux ensembles de projections poursuivent bien évidemment des objectifs différents et répondent à des besoins d'information différents. Mais le moment n'est-il pas venu d'étudier de près les déterminants immédiats avant d'élaborer des hypothèses concernant la fécondité? Et, inversement, d'examiner l'éventail des hypothèses existantes en matière de fécondité au moment d'élaborer des hypothèses concernant les besoins futurs en matière de contraception? Cela ne veut pas nécessairement dire que les hypothèses de fécondité retenues dans les projections de population devraient être construites à partir des hypothèses concernant les valeurs futures des déterminants immédiats, encore que cela ne soit pas impossible. Des projections de population récentes réalisées pour le Tchad ont fondé les hypothèses de fécondité élevée, faible et moyenne sur différentes hypothèses concernant les déterminants immédiats et, chose assez intéressante, la fécondité cumulée obtenue pour 2025 (4,62) correspond presque exactement à l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen élaborée par l'ONU en 2000. Toutefois, elle est différente pour 2050: on obtient 3,15 enfants par femme avec la méthode des «déterminants immédiats», contre 2,23 pour l'ONU (Ningam, Nodjimbate et Guengant, 2002). À notre avis, il faudrait, avant de définir les hypothèses en matière de fécondité et de traiter les projections de population informatiquement, vérifier au moins les valeurs des déterminants immédiats associées à des hypothèses données concernant la fécondité totale. Par ailleurs, ces valeurs devraient être bien précisées au moment de présenter les hypothèses en matière de fécondité et les résultats des projections de population. Cela contribuerait beaucoup à clarifier ce qui a été fait et ce que, nous autres démographes, nous faisons.

Cette opération, à savoir la vérification de la cohérence entre les valeurs des déterminants immédiats et les hypothèses de fécondité données, devrait être accomplie non au niveau sous-régional, comme nous l'avons fait dans le présent document, mais au niveau de chaque pays. Il faut espérer que cela aidera à définir certaines corrélations «types» entre les fécondités cumulées et les valeurs des déterminants immédiats en fonction de différents niveaux de fécondité, en mettant en œuvre une démarche analogue à celle appliquée pour corrélérer la gamme moyenne de méthodes selon les niveaux d'utilisation de la contraception (Stover et Heaton, 1999). Les niveaux de fécondité, en particulier ceux qui sont proches de la fécondité de remplacement ou sont inférieurs au seuil de remplacement, peuvent être corrélés à plusieurs combinaisons de valeurs des différents déterminants immédiats. Par exemple, la fécondité de remplacement peut être atteinte par le biais de plusieurs combinaisons de valeurs des déterminants immédiats. À cet égard, le cas de la Barbade, où la fécondité de remplacement a été atteinte par le jeu de la combinaison d'une utilisation moyennement élevée de la contraception, d'un recours fréquent à l'avortement, d'une durée minimale d'immunité post-partum et d'un important effet d'inhibition du mariage (découlant d'une proportion moyennement élevée de femmes mariées ou vivant maritalement, mais associée à une grande proportion d'unions instables), n'est assurément que l'une de plusieurs combinaisons possibles pour atteindre 2,1 enfants par femme. Cette «combinaison de déterminants immédiats» particulière peut également expliquer pourquoi la Barbade est ultérieurement tombée au-dessous du seuil de remplacement, probablement par le jeu d'une augmentation de la fréquence de la contraception et d'un recours tout aussi important qu'auparavant à l'avortement. Il est encore trop tôt pour dire si une analyse approfondie des variations des valeurs des déterminants immédiats pendant la transition de la fécondité et—chose tout aussi importante—lorsque la fécondité correspond au seuil de remplacement ou lui est inférieur aidera à définir des modèles pouvant servir à établir les projections des niveaux futurs de fécondité, mais il faut s'atteler à ce travail.

ANALYSE

L'hypothèse antérieure concernant la convergence, avant 2050, de tous les pays du monde à 2,1 enfants par femme était simple et facile à comprendre. Toutefois, le fait qu'il y ait aujourd'hui tellement de pays qui sont descendus en dessous du seuil de remplacement et, à l'autre extrême, le fait que la fécondité n'ait pas encore commencé à baisser dans un

certain nombre de pays les moins avancés ont contraint les prévisionnistes à abandonner cette hypothèse trop simple (Guengant et May, 2001). À présent, le monde se trouve divisé en pays à taux de fécondité élevée, intermédiaire et déficitaire. Toutefois, les projections de population de l'ONU et d'autres entités continuent d'être fondées sur des hypothèses de fécondité cumulée, considérée comme une variable indépendante, alors que la fécondité est tout sauf une variable dépendante. Cela n'est-il pas aussi trop simple? Certes, nul ne sait que faire une fois qu'un pays a atteint la fécondité de remplacement ou est descendu en dessous du seuil de remplacement, ce qui est arrivé à tant de pays moins développés ces dernières années. Le cadre des déterminants immédiats peut aider dans une certaine mesure à expliquer pourquoi, parmi les pays à fécondité déficitaire, les niveaux de fécondité varient autant qu'entre 1,1 et 2,1 enfants par femme.

Toutefois, il ne faudrait pas méconnaître les difficultés découlant de l'utilisation du cadre des déterminants immédiats pour expliquer les écarts de fécondité entre pays à taux de fécondité intermédiaire ou ayant atteint la fécondité de remplacement ou tombés au-dessous du seuil de remplacement et pour établir les hypothèses de fécondité. La première difficulté est la question de la convergence. Les hypothèses concernant la convergence, du fait de la mondialisation, de l'universalisation de l'instruction, le degré important d'accessibilité des médias et des messages diffusés partout dans le monde sont-elles réalistes? L'hypothèse antérieure de la convergence à 2,1 enfants par femme dans tous les pays du monde s'est avérée erronée. Les hypothèses relatives à une convergence vers l'utilisation universelle de la contraception, fixée à 75 % des femmes mariées ou vivant maritalement, à la réduction à 4 mois de la durée de l'immunité post-partum, à la réduction à 50 % du pourcentage des femmes mariées ou vivant maritalement et au recours marginal à l'avortement d'ici à 2050 sont-elles plus réalistes? Probablement non. Mais l'utilisation de ces hypothèses présente l'avantage de relever certains des déterminants bien connus de la fécondité. Et jusqu'ici, le cadre des déterminants immédiats s'est avéré suffisamment solide pour pouvoir être utilisé dans une grande diversité de contextes.

Les autres difficultés associées à l'utilisation du cadre des déterminants immédiats ont trait à chaque déterminant. Commençons par les schémas d'unions. Les schémas d'unions sont la résultante de processus sociaux complexes et la difficulté tient ici à l'évolution tant de la proportion des femmes mariées ou vivant maritalement que du type d'union. La proportion des femmes mariées ou vivant maritalement varie beaucoup d'un pays à l'autre et dans le temps; il est très difficile d'établir des projections dans ce domaine. Le choix d'hypothèses concernant les futurs types d'union ne peut être qu'encore plus difficile, bien que la proportion des unions instables est susceptible d'exercer un effet important sur la fécondité, aussi important que la proportion totale des femmes mariées ou vivant maritalement. Dans beaucoup de sociétés d'héritages culturels différents (en Europe ou en Afrique subsaharienne), les types d'union informelle (unions coutumières ou unions sans corésidence) semblent avoir récemment gagné du terrain. Comme nous l'avons expliqué plus haut, le développement des types d'union instables auront—à condition que tous les autres facteurs demeurent constants—un effet dépressif sur la fécondité. Mais cette évolution est également susceptible d'affecter le calendrier de la procréation et le nombre d'enfants désiré. Dans les sociétés où ces types d'union sont traditionnellement bien acceptés, cela n'aura pas nécessairement d'influence négative supplémentaire sur le nombre d'enfants désirés. En revanche, dans les sociétés où ces types de relations informelles ont un caractère infamant, toute augmentation du nombre et de la proportion des unions instables est susceptible d'avoir une influence négative sur la fécondité.

En ce qui concerne l'utilisation des méthodes modernes de contraception, l'utilisation future des diverses méthodes contraceptives dépendra en partie de la disponibilité de ces méthodes. Leur absence ou les restrictions sévères imposées à certains groupes (les adolescents célibataires par exemple) semble devoir renforcer la volonté de recourir à l'avortement. Toutefois, dans la majorité des pays moins développés à taux de fécondité intermédiaire, l'avortement est illégal, et le coût des avortements illégaux et les conditions dans lesquelles ils sont pratiqués restreignent sérieusement cette option. Il s'ensuit que la corrélation négative entre la contraception et l'avortement fonctionnera de façon différente selon les pays

et l'impact sur la fécondité variera en conséquence. Enfin, les combinaisons de méthodes contraceptives ne devraient pas être un problème majeur pour la plupart des pays à taux de fécondité intermédiaire. Plusieurs pays ont atteint des niveaux élevés d'utilisation de la contraception par le biais d'une forte proportion de stérilisations. Le passage aux méthodes réversibles n'influera pas nécessairement sur l'efficacité de la combinaison moyenne de méthodes, en particulier si les méthodes réversibles nouvellement adoptées sont très efficaces, comme dans le cas des contraceptifs injectables.

Enfin, on peut admettre que la durée moyenne de l'immunité post-partum est susceptible de diminuer. Il n'en reste pas moins qu'il est difficile de prévoir l'importance et le rythme de cette diminution. L'hypothèse retenue dans la présente étude d'une réduction à 4 mois de la durée moyenne de cette immunité dans tous les pays ne se concrétisera pas nécessairement. Toutefois, on peut supposer que, à mesure que les pays se rapprocheront de la fécondité de remplacement, ce facteur perdra sans doute de son importance. Cela veut dire que lorsque les pays se rapprochent du seuil de remplacement, pour les pays où la fréquence de la contraception est déjà élevée, le principal déterminant immédiat de la fécondité est probablement le mariage (proportion des femmes mariées ou vivant maritalement et types d'union). Si la fécondité de remplacement a été atteinte par le biais d'une fréquence relativement modeste de la contraception, le principal déterminant immédiat de la fécondité peut être l'avortement, associé à l'impact divers des schémas de nuptialité.

CONCLUSION

Les opinions récemment exprimées sur les baisses rapides de fécondité observées dans la plupart des pays du monde et sur les perspectives d'avenir sont de trois types. Le premier prévoit la poursuite de ces baisses partout où elles se sont produites et une tendance mondiale et irréversible à la fécondité déficitaire (Chesnais, 2001). Selon ce type d'opinions, l'humanité pourrait, après l'explosion démographique du vingtième siècle, voir progressivement sa population imploser. Selon un deuxième type d'opinions, le monde est divisé en deux groupes. Le premier groupe est constitué par les pays qui, tant développés qu'en développement, ont une fécondité déficitaire ou sont susceptibles d'atteindre le seuil de remplacement à moyen terme, et le second des pays les moins avancés, situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, dont la fécondité reste élevée (Caldwell, 2002). Selon ce type d'opinions, les défis de demain consisteront à faire face au vieillissement et, éventuellement, à la dépopulation de la plupart des pays du monde tout en maintenant des attitudes, des politiques et une assistance favorables aux programmes visant à faire baisser la fécondité dans les pays où l'accroissement de la population reste élevé. Enfin, on peut voir dans la *Révision de 2000 des Perspectives démographiques mondiales* de l'Organisation des Nations Unies une troisième approche, plus pragmatique, des tendances futures de la fécondité. Selon les hypothèses fondées sur un taux de fécondité moyen présentées dans la révision, le monde pourrait, en 2050, se trouver encore divisé en trois groupes. Le premier serait le groupe de pays où la fécondité pourrait être proche de 2,5 enfants par femme ou supérieure à ce chiffre (Afrique de l'Est, Afrique centrale, Afrique de l'Ouest et Asie de l'Ouest). Le deuxième serait le groupe de pays où la fécondité pourrait se situer au seuil de remplacement (Asie centrale du Sud et Asie du Sud-Est, Afrique du Nord et Afrique australe, Amérique centrale et Amérique du Sud, Mélanésie, Micronésie et Amérique du Nord). Le troisième serait le groupe de pays où la fécondité pourrait être déficitaire (Australie/Nouvelle Zélande, Caraïbes, Asie de l'Est et toutes les régions d'Europe).

Les « intuitions » concernant l'avenir de l'humanité et la dynamique de la population peuvent être stimulantes et demeurent les bienvenues. Toutefois, l'avenir n'est pas encore écrit et sa réalisation dépend d'un grand nombre de facteurs, dont certains ne sont même pas prévus aujourd'hui. Les projections de population sont nécessaires pour nous donner une idée de ce qui nous attend. Sur un plan pratique, elles nous fournissent quelques indications sur le nombre d'enfants qu'il faudra vacciner ou instruire, le nombre de personnes qu'il faudra nourrir ou employer, etc. À mesure que les pays sont de plus en plus nombreux

à parvenir à la phase finale de la transition à un taux de fécondité faible, les démographes semblent rechigner à l'idée d'abandonner la population stationnaire et la fécondité de remplacement en tant qu'objectif. Ils ne semblent pas davantage prêts à admettre que les projections de population ne sont pas aussi solides qu'elles avaient semblé l'être ni que, à mesure qu'elle sera de plus en plus l'affaire des couples et des individus, la fécondité deviendra beaucoup plus imprévisible que par le passé. Il est temps de prendre conscience de tous ces changements et de relever les défis qu'ils nous posent.

Au niveau mondial, les projections de population et les hypothèses connexes concernant la fécondité, la mortalité (et l'impact du sida sur la mortalité) et les migrations internationales doivent être présentées et expliquées de façon beaucoup plus approfondie qu'elles ne le sont à l'heure actuelle. En particulier, on pourrait étudier et établir les implications des tendances futures présumées de la fécondité sous l'angle de ses déterminants immédiats. D'une façon générale, les démographes devraient faire preuve de plus de modestie lorsqu'ils expriment leurs vues sur l'avenir de la population et approfondir le travail d'analyse et de surveillance. Ils devraient également apprendre à appréhender un monde plus diversifié, où les pays en seront toujours à des moments très différents de la transition démographique.

BIBLIOGRAPHIE

- Bongaarts, John (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review* (New York), vol. 4, n° 1, p. 105-132.
- Caldwell, John C. (2002). *Le défi contemporain de la population*. Réunion d'experts sur l'achèvement de la transition en matière de fécondité, Division de la population du Secrétariat de l'ONU, New York, 11-14 mars 2002.
- Chesnais, Jean-Claude (2001). *Comment: A March Toward Population Recession*. *Population and Development Review* (New York), supplément, p. 255-259.
- Footo, Karen A, Kenneth H. Hill et Linda G. Martin (1993). *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*. *National Academy Press*, Washington, DC.
- Guengant, Jean-Pierre (1996). Demographic Transition in the Caribbean: An Attempt at Interpretation. *The Fertility Transition in Latin America*, J. M. Guzmán, S. Singh, G. Rodriguez, E. A. Pantelides. *International Studies in Demography*, Clarendon Press Oxford.
- et John May (2001). *Impact of the proximate determinants on the future course of fertility in sub-Saharan Africa*. Atelier sur « Les perspectives de baisse du taux de fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé », Division de la population du Secrétariat de l'ONU, New York, 9-11 juillet 2001.
- Ningam Ngakoutou, Nodjimnatem Ngoniri et Jean-Pierre Guengant (2002). *Population du Tchad de 2000 à 2050*. Ministère de la promotion économique et du développement, Division de la population (à paraître).
- Organisation des Nations Unies (2000). *Levels and Trends of Contraceptive Use As Assessed in 1998*. ST/ESA/SER.A/190.
- (1999). *Levels and Trends of Contraceptive Use As Assessed in 1998*. Numéro de vente: ESA.P.WP.155.
- (2001a). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. I: *Comprehensive Tables*. ST/ESA/SER.A/195.
- (2001b). *World Population Prospects. The 2000 Revision Highlights*. Numéro de vente: ESA.P.WP.165, février 2001; voir également: <http://www.un.org/esa/population/wpp2000.htm>, et les tableaux de l'annexe des Nations Unies.
- Programme des Nations Unies pour le développement (1999). *Rapport mondial sur le développement humain*, DeBoeck Université, Paris/Bruxelles.
- Ross, John A., John Stover et Amy Willard (1999). *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs*. 116 Countries. Glastonbury, CT: The Futures Group International.
- Stover, John et Laura Heaton (1999). FAMPLAN: Version 4. *A Computer Program for Projecting Family Planning Requirements*. Spectrum System of Policy Models. Washington, DC: The Futures Group International, The POLICY Project.

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier Petrina LeePoy, John May et Deborah Taylor de leurs commentaires et de l'aide qu'ils ont apportée au contrôle rédactionnel du présent document.

ANNEXE

Tableau 1 A
Diminution des fécondités cumulées entre 1960-1965 et 1995-2000, et fécondités cumulées de 1960-1965 et de 1995-2000, selon le pays et la sous-région

Pays	Variation de la fécondité cumulée entre 1960-1965 et 1995-2000	Fécondité cumulée		Sous-région et pays ou territoires	Variation de la fécondité cumulée entre 1960-1965 et 1995-2000	Fécondité cumulée	
		1960-1965	1995-2000			1960-1965	1995-2000
Tunisie	-4,9	7,3	2,3	Afrique de l'Est			
Viet Nam	-4,7	7,2	2,5	Kenya	-3,5	8,1	4,6
Bahreïn	-4,5	7,2	2,6	Réunion	-3,4	5,7	2,3
République dominicaine	-4,4	7,3	2,9	Afrique du Nord			
Koweït	-4,4	7,3	2,9	Tunisie	-4,9	7,3	2,3
Suriname	-4,4	6,6	2,2	Algérie	-4,1	7,4	3,3
Algérie	-4,1	7,4	3,3	Maroc	-3,8	7,2	3,4
Costa Rica	-4,1	7,0	2,8	Égypte	-3,7	7,1	3,4
Sainte-Lucie	-4,1	6,8	2,7	Jamahiriya arabe libyenne	-3,4	7,2	3,8
Mexique	-4,1	6,8	2,8	Sahara occidental	-2,1	6,5	4,4
Liban	-4,1	6,4	2,3	Soudan	-1,8	6,7	4,9
Colombie	-4,0	6,8	2,8	Afrique australe			
Ouzbékistan	-4,0	6,8	2,9	Afrique du Sud	-3,4	6,5	3,1
Brunei Darussalam	-3,9	6,7	2,8	Botswana	-2,6	6,9	4,4
Polynésie française	-3,9	6,5	2,6	Swaziland	-1,7	6,5	4,8
Brésil	-3,9	6,2	2,3	Lesotho	-1,1	5,8	4,8
Pérou	-3,9	6,9	3,0	Afrique de l'Ouest			
Iran (République islamique d')	-3,8	7,0	3,2	Cap-Vert	-3,4	7,0	3,6
Maroc	-3,8	7,2	3,4	Ghana	-2,3	6,9	4,6
Guyana	-3,7	6,2	2,5	Asie de l'Est			
Émirats arabes unis	-3,7	6,9	3,2	Mongolie	-3,3	6,0	2,7
El Salvador	-3,7	6,9	3,2	Asie centrale du Sud			
Venezuela	-3,7	6,7	3,0	Ouzbékistan	-4,0	6,8	2,9
Égypte	-3,7	7,1	3,4	Iran (République islamique d')	-3,8	7,0	3,2
Équateur	-3,6	6,7	3,1	Bangladesh	-3,3	7,1	3,8
Kenya	-3,5	8,1	4,6	Turkménistan	-3,2	6,8	3,6
Turquie	-3,5	6,2	2,7	Tadjikistan	-2,6	6,3	3,7
Malaisie	-3,5	6,7	3,3	Kirghizistan	-2,5	5,4	2,9
République arabe syrienne	-3,5	7,5	4,0	Inde	-2,5	5,8	3,3
Cap-Vert	-3,4	7,0	3,6	Népal	-1,2	6,1	4,8
Afrique du Sud	-3,4	6,5	3,1	Asie du Sud-Est			
Jamahiriya arabe libyenne	-3,4	7,2	3,8	Viet Nam	-4,7	7,2	2,5
Réunion	-3,4	5,7	2,3	Brunéi Darussalam	-3,9	6,7	2,8
Jordanie	-3,3	8,0	4,7	Malaisie	-3,5	6,7	3,3
Mongolie	-3,3	6,0	2,7	Philippines	-3,2	6,9	3,6
Bangladesh	-3,3	7,1	3,8	Indonésie	-2,8	5,4	2,6
Panama	-3,3	5,9	2,6	Myanmar	-2,7	6,0	3,3
Qatar	-3,3	7,0	3,7	Timor Leste	-2,0	6,4	4,4
Philippines	-3,2	6,9	3,6	Asie de l'Ouest			
Turkménistan	-3,2	6,8	3,6	Bahreïn	-4,5	7,2	2,6
Jamaïque	-3,1	5,6	2,5	Koweït	-4,4	7,3	2,9
Honduras	-3,1	7,4	4,3	Liban	-4,1	6,4	2,3
Belize	-3,0	6,5	3,4	Émirats arabes unis	-3,7	6,9	3,2

Tableau 1 A
 Diminution des fécondités cumulées entre 1960-1965 et 1995-2000, et fécondités cumulées de 1960-1965 et de 1995-2000, selon le pays et la sous-région (suite)

Pays	Variation de la fécondité cumulée entre 1960-1965 et 1995-2000	Fécondité cumulée		Sous-région et pays ou territoires	Variation de la fécondité cumulée entre 1960-1965 et 1995-2000	Fécondité cumulée	
		1960-1965	1995-2000			1960-1965	1995-2000
Nicaragua	-3,0	7,3	4,3	Asie de l'Ouest			
Chili	-2,8	5,3	2,4	Turquie	-3,5	6,2	2,7
Indonésie	-2,8	5,4	2,6	République arabe syrienne	-3,5	7,5	4,0
Samoa	-2,8	7,3	4,5	Jordanie	-3,3	8,0	4,7
Fidji	-2,8	6,0	3,2	Qatar	-3,3	7,0	3,7
Nouvelle-Calédonie	-2,7	5,3	2,6	Israël	-0,9	3,9	2,9
Myanmar	-2,7	6,0	3,3	Caraïbes			
Tadjikistan	-2,6	6,3	3,7	République dominicaine	-4,4	7,3	2,9
Botswana	-2,6	6,9	4,4	Sainte-Lucie	-4,1	6,8	2,7
Kirghizistan	-2,5	5,4	2,9	Jamaïque	-3,1	5,6	2,5
Inde	-2,5	5,8	3,3	Bahamas	-2,1	4,5	2,4
Vanuatu	-2,4	7,0	4,6	Haïti	-1,9	6,3	4,4
Paraguay	-2,4	6,6	4,2	Amérique centrale			
Ghana	-2,3	6,9	4,6	Costa Rica	-4,1	7,0	2,8
Bolivie	-2,3	6,6	4,4	Mexique	-4,1	6,8	2,8
Sahara occidental	-2,1	6,5	4,4	El Salvador	-3,7	6,9	3,2
Bahamas	-2,1	4,5	2,4	Panama	-3,3	5,9	2,6
Guam	-2,1	6,0	4,0	Honduras	-3,1	7,4	4,3
Timor Leste	-2,0	6,4	4,4	Belize	-3,0	6,5	3,4
Guatemala	-1,9	6,8	4,9	Nicaragua	-3,0	7,3	4,3
Haïti	-1,9	6,3	4,4	Guatemala	-1,9	6,8	4,9
Soudan	-1,8	6,7	4,9	Amérique du Sud			
Swaziland	-1,7	6,5	4,8	Suriname	-4,4	6,6	2,2
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-1,7	6,3	4,6	Colombie	-4,0	6,8	2,8
Népal	-1,2	6,1	4,8	Brésil	-3,9	6,2	2,3
Lesotho	-1,1	5,8	4,8	Pérou	-3,9	6,9	3,0
Guyane française	-1,0	5,0	4,1	Guyana	-3,7	6,2	2,5
Israël	-0,9	3,9	2,9	Venezuela	-3,7	6,7	3,0
Uruguay	-0,5	2,9	2,4	Équateur	-3,6	6,7	3,1
Argentine	-0,5	3,1	2,6	Chili	-2,8	5,3	2,4
				Paraguay	-2,4	6,6	4,2
				Bolivie	-2,3	6,6	4,4
				Guyane française	-1,0	5,0	4,1
				Uruguay	-0,5	2,9	2,4
				Argentine	-0,5	3,1	2,6
				Mélanésie/Micronésie/Polynésie			
				Polynésie française	-3,9	6,5	2,6
				Samoa	-2,8	7,3	4,5
				Fidji	-2,8	6,0	3,2
				Nouvelle-Calédonie	-2,7	5,3	2,6
				Vanuatu	-2,4	7,0	4,6
				Guam	-2,1	6,0	4,0
				Papouasie-Nouvelle-Guinée	-1,7	6,3	4,6

Source: Organisation des Nations Unies, 2001a : *World Population Prospects: The 2000 Révision*.

TROISIÈME PARTIE

ÉTUDES NATIONALES

Achever la transition en matière de fécondité : l'exemple de l'Argentine

Edith Alejandra Pantelides*

INTRODUCTION

La baisse de la fécondité en Argentine présente plusieurs caractéristiques originales. En ce qui concerne le moment de son démarrage, elle a été plus précoce que celle des autres pays d'Amérique latine (à l'exception de l'Uruguay) et a été presque contemporaine de celle de nombreux pays d'Europe. S'agissant de son rapport avec la mortalité, la baisse des deux variables — mesurées à l'aide des taux bruts — a été presque simultanée, contrairement aux prévisions découlant de la théorie de la transition démographique (Lattes, 1975; Pantelides, 1983). Pour ce qui est du rythme de la baisse, il y a eu deux (brefs) « baby-booms », qui ont interrompu la baisse du taux de natalité, et plusieurs périodes de quasi-stabilité ou de diminution très lente de ce taux. Après un comportement aussi hétérodoxe, la fécondité en Argentine va-t-elle suivre à l'avenir une trajectoire prévisible? Tel est le thème de notre étude. Nous n'allons pas nous lancer dans une analyse savante — qui, de toute manière, achopperait sur la qualité et la disponibilité des données —, mais essayer de brosser un tableau général de la situation passée et de faire des spéculations sur l'avenir.

* Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) et Centro de Estudios de Población (CENEP), Argentine.

LA TRAJECTOIRE DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

Le début de la baisse de la fécondité

Il est communément admis que lorsqu'on parle du début de la baisse de la fécondité en général, on fait référence à une baisse irréversible de la fécondité, faisant suite à une période de fécondité élevée relativement constante. Des fluctuations peuvent se produire, mais il n'est pas question d'un retour au niveau antérieur à la baisse (Knodel, 1974, p. 9). Le seuil qui définit le point précis de non-retour est quelque peu arbitraire.

Dans le cas de l'Argentine, si le taux brut de natalité (TBN) est utilisé pour mesurer la fécondité, les séries calculées par différents auteurs (Collver, 1965; Lattes, 1975; Rothman, 1973; Torrado, 1970) font apparaître des valeurs de TBN oscillant entre 45 et 50 naissances vivantes pour 1000 habitants avant les années 1890. Toutes les séries montrent des baisses minimales à partir de la période 1885-1889, avec des oscillations dans certains cas. Mais au tournant du XX^e siècle, toutes les séries montrent des baisses de 10 ou 15 % des TBN, qui les font descendre à 41 ‰ ou 42 ‰. Par la suite, la baisse s'accélère et, au milieu des années 40, toutes les estimations donnent des valeurs du TBN qui avoisinent 25 ‰, soit une baisse dont la rapidité est peu courante à l'époque.

Nous adoptons le critère de Lesthaeghe (1977, p. 4) pour définir le moment où la transition de la fécondité a incontestablement commencé, à savoir la date à laquelle le TBN est tombé en dessous de 30 naissances vivantes pour 1000 habitants, pour ne jamais retrouver son niveau antérieur. Nous pouvons montrer la première des origina-

lités de la baisse de la fécondité en Argentine : son démarrage précoce par rapport à la quasi-totalité des pays d'Amérique latine et le fait qu'elle est intervenue à peu près en même temps que dans de nombreux pays européens (tableau 1).

D'autres mesures, établies dans le cadre des recensements¹, montrent que la fécondité a commencé de baisser entre les recensements de population de 1895 et 1914, lorsque la fécondité cumulée (FC) est tombée de 7,0 (Arretx, Mellafe et Somoza, 1977) à 5,3 (Rothman, 1973²). On obtient le même résultat à l'aide de l'indice de fécondité générale (I_f), qui montre une très légère baisse de 0,58 en 1869 à 0,55 en 1895, suivie d'une très forte baisse, qui a fait descendre ce taux à 0,42 en 1914 (Pantelides, 1996). La longueur de l'intervalle séparant les trois premiers recensements ne permet pas de dater plus précisément le phénomène que nous tentons de mesurer.

Dans un travail antérieur (Pantelides 1984b, 1996), nous avons analysé la raison de la non-concordance des différentes mesures : elle tient principalement à la différence d'impact exercé sur elles par les effectifs et la composition de la population qui, depuis les années 1860 jusqu'aux années 1930, ont été « faussés » par une immigration massive d'Européens en âge d'avoir des enfants, qui a immédiatement contribué au dénominateur des taux, mais seulement longtemps après à leur numérateur, car elle était surtout composée d'hommes et, principalement, de célibataires qui n'ont procréé qu'après s'être installés et avoir fondé une famille, ou d'hommes mariés que leur épouse et leurs enfants n'ont rejoints que lorsqu'ils se sont jugés suffisamment installés.

Une analyse de la structure de la famille des femmes non célibataires³ à partir des recensements de 1895 et de 1914 (Pantelides, 1996) ne fait apparaître aucun signe de baisse de la fécondité : il n'y a pas de réduction de la proportion des femmes ayant les familles les plus nombreuses (35 % ont au moins 6 enfants dans les deux recensements) et uniquement une très légère augmentation (moins d'un point) de celle des femmes ayant de 0 à 3 enfants. La probabilité d'agrandissement des familles calculée pour les cohortes de femmes qui avaient entre 45 et 49 ans en 1885 et en 1895 ne montre non plus aucun changement.

Sur la base de toutes les données qui précèdent et d'estimations concernant certaines régions géographiques (Celton, 1987; Ferreyra, 1989; Mychaszula, Pantelides et Foschiatti, 1989), nous pensons qu'à la fin du XIX^e siècle, la FC était de 7 et n'a pas sensiblement changé avant 1895. Toutefois, comme l'indiquent une valeur de I_f de 0,58 en 1869, qui est inférieure à celle des populations ne pratiquant pas la régulation volontaire de la fécondité, et l'existence d'écarts de niveaux de fécondité entre les zones rurales et les zones urbaines et entre les natifs et les immigrants⁴ (Pantelides, 1984b, 1986, 1997), nous pouvons conclure que certaines sous-groupes de population pratiquaient la régulation de la fécondité jusqu'à un certain point. Le fait que la fécondité

¹ Dates des recensements nationaux : 1869, 1895, 1914, 1947, 1960, 1970, 1980, 1991, 2001.

² Cette valeur a été établie par Pantelides (1984b) à partir du taux de reproduction brut calculé par Rothman (1973), en adoptant un rapport de 105 naissances d'hommes pour 100 naissances de femmes.

Source : Pantelides, Edith A. (1984). *The Decline of Fertility in Argentina, 1869-1947*. Thèse de doctorat soutenue devant la Graduate School of the University of Texas à Austin. Ann Arbor, Michigan : University Microfilms International, adapté de Lesthaeghe, Ron J. (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800-1970*. Princeton, New Jersey : Princeton University Press. Avec des données supplémentaires en provenance de :

Cuba, Centro de Estudios Demográficos (n.d.) *La Población de Cuba*. La Habana : CICRED Series.

Gutiérrez Roldán, Héctor (1975). *La Población de Chile*. Paris : CICRED Series.

Lattes, Alfredo E. (1975). El crecimiento de la población y sus componentes demográficos entre 1870 y 1970. In *La Población de Argentina*, Alfredo E. Lattes et Zulma Recchini de Lattes (dir.). Buenos Aires : CICRED Series, p. 29-66.

Pellegrino, Adela and Raquel Pollero (1998). Fecundidad y situación conyugal en el Uruguay. Un análisis retrospectivo, 1889-1975. Communication présentée lors du Séminaire intitulé « Changes and Continuity in American Demographic Behaviours : The Five Centuries' Experience », organisé par l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population et l'Université de Córdoba. Córdoba (Argentine), 27-29 octobre.

Bureau of the Census des États-Unis (1980). *Statistical Abstract of the United States* : 1980. Washington, D.C.

Tableau 1
Décennie au cours de laquelle le taux brut de natalité de certains pays tombe au-dessous de 30 pour 1000 habitants

Décennie	Pays
1830	France
1840	Irlande
1890	Suède, Danemark, Angleterre et Pays de Galles, Écosse, Australie, Nouvelle-Zélande
1900	Pays-Bas, Norvège, Allemagne
1910	Canada, Finlande, Autriche, Hongrie, Tchécoslovaquie
1920	Italie, Espagne, Portugal, Uruguay
1930	Pologne, Bulgarie, Roumanie, Argentine
1940	Union soviétique, Cuba
1950	Yougoslavie, Japon
1960	Chili

des mariages ait commencé à baisser plus tard que la fécondité générale (Pantelides, 1984b) montre que cette régulation — probablement involontaire — peut avoir été « mise en œuvre » par le biais de la prolongation du célibat⁵

La baisse de la fécondité et de la mortalité

Venons-en à présent à une autre spécificité intéressante de la transition de la fécondité en Argentine : sa coïncidence avec la baisse de la mortalité. Nous avons nommé cette spécificité la transition démographique non orthodoxe (Pantelides, 1983), non orthodoxe au regard, naturellement, de la théorie classique de la transition démographique selon laquelle la mortalité baisse avant la fécondité⁶. Dans le cas de l'Argentine, il n'y a jamais eu de période de croît naturel élevé, caractéristique de la transition ; les taux bruts de natalité et les taux bruts de mortalité (TBM) ont suivi des voies parallèles (tableau 2) et les taux d'accroissement naturel les plus élevés n'ont jamais dépassé 20 %, les valeurs les plus élevées étant enregistrées à partir du début de la baisse jusqu'aux années 20.

Les baisses du TBM enregistrées à la fin des années 1870 ont probablement été dues aux épidémies de la période précédente (il y a bien eu une épidémie de fièvre jaune en 1871), lesquelles ont grossi le taux pour la période 1870-1875 et donné l'impression d'une baisse au cours de la période suivante.

La structure de la baisse de la fécondité

Une autre spécificité de la baisse de la fécondité en Argentine est l'existence de deux tendances ascendantes du TBN (tableau 2) qui se sont manifestées à la fin des années 40 et à la fin des années 70. Étant donné que l'on ne dispose de données sur les naissances en fonction de l'âge de la mère qu'à partir de 1954, il n'y a aucun moyen de déterminer si la première tendance ascendante était simplement la conséquence d'un changement de structure de la population, de changement dans l'espacement des naissances (Ryder, 1983; Bongaarts et Feeney, 1998) ou d'une augmentation réelle des niveaux de fécondité.

L'accroissement enregistré à la fin des années 70 (et, dans certaines régions, au début des années 80) s'est produit dans toutes les provinces de l'Argentine (sauf le Río Negro), mais a été plus marqué — en chiffres absolus également — dans les régions qui avaient antérieurement les niveaux de fécondité les moins élevés. Les calculs effectués à l'aide de données incomplètes⁷ (Pantelides, 1989) ont montré que la fécondité finale des cohortes de femmes qui parviendraient au bout de leur période de procréation entre 1990 et 1995 serait légèrement supérieure à celle des cohortes précédentes. Les calculs effectués en vue de la présente étude à l'aide de données plus complètes, à présent disponibles, donnent des résultats très similaires : les femmes qui ont achevé leur période de procréation entre 1980-1985 et 1990-1995 ont en moyenne 3,06 enfants, tandis que celles qui ont achevé leur période de procréation entre 1995 et 2000 en ont 3,12, et la cohorte quinquennale suivante aura encore une moyenne supérieure à la moyenne : 3,09 enfants. Certes, les différences sont minces, et les données statistiques de population utilisées sont encore des projections fondées sur le recensement de population de 1991, lesquelles peuvent changer.

Comme indiqué précédemment, le changement ascendant a été plus important dans les régions où la fécondité avait été inférieure. Une estimation concernant la ville de Buenos Aires (Pantelides, 1989), établie en partant de l'hypothèse que la fécondité des cohortes plus âgées qui n'avaient pas encore achevé leur période de procréation à ce moment-là serait égale à la valeur enregistrée antérieure la plus basse pour chaque âge (ce qui était sans doute sous-estimer le niveau véritable), a donné une fécondité finale de 1,75 enfant pour 1980, de 1,82 pour 1985, de 2,01 pour 1990 et de 2,14 pour 1995. Nous pouvons donc conclure provisoirement que l'augmentation du TBN s'expliquait, au moins en partie, par un accroissement de la fécondité.

³ Les catégories de situations matrimoniales pour les recensements étaient les suivantes : « célibataire », « mariée » et « veuve ». Les personnes formant des unions consensuelles étaient le plus probablement classées dans la catégorie des « célibataires » (voir Pantelides, 1984a, 1984b, annexe IV).

⁴ Données non montrées ici. Voir Pantelides (1984b, 1986, 1996).

⁵ Bien que, dans le cas de l'Argentine, l'âge au mariage calculé d'après l'état civil surestime l'âge de formation d'unions parce que les unions consensuelles étaient généralement légalisées au bout d'un certain temps, et bien que l'âge moyen des célibataires au mariage calculé d'après les données de recensement soit affecté par le fait que les personnes ayant formé des unions consensuelles sont dénombrées comme célibataires (Pantelides, 1984a, 1984b), nous disposons d'indications tendant à montrer que dans certaines régions à fécondité plus faible, l'âge au mariage était supérieur à ce qu'il était dans les régions à niveau de fécondité plus élevé.

⁶ Nous savons grâce à l'étude de Princeton que cela n'a pas toujours été le cas.

⁷ Certaines des données nécessaires aux calculs faisant défaut, il a fallu les estimer, et les dénominateurs des taux étaient des projections de population.

Tableau 2
Argentine. Taux brut de natalité, fécondité cumulée, taux net de reproduction et taux brut de mortalité. Estimations et projections^a. Certaines dates entre 1870 et 2050

Dates	TBN	TBM	Dates	FC	TNR
1870-1875	49,1	31,9	1869	6,8	
1875-1880	49,0	29,6			
1880-1885	48,9	29,8			
1885-1890	45,8	29,7			
1890-1895	44,0	28,4	1895	7,0	
1895-1900	44,5	28,9			
1900-1905	44,3	26,1			
1905-1910	42,1	22,7			
1910-1915	39,2	19,7	1914	5,3	
1915-1920	36,5	17,7			
1920-1925	34,9	15,1			
1925-1930	32,5	14,1			
1930-1935	29,0	12,5			
1935-1940	25,7	12,5			
1940-1945	25,5	11,3	1947	3,2	
1945-1950	26,3				
1950-1955	25,4	9,2		3,2	1,4
1955-1960	24,3	8,7		3,2	1,4
1960-1965	23,2	8,8		3,1	1,4
1965-1970	22,6	9,1		3,0	1,4
1970-1975	23,4	9,0		3,1	1,4
1975-1980	25,7	8,9		3,4	1,6
1980-1985	23,1	8,5		3,2	1,5
1985-1990	21,8	8,5		3,0	1,4
1990-1995	20,8	8,2		2,8	1,3
1995-2000	19,9	8,0		2,6	1,2
2000-2005	19,1	7,8		2,4	1,2
2005-2010	18,0	7,7		2,3	1,1
2010-2015	16,9	7,6		2,2	1,0
2015-2020	15,9	7,5		2,1	1,0
2020-2025	15,5	7,6		2,1	1,0
2025-2030	15,1	7,8		2,1	1,0
2030-2035	14,6	8,1		2,1	1,0
2035-2040	14,1	8,4		2,1	1,0
2040-2045	13,7	8,7		2,1	1,0
2045-2050	13,4	9,1		2,1	1,0

Source: Lattes, Alfredo E. (1975). El crecimiento de la población y sus componentes demográficos entre 1870 y 1970. In *La Población de Argentina*, Alfredo E. Lattes et Zulma Recchini de Lattes (dir.). Buenos Aires: CICRED Series, p. 29-66.

CEPAL/CELADE (2001). América Latina: Fecundidad 1950-2050. *Boletín Demográfico* (Santiago de Chile) n° 68. Santiago du Chili: CEPAL/CELADE.

Pantelides, Edith A. (1996). A Century and a quarter of fertility change in Argentina: 1869 to the present. In *The Fertility Transition in Latin America*, José Miguel Guzmán, Susheela Singh, Germán Rodríguez et Edith A. Pantelides (dir.). Oxford: Clarendon Press.

Rothman, Ana María (1973). La fecundidad en la Argentina entre 1869 y 1970. In *Temas de Población de la Argentina. Aspectos Demográficos*, CELADE. Buenos Aires: CELADE, p. 41-62.

Torrado, Susana (1970). Natalidad y fecundidad en Argentina desde fines del siglo XIX. In *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*. UIESP. México, D. F.: UIESP, p. 278-283.

Arretx, Carmen; Rodolfo Mellafe and Jorge Somoza (1977). Estimación de la fecundidad mediante el método de los hijos propios. Aplicación a datos de la Argentina en 1895. *Notas de Población* (Santiago de Chile), vol. V, n° 14, p. 83-108.

^a Hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen.

La dernière spécificité des tendances de la fécondité en Argentine dont nous avons parlé, à savoir la suspension de la baisse pendant une longue période, apparaît également dans le tableau 2. Entre la première moitié des années 40 et la première moitié des années 70, la FC n'a pas changé, après quoi elle a repris son lent fléchissement. Les faibles oscillations observées sont probablement dues aux variations de mortalité, comme le donnent à entendre les cinq quinquennats de taux net de reproduction (TNR) inchangé.

CE QUE L'AVENIR NOUS RÉSERVE

Selon les estimations de l'ONU et les projections établies sur la base de la variante moyenne (CEPAL/CELADE, 2001) indiquées au tableau 2, l'Argentine a pratiquement achevé sa transition en matière de fécondité, avec un TNR de 1,2 pour la période 2000-2005, et atteindra le niveau exact de remplacement des générations pendant la période 2010-2015 (TNR 1,0). Toutefois, étant donné les niveaux de son TBN et de son TBM, la population continuera de s'accroître jusqu'au-delà de 2050. Dans le cas de l'Argentine, il est pratiquement indifférent que les projections soient établies sur la base de la variante faible ou de la variante élevée, en raison du niveau de fécondité déjà faible.

Ces projections sont-elles valables? C'est difficile à dire, mais examinons certains des facteurs qui pourraient modifier la tendance prévue.

Schémas de nuptialité

Les changements des schémas de nuptialité pourraient affecter la fécondité en modifiant l'âge à la formation d'une union stable et/ou la proportion des célibataires définitifs, avec les conséquences que cela entraînerait pour la durée d'exposition au risque de grossesse. Ils pourraient également affecter la fécondité si c'est la proportion des unions consensuelles qui est modifiée, pour autant que les unions légitimes et les unions consensuelles aient des niveaux différentiels de fécondité. Il est possible que certains de ces changements se soient produits, mais ils sont très difficiles à mettre en évidence tant que, comme nous l'avons mentionné plus haut, les données du recensement de population de 2001 ne sont pas disponibles.

La recherche sur les schémas de nuptialité en Argentine est presque inexistante. Toutefois, certaines études ont utilisé les données d'état civil et les données des enquêtes sur les ménages pour la ville de Buenos Aires. Le comportement procréateur de cette ville a toujours été à l'avant-garde, montrant la direction dans laquelle les autres villes et, finalement, le reste de la population semblait se diriger, et doit être interprété en tant que tel. Selon Mazzeo (n.d.) et Pantelides (1984b), dans la ville de Buenos Aires, l'âge au mariage légitime pour les femmes a toujours été élevé, se situant entre 22 et 23 ans, depuis les années 1890 jusqu'au début des années 1900. Il a ensuite progressé lentement pour atteindre 28,6 ans en 1999 (Mazzeo, n.d., tableau 4). Mais les enquêtes sur les ménages réalisées à partir de 1990 montrent une augmentation régulière de la proportion des unions consensuelles, qui passe de 7,6 % en 1990 à 13,7 % en 1999. L'âge à la formation d'une union consensuelle est très probablement inférieur en moyenne à l'âge au mariage légitime, si bien que, tout bien considéré, il se pourrait que l'âge à la formation d'une union quelle qu'elle soit n'ait pas beaucoup changé. Si, toutefois, un grand nombre d'unions consensuelles représentent une étape préalable au mariage et si cela signifie que la procréation est ajournée, on pourrait bien avoir affaire à un ajournement général des naissances.

Âge à la maternité

Mais la procréation est-elle ajournée dans les unions consensuelles ou d'une façon générale? Toujours pour la ville de Buenos Aires, Mazzeo (n.d., figure 3) montre une augmentation régulière des naissances hors mariage (enfants nés de mères célibataires ou de mères vivant maritalement). Entre 1960 et 1999, la proportion des naissances hors mariage a plus que triplé. Toutefois, l'âge moyen à la maternité calculé à partir des données d'état civil pour l'ensemble du pays est resté constant (27 ans) depuis 1980.

Changement de la structure de la population

Pourrait-il y avoir un changement de la structure de la population qui influe sur les niveaux de fécondité?

Penchons-nous tout d'abord sur les effets éventuels des tendances de la migration. Le recensement de 2001 nous dira si l'immigration de personnes — dont la plupart sont en âge de procréer — en provenance de pays à fécondité supérieure à celle de l'Argentine (Bolivie, Paraguay et Pérou) a montré une tendance ascendante, comme des données empiriques semblent le montrer. Encore devons-nous savoir si leur fécondité en Argentine sera plus proche de celle de leur pays d'origine ou de celle de leur pays d'accueil. Toutefois, la situation a changé du fait de la grave crise économique qui affecte la valeur du peso par rapport au dollar. Du fait des nouveaux taux de change, plus élevés, il est devenu non rentable pour les migrants qui ont besoin d'envoyer des fonds chez eux de rester en Argentine. Là encore, des données empiriques semblent indiquer qu'un mouvement de retour s'amorce. Si cela devait s'avérer exact, la structure de la population pourrait être plus favorable à une baisse de la fécondité. L'émigration d'Argentins, essentiellement parmi les citadins instruits, qui est en hausse depuis deux ans (là encore, on ne dispose pas de données précises sur la question, mais la demande de passeports et de visas permettant d'émigrer a bel et bien augmenté), pourrait avoir l'effet inverse en diminuant le nombre des individus qui, bien qu'étant en âge de procréer, ont une faible fécondité.

Instruction féminine et participation des femmes au marché du travail

Dans un travail récent (à paraître), Wainerman montre que les taux de participation au marché du travail des femmes de tous âges, à l'exception des femmes âgées de 14 à 19 ans, dans la zone métropolitaine de Buenos Aires (où est concentré un tiers de la population du pays) augmentent régulièrement depuis au moins 1980. Pour les femmes en âge de procréer (20 à 44 ans), ce taux était d'environ 62 % en 2000. De plus, les données de Wainerman font état d'un accroissement constant de la proportion de ménages où la femme travaille et de ménages où l'homme est sans emploi, mais la femme travaille, deux tendances conformes à l'accroissement de la participation des femmes mariées au marché du travail. Si la tendance à l'augmentation de l'activité économique des femmes — et en particulier des femmes mariées — se maintient, et si elle entraîne une baisse de la fécondité, on peut s'attendre à voir la fécondité continuer de baisser à l'avenir.

Le niveau d'analphabétisme tant parmi les hommes que les femmes était d'environ 4 % lors du recensement de population de 1991. À cette date, la tendance à la domination des femmes au niveau de l'effectif scolaire (à tous les niveaux d'enseignement) et de l'achèvement des études sur les hommes était déjà manifeste. Cette situation n'a pas changé, mais une augmentation des abandons scolaires est signalée, due à la crise économique. Il est difficile de dire quel effet cette situation peut avoir sur la fécondité, mais certaines études montrent que le comportement risqué favorisant la grossesse est plus répandu chez les adolescentes non scolarisées (Pantelides, Geldstein et Infesta Domínguez, 1995) et comme environ 14 % des enfants naissent actuellement de mères adolescentes, une augmentation de la fécondité des adolescentes pourrait se traduire par une augmentation de la fécondité totale.

Utilisation de la contraception

On est mal renseigné sur la connaissance et l'utilisation de la contraception en Argentine car on ne dispose pas d'enquêtes à l'échelle nationale, mais des études portant sur des sous-groupes de population (Geldstein et Schufer, 2001; López, 2000; López et Tamargo, 1995; Pantelides, Geldstein et Infesta Domínguez, 1995) montrent que les personnes interrogées (adolescents des deux sexes et jeunes adultes de sexe masculin, ainsi que femmes en âge de procréer, résidant dans la zone métropolitaine de Buenos Aires⁸) connaissent déjà très bien la question. L'utilisation de la contraception, sans être

⁸ La zone métropolitaine de Buenos Aires concentre un tiers de la population de l'Argentine.

très répandue, est très fréquente parmi ces sous-groupes de population. On s'attend à voir cette utilisation continuer de progresser à moins que la situation économique ne devienne si difficile qu'elle rende les contraceptifs économiquement inabordables. Étant donné que la crise économique a affecté tant les revenus que l'épargne des particuliers et l'achat de médicaments et d'autres fournitures par les hôpitaux, on pourrait bien assister à une augmentation des naissances non désirées parmi les pauvres et la petite bourgeoisie desservis par ces hôpitaux.

Politiques et programmes de population

La politique de population de l'Argentine n'a jamais encouragé la régulation de la fécondité. Elle est passée d'un natalisme fervent à une aimable indifférence (Novick, 1996). Les projets de loi sur la santé en matière de procréation n'ont jamais été adoptés par le Congrès national. Ils ont toutefois été approuvés dans quelques provinces et dans la ville de Buenos Aires et 15 provinces ont à présent des lois ou des programmes concernant la santé en matière de procréation. Cela dit, l'existence de ces lois et programmes n'a pas débouché sur le financement adéquat et/ou l'organisation de la distribution gratuite des produits contraceptifs à la population qui ne peut pas se les offrir. D'un autre côté, le comportement de la population à l'égard de la contraception ne semble avoir été influencé ni par l'opposition de l'Église catholique à la régulation des naissances ni par la politique publique, sauf peut-être pendant la période (1974-1983) où il était interdit (ce qui affectait essentiellement les services publics et de sécurité sociale) de fournir ou de recommander des produits contraceptifs. L'interdiction a affecté les plus pauvres, car les classes moyenne et supérieure pouvaient acheter les produits contraceptifs librement ou sous le prétexte de la régulation menstruelle.

Des politiques économiques, non de population, peuvent expliquer les deux augmentations temporaires des TBN (et de la fécondité dans l'épisode le plus récent) que nous avons déjà analysées. Leurs causes ne sont pas élucidées, mais elles coïncident avec des gouvernements populistes qui ont redistribué le revenu en faveur des strates inférieures de la société par le biais d'augmentations de salaires, de programmes d'aide au logement et de prestations de sécurité sociale et de maladie. L'expérience n'a pas été renouvelée. Bien au contraire: les politiques économiques des 12 dernières années se sont soldées par un chômage élevé (dont le taux n'est jamais descendu au-dessous de 16 % au cours des 4 ou 5 dernières années) et ont fait tomber au-dessous du seuil de pauvreté une proportion de la population sans précédent (estimée à 40 % pour 2001⁹). Si la cause des augmentations temporaires était le sentiment que l'avenir était assuré, la fécondité n'augmentera pas, mais diminuera au-delà de ce que laissent escompter les projections établies sur la base de la variante moyenne.

Ce à quoi on peut s'attendre

L'analyse précédente des différents déterminants possibles des tendances de la fécondité n'a pas permis de donner une idée précise de la direction que vont prendre ces tendances, car l'effet de certains facteurs est neutralisé par l'effet contraire d'autres facteurs. Le paysage social et économique de l'Argentine évolue rapidement et dans des directions inédites. Toutefois, la longue histoire de la baisse de la fécondité a créé des normes et des comportements qui sont — à notre sens — doués d'une grande force d'inertie, et la fécondité va sans doute continuer de baisser. Le maintien de valeurs positives concernant la famille et la procréation et de la conviction qu'il est bon pour le développement d'un enfant qu'il ait des frères et sœurs, d'une part, et l'existence d'enclaves élargies de pauvreté (avec leur fécondité plus élevée), d'autre part, maintiendront probablement les niveaux de fécondité au-dessus du seuil de remplacement pendant encore 10 ou 15 ans, comme l'indique l'hypothèse fondée sur un taux de fécondité moyen retenue par les projections établies par l'ONU.

⁹ Cette estimation est fondée sur des données non publiées provenant de la dernière enquête sur les ménages (octobre 2001) réalisée par l'Instituto Nacional de Estadística y Censos—INDEC, qui a mis en œuvre la méthodologie du « minimum vital ».

BIBLIOGRAPHIE

- Arretx, Carmen, Rodolfo Mellafe et Jorge Somoza (1977). Estimación de la fecundidad mediante el método de los hijos propios. Aplicación a datos de la Argentina en 1895. *Notas de Población* (Santiago de Chile), vol. V, n° 14, p. 83-108.
- Bongaarts, John et Griffith Feeney (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review* (New York), vol. 24, n° 2, p. 271-291.
- Bureau of the Census des États-Unis (1980). *Statistical Abstract of the United States: 1980*. Washington, DC
- Celton, Dora (1987). *La Población de la Provincia de Córdoba a Fines del Siglo XVIII*. Thèse de doctorat, Universidad Nacional de Córdoba (Argentine).
- CEPAL/CELADE (2001). América Latina: Fecundidad 1950-2050. *Boletín Demográfico* (Santiago de Chile), n° 68. Santiago du Chili: CEPAL/CELADE.
- Collver, O. Andrew (1965). *Birth Rates in Latin America: New Estimates of Historical Trends and Fluctuations*. Berkeley, Californie: University of California, Institute of International Studies, Research Series No. 7
- Cuba, Centro de Estudios Demográficos (n.d.). *La Población de Cuba*. La Habana: CICRED Series.
- Ferreira, María del Carmen (1989). Nupcialidad y fecundidad en una ciudad americana durante el siglo VII: el caso de Córdoba (Argentina). Communication présentée au Congrès d'histoire de la population de l'Amérique latine, organisé par l'ABEP, l'UIESP et le CELADE. Ouro Preto (Brésil), 2-6 juillet.
- Geldstein, Rosa N. et Marta L. Schufer (2001). Percepciones y comportamientos de los varones jóvenes en el proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas. El caso del Area Metropolitana de Buenos Aires. Rapport de recherche final présenté au HRP/OMS.
- Gutiérrez Roldán, Héctor (1975). *La Población de Chile*. Paris: CICRED Series.
- Knodel, John E. (1974). *The Decline of Fertility in Germany, 1871-1939*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Lattes, Alfredo E. (1975). El crecimiento de la población y sus componentes demográficos entre 1870 y 1970. In *La Población de Argentina*, Alfredo E. Lattes et Zulma Recchini de Lattes (dir.). Buenos Aires: CICRED Series, p.29-66.
- Lesthaeghe, Ron J. (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800-1970*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- López, Elsa (2000). Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del conurbano de Buenos Aires. In *Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina*, Edith A. Pantelides et Sarah Bott (dir.). Buenos Aires: Biblos/OMS, p. 17-36.
- et M. Tamargo (1995). La salud de la mujer. In *Infancia y condiciones de vida*, INDEC. Buenos Aires: INDEC, p. 163-197.
- Mazzeo, Victoria (n.d.). *Comportamiento de la Nupcialidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el Período 1890-1999*. Buenos Aires: GCBA, Dirección General de Estadística y Censos, Imprenta Municipal, Serie estudios Especiales 2.
- Mychaszula, Sonia, Edith A. Pantelides et Ana María Foschiatti (1989). La fecundidad en la ciudad de Corrientes a principios del siglo XIX. Communication présentée au Congrès d'histoire de la population de l'Amérique latine, organisé par l'ABEP, l'UIESP et le CELADE. Ouro Preto (Brésil), 2-6 juillet.
- Novick, Susana (1996). Cambios recientes en la política de población en la Argentina. In *La Salud en Debate: Una Mirada desde las Ciencias Sociales*, Liliana Findling et Ana María Mendes Diz (dir.). Buenos Aires: Instituto de Investigaciones «Gino Germani», Colección Sociedad No. 3, p. 39-51.
- Pantelides, Edith A. (1983). La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo. *Desarrollo Económico* (Buenos Aires), vol. 22, n° 88, p. 511-534.
- (1984a) *Análisis y propuesta de corrección de la información censal sobre estado civil en los cuatro primeros censos nacionales argentinos*. Buenos Aires: CENEP, Serie Estadísticas Demográficas.

- (1984b). *The Decline of Fertility in Argentina, 1869-1947*. Thèse de doctorat soutenue devant la Graduate School of the University of Texas à Austin. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms International.
- (1986). Notas respecto a la posible influencia de la inmigración europea sobre la fecundidad de la Argentina. *Estudios Migratorios Latinoamericanos* (Buenos Aires), vol. 1, n° 3, p. 351-356.
- (1989). *La Fecundidad Argentina desde Mediados del Siglo XX*. Buenos Aires: CENEP, Cuaderno del CENEP No. 41.
- (1996). A Century and a quarter of fertility change in Argentina: 1869 to the present. In *The Fertility Transition in Latin America*, José Miguel Guzmán, Susheela Singh, Germán Rodríguez et Edith A. Pantelides (dir.). Oxford: Clarendon Press, p. 345-358.
- (1997). Diferenciales de fecundidad en la transición demográfica. In *Poblaciones Argentinas. Estudios de Demografía Diferencial*, Tandil, Argentine: PROPIEP.
- , Rosa N. Geldstein et Graciela Infesta Domínguez (1995). *Imágenes de Género y Conducta Reproductiva en la Adolescencia*. Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP No. 51.
- Pellegrino, Adela et Raquel Pollero (1998). Fecundidad y situación conyugal en el Uruguay. Un análisis retrospectivo. 1889-1975. Communication présentée au Séminaire intitulé «Changes and Continuity in American Demographic Behaviours: The Five Centuries' Experience», organisé par l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population et l'Université de Córdoba. Córdoba (Argentine), 27-29 octobre.
- Rothman, Ana María (1973). La fecundidad en la Argentina entre 1869 y 1970. In *Temas de Población de la Argentina. Aspectos Demográficos*. Buenos Aires: CELADE, p. 41-62.
- Ryder, Norman B. (1983) Cohort and period measures of changing fertility. In *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Rodolfo A. Bulatao et Ronald D. Lee (dir.). New York: Academic Press, p. 737-756.
- Torrado, Susana (1970). Natalidad y fecundidad en Argentina desde fines del siglo XIX. In *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, UIESP. México, D.F.: UIESP, p. 278-283.
- Wainerman, Catalina (à paraître). Familia y trabajo. La reestructuración de las fronteras de género. In *Familia y Trabajo. Recreando Relaciones de Género*, Catalina Wainerman (dir.). Buenos Aires: UNICEF/Fondo de Cultura Económica.

Quand le Bangladesh atteindra-t-il le seuil de remplacement ?

Le rôle de l'éducation et des services de planification familiale*

Mizanur Rahman**, Julie DaVanzo*** and Abdur Razzaque****

INTRODUCTION

La rapidité de la baisse de la fécondité, qui est tombée de plus de 6,5 naissances par femme à 3,3 au cours de deux dernières décennies, est bel et bien un record mondial de transition démographique. Le pays est pauvre et est demeuré traditionnel et conservateur. L'importance et la rapidité de la baisse de fécondité ont été tout à fait impressionnantes par rapport aux autres pays, mais il est souhaitable que la baisse de fécondité se poursuive car les problèmes des effectifs de population pléthoriques, de la dégradation de l'environnement, de l'exode rural massif vers des agglomérations urbaines qui n'y sont pas préparées et l'épuisement rapide des ressources deviennent de plus en plus graves. Or, des statistiques récentes montrent qu'en dépit d'une augmentation continue de l'utilisation de la contraception la fécondité ne baisse plus au Bangladesh : trois enquêtes démographiques et sanitaires successives montrent que les fécondités cumulées ont été de 3,4, 3,3 et 3,3 en 1991-93, 1994-1996 et 1997-1999, respectivement. La fréquence de la contraception a augmenté au cours de la même période, passant de 45 % en 1993-1994 à 54 % en 1999-2000 (Mitra *et al.*, 2001).

La présente étude a pour objet d'étudier l'éventualité d'une nouvelle baisse de la fécondité au Bangladesh, en focalisant plus spécialement l'attention sur le rôle qui pourrait revenir à une nouvelle amélioration de l'instruction des femmes et des services de planification familiale. En particulier, nous nous efforcerons d'estimer combien de temps il faudrait au Bangladesh pour atteindre la fécondité de remplacement (2,1 enfants par femme). Nous commençons par passer brièvement en revue le développement des programmes, l'évolution des politiques et la transformation sociale et économique au Bangladesh qui pourraient avoir influencé les stratégies des couples en matière de projet parental. Nous analysons ensuite les données et les méthodes que nous mettons en œuvre. Nous tentons de prévoir un calendrier indiquant la date à laquelle la fécondité pourrait atteindre le seuil de remplacement.

Enfin, nous analysons les obstacles qui pourront entraver à l'avenir la poursuite de la baisse de la fécondité. La projection établie par l'ONU sur la base de la variante moyenne indique que le Bangladesh atteindra la fécondité de remplacement aux alentours de 2025 (Organisation des Nations Unies, 2001). Nous évaluons la question de savoir si notre analyse aboutit à la même conclusion.

* La recherche présentée dans le présent document est partiellement financée par l'Agency for International Development des États-Unis par le biais du projet POLICY II de The Futures Group International.

** Pathfinder International, Watertown, Massachusetts (États-Unis d'Amérique).

*** RAND, Santa Monica, California (États-Unis d'Amérique).

**** ICDDR-B, (International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh) Centre for Health and Population Research, Bangladesh.

RAISONS POUVANT EXPLIQUER LA BAISSÉ DE FÉCONDITÉ AU BANGLADESH : FACTEURS D'OFFRE CONTRE FACTEURS DE DEMANDE

On peut considérer que le nombre d'enfants que les couples ont est la résultante de leur demande de régulation de la fécondité et de l'offre de régulation de la fécondité. Dans cet ordre d'idées, la demande de régulation de la fécondité découle de la taille de la famille désirée. Les couples ont une demande de régulation de la fécondité s'ils souhaitent avoir moins d'enfants, les avoir plus tard ou prévoient un intervalle intergénéral plus grand qu'ils ne le feraient en l'absence de toute démarche (ajournement ou diminution de la fréquence des rapports sexuels, utilisation de la contraception, recours à l'avortement par exemple) de régulation de leur fécondité. La taille de la famille désirée et le calendrier et l'espacement des naissances sont influencés par des facteurs tels que la valeur des enfants [pendant leur jeune âge (travaux domestiques ou à la ferme familiale par exemple) et comme source d'appui aux parents devenus vieux], les coûts financiers de l'éducation des enfants (dépenses d'alimentation, de logement, de vêtements, frais de scolarité par exemple) et le coût des enfants en temps (les coûts d'opportunité du temps des parents).

On a pu dire que le principal moteur de la baisse de la fécondité qui s'est produite au Bangladesh a été l'augmentation de l'utilisation de la contraception — passée de 7 % en 1975 à 54 % en 2000. On a affirmé qu'en plus de mettre la contraception à la portée des couples déjà désireux de réguler leur fécondité le programme de planification familiale du Bangladesh aidait à faire évoluer les mentalités dans le sens de la formation de familles moins nombreuses et à modifier l'attitude des couples vis-à-vis de l'utilisation des contraceptifs modernes (Cleland *et al.*, 1994). Appuyant ces thèses, Carty *et al.* (1993) ont souligné qu'au Bangladesh les pouvoirs publics se sont engagés à fond et durablement en faveur d'un programme de planification familiale efficace. Tous les gouvernements ayant exercé le pouvoir depuis l'accession du pays à l'indépendance (en 1971) ont considéré hautement prioritaire de réduire le taux élevé d'accroissement de la population du pays, qui était de 3 % par an dans les années 70. Depuis 1973, le gouvernement a reçu un appui important des organismes donateurs internationaux en vue de l'intensification des activités engagées dans le cadre du programme de planification familiale.

On a débattu du rôle joué par le changement socioéconomique dans la baisse de la fécondité au Bangladesh. Caldwell *et al.* (1999) montrent que des changements sociaux et économiques considérables se sont produits dans le pays et affirment qu'ils ont modifié l'attitude des couples quant à la taille de la famille d'une manière propre à entraîner une baisse de la fécondité. Ces changements sont notamment les suivants :

- On a enregistré une croissance spectaculaire des infrastructures urbaines dans le pays, notamment routières, commerciales et de logements.
- L'effectif de la population urbaine a augmenté de 5 % par an, contre 1 % d'accroissement de la population rurale. En 1997, 20 % de la population vivaient dans les zones urbaines, contre 13 % en 1985.
- Entre 1976 et 1986, le nombre de villages raccordés au réseau électrique a quadruplé, le nombre de médecins a triplé et celui des infirmiers/infirmières a quintuplé.
- L'indicateur du développement humain¹ a augmenté de 45 % entre les années 60 et les années 90.
- L'évolution de la structure agricole a permis à un plus grand nombre d'enfants d'aller à l'école. Cette augmentation a été particulièrement nette pour les filles. Alors que, dans les années 80, la moitié seulement des filles en âge d'aller à l'école primaire étaient scolarisées, la quasi-totalité des filles de ce groupe d'âge l'étaient dans les années 90.

¹ L'IDH, indicateur d'usage courant, est calculé sur la base de l'espérance de vie, du taux d'alphabétisation et du PIB par habitant en valeur réelle.

- Plus d'un million de jeunes femmes travaillent à présent dans les ateliers de confection de vêtements des deux plus grandes villes du pays (Dhaka et Chittagong).
- Un grand nombre d'actifs émigrent vers les pays étrangers, en particulier au Moyen-Orient, et envoient des fonds qui aident l'économie locale.

Toutefois, Cleland *et al.* (1994) soutiennent que ces changements apportés dans les domaines de l'organisation économique, de l'urbanisation, de la participation des femmes au marché du travail et de l'éducation étaient suffisants mais non nécessaires pour la transition de la fécondité qui s'est déroulée au Bangladesh.

Comme on l'a dit, il semble que la fécondité du Bangladesh ait atteint un palier à partir de 1992. Les déterminants programmatiques, sociaux et économiques de ce palier ne sont pas encore bien compris, encore que ce palier puisse être en partie lié à des questions de mesure² (Islam *et al.*, 2001). Il soulève la question de savoir quels autres changements doivent intervenir au Bangladesh pour que le pays puisse atteindre la fécondité de remplacement.

Nous nous proposons ici de tenter de contribuer au débat en posant trois questions :

- *Y a-t-il au Bangladesh des sous-groupes socioéconomiques qui aient déjà atteint la fécondité de remplacement?* Dans l'affirmative, si, à l'avenir, d'autres sous-groupes de la population en viennent également à atteindre la fécondité de remplacement, cette évolution de la structure de la population devrait faire baisser la fécondité jusqu'au seuil de remplacement.
- *La « fécondité désirée » des couples est-elle du même ordre que le nombre d'enfants qu'ils ont toutes les chances d'avoir?* Si les couples désirent avoir moins d'enfants qu'ils en ont effectivement, on peut supposer que de meilleurs services de planification familiale peuvent contribuer à diminuer le nombre des maternités non désirées et faire baisser la fécondité.
- *Qu'est-ce qui distingue la fécondité dans une région bénéficiant de meilleurs services de planification familiale de celle d'une région comparable à tous autres égards mais qui ne peut compter que sur les services publics ordinaires?* La réponse à cette question montrera dans quelle mesure, toutes choses égales par ailleurs, de meilleurs services de planification familiale peuvent influencer sur la fécondité.

DONNÉES ET MÉTHODES

Nous utilisons les données provenant de deux sources. Pour répondre aux deux premières questions ci-dessus, nous utilisons les données de l'enquête démographique et sanitaire réalisée au Bangladesh en 1999-2000 (EDSB), enquête nationale représentative menée auprès de 10 544 femmes en âge de procréer. Nous utilisons ces données pour examiner la corrélation entre l'éducation et la fécondité effective et désirée et pour étudier les tendances de l'éducation au Bangladesh.

Dans l'échantillon de l'EDSB, l'éducation est ventilée en quatre catégories : aucune instruction, instruction primaire partielle, instruction primaire complète et instruction secondaire. Le groupe de l'instruction secondaire comprend les femmes ayant fait au moins six années d'études.

Nous utilisons également les données du système de surveillance démographique (SSD) du Matlab. Le Matlab est un sous-district rural typique du Bangladesh; le mode de vie, la situation sociale et économique et le niveau d'instruction de la population du Matlab sont semblables à ceux de la plupart des zones rurales du pays. Le SSD, qui est géré par le Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques (ICDDR-B), recueille depuis 1966 des données sur les résultats de grossesse dans deux régions comparables à tous autres égards — les régions de « traitement » et de « référence ». La région de référence est typique de la plus grande partie du Bangladesh en ce qui concerne la pratique de la contraception (ICDDR-B, 2002) et la fécondité (Mitra *et al.*, 1994). Dans la présente étude, nous examinons les données relatives à 33 000 naissances qui concernent environ

² Au Bangladesh, la fécondité et l'âge moyen à la maternité baissent tous les deux. L'indice du moment de la fécondité cumulée (FC) que l'on obtient à partir d'une enquête telle que l'enquête démographique et sanitaire menée au Bangladesh ne semble pas devoir rendre fidèlement compte de la baisse de la fécondité en raison du rythme et de l'effet de calendrier de la baisse de la fécondité. La FC du moment semble devoir fournir une sous-estimation de la FC des cohortes pour les années récentes où la fécondité a baissé. Il semble donc que, dans le cas du Bangladesh, la fécondité effective des cohortes doive être supérieure aux estimations.

318 000 femmes-années dans le Matlab entre 1995 et 2000. Le SSD inclut des données sur les résultats de grossesse (naissances vivantes, mortinaissances, fausses couches et avortements), les décès, la migration et les unions légitimes. Par ailleurs, il organise de temps à autre des recensements pour recueillir des informations socioéconomiques; le dernier en date a été réalisé en 1996. Dans la présente étude, nous utilisons les données relatives à l'instruction et à la superficie du foyer recueillies lors du recensement de 1996.

Le projet de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI-PF) du Matlab donne l'occasion d'éclairer l'effet probable d'une meilleure disponibilité et d'une meilleure qualité de services de planification familiale. Depuis 1977, ce projet fournit, dans la région de traitement, des services de planification familiale plus accessibles et de meilleure qualité que les services ordinaires fournis par l'État dans la région de référence comparable à tous autres égards. La différence expérimentale de services de planification familiale aidant, les données du Matlab permettent d'évaluer l'influence des programmes de planification familiale sur la fécondité d'une façon beaucoup plus solide que les analyses qui établissent des comparaisons entre des régions moins similaires entre elles ou entre des périodes différentes. Le SSD fournit des données de bonne qualité sur la fécondité pour évaluer ces effets.

Les femmes mariées de la région de référence étaient censées recevoir (mais n'ont pas toujours reçu) la visite, tous les deux mois, d'assistantes sociales du programme gouvernemental de planification familiale, qui fournissent des conseils ainsi que des pilules et des préservatifs masculins. Dans la région de traitement ou région de SMI-PF, jusqu'en 1997, des travailleuses sanitaires des collectivités (TSC) se sont déplacées toutes les deux semaines au domicile des femmes mariées en âge de procréer pour leur fournir des conseils sur les services de planification familiale ainsi que des contraceptifs injectables, des pilules et des préservatifs. Entre 1966 et 1997, les TSC employées par le SSD se sont rendues dans chaque foyer toutes les deux semaines dans les deux régions pour enregistrer la situation des femmes au regard de la grossesse et tout résultat de grossesse survenu depuis la visite précédente. Depuis la fin 1997, les TSC se rendent une fois par mois dans chaque foyer pour recueillir ces données. À partir de 1999, le projet du Matlab a abandonné progressivement la fourniture de services de planification familiale à domicile au profit de services fournis dans un site fixe. À l'heure actuelle, les TSC fournissent des services de planification familiale depuis leur domicile, où les villageoises se rendent pour recevoir ces services. Dans la région de référence, les services sont fournis dans des centres fixes.

En sus des centres de santé et de protection de la famille ordinaires publics que l'on trouve dans les deux régions, la région de traitement a des sous-centres de l'ICDDR-B qui fournissent des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale. La région à SMI-PF est caractérisée par un plus grand contact entre clients, agents et responsables ainsi que par un accès plus facile aux méthodes contraceptives et un plus grand choix de méthodes que dans la région de référence. Les femmes vivant dans la région à SMI-PF ont signalé une meilleure accessibilité et une meilleure qualité des services de planification familiale que les femmes de la région de référence. Il y avait plus de chances que les premières signalent recevoir des visites au titre des services de planification familiale, passent plus de temps avec les agents de la planification familiale à l'occasion de ces visites et estiment qu'elles recevraient des soins adéquats dans un centre de santé ou de planification familiale (Koenig *et al.*, 1992).

Le nombre moyen désiré d'enfants dans les deux régions a été similaire et a baissé à des taux similaires, depuis environ 4,5 en 1975 à 3,0 en 1990 (Koenig *et al.*, 1992), puis à 2,5 en 2000 (Bairagi et Datta, 2001).

À la fin des années 70, l'utilisation de la contraception était très faible et similaire dans les deux régions, tandis qu'au milieu des années 90 il était passé à près de 70 % dans la région de traitement ou région à SMI-PF, mais était inférieur à 50 % dans la région de référence. Le tableau 1 compare les taux de fécondité dans les deux régions et montre que les taux de fécondité ont baissé dans les deux régions à mesure que se répandait l'usage des contraceptifs. Depuis les années 80, les taux de fécondité ont été systématiquement et nettement inférieurs dans la région de traitement — c'est-à-dire la région qui offre de

meilleurs services de planification familiale et enregistre des taux supérieurs d'utilisation de la contraception. Toutefois, les données du SSD montrent que les taux de fécondité de la région à SMI-PF ont cessé de baisser depuis 1991 et sont restés au niveau de 3,0 enfants par femme. En dépit de services de SMI-PF intensifs et de qualité relativement bonne et de niveaux élevés d'utilisation de la contraception, la fécondité ne baisse plus (dans la région de référence, les taux de fécondité se sont bloqués à environ 3,6 depuis 1995). Certains auteurs (comme Bairagi et Datta, 2001) affirment qu'il est très peu probable que le Bangladesh atteigne la fécondité de remplacement sans poursuite du développement social et économique. Dans la région à SMI-PF, l'utilisation de la contraception et la FC ont atteint un palier depuis près d'une décennie. Le projet n'a pas pu formuler de stratégies efficaces pour faire redémarrer la baisse de la fécondité.

Nous utilisons les données du SSD pour calculer les FC selon le niveau d'instruction et la situation économique. Nous ventilons l'instruction en quatre catégories: sans instruction, entre une et cinq années d'instruction, entre six et neuf années d'instruction et au moins 10 années d'instruction. Ces groupes sont désignés ainsi: «illettrés», «instruction primaire», «premier cycle du secondaire» et «deuxième cycle du secondaire». La superficie du foyer est considérée comme un indicateur de la situation économique d'un ménage. Nous avons classé les ménages en trois catégories—économiquement faibles, moyens ou supérieurs selon l'importance de la superficie du foyer³. Il semble bien qu'il y ait une corrélation positive entre la superficie du foyer et le revenu du ménage au Bangladesh, et de nombreuses études réalisées dans le Matlab constatent l'existence d'une corrélation entre les comportements démographiques et la superficie du foyer (voir, par exemple, D'Souza et Bhuiya, 1982). Le nombre de femmes-années pour le groupe d'âges des 15 à 49 ans incluses dans notre analyse figure à l'annexe A pour la région de référence, selon le niveau d'instruction et la superficie du foyer. Nous disposons d'échantillons assez importants, sauf pour le groupe d'instruction du deuxième cycle du secondaire; la taille des cellules varie entre 748 à 40 000 pendant la période 1995-2000.

Les régions de référence et de traitement du Matlab sont comparables du point de vue du niveau d'instruction et de la situation économique (LeGrand et Phillips, 1996). En 1995, 27 et 30 % des femmes avaient fait quelques années d'études secondaires dans les régions de référence et de traitement, respectivement. Dans les deux régions, près de la moitié et plus d'un quart des femmes, respectivement, sont classées sous les rubriques des

³ «Économiquement faible» correspond à un foyer de moins de 250 mètres carrés, «moyen» à un foyer de 250 à 349 mètres carrés et «supérieur» à un foyer d'au moins 350 mètres carrés.

Tableau 1
Fécondités cumulées (FC) et taux d'utilisation de la contraception (TUC), selon l'année civile dans les régions de référence et à SMI-PF du Matlab et au Bangladesh

Année civile	Région de référence		Région à SMI-PF		Bangladesh	
	FC	TUC	FC	TUC	FC	TUC
1987	5,4		4,2	51,3	4,8	
1988	5,4		3,8	52,5		
1989	4,9		3,4	58,8		30,8
1990	5,0	27,9	3,4	60,6	4,3	
1991	4,3		3,0	61,1		39,9
1992	4,0	30,3	3,0	61,1	3,4	
1993	3,8		2,9	62,7		44,6
1994	3,8		3,0	65,6		
1995	3,6		2,9	68,6	3,3	
1996	3,5	46,9	2,7	68,1		49,2
1997	3,4		2,8	67,4		
1998	3,6		3,0	68,8	3,3	53,8

Source: Les données relatives au Matlab proviennent du SSD et les données relatives au Bangladesh de l'EDSB de 1999-2000 (Mitra et al., 2001).

⁴ Il est possible que le taux global de fécondité désirée gonfle le nombre d'enfants que les femmes désiraient vraiment avoir, car les femmes interrogées ont tendance, après coup, à déclarer comme « désirés » des enfants dont la conception peut n'avoir pas été prévue. Par ailleurs, l'EDSB recueille des données sur la taille idéale de la famille, à partir des réponses à la question hypothétique « Si vous pouviez revenir au début de votre vie reproductive, combien d'enfants auriez-vous désiré avoir ? » Nous avons choisi de nous concentrer sur le TGFDF dans notre analyse car il renvoie à une situation réelle.

⁵ Au Bangladesh, environ 90 % des filles nouveau-nées sont susceptibles d'atteindre l'âge moyen à la maternité. En d'autres termes, environ 2,2 enfants sur 2,4 enfants nés de femmes instruites atteindront l'âge moyen à la maternité. Toutefois, le taux de survie est probablement supérieur à 90 % pour les femmes ayant fait des études secondaires.

niveaux faible et élevé de situation économique. La catégorie de statut économique « faible » représente probablement les pauvres au Bangladesh. Environ la moitié des ménages du pays sont sans terre et c'est le segment le plus pauvre de la population.

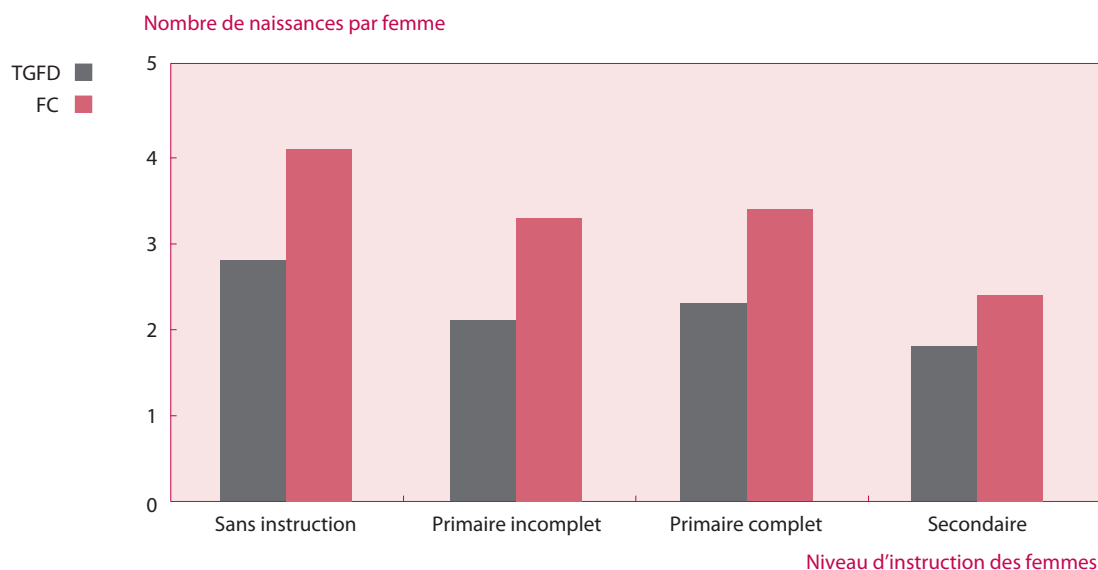
Nous comparons les fécondités cumulées par groupe aux données concernant la fécondité désirée des femmes. La FC par groupe désigne le nombre d'enfants qu'un groupe de femmes aura, selon les prévisions, si, à chaque âge, elles enregistrent les taux de fécondité par âge de leur groupe. L'EDSB calcule la FC à partir des naissances qui ont eu lieu au cours des trois années ayant précédé l'enquête. Pour chacune des naissances signalées dans le cadre de l'enquête pour les trois années l'ayant précédée, l'enquête a demandé si la naissance était désirée à ce moment-là, était désirée plus tard ou n'était pas désirée du tout. Le taux global de fécondité désirée (TGFDF) comprend les naissances au sujet desquelles les mères ont déclaré qu'elle désiraient que ces naissances surviennent à ce moment-là ou plus tard⁴.

ANALYSES

L'une des méthodes que nous mettons en œuvre pour mesurer le temps qu'il faudra au Bangladesh pour atteindre la fécondité de remplacement consiste à déterminer s'il y a un groupe de femmes qui y sont déjà parvenues. Les données de l'EDSB de 1999-2000 montrent que la FC des femmes ayant fait au moins cinq années d'études était de 2,4 (figure 1). Vu le niveau de la mortalité générale au Bangladesh, une FC de 2,4 enfants par femme n'est pas loin du seuil de remplacement⁵. En revanche, les femmes n'ayant pas fait d'études secondaires ont des taux de fécondité nettement supérieurs au seuil de remplacement. Les femmes ayant fait des études primaires et celles n'ayant aucune instruction ont, en moyenne, un et deux enfants de plus que celles qui ont fait au moins cinq années d'études.

La figure 1 présente également les données concernant la fécondité désirée (TGFDF) des mêmes femmes. Elle montre que tous les groupes de femmes définis par le niveau d'instruction, à l'exception du groupe des femmes sans instruction, veulent parvenir à une fécondité de remplacement ou inférieure au seuil de remplacement. Les femmes qui ont achevé leurs études primaires déclarent qu'elles veulent avoir 2,2 enfants, tandis que celles qui ne les ont pas achevés en veulent 2,1 et que celles qui ont fait une partie

Figure 1
Taux global de fécondité désirée (TGFDF) et fécondités cumulées (FC) effectives, selon le niveau d'instruction des femmes, Bangladesh, 1999-2000



des études secondaires (plus de cinq années d'études) n'en veulent que 1,8. Toutefois, la fécondité désirée des femmes sans instruction est d'environ trois enfants, ce qui signifie que les femmes non alphabétisées veulent encore une fécondité supérieure au seuil de remplacement⁶.

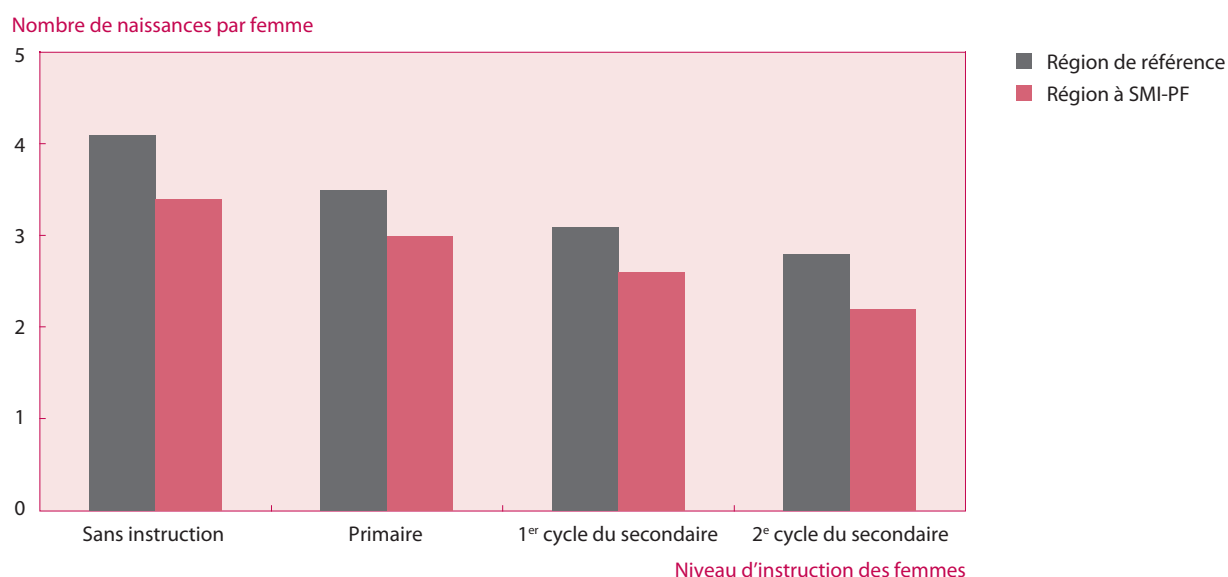
Pour tous les groupes d'instruction, la fécondité cumulée dépasse le taux global de fécondité désirée. L'écart est le plus important pour le groupe sans instruction — la FC dépasse le TGF de 1,3 enfant — et diminue en fonction du niveau d'instruction jusqu'à 0,6 enfant pour le groupe le plus instruit. Si nous pouvons interpréter cet écart comme une fécondité non désirée, nous pouvons conclure qu'en donnant aux femmes les moyens d'éviter la fécondité non désirée, par exemple sous la forme de meilleurs services de planification familiale, on pourrait obtenir des taux de fécondité proches du seuil de remplacement pour toutes les femmes, à l'exception de celles dépourvues d'instruction⁷. Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation de l'effet du niveau d'instruction sur la fécondité à partir de ces résultats, du fait, essentiellement, du facteur de confusion qu'introduit l'urbanisation dans le lien entre le niveau d'instruction et la fécondité. Les femmes instruites ont plus de chances de vivre dans des zones urbaines et elles peuvent avoir une fécondité plus faible en raison d'un meilleur accès à des services de planification familiale de qualité et d'autres effets de modernisation. Les données de l'EDSB sont représentatives du pays tout entier et incluent les femmes urbaines comme les femmes rurales. En 2000, environ 25 % de la population du Bangladesh vivaient dans les zones urbaines.

Les données du Matlab font également apparaître une corrélation étroite entre le niveau d'instruction et la fécondité dans les régions de traitement et de référence. La figure 2 montre, pour la période 1995-2000, que les femmes vivant dans la région à SMI-PF du Matlab et ayant fait au moins 10 années d'études avaient atteint la fécondité de remplacement. Dans les deux régions, les femmes sans instruction ont plus d'un enfant de plus que les femmes ayant fait au moins 10 années d'études. Dans la région à SMI-PF, les FC sont de 2,6, 3,0 et 3,4, respectivement, parmi les femmes ayant fait entre six et neuf années d'études, entre une et cinq années d'études et sans instruction. Les femmes de la région de référence ayant fait au moins 10 années d'études avaient une FC de 2,8, tandis que les femmes ayant fait entre six et neuf années d'études, entre une et cinq années d'études et sans instruction avaient une FC de 3,1, 3,5 et 4,1, respectivement. Dans tous les groupes d'instruction, les femmes de la région à SMI-PF avaient une fécondité sensi-

⁶ La taille idéale moyenne de la famille, qui est un autre indicateur de la fécondité désirée, indique également que les femmes instruites veulent avoir une famille dont la taille est compatible avec la fécondité de remplacement. Dans l'EDSB de 1999-2000, la taille idéale moyenne de la famille n'est que de 1,5 pour toutes les femmes du Bangladesh, et elle est de 2,3 à 2,4 pour les femmes de moins de 25 ans. Pour les femmes de moins de 25 ans, elle est de 2,2 pour les femmes qui sont allées au-delà des études primaires et de 2,4 à 2,5 pour les autres femmes.

⁷ En 2000, 40 % des femmes âgées de 15 à 49 ans n'avaient aucun instruction.

Figure 2
FC selon le niveau d'instruction des femmes et la région, Matlab, 1995-2000



blement inférieure à celle des femmes de la région de référence. L'importance de l'écart ne varie pas beaucoup en fonction du niveau d'instruction, encore qu'il soit plus important pour le groupe sans instruction (0,7 naissance).

Dans une analyse non présentée ici, nous avons comparé les écarts de fécondité en fonction du niveau d'instruction entre les régions de traitement et de référence et entre les périodes 1995-2000 et 1983-1986. Comme pour la période 1995-2000, on a relevé pendant la période 1983-1986 une corrélation négative entre la fécondité et le niveau d'instruction dans les deux régions, encore que la fécondité ait été supérieure tous niveaux d'instruction confondus. Pendant la période 1983-1986, les écarts de fécondité en fonction du niveau d'instruction ont été plus importants dans la région à SMI-PF que dans la région de référence, ce qui veut dire que les femmes instruites sont celles qui ont profité des services de planification familiale nouvellement proposés et ont réalisé un faible taux de fécondité avant les autres groupes. En 1995-2000, comme nous l'avons observé, les écarts en fonction du niveau d'instruction sont semblables pour les deux régions.

Les meilleurs services de planification familiale dans la région de traitement sont bel et bien en corrélation avec les taux de fécondité inférieurs pour les femmes de tous niveaux d'instruction. Il s'ensuit que le programme de planification familiale devrait être focalisé sur les femmes quel que soit leur niveau d'instruction afin de faciliter une nouvelle réduction de leur fécondité uniformément élevée.

De même, on observe une corrélation négative entre la fécondité et le niveau d'instruction au sein de chaque catégorie économique. Les données du tableau 2 montrent que, pendant la période 1995-2000, les femmes de la région de traitement ayant fait au moins 10 années d'études avaient 2,5, 2,0 et 2,2 enfants, respectivement, dans les groupes économiques « faible », « moyen » et « élevé » (le groupe économique étant mesuré ici par la superficie du foyer). Dans la région de référence, les chiffres correspondants sont 2,9, 2,7 et 2,8—plus d'une demi-naissance au-dessus du seuil de remplacement.

La fécondité varie selon le groupe économique, encore que cette variation soit relativement modeste comparée à la variation de la fécondité en fonction du niveau d'instruction. Dans la région de référence, on a constaté 3,8, 3,2 et 3,1 naissances par femme pour celles qui appartenaient aux groupes faible, moyen et élevé, respectivement. Dans la région à SMI-PF, les taux correspondants étaient de 3,1, 2,7 et 2,6. Une fois que le niveau d'instruction de la femme est maintenu constant, la corrélation entre le statut économique et la fécondité devient très lâche dans les deux régions. Il existe une corrélation entre les meilleurs services de planification familiale fournis dans la région de traitement du Matlab et les taux de fécondité inférieurs dans chaque catégorie économique.

Il ressort des données présentées plus haut que le niveau d'instruction des femmes semble devoir être une intervention sociale efficace pour une baisse durable de la fécondité. Nous passons à présent à l'examen des tendances de l'éducation au Bangladesh pour déterminer combien de temps à peu près il faudra au pays pour réaliser l'instruction universelle des femmes et, partant, un taux de fécondité que l'on puisse considérer comme un seuil de remplacement.

Tableau 2
Fécondités cumulées dans les régions de référence (R) et à SMI-PF (S) du Matlab, selon le niveau d'instruction et le groupe économique, 1995-2000

Groupe économique	Aucune instruction			1-5 ans d'instruction			6-9 ans d'instruction			Au moins 10 ans d'instruction			Toutes catégories		
	R	S	R-S	R	S	R-S	R	S	R-S	R	S	R-S	R	S	R-S
Faible	4,2	3,4	0,8	3,8	3,2	0,6	3,3	2,6	0,7	2,9	2,5	0,4	3,8	3,1	0,7
Moyen	4,0	3,5	0,5	3,3	3,2	0,1	3,1	2,5	0,6	2,7	2,0	0,7	3,2	2,7	0,6
Élevé	4,0	3,3	0,7	3,3	3,0	0,3	3,0	2,6	0,4	2,9	2,2	0,6	3,1	2,6	0,5
Tous	4,1	3,4	0,7	3,5	3,0	0,5	3,1	2,6	0,5	2,8	2,2	0,6	3,5	2,9	0,6

Source: SSD du Matlab.

TENDANCES DE L'ÉDUCATION AU BANGLADESH

Le Bangladesh a également obtenu d'excellents résultats s'agissant d'élever le niveau d'instruction de la population, en particulier des femmes. Ses ressources étant limitées, le gouvernement a accordé un degré de priorité élevé à l'instruction des filles. L'instruction primaire a toujours été gratuite pour les garçons et les filles au Bangladesh. À partir de 1994, le projet « vivres contre éducation » du gouvernement a distribué du riz et du blé aux familles pauvres qui ont continué d'envoyer leurs enfants à l'école primaire. En 1994, le gouvernement a institué, à titre expérimental, la gratuité de l'instruction pour les filles jusqu'au deuxième cycle de l'enseignement secondaire. Récemment, il a mis en place un programme de bourses d'études pour les filles jusqu'au niveau du secondaire pour les inciter à poursuivre leurs études. On compte que ces bourses permettront aux familles pauvres de fournir aux filles les matériels didactiques, les vêtements et le transport.

Les organisations non gouvernementales (ONG) du Bangladesh, en particulier le Comité du Bangladesh pour le progrès rural (BRAC), se sont rendues célèbres par leurs programmes d'instruction primaire non formelle qui gèrent à peu de frais des écoles pour les pauvres. Les enfants pauvres participant aux activités économiques du ménage, l'horaire des classes est fixé de façon à leur permettre d'y assister et de participer auxdites activités du ménage. Les établissements d'éducation non formelle insistent sur l'instruction des filles en acceptant davantage de filles que de garçons. Une éducation équivalant à l'enseignement primaire ordinaire est dispensée aux enfants pauvres sur une période de quatre ans. Une fois diplômés de ces écoles non formelles, les enfants peuvent être admis dans des collèges ordinaires et se prévaloir des possibilités d'éducation gratuite et des programmes de bourses d'études.

La figure 3 présente les tendances de l'éducation au Bangladesh selon l'année de naissance de personnes nées au cours des 50 dernières années; on utilise les données sur l'éducation recueillies dans le cadre de l'EDSB de 1999-2000. La figure 3a indique le pourcentage d'individus ayant fait au moins une année d'études. Les tendances de l'éducation permettent de dégager plusieurs caractéristiques non dénuées d'intérêt. Tout d'abord, l'écart entre les filles et les garçons en matière d'éducation était très important au début de la période considérée. Parmi les personnes nées dans les années 40, les filles avaient un tiers des chances des garçons de recevoir une instruction quelconque. Ensuite, bien que les garçons aient eu plus de chances que les filles de recevoir une instruction quelconque, l'éducation des garçons n'a pratiquement pas changé pour les cohortes nées dans les années 40, 50 et 60, tandis que celle des filles s'étoffait régulièrement pour celles qui étaient nées pendant ces décennies. L'éducation des filles a progressé de façon remarquable pour celles qui sont nées depuis la fin des années 40; les progrès ont été encore plus sensibles pour celles qui sont nées depuis 1970. Depuis le début des années 70, le pourcentage des filles qui ont fait au moins une année d'études a augmenté de 10 points tous les cinq ans. Pour la cohorte de naissance des années 1985-89, la plus récente que nous examinons, le pourcentage des filles ayant fait quelques études a dépassé le pourcentage des garçons.

La figure 3b fait apparaître les tendances concernant les individus ayant fait au moins six années d'études. Le pourcentage de la population ayant acquis ce niveau d'instruction a augmenté de façon spectaculaire au Bangladesh, en particulier pour les femmes, pour lesquelles la croissance a été exponentielle. Cinq pour cent seulement de la cohorte des femmes nées entre 1940 et 1944 avaient fait au moins six années d'études. C'est le cas de plus de 50 % des femmes de la cohorte de naissance des années 1980-1984. L'éducation des hommes s'est améliorée au cours de la période considérée, mais à un rythme nettement plus lent, puisqu'elle est passée de plus de 30 % à près de 55 %.

Nous allons à présent examiner les tendances de l'éducation des femmes, car nous constatons l'existence d'une forte corrélation négative entre l'éducation et la fécondité. La fécondité baissera à l'avenir en raison de la progression de l'éducation des femmes. Par ailleurs, selon les données de l'EDSB, lorsque les femmes ont poursuivi leurs étu-

Figure 3a
Pourcentage des individus ayant fait au moins une année d'études, selon le sexe et l'année de naissance, Bangladesh, 1999-2000

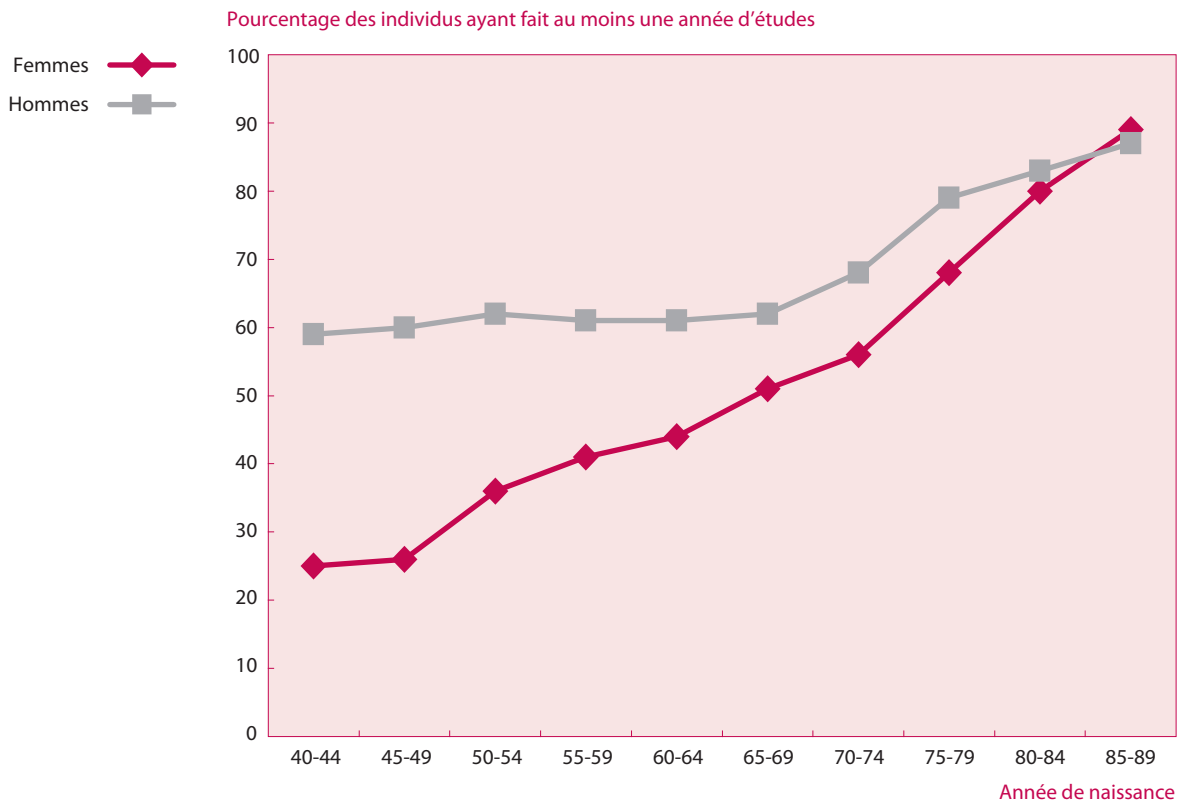
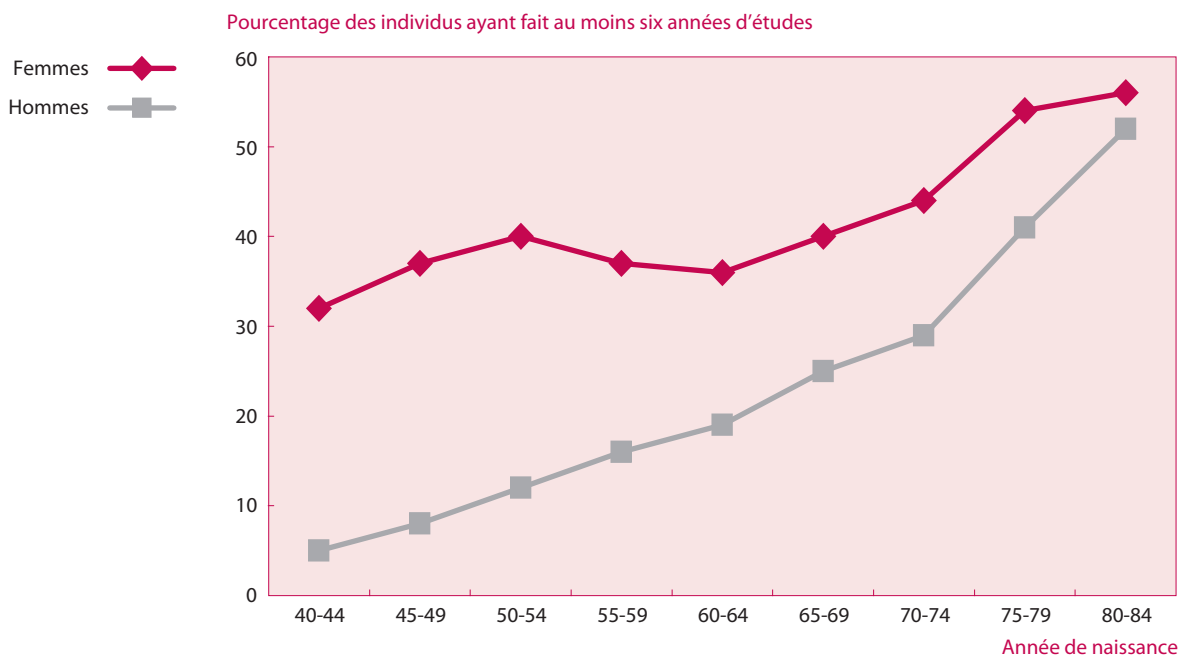


Figure 3b
Pourcentage des individus ayant fait au moins six années d'études, selon le sexe et l'année de naissance, Bangladesh, 1999-2000



des au-delà de l'instruction primaire, elles sont susceptibles d'avoir une fécondité de remplacement. Dans la région de traitement du Matlab, où le taux d'utilisation de la contraception est élevé du fait de la plus grande accessibilité et de la meilleure qualité des services, les femmes ayant fait des études secondaires ont atteint la fécondité de remplacement. Une bonne compréhension de l'amélioration du niveau d'instruction est de nature à faciliter l'élaboration de politiques de développement social et de réduction de la fécondité. Étant donné que l'accessibilité de l'éducation est en corrélation avec la situation économique des ménages, nous examinons les tendances de l'éducation selon la situation économique⁸. Dans les deux figures suivantes, nous montrons comment l'éducation des femmes âgées de 15 à 49 ans s'est améliorée pour celles de la région de référence du Matlab qui étaient nées au cours de la période 1945-1979. Le lecteur ne doit pas oublier que les deux régions du Matlab sont comparables du point de vue de l'éducation et de la situation économique. Comme nous l'avons indiqué précédemment, 27 et 30 % des femmes étudiées ont fait des études au-delà de l'instruction primaire dans les régions à SMI-PF et de référence, respectivement. De même, 48 et 43 % des femmes appartiennent au groupe économique des pauvres, respectivement, dans ces régions.

La figure 4 présente des données concernant les femmes analogues à celles de la figure 3, mais en distinguant les trois catégories de superficie du foyer, pour les cohortes de cinq ans en commençant par celles des femmes nées entre 1945 et 1949. La figure 4 montre que le pourcentage des femmes ayant fait au moins une année d'études a progressé au fil du temps (c'est-à-dire est supérieur pour celles nées plus récemment) pour les trois groupes économiques. Pour chaque cohorte de naissance, le pourcentage des femmes ayant fait au moins une année d'études est le plus élevé pour celles dont la superficie du foyer est la plus importante et le moins élevé pour celles dont la superficie du foyer est la moins importante. L'augmentation du pourcentage des femmes ayant fait au moins une année d'études a été la plus forte pour celles dont la superficie du foyer est la moins importante et, de ce fait, les écarts entre les groupes économiques ont diminué avec le temps. Par exemple, pour les femmes nées entre 1945 et 1949, 57 % de celles appartenant au groupe économique le plus élevé avaient fait au moins une année d'études, contre 42 % de celles du groupe moyen et seulement 18 % de celle du groupe faible. Pour la cohorte de naissance des années 1975-1979, les pourcentages correspondants sont 93 %, 90 % et 72 % (soit le quadruple du pourcentage d'il y a 30 ans pour ce groupe). Les deux groupes économiques les plus élevés avaient presque atteint la parité pour la cohorte de naissance la plus jeune que nous prenons en considération.

La figure 5 montre que le pourcentage de femmes ayant fait au moins quelques études secondaires a également très nettement progressé pour les trois groupes économiques. Pour le groupe le plus élevé, le pourcentage des femmes ayant fait au moins quelques études secondaires est passé, pour la cohorte de naissance des années 1975-1979, à un niveau supérieur de 3,5 fois à celui de la cohorte de naissances des années 1945-1949. Pour le groupe économique le plus faible, l'écart entre ces deux cohortes de naissances passait pratiquement du simple au décuple. Toutefois, pour cette mesure, de profondes inégalités économiques subsistent. Plus de 70 % de la cohorte la plus jeune du groupe économique élevé ont fait plus de cinq années d'études, contre 28 % seulement du groupe économique faible. En moyenne, environ 45 % de la cohorte la plus jeune ont fait des études secondaires. Il faudra probablement du temps pour que les femmes de tous les groupes économiques aient fait des études secondaires. Les programmes concernant l'« instruction gratuite pour les filles » et les « bourses d'études secondaires pour les filles » du gouvernement réduiront l'inégalité d'origine économique de niveau d'instruction des filles, mais cela prendra du temps.

Nous avons cherché à établir combien de temps il faudrait pour que toutes les femmes du Bangladesh en âge de procréer aient fait au moins six années d'études. Nous utilisons le taux de changement d'expérience éducative des cohortes de femmes qui composent notre échantillon du Matlab. La projection implique que toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans seront allées au-delà des études primaires en 2025. Si nous prenons pour

⁸ Nous prenons en considération la superficie du foyer de la femme au moment du recensement de 1996. Il ne s'agit pas nécessairement du groupe défini selon la superficie du foyer auquel appartenait la femme au moment où elle allait à l'école.

Figure 4
Pourcentage des femmes ayant fait au moins une année d'études, selon l'année de naissance et le groupe économique, région de référence du Matlab, 1995

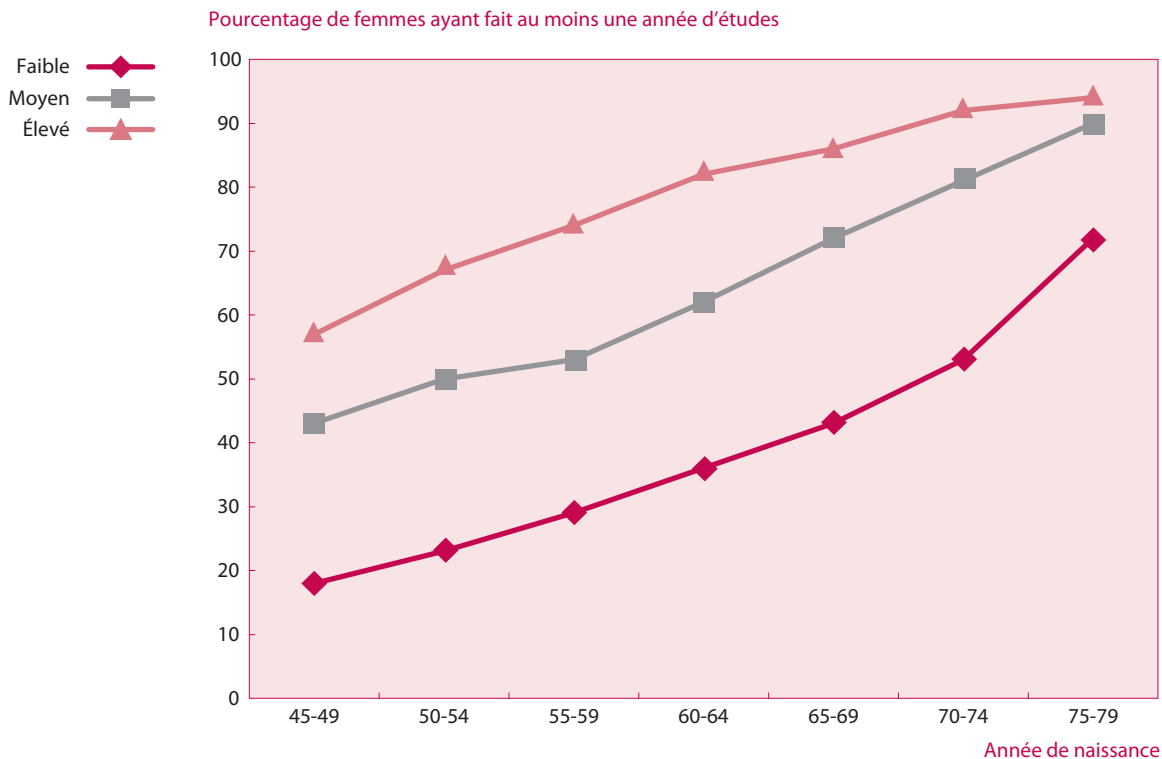
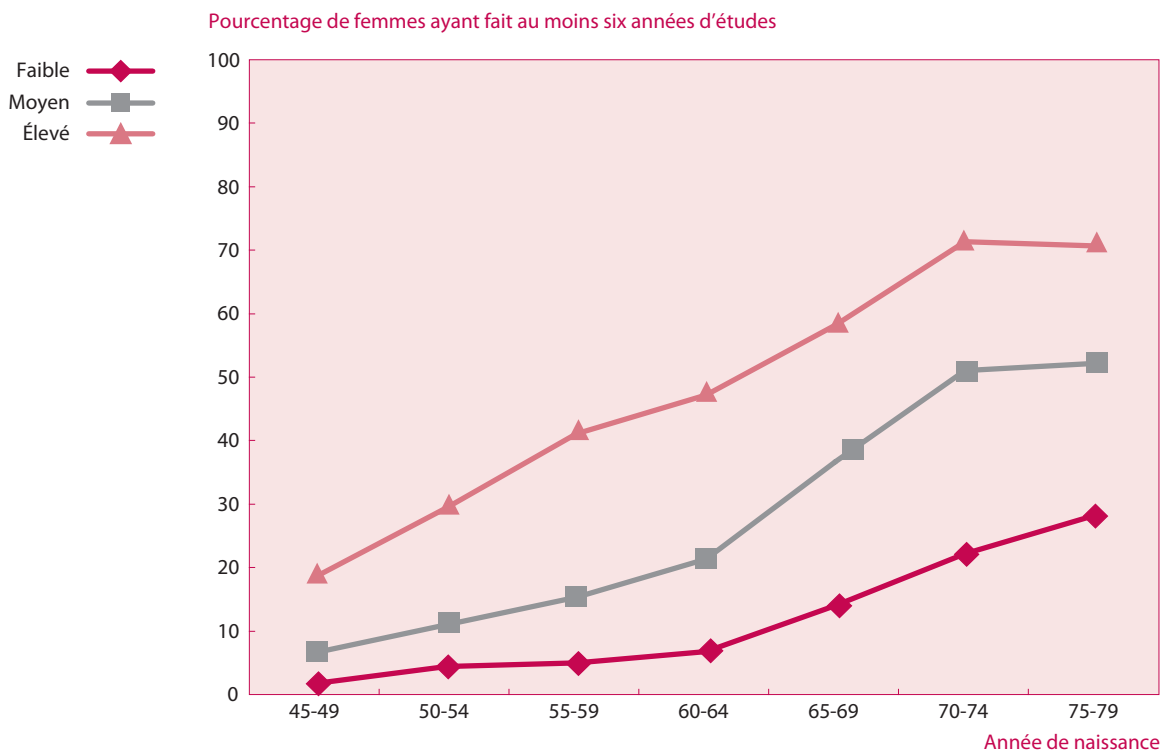


Figure 5
Pourcentage de femmes ayant fait au moins six années d'études, selon l'année de naissance et le groupe économique, région du Matlab, 1995



hypothèse que les femmes ayant fait au moins six années d'études auront atteint la fécondité de remplacement, comme cela a été le cas dans l'EDSB de 1999-2000, il est possible que le Bangladesh ait atteint le seuil de remplacement en 2025. Toutefois, l'expérience du Matlab montre que, parmi les femmes rurales, seules celles ayant fait 10 années d'études et ayant accès à des services de planification familiale de qualité, comme cela a été le cas dans la région à SMI-PF du Matlab, ont à présent atteint la fécondité de remplacement. Il faudra peut-être plus de temps pour concrétiser ce scénario.

ANALYSE

Dans la présente étude, nous avons tenté de répondre à la question de savoir s'il existe au Bangladesh des groupes socioéconomiques qui aient déjà atteint la fécondité de remplacement ou qui s'en soient rapprochés. À partir des données nationales, nous constatons que les femmes ayant fait plus de cinq années d'études ont presque atteint ce niveau de fécondité. Nous observons également que l'instruction des femmes progresse rapidement au Bangladesh. Selon notre projection fondée sur l'expérience d'amélioration du niveau d'instruction dans le cadre du Matlab, la quasi-totalité des femmes en âge de procréer auront fait au moins quelques études secondaires en 2025. Le pays devrait alors avoir atteint le seuil de remplacement. Toutefois, l'expérience du Matlab montre que cela pourra n'être le cas que moyennant une amélioration des services de planification familiale qui débouche sur une utilisation de la contraception élargie et efficace. Notre étude montre donc que l'amélioration de l'éducation et des services de planification familiale doit être considérée comme prioritaire au niveau des politiques. L'éducation est importante pour réduire la fécondité (ainsi que la mortalité infantile et postinfantile) et elle est importante en elle-même pour améliorer le capital humain (et le potentiel économique) de la population. Les services de planification familiale peuvent aider les femmes à éviter les grossesses et les avortements qui leur font parfois suite (Rahman *et al.*, 2001).

Nous constatons que la fécondité effective est nettement supérieure à la fécondité désirée. Cette fécondité excédentaire est plus élevée parmi les femmes sans instruction ou peu instruites. Les programmes de planification familiale peuvent jouer un rôle essentiel, en particulier parmi les femmes sans instruction ou peu instruites, en réduisant l'écart entre la fécondité désirée et la fécondité effective. Parmi les femmes instruites, la fécondité pourrait descendre au-dessous du seuil de remplacement si les programmes de planification familiale étaient plus efficaces; à la fin des années 90, les femmes instruites souhaitaient avoir une fécondité déficitaire et voulaient avoir environ une demi-naissance de moins que ce qu'elles avaient dans la réalité.

Nous constatons que les femmes de la région du Matlab qui peuvent se prévaloir de services de planification familiale plus accessibles et de meilleure qualité avaient une fécondité inférieure à celle des femmes vivant dans une région semblable à tous autres égards mais ne pouvant offrir que les services de planification familiale ordinaires. Toutefois, la fécondité dans la première région s'est stabilisée à un FC de 3,0 enfants par femme, ce qui semble indiquer que la fécondité de remplacement ne peut pas être atteinte par la seule approche fondée sur l'« offre » (ou, à tout le moins, pas sur l'approche actuellement mise en œuvre dans la région à SMI-PF). Il s'agit pour les programmes de planification familiale de venir efficacement en aide au groupe des couples défavorisés (c'est-à-dire moins instruits) qui ont des taux de fécondité non désirée importants.

Les programmes de santé et de planification familiale du Bangladesh ne cessent de s'améliorer, mais l'accessibilité et la qualité des services laissent encore à désirer. Il existe de nombreux sous-districts affichant des résultats insuffisants à cet égard, où il suffirait d'améliorer l'accès aux services pour faire progresser l'utilisation de la contraception (et réduire la fécondité). Il est possible d'améliorer l'efficacité de l'utilisation de la contraception en modifiant la combinaison de méthodes au profit de méthodes plus efficaces et en réduisant la proportion d'abandons. La pilule est la méthode la plus employée au Bangladesh, suivie par les produits injectables. Toutefois, les taux de persévérance pour

ces méthodes et les autres méthodes temporaires sont faibles. Environ la moitié des utilisatrices de la pilule ou de contraceptifs injectables cessent d'utiliser ces méthodes dans les 12 mois suivant la première utilisation (Mitra *et al.*, 2001). Un cinquième environ des femmes qui utilisent une méthode contraceptive ont recours aux méthodes traditionnelles, qui ont des taux d'échec élevés. En outre, l'utilisation de méthodes permanentes de contraception est en régression. Pendant la période 1999-2000, 7,2% des couples utilisaient des méthodes permanentes, alors qu'ils étaient 10,3% en 1991. Des stratégies permettant d'améliorer les services de conseil et l'encadrement devraient déboucher sur une augmentation de l'adoption des contraceptifs et une amélioration des taux de persévérance et, partant, réduire encore la fécondité.

La société du Bangladesh connaît des changements phénoménaux. L'idée que l'on s'y fait de l'utilité des enfants évolue, et l'éducation des parents n'y est assurément pas étrangère. Selon la projection établie par l'ONU sur la base de l'hypothèse d'un taux de fécondité moyen, le Bangladesh atteindra le seuil de remplacement vers 2025 (Organisation des Nations Unies, 2001). Cela semble être un scénario vraisemblable. Notre projection approximative, qui s'appuie sur la projection concernant l'éducation des femmes, indique également que tel pourrait être le cas.

Notre projection part de l'hypothèse selon laquelle les niveaux d'instruction changeront, mais pas les taux de fécondité en fonction de l'instruction. Toutefois, ces taux ont baissé au Bangladesh et, à l'avenir, d'autres facteurs pourront contribuer à accélérer la baisse de la fécondité en réduisant les taux de fécondité parmi les groupes définis en fonction du niveau d'instruction. Le Bangladesh a une densité de population très élevée et le croît démographique restera important pendant des années à cause de l'effet d'inertie démographique. La rapidité de la croissance des villes, l'évolution des structures agricoles, l'amélioration de l'économie, l'emploi des femmes et bien d'autres changements sociaux et économiques pourront accélérer la transition; en d'autres termes, la fécondité de remplacement pourra être atteinte en avance sur le calendrier que nous prévoyons. Il se pourrait également, par exemple, que les femmes ayant fait des études secondaires commencent à avoir une fécondité déficitaire, qui est d'ailleurs la fécondité qu'elles disent souhaiter. À l'avenir, il y aura de plus en plus de femmes qui feront des études secondaires. Ce processus pourra hâter le moment où la fécondité de remplacement sera atteinte. Selon la variante faible de l'ONU, la fécondité de remplacement pourrait être atteinte une dizaine d'années plus tôt que ne le prévoit la variante moyenne de l'ONU et que nous ne le prévoyons nous-mêmes. Cela pourrait bien être le cas si des changements sociaux, économiques ou autres influent considérablement sur la valeur ou le coût des enfants et réduisent les taux de fécondité parmi les groupes de femmes définis en fonction du niveau d'instruction. L'amélioration des programmes de planification familiale pourra elle aussi accélérer la transition à une fécondité de remplacement.

BIBLIOGRAPHIE

- Bairagi, Radheshyam et Ashish K. Datta (2001). Demographic transition in Bangladesh: What happened in the twentieth century and what will happen next? *Asia Pacific Population Journal* (Bangkok), vol. 16, n° 4, p. 3-16.
- Caldwell, John, Barakat-E-Khuda, Bruce Caldwell, Indrani Pieris et Pat Caldwell (1999). The Bangladesh fertility decline: An interpretation. *Population Development Review* (New York), vol. 25, n° 1, p. 67-84.
- Carty, Winthrop, Nancy Yinger et Alicia Rosov (1993). *Success in a Challenging Environment: Fertility Decline in Bangladesh*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Cleland, John, James Phillips, Sajeda Amin et G. M. Kamal (1994). *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a Challenging Environment*. Washington, DC: Banque mondiale.
- D'Souza, Stan, et Abbas Bhuiya (1982). Socioeconomic mortality differentials in a rural area of Bangladesh. *Population Development Review* (New York), vol. 8, n° 4, p. 753-769.

- ICDDR-B: Centre for Health and Population (2000). Health and Demographic Surveillance System—Matlab: Registration of Demographic and Contraceptive Use 1998. Scientific Report No. 87. Dhaka: ICDDR-B.
- Islam, Atahar, Mazharul Islam et Nitai Chakraborty (2001). Plateauing of fertility level in Bangladesh: Exploring the reality. Communication présentée à « Dialogue on Exploring Recent Fertility Behavior in Bangladesh. » Dhaka: Centre for Policy Dialogue.
- Koenig, M., U. Rob, M. Khan, J. Chakraborty et F. Fauveau (1992). Contraceptive use in Matlab: levels, trends, and explanations. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 23, n° 6, p. 352-64.
- LeGrand, Thomas et James Phillips (1996). The effects of fertility reductions on infant and child mortality: evidence from Matlab, Bangladesh. *Population Studies* (Londres), vol. 50, p. 51-68.
- Mitra, S., M. Ali, S. Islam, A. Cross et T. Saha (1994). *Bangladesh Demographic and Health Survey, 1993-1994*. Dhaka, Bangladesh, et Calverton, Maryland: Mitra Associates et Macro International, Inc.
- Mitra, S., Ahmed Al-Sabir, Tulshi Saha et Sushil Kumar (2001). *Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000*. Dhaka: NIPORT and Mitra Associates and Calverton.
- Organisation des Nations Unies (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 1: *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.8).
- Rahman, Mizanur, Julie DaVanzo et Abdur Razzaque (2001). Do better family planning services reduce abortion in Bangladesh. *The Lancet* (Londres), vol. 358, n° 9287, p. 1051-1056.

Appendice A

Répartition des femmes-années de la région de référence du Matlab selon le niveau d'instruction et le groupe économique, 1995-2000

Groupe économique	Aucune instruction	1-5 ans d'instruction	6-9 ans d'instruction	Au moins 10 ans d'instruction	Toutes catégories
Faible	40 164	20 746	6 278	748	67 936
Moyen	12 451	13 771	8 038	2 109	36 369
Élevé	8 109	12 792	11 689	4 564	37 154
Tous	60 724	47 309	26 005	7 421	141 459

Source: SSD du Matlab.

Que va-t-il advenir de la fécondité brésilienne?

Ana Maria Goldani*

GENÈSE DE LA QUESTION

Malgré l'absence d'une politique officielle de planification familiale, les changements démographiques qui se sont déroulés à un rythme sans précédent au Brésil au cours de la seconde moitié du XX^e siècle ont inauguré une période de fécondités cumulées proches du seuil de remplacement. Selon les recensements de la population, le Brésil comptait 52 millions d'habitants en 1950 et 170 millions en 2000. Cela a correspondu à un taux d'accroissement moyen annuel d'environ 3% au début de la période, lequel est descendu à 1,5% il y a quelques années. L'espérance de vie à la naissance est passée de 44 ans à 68 ans et la fécondité cumulée est tombée de 6,2 à 2,2 au cours de la même période. L'évolution de l'espérance de vie et de la fécondité cumulée se fait sentir dans toutes les couches de la société, tous les groupes ethniques et toutes les régions, transformant le cours de la vie « moyenne » et la composition de la famille des Brésiliens. Les composantes démographiques de ces changements sont bien connues, mais il n'existe encore aucune explication intégrée de la rapidité avec laquelle ils se sont produits.

Plusieurs auteurs ont analysé la multiplicité des facteurs à l'origine de la rapide baisse de la fécondité brésilienne et les bilans de ces études s'accordent pour la plupart à dire qu'en dépit d'importantes contributions notre connaissance des phénomènes en jeu reste fragmentaire. L'examen des études auquel a procédé Martine signale l'existence d'un consensus selon lequel plusieurs acteurs institutionnels, parmi lesquels l'État, l'Église catholique, les mouvements féminins, les autorités en matière de population et les professionnels de la santé, ont contribué à la baisse de la fécondité mais que leur influence a été pour l'essentiel autant imprévue que non délibérée. Il note également que beaucoup d'études se sont concentrées sur les effets de la « modernisation », confirmant le plus souvent l'existence d'une corrélation inverse entre la fécondité, d'un côté, et le revenu et le niveau d'instruction, de l'autre, bien qu'elles soient plus floues sur l'impact de la participation des femmes au marché du travail. Le processus d'urbanisation était un autre facteur important contribuant à l'accélération de la baisse de la fécondité « parce qu'il est lié à un large éventail de changements sociaux, économiques et politiques qui ont transformé le pays au cours du dernier demi-siècle » (Martine, 1996, p. 70).

Au cours de la période considérée, le modèle d'industrialisation fondé sur la substitution de produits nationaux aux importations, qui a caractérisé le régime de développement de l'économie brésilienne entre les années 50 et les années 70, a conféré à l'État un rôle actif — même s'il n'a pas été très efficace — dans la fourniture des biens et services de base. À la fin des années 70 et surtout au début des années 80, dans un contexte de crise économique, la plupart des systèmes de protection sociale ont commencé à se lézarder, voire à s'effondrer, aggravant ainsi l'exclusion sociale. Parallèlement, le mode de croissance industrielle urbaine assorti d'exclusion sociale a généré une société brésilienne de consommation de masse décrite par Faria (1991). Les politiques publiques réglementant le crédit direct à

* Actuellement professeur invitée au Département de sociologie et d'études latino-américaines de l'Université de Californie, Los Angeles (UCLA), Californie (États-Unis d'Amérique). Au Brésil, elle est affiliée à l'École nationale de sciences statistiques (ENCE/IBGE) et au PAGU-Centre d'étude des questions de genre de l'Université d'État de Campinas.

- 1 Conséquence imprévue de ces politiques, on a enregistré une demande croissante de régulation de la fécondité parmi les femmes, qui a été satisfaite pour l'essentiel par le marché et moins par les organisations non gouvernementales de planification familiale. Le nombre de pilules orales achetées chaque année est passé de 1,7 million de cycles en 1960 à 61,2 millions en 1980. L'absence de services publics de planification familiale gratuits et le coût élevé, le taux d'échec élevé et les effets secondaires de la pilule ont jeté le discrédit sur les méthodes contraceptives réversibles. Parallèlement aux risques liés à l'avortement illégal, cette évolution a ouvert la voie à la stérilisation en tant que méthode contraceptive préférée au Brésil (Corrêa *et al.*, 1998).
- 2 En 1998, un indicateur du développement humain de 0,74 pour le Brésil s'explique par une série d'indicateurs tels qu'un taux de pauvreté de 28 %, un revenu moyen par habitant d'environ 250 dollars des É.-U. par mois et une inégalité de revenu qui est l'une des plus fortes parmi les grands pays du monde.
- 3 Les études s'intéressant aux différences entre les strates sociales et aux effets de la prolétarisation rapide sur le comportement procréateur brésilien datent surtout des années 80.
- 4 Dans les années 80, les féministes brésiliennes relevaient déjà la demande croissante de régulation des naissances émanant des femmes pauvres, la précarité des services de planification familiale et de santé ainsi que le rôle de l'avortement illégal et l'inégalité entre les sexes. En même temps, les féministes appelaient l'attention des démographes sur la nécessité de prendre en considération le vécu et les motivations des femmes dans l'analyse de la transition démographique au Brésil (Corrêa, Piola et Arilha, 1998).

la consommation, les télécommunications, les prestations de sécurité sociale et les soins de santé ont entraîné une « intégration réelle ou symbolique de la population dans un marché de consommation », qui a modifié le comportement individuel, notamment en augmentant la demande de régulation de la fécondité des mariages (Faria, 1997/98, p. 187)¹.

L'une des difficultés auxquelles se heurtent les démographes brésiliens qui s'attachent à analyser l'évolution du comportement procréateur de leur pays est la grande diversité régionale qui a caractérisé son développement. Les conclusions d'études régionales récentes font état d'une corrélation étroite et uniforme entre la baisse de la fécondité et les changements mesurables de la situation sociale et économique entre 1960 et 1991. Par exemple, elles montrent l'importance de l'évolution du niveau d'instruction de la mère et du raccordement du foyer au réseau électrique pour le rythme de la baisse de la fécondité tout au long de la transition (Potter *et al.*, 2002). Au cours de la même période, on a enregistré une progression de la participation des femmes au marché du travail et de leur niveau d'instruction, lesquels sont en corrélation étroite avec la baisse de la fécondité du moment et de la descendance finale (Lam et Duryea, 1999; Rios Neto, 2000). La société brésilienne se caractérise par des niveaux élevés d'inégalité sociale et une grande mobilité sociale, inégalité et mobilité qui semblent être des facteurs importants pour comprendre les tendances récentes de la fécondité (Pastore et Silva, 2000)², mais ces facteurs semblent avoir perdu leur importance pour les démographes³ étant donné la baisse généralisée et rapide de la fécondité, baisse attribuée dans une large mesure à la stérilisation féminine. La stérilisation parmi les Brésiliennes mariées est passée de 27 à 40 % entre 1986 et 1996 et la contraception orale est restée la seule autre méthode moderne de régulation des naissances largement employée (BEMFAM, 1997).

Les critiques des féministes⁴ selon lesquelles les explications structurelles de ce genre faisaient l'impasse sur les coûts élevés de la transition en matière de fécondité pour les femmes sous la forme de stérilisations, de césariennes et d'avortements clandestins⁵ ont amené les démographes à considérer les interventions de ce genre comme de nouvelles explications de la baisse de la fécondité. La stérilisation est d'abord apparue parmi la bourgeoisie brésilienne, mais elle est aujourd'hui couramment répandue dans toutes les classes et toutes les générations, tous les groupes raciaux et les autres segments de la société et a fait naître une « culture de la stérilisation » (Berquó). La prévalence des mères, filles ou sœurs s'étant fait stériliser augmente avec le niveau d'instruction, encore qu'elle existe aussi parmi les femmes sans instruction » (1999a, p. 214).

Les démographes ont également conclu qu'au Brésil l'adoption de nouvelles techniques contraceptives n'est pas le résultat de choix individuels, mais de « processus collectifs », dans lesquels les médecins apparaissent avoir joué un rôle important et avoir été très influencés par le comportement de la communauté médicale (Potter, 1999; Caetano, 2001). Potter note que dans les premières années de la baisse de la fécondité, alors que la médecine et la politique de santé publique brésiliennes passaient de l'action de prévention et de la lutte contre les maladies à l'administration de soins curatifs spécialisés en établissement hospitalier, les femmes ont de plus en plus souvent exigé des interventions chirurgicales, et notamment la stérilisation, dans des hôpitaux privés affiliés au système de sécurité sociale. Parallèlement à la demande croissante des femmes en matière de régulation des naissances, les médecins et les hôpitaux relevant du système public ont préconisé les accouchements par césarienne car ils étaient facturés le double des accouchements par voie naturelle⁶. Un grand nombre de césariennes étaient donc inutiles et, en 1996, leur proportion ne représentait pas moins de 71 % des stérilisations brésiliennes. Dans la majorité des régions du Brésil, les stérilisations ont plus de chances d'être pratiquées pendant un accouchement par césarienne et payées par les patientes, mais dans le Nordeste, une proportion plus importante de stérilisations sans césarienne étaient pratiquées et la majorité d'entre elles (70 %) étaient payées par des hommes politiques et des médecins (Caetano, 2001)⁷.

On peut donc donner de la stérilisation au Brésil l'explication générale suivante : elle est la « résultante de l'association d'une demande croissante de contraception et de l'absence de politiques publiques efficaces, d'une insuffisance d'options en matière de

régulation des naissances, de l'influence des médecins s'agissant de la diffusion d'une médecine curative en établissement hospitalier et de la généralisation d'un comportement politique de la part des politiciens qui consiste à fournir aux pauvres des biens et des services en échange de leurs voix [comme dans le cas précis du Nordeste] » (Caetano, 2001, p. 1).

En insistant sur la nécessité d'une réinterprétation historique des différentes façons dont l'évolution des rôles sociaux, des objectifs, des motivations et des intentions est essentielle pour comprendre les causes et les processus du changement affectant la fécondité au Brésil, j'estime que bien que le milieu des années 60 ait pu être un tournant important dans le sens de la généralisation et de l'accélération du processus de baisse, il n'en marque pas le début comme on l'affirme souvent dans les études brésiliennes⁵. De plus, je pense que, de même que le discours médical hygiéniste du milieu du XIX^e siècle, renforcé par le mouvement eugéniste du début du XX^e siècle, la révolution contraceptive des années 60 a été socialement absorbée et légitimée par ce que les Brésiliens croyaient pouvoir en attendre. Je soutiens également qu'à travers cette interaction complexe un ensemble intéressant d'éléments se dégage qui laisse entrevoir le profil d'une politique influençant la reproduction qui va au-delà des conceptions néo-malthusiennes contemporaines ou des mesures visant à maîtriser l'accroissement de la population (Goldani, 2001).

Par ailleurs, par le jeu des mécanismes institutionnels et des interactions que j'ai décrits, on dispose d'indications sur la façon dont les systèmes de représentation des deux sexes, les pratiques en vigueur sur le marché du travail et les aspects du système juridico-administratif national ont pesé sur le comportement procréateur des femmes. Les victoires remportées par le mouvement des femmes depuis les années 70, dont la Constitution brésilienne de 1988 s'est faite en partie l'écho, ont modifié l'optique officielle sur la famille et la procréation. Depuis lors, le gouvernement et la société civile ont contribué à créer, sur le plan juridique et dans la pratique, une plus grande égalité et plus d'équité entre les hommes et les femmes. Toutefois, comme le montrent les analyses concernant les pratiques de stérilisation, un fossé béant continue d'exister entre les victoires juridiques et les conditions de la vie réelle.

LA FÉCONDITÉ FUTURE DANS L'OPTIQUE DES DÉMOGRAPHES BRÉSILIENS

Les baisses récentes de la fécondité brésilienne, le maintien de la stérilisation en tant que principal mécanisme de régulation de la fécondité et le fait que ces baisses se concentrent parmi les groupes d'âges les plus jeunes ont conduit l'ensemble de la communauté démographique à penser que la fécondité brésilienne sera bientôt déficitaire. Les démographes brésiliens sont pratiquement unanimes à considérer que cela se produira au cours de la prochaine décennie, bien que les projections officielles soutiennent que les fécondités cumulées seront proches du seuil de remplacement d'ici à 2050. Les opinions divergent sur le rythme de l'évolution vers la fécondité déficitaire et la question de savoir jusqu'où la fécondité pourrait tomber. De plus, l'accord n'est pas fait au sujet de l'irréversibilité de cette tendance ni de la question de savoir combien de temps les taux de fécondité brésiliens resteront inférieurs au seuil de remplacement.

La récente chute de la fécondité, tombée de 4,3 en 1980 à 2,2 en 2000, est due à la progression de la stérilisation parmi les jeunes Brésiliennes mariées, qui est passée de 4 à 11 % pour les femmes âgées de 20 à 24 ans entre 1986 et 1996 (BEMFAM, EDS 1986, 1996). Par ailleurs, une forte baisse de la mortalité infantile, ramenée de 116,9 en 1970 à 44,1 en 2000, a contribué à la baisse de la fécondité et à l'allongement de l'espérance de vie. Toutefois, une forte augmentation de la mortalité parmi les jeunes hommes âgés de 15 à 34 ans, due à des causes externes, pendant les années 80 a limité les gains d'espérance de vie des hommes et élargi le fossé entre les sexes. Entre 1991 et 2000, l'espérance de vie des hommes est passée de 62,6 à 64,8 tandis que celle des femmes passait de 69,8 à 72,6 (IBGE, 2002).

5 Les estimations concernant l'avortement au Brésil en 1996 varient entre 800 000 et 1,1 million. Quelque 262 000 de ces femmes ont reçu des soins dans des hôpitaux publics (SUS) pour des complications consécutives à un avortement, lesquelles sont la cinquième cause d'hospitalisation dans un service d'obstétrique. Il importe de noter que les complications consécutives à un avortement représentent 9 % de la mortalité maternelle (Formiga, 1999:160).

6 À la fin des années 70, face à l'augmentation rapide du taux d'accouchements par césarienne, le barème officiel pour le remboursement des accouchements a été révisé de façon à réduire, puis à éliminer la majoration remboursée pour les accouchements par césarienne. Toutefois, jusqu'en 1999, les hôpitaux affiliés au système public ont pratiqué environ 2,4 fois plus de césariennes que d'accouchements par voie naturelle (Caetano, 2001).

7 La région du Nordeste est l'une des cinq macro-régions du Brésil; elle regroupait 43 % de la population brésilienne en 1996, dont 36 % vivaient dans les zones rurales. Cette région est considérée comme la plus pauvre du pays et celle où les inégalités sont les plus criantes. La baisse de la fécondité y a pris un retard d'au moins 10 ans sur les quatre autres macro-régions du pays. Les fécondités cumulées du Nordeste sont tombées de 6,1 à 3,1 entre 1980 et 1996, mais elles ont baissé de 3,6 à 2,3 et de 3,2 à 2,1 respectivement dans le sud et le sud-est, considérés comme les régions les plus riches. Dans la région du centre-ouest, la fécondité cumulée est tombée de 4,5 à 2,3 et, dans la région du nord, elle a baissé de 6,4 à 2,7 (Carvalho, 1997-1998).

8 Il importe ici d'indiquer que si certaines études sur la fécondité relèvent que celle-ci a baissé depuis le début du XX^e siècle, la plupart d'entre elles continuent de soutenir que c'est dans les années 60 que la fécondité a commencé à baisser au Brésil. Voir par exemple Leone et Caetano, 2002 (p. 3).

Tableau 1
Indicateurs démographiques pour le Brésil élaborés et prévus par le Gouvernement brésilien, 1970-2050

Indicateurs	Recensement			Projections		
	1970	1980	1991	2000	2025	2050
Fécondité cumulée	5,76	4,35	2,61	2,20	2,06	2,06
Mortalité infantile	116,9	69,1	44,1	33,8	24,2	15,1
Espérance de vie à la naissance	52,7	61,8	65,9	68,6	71,0	73,6
Pourcentage des moins de 20 ans	53,1	49,7	45,0	39,1	29,9	25,7
Pourcentage des plus de 65 ans	3,1	4,0	4,8	5,0	9,6	16,2
Population en milliers	93 140	119 003	146 825	170 143	216 952	238 162

Source : Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), différents Annuaire statistiques, recensements et projections de population.

Les taux de fécondité déficitaire sont déjà l'un des éléments des régimes démographiques de la quasi-totalité des zones métropolitaines brésiliennes; ils vont de 1,8 à Belo Horizonte à 2,2 à Curitiba, contre une moyenne de 2,4 pour le Brésil en 1999. Sur 10 femmes mariées vivant dans les zones métropolitaines et utilisant une méthode de contraception, sept ont choisi la stérilisation pour elles-mêmes ou leur partenaire (Wong, 2001). Ce taux élevé de stérilisation peut aussi expliquer l'absence d'une corrélation entre la fécondité et la mortalité infantile dans les zones métropolitaines. Par exemple, la zone métropolitaine de Salvador (Bahia) avait l'un des taux de mortalité infantile les plus élevés (62 ‰) et l'une des fécondités cumulées les plus faibles (1,8 enfant).

Il ressort des estimations et projections récentes des fécondités cumulées par cohorte et période que la fécondité du Brésil continuera de baisser et atteindra bientôt des niveaux de fécondité déficitaire. Craignant que le recours exclusif à la fécondité cumulée (FC) par âge classique et aux indices du moment ne risque d'ajouter à la confusion s'agissant de savoir si les tendances actuelles sont réelles ou de simples fluctuations à court terme, les démographes brésiliens en sont venus à élaborer des taux de fécondité par âge de cohorte. Les conclusions les plus récentes confirment une baisse systématique de la fécondité par cohorte au XX^e siècle, en établissant une fécondité cumulée de 6,9, 5,8 et 4,2 pour les cohortes de femmes ayant commencé leur période de procréation en 1903, 1933 et 1963 (Horta *et al.*, 2000). Une autre étude réalise des projections de taux de fécondité par cohorte et estime que des fécondités cumulées inférieures au seuil de remplacement (1,9) seront atteintes par les femmes qui ont commencé leur période de procréation en 1988. La projection de fécondité de la même étude donne une fécondité cumulée de 2,0, 1,8, 1,6 et 1,5, respectivement, pour les années 2000, 2005, 2010 et 2015 (Carvalho *et al.*, 2000).

Selon quelques démographes, il n'y aurait pas lieu de s'attendre à voir la faible fécondité persister au Brésil et entraîner un déclin démographique. Ils pensent que nous pourrions simplement avoir atteint le creux d'un mouvement cyclique de longue durée et que le mouvement général de la population s'engage dans un avenir largement inconnu. Pour certains analystes, le niveau de fécondité moyen n'est qu'un aspect de la faible fécondité. Sur la base de cette hypothèse et en relation étroite avec l'interprétation de la fécondité future « liée à la demande », une étude fondée sur l'EDS de 1996 note l'importance de la taille de la famille désirée ou idéale dans différentes régions. Par exemple, le nombre idéal d'enfants ne varie qu'entre 2,4 à Rio de Janeiro et 2,8 à São Paulo et dans le Nordeste, et la proportion de femmes qui ont déclaré que, pour elles, le nombre idéal d'enfants était deux oscille entre 47 % à Rio et 37 % dans le Nordeste. Par ailleurs, un nombre important de femmes ont déclaré que ce nombre idéal était supérieur à deux. À São Paulo, 29 % d'entre elles ont indiqué qu'il était de trois enfants et, dans le Nordeste, 28 % des femmes ont dit vouloir avoir quatre enfants. L'étude a également déterminé qu'une proportion importante de femmes du Nordeste sans enfants (24 %) ne voulaient pas avoir d'enfants, mais parmi les femmes n'ayant qu'un seul enfant vivant, environ 68 % voulaient en avoir un autre (Camarano *et al.*, 1999).

Dans le cadre de l'analyse de l'avenir de la fécondité au Brésil dont je rends compte dans la présente étude, j'ai interrogé des experts-démographes brésiliens⁹ (EDB) en janvier 2002. Je leur ai posé cinq questions, que je traduis dans les notes qui ponctuent le texte. Les deux premières questions invitaient les EDB à donner leur avis sur les tendances du comportement procréateur brésilien, et notamment sur la question de savoir si les niveaux de fécondité deviendront déficitaires¹⁰.

La plupart des EDB ont considéré que le Brésil pourrait reproduire les schémas qu'ont connus les pays plus développés, c'est-à-dire atteindre des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement. Rios Neto a avancé que les pays méditerranéens (Italie, Portugal, Espagne et Grèce) sont les modèles les plus proches du cas brésilien en raison des racines culturelles communes et de leur type d'« État providence », encore qu'il faille tenir compte des différences au niveau des schémas de nuptialité et de fécondité. De même, Sonia Corrêa affirme que l'expérience des pays méditerranéens est analogue à celle du Brésil. Elle fait valoir qu'ils partagent les mêmes valeurs catholiques et un profil général d'inégalité entre les sexes par opposition avec l'Europe du Nord. Par ailleurs, dans les pays méditerranéens, l'appui de l'État aux programmes de santé des femmes en matière de procréation et d'égalité entre les sexes était moins affirmé, compte notamment tenu de l'illégalité de l'avortement (à l'exception de l'Italie, où l'avortement est légal depuis les années 70)¹¹.

Certains EDB se sont montrés plus catégoriques que d'autres en ce qui concerne la possibilité d'atteindre un niveau de fécondité inférieur au seuil de remplacement :

- Les taux de fécondité brésiliens descendront en dessous du seuil de remplacement, cela ne fait aucun doute (KB)
- Il ne fait aucun doute que les taux de fécondité brésiliens descendront en dessous du seuil de remplacement dès la première décennie du XXI^e siècle (JAC)
- Les taux de fécondité brésiliens vont descendre en dessous du seuil de remplacement, mais ils vont également fluctuer (FRA).

D'autres, tout en partageant le point de vue selon lequel les taux de fécondité descendront en dessous du seuil de remplacement, ont souligné les spécificités du cas brésilien et les difficultés que posent l'estimation de la fécondité brésilienne :

- Les taux de fécondité brésiliens reproduiront l'expérience des pays développés sauf en ce qui concerne la dynamique particulière au Brésil d'une fécondité fortement concentrée sur les groupes d'âges jeunes. L'évolution vers un schéma de fécondité tardive, comme dans les pays développés, est possible à moyen terme, mais n'est pas garantie (ERN).
- Le moment arrivera sans nul doute où les taux de fécondité descendront en dessous du seuil de remplacement. Même en restant prudent, je dirais que c'est déjà en train de se passer pour environ 30 ou 40 % de la population brésilienne. Pour l'ensemble du pays, il est possible que la fécondité déficitaire soit atteinte dans les cinq années qui viennent. Par ailleurs, comme le Brésil a encore des sous-groupes de population à niveaux de mortalité relativement élevés, une FC supérieure à 2,1 peut impliquer pour eux des taux intrinsèques d'accroissement qui sont déjà inférieurs à zéro (LRW).
- Il est difficile de se représenter la fécondité inférieure au seuil de remplacement car l'hétérogénéité des régions masque les tendances moyennes de fécondité pour l'ensemble du pays. Les taux de fécondité de régions comme São Paulo et Rio de Janeiro semblent proches des niveaux déficitaires, mais je ne crois pas que le Nordeste, une vaste région aux taux de fécondité les plus élevés, verra sa fécondité descendre en dessous du seuil de remplacement (AAC).
- Si nous prenons un exemple régional comme Rio de Janeiro, il ne paraît pas absurde de penser à une nette tendance au « sous-remplacement ». Nous devrions également prendre en considération le poids relatif du phénomène des « vagues de jeunes » dans la composition de la population brésilienne et leur contribution éventuelle aux futures projections de population » (SC).

⁹ J'ai appelé EDB des démographes brésiliens ayant à leur actif des travaux dans le domaine de la fécondité et des projections de population. J'ai pris contact avec 10 personnes que je considérais comme des EDB (experts-démographes brésiliens); huit m'ont répondu. Tous les répondants ont indiqué les tendances générales de la fécondité brésilienne et six d'entre eux ont fourni des estimations de fécondités cumulées spécifiques. Les répondants sont Ana Amelia Camarano (AAC) de l'Instituto de Pesquisas de Economia Aplicada (IPEA), Eduardo G. Rios-Neto (ERN) du Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Elza S. Berquó (EB) du Nucleo de Estudos de População (NEPO), Fernando R.P de Albuquerque (FRA) de l'Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), José Alberto M. de Carvalho (JAC) du CEDEPLAR, Kaizô Beltrão (KB) de l'Escola Nacional de Estatística (ENCE), Laura R.Wong (LRW) du CEDEPLAR, and Sônia Corrêa (SC) de l'Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE).

¹⁰ Les questions étaient les suivantes : 1. « Les taux de fécondité brésiliens reproduiront-ils les tendances des pays dits développés, c'est-à-dire atteindront-ils des niveaux inférieurs au seuil de remplacement ? Ou les taux de fécondité brésiliens se stabiliseront-ils à un niveau proche du seuil de remplacement ? » et 2. « Quel est votre avis sur le comportement procréateur brésilien dans les 50 ans qui viennent ? »

¹¹ En fait, à la fin de 2001, six femmes ont été condamnées pour crime d'avortement au Portugal.

PRÉVOIR LES FÉCONDITÉS CUMULÉES : 2000-2050

À une question sur le comportement procréateur brésilien dans les 50 années à venir, 6 des 8 EDB ont répondu que les fécondités cumulées continueraient de baisser et descendraient au-dessous du seuil de remplacement, tandis qu'un autre EDB pense que la fécondité tournera autour du seuil de remplacement. Deux de ces six démographes ont envisagé l'éventualité d'une légère reprise des fécondités cumulées à la fin de la période de 50 ans, sans toutefois s'attendre à voir ces fécondités remonter jusqu'au seuil de remplacement.

S'agissant de spécifier les fécondités cumulées moyennes pour trois périodes s'inscrivant dans les 50 prochaines années, six des huit EDB ont répondu¹². Voici leurs réponses :

12 La question 3 était la suivante : « À combien estimez-vous le taux de fécondité moyen au cours des périodes suivantes : 2000-2005, 2005-2025, 2025-2050? »

Années	JAC	ERN	LRW	FRA	KB	AAC
2000-2005	2,0	1,9	2,1	2,3	2,4	2,1
2005-2025	1,8	1,3	1,8	2,1	1,9	1,7
2025-2050	1,8	1,7	1,5	1,9	1,6	

13 La question 4 était la suivante : « Qu'est-ce qui vous fait penser que tels seront les comportements de la fécondité escomptés moyens pour chacune des périodes? »

Ces démographes ont également justifié leurs prévisions, comme ils y étaient invités¹³. Ils ont présenté à la fois des arguments méthodologiques et des arguments de fond. L'hypothèse de la tendance antérieure de la baisse est une explication couramment offerte pour les taux estimatifs de la période 2000-2005 (KB, AAC, ERN, JAC, FRA). Les autres justifications étaient la convergence du comportement parmi les groupes sociaux et les régions (JAC, FRA), l'augmentation du niveau d'instruction des femmes, qui est en corrélation étroite avec les taux de fécondité (ERN) et une situation socioéconomique qui reste précaire pour des segments importants de la population (LRW).

S'agissant de la période 2005-2025, pour laquelle la majorité des EDB envisagent des taux inférieurs au seuil de remplacement, les taux estimatifs découlent « d'un modèle de régression logistique de projection » (AAC, KB) ou de la convergence des comportements puisque « les taux de fécondité parmi les groupes à revenu moyen et élevé étaient déjà de 2,1 en 1970 » (JAC). Selon une autre justification, il serait difficile d'inverser la tendance menant à la fécondité déficitaire « sans changements structurels et en l'absence d'une vigoureuse politique publique d'intervention consistant à renforcer la combinaison des méthodes contraceptives dans le sens d'un espacement des naissances au lieu d'un coup d'arrêt à la fécondité » (ERN, LRW). Pour la période 2025-2050, les taux de fécondité pourraient augmenter, diminuer ou demeurer stables par rapport à la période précédente. Certains pensent qu'un rétablissement des taux (qui ne remonteraient pas nécessairement jusqu'au seuil de remplacement) pourrait se produire du fait de politiques publiques à long terme, mais surtout des externalités liées au système de sécurité sociale et au marché du travail (ERN); ou du fait de la mondialisation des systèmes de médias et de l'économie (LRW, KB).

AVENIR DE LA POPULATION BRÉSILIENNE : LES SCÉNARIOS DE LA DIVISION DE LA POPULATION DU SECRÉTARIAT DE L'ONU

Lorsque j'examine « la plausibilité et la validité » de l'hypothèse de la fécondité future utilisée par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU pour établir ses projections pour le Brésil, ma première conclusion est que sa variante moyenne est trop prudente au sujet de la rapidité de la baisse de la fécondité. L'estimation de la Division de la population pour le Brésil au cours des 50 prochaines années, selon la variante moyenne, est supérieure à ce qu'escomptent les EDB et aux conclusions récentes. Si la fécondité est le principal déterminant de l'accroissement de la population brésilienne, il semble que la variante faible de la Division de la population corresponde mieux au cas brésilien.

La variante moyenne de la Division de la population pour le Brésil postule des fécondités cumulées proches du seuil de remplacement, oscillant entre 2,15 et 2,10 pendant

la période 2000-2050. Selon cette « variante », la mortalité infantile est censée diminuer systématiquement pour passer de 38 ‰ à 8 ‰, et l'espérance de vie à la naissance passerait de 68 ans à 77 ans pour les deux sexes. La migration nette est considérée comme nulle et les taux d'accroissement tomberont de 1,22 ‰ à 0,32 ‰ par an entre 2000 et 2050.

Ainsi, la plupart des EDB pensent-ils, comme la Division de la population, que la FC brésilienne est proche du seuil de remplacement au cours de la période 2000-2005. Toutefois, la plupart d'entre eux s'attendent en outre à ce qu'elle soit descendue en dessous de ce seuil en 2025, alors que la Division de la population s'attend à ce qu'elle se soit stabilisée au niveau de remplacement à cette date. Ils sont confortés dans leur opinion après avoir constaté qu'en 2000 la quasi-totalité des zones métropolitaines, qui représente globalement entre 30 et 40 ‰ de la population du pays, ont atteint des fécondités cumulées inférieures au seuil de remplacement. Les principales différences entre les scénarios présentés par la Division de la population (variante moyenne) et les démographes brésiliens tiennent à une différence de rythme de changement de la fécondité et de l'accroissement de la population dans leurs projections respectives. Comme je l'ai fait remarquer, la variante faible de la Division de la population pour le Brésil, avec son taux de fécondité de remplacement de 1,83 dans la période initiale 2000-2005, suivie par une FC de 1,6 jusqu'en 2050, cadrerait mieux avec les récentes conclusions et opinions de la majorité des EDB.

Le ralentissement du taux d'accroissement de la population brésilienne s'explique pour l'essentiel par la baisse de la fécondité. L'allongement de l'espérance de vie à la naissance, passée de 49,3 à 67,0 années entre 1950 et 2000, a contribué à l'accroissement de la population, mais l'incidence de la baisse de la fécondité a été supérieure à celle de l'allongement de l'espérance de vie. En dépit de la baisse des taux d'accroissement, l'accroissement de la population devrait se poursuivre en raison des forts taux d'accroissement du passé. L'effectif de la population brésilienne continuera donc d'augmenter même si la fécondité baisse. La révision la plus récente des projections de la Division de la population à l'horizon 2050 a estimé la population totale, sur la base de la variante moyenne, à 247 millions, soit une augmentation de 45 ‰ par rapport à 2000. Les estimations de la fécondité fondées sur un taux de fécondité moyen de la Division de la population étaient si différentes des récentes conclusions et opinions des démographes brésiliens que j'ai décidé d'examiner d'autres projections recommandées pour le Brésil. Je compare la variante moyenne de la Division de la population à la projection établie pour le Brésil par le Bureau of the Census des États-Unis (USCB), parce que ce dernier part de l'hypothèse que la fécondité sera devenue déficitaire en 2005, ce qui est plus proche des récentes conclusions et opinions de la plupart des EDB. Par ailleurs, les deux organisations ont utilisé des sources de données analogues et mis en œuvre les mêmes techniques d'estimations des variables démographiques¹⁴.

EN QUOI LES PROJECTIONS POUR LE BRÉSIL DE LA DIVISION DE LA POPULATION DIFFÈRENT DE CELLES DE L'USCB

Le contraste entre les projections de la Division de la population et de l'USCB pour la population totale du Brésil est frappant. En 2050, l'écart entre les deux estimations de la population brésilienne est de 20 ‰, soit 40,5 millions d'individus de plus dans le cas de la Division de la population. Les deux projections se basent sur une valeur de départ identique pour la fécondité totale (FC = 2,1), mais retiennent des hypothèses différentes concernant le rythme et le niveau de la fécondité sur la période 2000-2050. Comme le montre le tableau 2, l'USCB est parti du principe que la FC brésilienne serait déficitaire dès 2005 et qu'une FC de 1,7 durerait pendant toute la période 2025-2050. La Division de la population postule que la fécondité demeurera au seuil de remplacement (FC = 2,1) pendant toute la période 2000-2050. Le choix d'un modèle comporte toujours des éléments subjectifs, mais pour les premières années, les hypothèses sont relativement « objectives » et les projections produisent des résultats analogues. En revanche, pour les années plus éloignées, toutes les prévisions de population impliquent un jugement, ce qui les rend particulièrement subjectives.

¹⁴ L'ONU et le Bureau of the Census des États-Unis s'appuient sur les mêmes sources de données et mettent généralement en œuvre des techniques analogues pour calculer les paramètres démographiques. L'ONU établit ses nouvelles estimations et projections tous les deux ans et le Bureau of the Census révisé ses projections une fois par an et met à jour au moins deux fois par an la Base de données internationale (BDI). Il y a des différences au niveau des logiciels utilisés dans les projections. Toutefois, le Bureau of the Census des États-Unis indique en quoi ses projections diffèrent de celles de l'ONU : « Il est peu probable que des écarts importants au niveau des projections de population à un horizon de 20 ou 30 ans puissent être imputables à des différences de logiciels. Toute différence négligeable mise à part, il y a beaucoup plus de chances pour que tout écart constaté s'explique par : 1) des différences d'accès des deux organisations aux données nationales; 2) des différences au niveau de l'évaluation de la qualité des données et des différences au niveau des estimations basées sur les données nationales effectuées par les équipes d'analystes de l'ONU et du Bureau of the Census; 3) des différences de protocoles institutionnels concernant les modalités d'établissement des projections de la fécondité, de la mortalité et des migrations internationales » (Bureau of the Census des États-Unis, 1999, B-16-17).

Par ailleurs, la Division de la population et l'USCB projettent des structures par âges différentes à des intervalles différents. Selon la projection de la Division de la population, d'ici à 2025, 47,2 % de la population brésilienne appartiendront aux âges « non productifs » (moins de 20 ans et plus de 65 ans), contre 34,7 % dans le cas de l'USCB. Cet écart de 12,5 %, soit plus de 20 millions d'individus, concerne surtout les jeunes à charge (10 des 12,5 %) et s'expliquerait par le fait que la Division de la population projette un taux de fécondité plus élevé.

Le taux de fécondité joue un rôle essentiel dans les projections, mais il nous faut aussi constater que les deux organisations partent d'hypothèses différentes en ce qui concerne la mortalité. Les hypothèses concernant la mortalité ont été choisies en fonction de l'allongement de l'espérance de vie à la naissance par décennie et les différences constatées tiennent à des différences d'optique quant aux développements futurs qui affecteront la mortalité et au moment où ces développements interviendront. Il semble que l'USCB considère que, contrairement à ce que l'on avait pu croire antérieurement, il existe à présent une part considérable d'incertitude quant à l'avenir de la mortalité. Dans les pays en développement comme le Brésil, elle découle de l'incertitude quant à l'avenir de l'épidémie de sida et d'autres maladies infectieuses, et à celui du développement des services de santé. Dans les pays industrialisés, l'incertitude est davantage associée à la controverse scientifique entourant la question de savoir si nous sommes déjà en passe d'avoir atteint une limite biologiquement déterminée de l'espérance de vie. Il s'ensuit que l'USCB estime pour 2000 et 2025 une espérance de vie (62,9 et 70,5) inférieure à l'estimation de la Division de la population (68,3 et 73,0). Toutefois, après 2025, l'USCB s'attend à ce que les gains d'espérance de vie dépassent ceux de la Division de la population, si bien que les hypothèses concernant l'espérance de vie d'ici à 2050 sont 79,9 pour l'USCB et 76,9 pour la Division de la population.

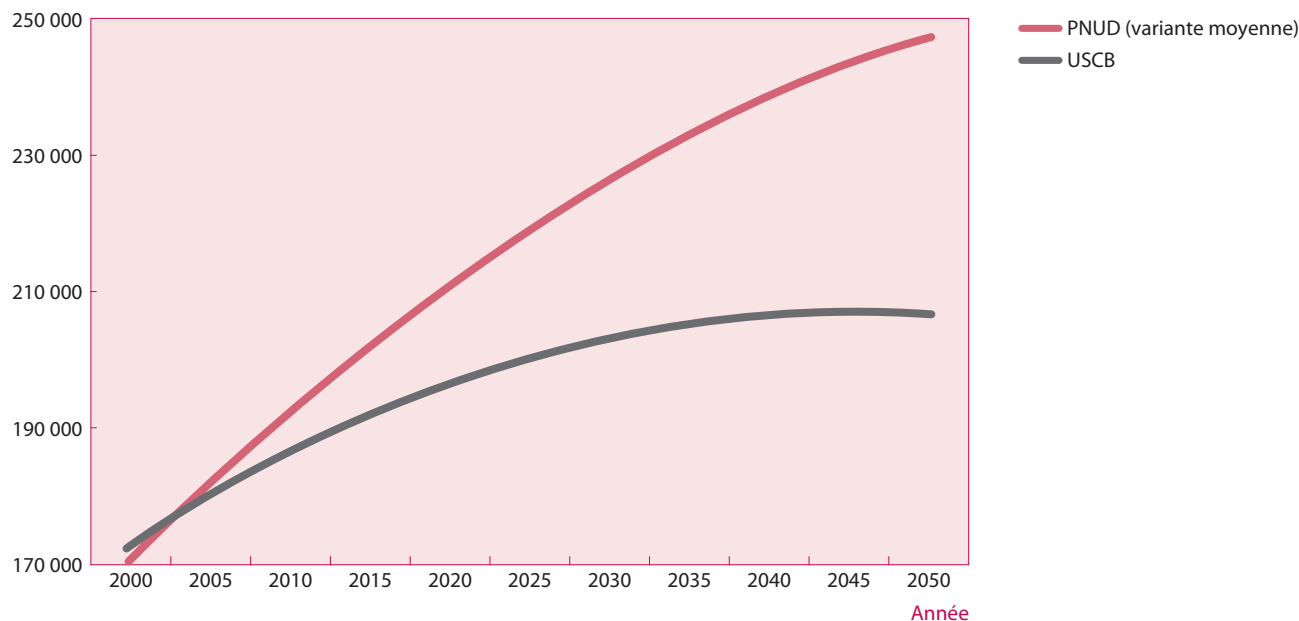
Ainsi, la valeur de départ de l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes est-elle supérieure de 5,4 ans dans le cas des projections de la Division de la population et, à l'horizon 2025, la Division continue de prévoir 2,5 ans de plus que l'USCB. L'hypothèse de revers sur le plan de la mortalité au Brésil retenue par l'USCB pour la période 2000-2025 contribue à faire reculer les effectifs de la population totale par rapport aux estimations de la Division de la population et mériterait une analyse spéciale, à laquelle il est impossible de procéder dans le cadre de la présente étude. Disons que si de nombreuses études sur la mortalité au Brésil confirment les projections de la Division de la population, des conclusions récentes corroborent celles de l'USCB. Comme l'indique le tableau 1, le Gouvernement brésilien, par le biais des estimations de l'IBGE, est conscient de l'impact de l'accroissement de la mortalité des jeunes hommes sur l'espérance de vie. Il projette une espérance de vie presque identique à celle de l'USCB pour 2025, mais inférieure de six ans à celle de l'USCB en 2050. De même, Beltrão et Camarano (2001) projettent des espérances de vie à la naissance inférieures à celles de l'USCB et de l'IBGE. Par exemple, ils escomptent une espérance de vie de 62 ans pour les hommes et de 68 ans pour les femmes en 2025, sans toutefois écarter la possibilité d'une amélioration de l'espérance de vie dans les décennies suivantes.

Les effets des différentes projections sont particulièrement manifestes sur la pyramide des âges. Dans le cas de l'USCB, la proportion des personnes âgées à charge triple presque, passant de 7,7 à 21,1 entre 2025 et 2050, alors qu'elle augmente d'à peine 3,1 points dans le cas de la Division de la population, ce qui tient apparemment aux incidences du régime soutenu de fécondité déficitaire prévu par l'USCB. Carvalho confirme que bien que la mortalité ne soit pas appelée à jouer un rôle important dans l'avenir de la fécondité brésilienne, les gains de mortalité des prochaines décennies seront remportés essentiellement parmi les individus plus avancés en âge, ce qui pourrait impliquer une accélération de l'accroissement de la proportion des personnes âgées dans la population brésilienne (JAC).

Les projections les plus récentes concernant le Brésil semblent confirmer les évaluations précédentes selon lesquelles les projections de la Division de la population sont très bonnes pour ce qui est des niveaux les plus globaux, mais moins précises au niveau des pays.

Projections de population de l'USCB et de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU pour le Brésil, 2000-2050

Population en milliers



Je comprends bien que les projections concernant le Brésil ne sont qu'un petit sous-ensemble des projections de la population mondiale et que, partant, il est difficile à la Division de la population de prendre en considération les opinions d'experts et les spécificités relatives aux taux démographiques de chaque pays. Toutefois, je veux espérer que les avis d'experts fournis par la communauté des démographes brésiliens puissent aider la Division de la population à élaborer des hypothèses plus efficaces à l'occasion de l'établissement de ses projections. Je tiens également à souligner l'importance du débat sur les projections probabilistes et la nécessité d'accorder davantage d'attention à l'incertitude qui accompagne les projections. Certes, l'évaluation des erreurs n'améliore pas directement la précision des prévisions, mais si l'on prend dûment conscience de cette incertitude, on accroît les chances de produire des prévisions périodiques qui rendent compte d'une manière plus appropriée des « trajectoires futures plausibles » de la fécondité (Alho, 1997; Lutz *et al.*, 1998).

FORCES APPELÉES À DÉTERMINER LA FÉCONDITÉ BRÉSILIENNE

La plupart des publications démographiques brésiliennes et des EDB s'accordent à considérer qu'au cours des prochaines décennies la fécondité brésilienne sera très probablement déterminée par l'héritage démographique et le comportement procréateur actuel

Tableau 2

Indicateurs démographiques pour le Brésil selon les projections de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU et le Bureau of the Census des États-Unis pour 2000, 2025 et 2050

Indicateurs	Division de la population			Bureau of the Census des États-Unis		
	2000	2025	2050	2000	2025	2050
Fécondité cumulée	2,15	2,10	2,10	2,13	1,71	1,70
Mortalité infantile	38	22	8	38,0	17,4	7,5
Espérance de vie à la naissance	68,3	73,0	76,9	62,9	70,5	79,9
Pourcentage des moins de 20 ans	38,9	37,0	26,5	39,2	27,0	21,7
Pourcentage des plus de 65 ans	5,1	10,2	17,9	5,3	7,7	21,1

- 15 La question 5 était la suivante: « À votre avis, quels seront les facteurs ou les indicateurs principaux qui pourraient être particulièrement importants et utiles s'agissant de formuler des hypothèses plausibles concernant l'avenir de la fécondité au Brésil? »
- 16 Ce « youth boom » (explosion nataliste) est la résultante d'une augmentation de 66% des cohortes nées entre 1965 et 1980, par rapport aux cohortes précédentes (Bercovich et Madeira, 1999/2000).
- 17 En gros, cette proportion est constituée de 43% de femmes qui se sont fait stériliser, de 4% de femmes stériles, de 12% de femmes sans enfants qui ne veulent pas en avoir et de 21% de femmes ayant des enfants et n'en voulant pas d'autres.

du Brésil¹⁵. De plus, un consensus s'est dégagé sur le fait que les futures lois et politiques concernant la stérilisation, l'égalité entre les sexes et l'appui public pourront également contribuer à déterminer l'avenir de la fécondité brésilienne.

Héritage démographique et comportement procréateur actuel

En 2000, 39% de la population brésilienne avaient moins de 20 ans, ce qui s'explique en partie par la « vague de jeunes » nés du grand nombre de mères nées durant la période de fécondité élevée¹⁶. Ces jeunes, dont la plupart ont eu entre 15 et 24 ans au début des années 90, ont réduit leur fécondité, contribuant ainsi aux niveaux actuels proches du seuil de remplacement (FC = 2,3). La fécondité a connu un « processus de rajeunissement » à partir de la période 1970-1988, au cours de laquelle les individus âgés de 15 à 24 ans ont représenté 30% des naissances en début de période et 45% en fin de période. À partir de la période 1988-2000, cette proportion est demeurée constante. Parallèlement, comme nous l'avons déjà indiqué, la stérilisation a progressé parmi les jeunes (20 à 24 ans) femmes mariées, passant de 4 à 11% entre 1986 et 1996. Les intentions des Brésiliennes en matière de procréation, comme leurs pratiques dans ce domaine, sont également frappantes. En 1996, environ 80% des Brésiliennes mariées en âge de procréer ne peuvent pas ou ne veulent pas avoir davantage d'enfants¹⁷ et 44% des femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive envisageraient la stérilisation comme méthode de régulation de leur fécondité. Collectivement, ces indicateurs démographiques permettent de penser qu'il existe un piège de la fécondité en ce sens que la fécondité déficitaire est inévitable.

Les démographes brésiliens pensent que, au nombre des forces capables de modifier le calendrier des niveaux et du schéma de la fécondité par âge au Brésil, on trouve les changements apportés à la « combinaison » des méthodes contraceptives utilisées, les naissances illégitimes ou toute autre variable capable de réduire la période d'exposition au risque de conception, telle que l'âge moyen au mariage et la cohabitation (LRW, JAC, ERN, KB). À ce propos, il importe de noter que, bien que la fécondité soit plus élevée parmi les femmes vivant en cohabitation que parmi les femmes mariées, on a constaté pendant la période 1976-1984 une augmentation de l'indice de limitation des couples vivant en cohabitation (degré de régulation de la fécondité au bout de 10 ans de mariage), qui a entraîné une convergence des taux de fécondité entre les couples mariés et les couples vivant en cohabitation (Lazo, 1994).

L'accroissement des taux d'instabilité conjugale démontre l'évolution des attentes en ce qui concerne la permanence du mariage au Brésil. La cohabitation est passée de 18% à 28% entre les recensements de 1991 et de 2000 et le pourcentage des femmes en âge de procréer étant entrées plus d'une fois en union est passé d'environ 10 à 13% dans la période allant de 1986 à 1996. Les taux de séparation et de divorce ont plus que doublé au cours des deux dernières décennies et les récentes réformes de la législation relative au divorce et à la garde des enfants ont renforcé l'évolution des mentalités et des comportements. Les couples mariés ont moins d'enfants et un nombre croissant de femmes ont des enfants en dehors du mariage. Au début des années 90, plus de 15% de toutes les naissances au Brésil étaient le fait de mères non mariées.

L'impact que peut avoir sur la fécondité totale du Brésil la progression de la fécondité des adolescentes et de l'instabilité conjugale donne à penser que la baisse de fécondité au Brésil aurait été plus forte en l'absence de l'augmentation des grossesses d'adolescentes et de l'instabilité des unions¹⁸ (Leone et Caetano, 2002). Les conclusions montrent qu'entre 1986 et 1996 la fécondité cumulée brésilienne a augmenté de 2,4% du fait de la fécondité des adolescentes, le schéma des unions et les niveaux de stérilisation demeurant constants; et si les taux de fécondité des femmes n'étant entrées qu'une seule fois en union s'appliquaient à toutes les femmes, la fécondité cumulée serait supérieure de 3,2% en 1996, le taux de fécondité des adolescentes et la stérilisation étant maintenus aux niveaux de 1996. D'un autre côté, la mesure de l'importance de l'incidence de la stérilisation sur la fécondité au Brésil montre que, au milieu des années 80, la fécondité cumulée brésilienne était de 17%

- 18 Les données utilisées pour cette étude proviennent des EDS de 1986 et de 1996. Elles font apparaître: 1) une augmentation du taux de fécondité des adolescentes (15 à 19 ans), passé de 74,2 à 86,3; 2) une diminution de l'âge moyen à la naissance du premier enfant, ramené de 20,9 à 19,8; et 3) une augmentation de la proportion des femmes mariées, veuves ou divorcées (15 à 49 ans) étant entrées plus d'une fois en union, passée de 9,6% à 13,3% (Leone et Caetano, 2002).

inférieure à ce qu'elle aurait été s'il en avait été autrement et que, au milieu des années 90, l'effet de réduction de la fécondité exercé par la stérilisation était passé à 26%. Et Leone et Caetano de conclure que la diffusion de la stérilisation féminine a été supérieure aux incidences positives des deux autres variables, contribuant ainsi à abaisser la FC au Brésil.

Enfin, la réduction de la fécondité permet aux femmes de participer plus largement aux activités en dehors du foyer et, dans la plupart des cas, les femmes considèrent, d'une façon générale, l'exercice quotidien des responsabilités parentales « sous astreinte » comme présentant moins d'intérêt (Presser, 1995). L'incidence positive de la baisse de la fécondité sur la vie des femmes et la faisabilité d'un retour au type traditionnel de la famille soutien/femme au foyer deviennent alors des questions essentielles dans la réflexion sur l'avenir de la fécondité. Étant donné la recherche quantitative et qualitative faisant état de la permanence de la participation au marché du travail des Brésiliennes appartenant à des groupes sociaux différents, l'amélioration de leur niveau d'études et leur participation active à d'autres domaines publics rendent peu probable le retour au modèle familial traditionnel soutien/femme au foyer, en tant que stimulant visant à inverser la tendance à la baisse de la fécondité au Brésil. Tout en ayant conscience du coût physique et psychologique de leur double activité, les Brésiliennes ne sont pas disposées à abandonner leur emploi, même si elles n'en retirent que des bénéfices modestes, car il leur confère une plus grande indépendance et renforce leur pouvoir de négociation dans leur foyer (Sarti *et al.*, 1990). Même lorsqu'elles désirent avoir des enfants, elles peuvent décider, tout bien considéré, d'avoir moins d'enfants ou de n'en avoir aucun. C'est particulièrement le cas des jeunes femmes car elles sont plus instruites que celles des générations précédentes et mieux renseignées sur la sexualité et la contraception; elles ont plus d'occasions de participer au marché du travail et plus de chances d'obtenir leur indépendance économique.

Législation et politiques publiques sur la stérilisation¹⁹

En dépit des activités du mouvement des femmes et des initiatives prises par les services publics de planification familiale pour offrir une large gamme de méthodes contraceptives — initiatives mises en échec —, les Brésiliennes continuent, au milieu des années 90, d'être placées devant un choix dramatique: « se faire avorter clandestinement, se faire stériliser ou aller jusqu'au bout d'une grossesse non désirée » (Berquó, 1999, p. 125). Les taux élevés de mortalité maternelle (114 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1991) et l'élévation des taux de stérilisation, deux phénomènes directement liés au recours abusif aux césariennes, témoignent des difficultés que pose l'exécution des programmes relatifs à la santé des femmes. Toutefois, il importe de noter que, dans la seconde moitié des années 90, certains progrès ont été accomplis dans les domaines des soins prénatals, des soins obstétricaux et de l'accès à l'avortement en cas de viol et de risque pour la vie (Corrêa *et al.*, 1998).

La définition constitutionnelle de la planification familiale en tant que droit de l'individu et responsabilité du Gouvernement brésilien remonte à 1988. Mais la loi ordinaire qui régleme cette définition constitutionnelle n'a été adoptée que neuf ans plus tard. En 1997, une loi fixant des règles strictes pour les interventions de stérilisation a été adoptée mais, comme l'indique une expérience antérieure, il faudra sans doute attendre cinq ans avant de la voir entrer en application. Corrêa (2001) relève que « les distorsions dans l'utilisation de la contraception (et le fort pourcentage de césariennes associées à la stérilisation) cristallisées par dix ans de retard dans la définition des orientations ne sont pas faciles à effacer ». En fait, une étude récente confirme que l'application de la loi sur la stérilisation est loin d'être souhaitable et amène Berquó et Cavenaghi (2002) à conclure que « la loi n'a guère modifié la pratique habituelle de la stérilisation et ne permet toujours pas l'exercice des droits individuels en matière de procréation ».

L'influence de l'État brésilien sur le comportement en matière de fécondité a été largement débattue (Goldani, 2001). Certains des EDB s'accordent à penser que le rôle de l'État et des politiques publiques sera essentiel si l'on veut inverser la tendance à la fécondité déficitaire. Si l'État brésilien ne s'engage pas sérieusement à modifier les conditions structu-

¹⁹ Adoptée en août 1997, la loi sur la stérilisation dispose ce qui suit: 1) Les hommes et les femmes de plus de 25 ans ont le droit de se faire stériliser; 2) Les personnes souhaitant se faire stériliser dans un établissement public doivent attendre 60 jours à compter de la date de leur demande, période au cours de laquelle on leur fournit des conseils sur les options en matière de méthodes contraceptives et sur les effets secondaires potentiels de la stérilisation; 3) Les stérilisations post-partum (pratiquées dans les 48 heures suivant l'accouchement) seront autorisées uniquement pour raison médicale, telle que des antécédents de césariennes multiples. Le Ministère de la santé a appliqué la réglementation touchant l'organisation des services de stérilisation dans les hôpitaux publics en inscrivant l'opération chirurgicale sur la liste des interventions remboursables et en investissant les États et les municipalités de la responsabilité d'habiliter les établissements du système public à pratiquer la ligature des trompes et de faire appliquer la loi. Les hôpitaux agréés sont donc les seuls établissements autorisés à se faire régler le prix des interventions de stérilisation (Ministério da Saúde [Ministère de la santé], 1997).

relles de la faible fécondité ni à élaborer un ensemble de « politiques adaptées aux besoins des femmes », il sera très difficile d'inverser les tendances actuelles (ERN, SC). L'incertitude des effets des politiques publiques concerne notamment l'incertitude quant à la date de mise en œuvre, les ressources allouées à cette fin et l'acceptabilité par la population, comme dans le cas de la légalisation de l'avortement.

Les effets de la loi sur la stérilisation (1997) pour ce qui est de maintenir une « fécondité potentielle » parmi les jeunes femmes n'aboutiront que si cette loi s'accompagne d'une politique systématique d'augmentation de l'accès aux méthodes contraceptives réversibles, ce qui vient tout juste de commencer. Par ailleurs, il faut bien comprendre que les niveaux de stérilisation ne seraient pas ce qu'ils sont au Brésil si l'avortement n'était pas illégal et risqué. Ensuite, dans un contexte marqué par une « culture de la stérilisation », la fourniture croissante de méthodes réversibles devrait être associée à un accès élargi à l'avortement afin de garantir une solution de repli en cas d'échec des méthodes réversibles. Le « calendrier d'intervention des pouvoirs publics » devient alors un facteur essentiel car l'expérience brésilienne est faite de longs retards apportés à l'application satisfaisante des lois et des programmes sanitaires nécessaires, comme en témoigne le fait que la loi de 1997 sur la stérilisation n'est pas encore entrée complètement en vigueur. Ainsi, même dans un environnement social et politique plus favorable, dont le Brésil semble bénéficier à l'heure actuelle, l'impact ou l'influence de bonnes politiques de santé en matière de procréation ne se fera sentir que dans cinq ans. [À ce propos] la probabilité d'une légalisation de l'avortement et d'un soutien public à toutes les femmes pour les aider à assumer le fardeau de la reproduction sociale est encore faible. Il faut aussi bien voir qu'aucune de ces mesures ne produira ses effets sans une action vigoureuse de promotion de l'équité entre les sexes (SC).

On voit que les besoins de millions de Brésiliennes en matière de procréation ne sont pas satisfaits et que les garanties de leurs droits dans ce domaine ne sont pas respectées, alors que le Brésil devra compter avec une augmentation de 15 % de l'effectif de la population en âge de procréer dans les deux décennies qui viennent. Il est à craindre que les approvisionnements de produits de santé en matière de procréation aux fins de la planification familiale, de la maternité sans risques et du traitement des maladies sexuellement transmissibles ne se raréfient de plus en plus du fait des conditions économiques et des inégalités du Brésil et de la réduction de l'aide internationale. Ou, comme Corrêa (2001) l'a très bien dit, « le plus grave problème auxquels nous soyons confrontés au plan mondial n'est pas la pénurie de ressources en elle-même, mais plutôt l'obstacle d'une distribution inégale des ressources — entre les hommes et les femmes, le nord et le sud et les secteurs privé et public ». Ensuite, il est indispensable de mobiliser des ressources publiques et privées et de forger des partenariats pour tenter de régler ces problèmes. Le Gouvernement brésilien doit améliorer la façon dont il rend compte de la mise en œuvre des priorités en matière de politiques sociales, afin d'éviter les déconvenues susmentionnées dans les domaines de l'état sanitaire et de la mortalité.

Relations entre les sexes et systèmes publics de soutien

L'extraordinaire maintien de la famille et de la hiérarchie entre les sexes et son incidence sur la baisse de la fécondité est une question des plus intéressantes et importantes sur laquelle les différentes explications de la baisse de la fécondité brésilienne font pratiquement l'impasse (Goldani, 2001). Dans une étude sur le Nordeste réalisée à partir des données de l'EDS de 1991, j'ai analysé les effets de l'égalitarisme des relations entre mari et femme sur la fécondité cumulée. J'ai constaté qu'en ce qui concerne la liberté de procréation les niveaux d'égalitarisme étaient très faibles — un certain égalitarisme n'existait que chez 52 % des couples — et que pour chaque augmentation d'un point sur l'échelle de l'égalitarisme, où le niveau le plus élevé était trois points, il y avait une réduction de plus d'un demi-enfant (-0,570) parmi les couples à durée d'union et à nombre idéal d'enfants égaux (Goldani, 1999-2000). Les conclusions fondées sur l'EDS de 1996 indiquent que si, en moyenne, les

objectifs de fécondité des hommes ne sont pas très différents de ceux de leur épouse²⁰, le processus de négociation entre conjoints engagé pour régler les désaccords peut aboutir à des résultats qui sont systématiquement supérieurs ou inférieurs à ceux que l'on obtiendrait en retenant l'avis de l'un ou de l'autre conjoint. Par ailleurs, l'auteur de cette étude a conclu que rien n'autorisait à penser que les préférences des hommes tendent à l'emporter sur celles de leur épouse pour ce qui est de déterminer le niveau définitif de la fécondité au Brésil ainsi que dans les autres pays d'Amérique latine (Hakkert, 2001).

Envisageant la procréation dans une optique masculine, une étude portant sur deux générations d'hommes brésiliens appartenant à la classe moyenne montre que la meilleure façon de comprendre leurs pratiques en matière de contraception consiste à les replacer dans le contexte de la dynamique entre les sexes. L'importance du préservatif masculin et de la continence périodique parmi les classes moyennes de la plus grande métropole du Brésil (São Paulo) est consignée comme une conclusion surprenante, mais elle cadre avec les arguments des enquêtées, en particulier celles qui appartiennent aux cohortes les plus jeunes, qui estiment que la pilule est nuisible à la santé des femmes. Les cohortes les plus jeunes sont en train d'évoluer, mais les auteurs soulignent la nécessité de mettre à la disposition des hommes des programmes tenant compte des sexospécificités qui les aident à mieux négocier l'utilisation de la contraception (Oliveira *et al.*, 2001).

Les femmes brésiliennes, qui dirigent aujourd'hui un quart des ménages et représentent près de la moitié des actifs, ont renforcé leur position dans la vie publique, mais sans vraiment en récolter les bénéfices sur le plan de la prise des décisions individuelles et familiales qui les concernent directement. La négociation des relations entre les sexes reste difficile même pour les femmes exerçant un emploi rémunéré. En 1996, sur 100 femmes mariées occupant un emploi et ayant des enfants de moins de cinq ans, 23 s'occupaient de leurs enfants, tandis que le mari n'aidait sa femme que dans 4 cas. Dans 46 % des cas, ce sont d'autres parents qui se chargeaient d'aider l'épouse²¹ tandis que les autres prenaient d'autres dispositions, notamment les services de garde d'enfants. L'augmentation du nombre de couples d'actifs, qui représentaient non moins de 52 % des familles en 1995, et de celui des familles monoparentales dont le chef travaille a suscité des préoccupations quant à la qualité des garanties d'emploi telles que le congé de maternité, les politiques d'équité salariale et les services de garde d'enfants. Les mères qui travaillent devenant la norme, il leur est devenu plus difficile de concilier les responsabilités professionnelles et familiales car les rôles dévolus traditionnellement aux deux sexes se sont maintenus. Une enquête effectuée en 1997 dans les régions du sud-est et du nord-est, qui représentent environ les deux tiers de la population totale du pays, a révélé que, si l'on considère l'ensemble de la population active, pas moins de 79 % des femmes et seulement 29 % des hommes participent aux travaux ménagers. Parmi les hommes et les femmes participant à la fois au « travail productif » et aux travaux ménagers, les femmes consacraient 61 heures aux deux activités tandis que les hommes n'y consacraient que 46 heures (Goldani, 1999-2000).

Il s'ensuit que la réorganisation de la vie familiale au Brésil est devenue de plus en plus coûteuse pour les femmes et, en même temps, le coût de l'éducation des enfants a augmenté. L'éducation des enfants devrait être de plus en plus une responsabilité collective et l'État devrait élaborer des politiques permettant de concilier la vie familiale et la vie professionnelle. Comme l'a montré l'expérience de certains pays industrialisés, les politiques publiques sont indispensables pour faire évoluer les responsabilités de deux sexes et, partant, la contraception et l'éducation des enfants (Corrêa, 2002; Goldani, 2001).

L'égalité des sexes — la « condition de base » la plus importante qui est au cœur des approches actuelles des politiques de population — est tout aussi indispensable pour éviter la fécondité déficitaire. En règle générale, les femmes des pays industrialisés veulent avoir deux enfants. Si l'organisation par la société de l'« économie d'assistance » ne faisait pas porter un énorme fardeau à celles qui veulent tout à la fois avoir des enfants et travailler, nous pourrions bien assister à une reprise de la fécondité (Barroso, 2001).

20 Dans l'EDS de 1996, la taille moyenne de la famille idéale parmi les couples brésiliens, lorsque l'un au moins des partenaires a donné un nombre précis, était d'environ 2,6 pour la femme et 2,9 pour le mari. Si, toutefois, les désaccords entre conjoints sont systématiquement réglés en retenant le nombre supérieur comme taille idéale commune de la famille que le couple entend fonder, on obtient une moyenne de 3,4 enfants, mais si le couple choisit le nombre inférieur, la taille moyenne de la famille est de 2,0 (Hakkert, 2001, p. 20).

21 Des données provenant de la même enquête montrent également que, bien que quelques maris seulement s'occupent des enfants pendant que leur femme travaille, un grand nombre d'entre eux décident de l'utilisation du salaire de leur femme. Parmi les Brésiliennes mariées ou vivant maritalement et ayant un revenu, 63 % décident elles-mêmes de l'utilisation de leur salaire, 30 % disent qu'elles décident avec leur mari et 7 % que leur mari décide lui-même de l'utilisation de leur salaire (Goldani, 1999-2000).

OBSERVATIONS FINALES

En guise de conclusion, je voudrais dire qu'au Brésil, comme dans la plupart des autres pays, il n'y a pas de condition préalable ou de déterminant unique des choix individuels et sociaux concernant l'avenir de la fécondité. Toutefois, ce n'est pas parce que l'on n'est pas parvenu à repérer « les facteurs clefs » que l'on doit freiner l'incorporation de certains des éléments mentionnés dans les projections. Les indicateurs à prendre en considération sont notamment les suivants : *a*) changements structureaux qui modifient les gains et les coûts liés au fait à la fois d'élever et d'éduquer les enfants; *b*) baisse de la mortalité infantile et de la mortalité des jeunes adultes; *c*) élévation du niveau d'instruction des femmes et le renforcement de leur participation au marché du travail; *d*) développement de l'autonomie sociale des femmes et la plus grande importance accordée à l'égalité des sexes; *e*) évolution des normes sociales dans le contexte du degré de valorisation des enfants; *f*) planification familiale en tant que politique publique; *g*) loi sur la stérilisation; *h*) combinaison des méthodes contraceptives; et *i*) taille de la famille désirée ou préférée.

Les projections de population ont pour objet de nous informer sur les tendances dont l'avenir pourra être fait et d'aider à élargir l'horizon des responsables des politiques au-delà des priorités à court terme. Il importe de noter que la Division de la population publie non pas une, mais trois variantes, comme elle les appelle, toutes officiellement présentées comme également plausibles. Pour le Brésil, l'écart entre la variante faible et la variante moyenne est d'environ 51 millions de personnes en 2050, contre un écart de 40 millions entre la variante moyenne de l'ONU et le Bureau of the Census des États-Unis. Tout en gardant à l'esprit ces différences, nous considérons que les projections sont utiles pour relever les défis des changements de la répartition par sexes et par âges. Nous devons non pas nier ou ignorer délibérément ces perspectives, mais les analyser afin de faire avancer le débat sur les questions d'orientation, ce qui nous permettra de faire face aux implications des tendances de la population brésilienne telles que : *a*) le nombre croissant de personnes âgées et les conséquences pour les relations entre les sexes et entre les générations; *b*) les besoins en matière d'éducation; *c*) les régimes de retraite; *d*) les relations entre le travail et la famille; et *e*) l'équité entre les sexes. Enfin, nous ne devons pas oublier que les projections évoluent tout comme la réalité, au gré de différentes circonstances, ce qui, à mon sens, ne fait que renforcer l'importance qu'il y a à combiner les évaluations des erreurs subjectives et probabilistes fondées sur les données, afin de présenter aux utilisateurs une évaluation plus réaliste de l'incertitude qui entoure les prévisions démographiques en ce nouveau siècle.

BIBLIOGRAPHIE

- Alho, Juha M. (1997). Scenarios, Uncertainty and Conditional Forecasts of the World Population. *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 160, n° 1, p. 71-85.
- Barroso, Carmen (2001). Forum. Is There a Population Implosion? *ECSP Report*, Issue 7, avril 2001. Environmental Change and Security Project (ECSP), Woodrow Wilson Center.
- Beltrão, Kaizo et Ana Amélia Camarano (2001). Projeções de População para o Brasil: Estimativas de Mortalidade. ENCE/ IPEA. Polycopié.
- BEMFAM, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (1997). Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996. BEMFAM./DHS/IBGE/UNICEF/FUNAP/AID/INAN. Rio de Janeiro.
- Bercovich, Alicia et Felicia Madeira (1999/2000). Demographic Discontinuities in Brazil and in the State of São Paulo. *Brazilian Journal of Population Studies*, V.2:5-26. Brazilian Association of Population Studies, ABEP. Campinas, SP. Brazil.
- Berquó, Elza (1999). Ainda a Questão da Esterilização Feminina no Brasil. In Giffin, Karen et Sarah H. Costa, Org. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- (1999a). Sterilization and Race in São Paulo. In Reichmann Rebecca (dir.). *Race in Contemporary Brazil: From Indifference to Equality*. The Pennsylvania State University Press. University Park, Pennsylvania.

- et Suzana M. Cavenaghi (2002). The Impacts of the Voluntary Sterilization law on Reproductive Rights of Men and Women. Communication présentée à la Réunion annuelle de la Population Association of America, 9-11 mai, Atlanta, Géorgie.
- Bureau of the Census des États-Unis (1999). World Population Profile: 1998 Report WP/98. Washington, DC: US Government Printing Office.
- (2000). National Population Projections. <http://www.census.gov/population/www/projections/natproj.html>. Consulté en janvier 2002.
- Caetano, André Junqueira (2001). Fertility Transition and the Diffusion of Female Sterilization in Northeastern Brazil. The Roles of Medicine and Politics. Dans le cédérom de la XXIV^e Conférence générale sur la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP). Salvador, 18-24 août, 2001. Salvador de Bahia.
- Camarano, Ana Amelia, Hertton E. Araujo et Isabella G. Carneiro (1999). Tendencias da Fecundidade Brasileira no Século XX: Uma Visão Regional. In Giffin, Karen et Sarah H. Costa, Org. Questões da Saude Reprodutiva. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- (1996). Fertility transition in Brazil in the Twentieth Century: a comparative study of three areas. London School of Economics and Political Science-University of London Doctoral thesis.
- Carvalho, José Alberto Magno de (1997/98). Demographic Dynamics in Brazil Recent Trends and Perspectives. *Brazilian Journal of Population Studies*, v.1:5-24. Brazilian Association of Population Studies, ABEP and Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Rio de Janeiro.
- , Claudia J. G. Horta et Simone Wajnman (2000). «Construindo uma medida do tempo medio despendido pelas cortes de mulheres com os cuidadosde filhos pequenos». In XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. Caxambu, Minas Gerais.
- Corrêa, Sônia (2001). Is There a Population Implosion? *ECSP Report*, Issue 7, avril, 2001. Environmental Change and Security Project (ECSP), Woodrow Wilson Center.
- , Sérgio Piola et Margareth Arilha (1998). Cairo em Ação: Estudo de Caso Brasil. Parte I: Perfil, Antecedentes, Cenário Nacional. Manuscrit non publié.
- Faria, Vilmar Evangelista (1997/98). Government Policy and Fertility Regulations: Unintended Consequences and Perverse Effects. *Brazilian Journal of Population Studies*, v. 1, 1997/1998. Brazilian Association of Population Studies, ABEP/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Rio de Janeiro.
- Formiga Filho, José Ferreira (1999). Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios. Loren Galvão et Juan Díaz (dir.), chap. 4, p: 151-162. Editora Hucitec, Population Council. São Paulo.
- Goldani, Ana Maria (1999/2000). Gender Relations and Fertility in Northeastern Brazil. *Brazilian Journal of Population Studies*, vol. 2, p. 69-96. Brazilian Association of Population Studies, ABEP. Campinas, SP. Brazil.
- (2001). Rethinking Brazilian Fertility Decline. Dans le cédérom des sessions sur la démographie brésilienne, ABEP/UIESP. XXIV^e Conférence générale sur la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP). Salvador, 18-24 août 2001. Salvador de Bahia.
- Hakkert, Ralph (2001). Levels and Determinants of Wanted and Unwanted Fertility in Latin America. Dans le cédérom de la XXIV^e Conférence générale sur la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP). Salvador de Bahia, 18-24 août 2001.
- Horta, Claudia J. Guimarães, José Alberto M. de Carvalho et Luís Armando de M. Frias (2000). Recomposição da Fecundidade por Geração para Brasil e Regiões: Atualização e Revisão. In XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. Caxambu, Minas Gerais.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Tábua de Vida (2002). From www.ibge.gov.br/ibge.../tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm. Consulté en février 2002.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Projeção de População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 (Revisão 2000). Projeto UNFPA/Brasil (Bra98/P08). Sistema Integrado de Projeções e Estimativas Populacionais e Indicadores Sócio Demográfico (DEPIS/IBGE) Departamento de População e Indicadores Sociais.
- Lam, David et S. Duryea (1999). Effects of Schooling on Fertility, Labor Supply and Investments in Children, with Evidence from Brazil. *Journal of Human Resources*, vol. 34, p. 443-454.

- Lazo, Aída Verdugo (1994). Marital fertility in Brazil: Differentials by Type of Union and its Importance in the Fertility Transition, 1976-1991. *DHS Working Paper No.15*. Calverton, Maryland.
- Leone, Tiziana et André Caetano (2002). Can the level of Brazilian Fertility Be Even Lower? Communication présentée à la Réunion annuelle de la Population Association of America, 9-11 mai, Atlanta, Géorgie.
- Lutz, Wolfgang, Warren Sanderson Sergei Scherbov (1998). Expert Based Probabilistic Projections. In *Frontiers of Population Forecasting*, Wolfgang Lutz, J. Vaupel et D. Ahlburg (dir.), supplément à *Population and Development Review*, vol. 24, p. 139-155.
- Martine, George (1996). Brazil's Fertility Decline, 1965-95: A Fresh Look at Key Factors. *Population Development Review*, vol. 22, n° 1, p. 47-75.
- Ministério da Saúde (1997). Site of Brazilian Government. [http://www. Saude.gov.br](http://www.Saude.gov.br). Consulté en 2002.
- Oliveira, Maria Coleta, Elizabeth D. Bilac et Malvina Muszkat (2001). Men and Contraception: A Study on Middle-Class Brazilian Men. Dans le cédérom de la XXIV^e Conférence générale sur la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP). Salvador de Bahia, 18-24 août 2001.
- Organisation des Nations Unies (2001). *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. I: *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.8).
- (2001). *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. II: *The Sex and Age Distribution of the World Population* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.9).
- Pastore, José et Nelson do Valle Silva (2000). *Mobilidade Social no Brasil*. MAKRON Books do Brasil Editora Ltda. São Paulo.
- Potter, Joseph E, Carl Schmertmann et Suzana M. Cavenaghi (2002). Fertility and Development: Evidence from Brazil. Manuscrit non publié.
- (1999). The Persistence of Outmoded Contraceptive Regimes. The Cases of Mexico and Brazil. *Population Development Review*, vol. 25, n° 4, p. 703-739.
- Presser, Harriet.B. (1995). Are the Interests of Women Inherently at Odds with the Interests of Children or the Family? A View Point. In *Gender and Family Change in Industrialized Countries*, K. Mason et A. Jensen (dir.). Oxford University Press, p. 279-319.
- Rios Neto, Eduardo G. (2000). Passado, Presente e Futuro da Fecundidade Brasileira. Presidential Adress. In *XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Brazilian Population Association (ABEP). Caxambu, MG.
- Sarti, Cynthia Andersen, C. Simonette et Cristina Bruschini (1990). *Gênero em Geração de Renda*. Programa UNICEF/FENAPE. São Paulo.
- Wong, Laura Rodriguez (2001). Below Replacement Fertility Levels in the Brazilian Metropolitan Cities-1991-2010. Communication présentée à la Réunion annuelle de la Population Association of America (PAA), Washington.

REMERCIEMENTS

Je remercie mes collègues brésiliens (les EDB) qui ont répondu à mon enquête et m'ont adressé des observations et suggestions quant à l'avenir de la fécondité au Brésil. J'assume toutefois l'entière responsabilité du contenu du présent article. Je remercie également Aida V. Lazo pour l'aide qu'elle m'a apportée pour maintenir le contact avec les EDB et obtenir les données et Ana Paula P. Walker (UCLA), Ana Roberta Pascom (IPEA) et Luciano Duarte (ENCE), qui m'ont aidée dans mes recherches. Je suis particulièrement reconnaissante à Eduardo Eric Telle, dont les commentaires m'ont aidée à réviser le présent document.

Date à laquelle l'Inde pourrait atteindre le seuil de remplacement : analyse de l'évolution récente et prévisible de la fécondité

*P. N. Mari Bhat**

INTRODUCTION

En 1952, l'Inde est devenue le premier pays du monde à lancer un programme de planification familiale visant à réduire l'accroissement de la population. Mais depuis, comme un bon observateur l'a fort judicieusement fait remarquer, ce programme n'a été qu'« une longue histoire de grandes espérances et de piètres résultats » (Srinivasan, 1998). Les objectifs démographiques trop optimistes qui ont été énoncés dans différents documents de planification et déclarations de politique générale n'ont cessé d'être différés, au point que les déclarations de ce genre ne peuvent plus enthousiasmer personne. Face à l'accroissement de population sans précédent enregistré par le recensement de 1961, l'objectif d'un taux brut de natalité de 25 ‰ à atteindre en 1972 a été fixé. En 2002, cet objectif n'avait même pas encore été atteint. Depuis les années 80, on a pris l'habitude de fixer des objectifs exprimés par un taux net de reproduction (TNR). C'est ainsi qu'en 1981 l'objectif d'un TNR de 1 pour 2000 a été fixé. Dans les documents de planification, cet objectif a été repoussé à la période 2006-2011 au milieu des années 80 et à nouveau à la période 2011-2016 au début des années 90. Chose intéressante, la politique nationale de population annoncée en 2000, peut-être pour mettre en relief l'engagement renouvelé envers la stabilisation de la population, avait avancé la date en la fixant à 2010!

Entre-temps, le système d'enregistrement dans des zones-échantillons (SEZE) — la principale source d'information de l'Inde sur les taux démographiques — montre que les niveaux de fécondité ont bel et bien baissé depuis 1971, même si la baisse se produit à un rythme nettement plus lent que prévu. Selon cette source, la fécondité cumulée est tombée de 5,1 en 1971-1973 à 3,2 en 1996-1998. Il est possible que le rythme effectif de la baisse ait été un peu plus rapide que cette source ne le suggère, parce qu'au fil des ans le degré de complétude des actes de naissances s'est amélioré. Les objectifs de la présente étude sont d'analyser les niveaux actuels et les tendances de la fécondité et d'indiquer la date à laquelle l'Inde atteindra sans doute la fécondité de remplacement. J'examinerai également les facteurs contribuant à la baisse actuelle et spéculerai sur les chances de voir la fécondité indienne devenir déficitaire.

NIVEAUX ET TENDANCES RÉCENTS DE LA FÉCONDITÉ

En appliquant la méthode générale de l'équilibre de la croissance, j'ai montré que, pendant la période 1981-1991, le SEZE avait sous-estimé la mortalité adulte d'environ 8 ou 9 ‰ et le taux de natalité d'environ 7 ‰ (voir Bhat, 2002a). Cette conclusion est

* Institute of Economic Growth, University Enclave, Delhi (Inde).

corroborée par une application récente de la méthode reliant les enfants nés vivants à leur mère naturelle aux données recueillies pendant les deux enquêtes nationales sur la santé familiale (NFHS) [Retherford and Mishra, 2001]. Cette analyse a montré que le niveau de la fécondité générale était supérieur de 9,6 % à l'estimation correspondante du SEZE pour la période 1978-1992 (c'est-à-dire la période de 15 ans précédant la première NFHS réalisée en 1992-1993) et de 6,8 % pendant la période 1984-1998 (c'est-à-dire la période de 15 ans précédant la deuxième NFHS in 1998-99). Ce résultat a une incidence importante : les FC basées sur le SEZE sont basses, mais elles sous-estiment le rythme de baisse de la fécondité en Inde.

Une conclusion analogue se dégage de l'analyse des résultats préliminaires du recensement de 2001. En appliquant la méthode de la projection rétrospective au groupe d'âges de la naissance à six ans en 2001 (en utilisant les taux de mortalité infantile du SEZE), j'ai estimé le taux brut de natalité au cours des sept années ayant précédé le recensement. J'ai ensuite converti ces estimations du taux brut de natalité en estimations de FC en utilisant leurs rapports extraits du SEZE.

Le tableau 1 montre ces estimations de la FC avec les FC estimées de manière analogue à partir des recensements de 1981 et de 1991 pour les principaux États de l'Inde. Les estimations tirées des recensements sont dans l'ensemble légèrement inférieures aux estimations tirées du SEZE pour les périodes correspondantes. Cela n'a rien de surprenant eu égard au sous-enregistrement de la population des enfants dans les recensements. Mais, chose intéressante, elles font apparaître une baisse de fécondité cumulée plus rapide que dans le cas du SEZE. Ainsi, au niveau de l'ensemble du pays, la baisse en pourcentage implicite de fécondité est de 15 % pendant la période 1977-1987, contre 11 % pour l'estimation du SEZE, et de 22 % contre 19 % pendant la période 1987-97.

Tableau 1

Estimations de la fécondité cumulée obtenues en appliquant la méthode de la projection rétrospective au groupe d'âges de la naissance à six ans dénombré par les recensements de 1981, 1991 et 2001, et estimations tirées du système d'enregistrement dans des zones échantillons pour les périodes correspondantes pour l'ensemble de l'Inde et les principaux États

États	SEZE			Estimation obtenue par prospéction rétrospective à partir du recensement			Pourcentage de baisse, 1977-87		Pourcentage de baisse, 1987-97		Changement du taux de baisse	
	1974-80	1984-90	1996-98	1974-80	1984-90	1994-00	SEZE	Recens	SEZE	Recens.	SEZE	Recens
Andhra Pradesh	4,27	3,52	2,49	4,30	3,44	2,24	17,5	20,2	29,3	34,7	11,9	14,5
Assam	4,20	3,85	3,22	nd	4,11	3,14	8,4	nd	16,4	23,6	8,0	nd
Bihar	nd	5,31	4,38	5,73	5,38	4,59	nd	6,1	17,5	14,6	nd	8,5
Gujerat	4,92	3,66	3,00	4,61	3,40	2,74	25,6	26,2	18,1	19,6	-7,5	-6,6
Haryana	5,32	4,37	3,41	5,23	4,14	3,17	17,8	20,8	21,9	23,5	4,0	2,7
Himachal Pradesh	4,10	3,52	2,39	4,21	3,26	2,08	14,1	22,6	32,1	36,3	17,9	13,6
Karnataka	3,67	3,47	2,48	4,22	3,36	2,25	5,5	20,3	28,4	33,0	23,0	12,7
Kerala	3,14	2,17	1,83	2,95	2,05	1,75	30,8	30,5	15,8	14,7	-15,0	-15,8
Madhya Pradesh	5,51	4,89	3,98	5,64	4,91	3,80	11,2	13,0	18,8	22,6	7,5	9,6
Maharashtra	3,72	3,50	2,74	4,03	3,45	2,60	6,0	14,3	21,6	24,6	15,5	10,3
Orissa	4,37	3,85	3,03	4,48	3,74	2,77	11,9	16,5	21,4	26,1	9,4	9,6
Pendjab	4,36	3,43	2,68	4,33	3,25	2,36	21,3	24,9	21,9	27,4	0,6	2,5
Rajasthan	5,21	4,97	4,17	5,90	5,10	4,21	4,6	13,6	16,0	17,5	11,4	4,0
Tamil Nadu	3,67	2,68	2,01	3,52	2,45	1,78	27,0	30,5	25,1	27,4	-1,9	-3,1
Uttar Pradesh	6,08	5,44	4,73	6,28	5,56	4,51	10,5	11,4	13,0	18,9	2,5	7,5
Bengale-Occidental	nd	3,60	2,54	4,04	3,58	2,54	nd	11,6	29,6	28,8	nd	17,3
Ensemble de l'Inde	4,62	4,10	3,32	4,77	4,05	3,17	11,2	15,1	18,9	21,8	7,6	6,7

Note: nd = non disponible..

STAGNATION OU ACCÉLÉRATION EN MILIEU DE TRANSITION ?

La baisse de la fécondité a-t-elle tendance à s'accélérer ou à ralentir en milieu de transition ? C'est une question importante à laquelle il faut tenter de répondre lorsque l'on établit des projections de population. Il peut exister deux opinions antithétiques à ce sujet. Dans l'optique de la diffusion de l'innovation, la baisse de la fécondité devrait s'accélérer en milieu de parcours car l'on présume que la baisse intervient à la suite de l'interaction sociale des accepteurs et des non-accepteurs. Au début, comme les accepteurs de l'innovation sont peu nombreux, la transition se déroule à un rythme lent; le rythme ralentit aussi à la fin car il y a de moins en moins d'accepteurs potentiels. D'un autre côté, on peut soutenir que l'on peut faire descendre assez rapidement la fécondité totale depuis un niveau de plus de 6, par exemple, à un niveau proche de 3 ou 4 parce que beaucoup de couples n'avaient autant d'enfants qu'en raison des taux de mortalité élevés. En revanche, il peut s'avérer difficile de la faire descendre de 3 ou 4 à un niveau proche de 2, car cela suppose un changement de la taille de la famille désirée, qui ne peut être obtenu que moyennant une transformation sociale importante et une évolution des relations entre les sexes. C'est tout particulièrement le cas en Inde où existe une préférence très marquée pour la naissance d'un garçon et où, d'une manière générale, les couples veulent au moins deux fils et une fille. On ne peut donc répondre à la question susvisée que de manière empirique.

Comme on l'a indiqué, la baisse en pourcentage de la FC a été plus importante au cours de la période 1987-1997 que pendant la période 1977-1987. Les estimations de la FC tirées du SEZE et des recensements font état d'une accélération du taux de baisse (voir tableau 1). La figure 1 montre une courbe des estimations par État du changement des FC estimées à partir de la NFHS (entre 1978-1992 et 1984-1998) et des recensements de 1981 et 1991 (pour les périodes 1984-1990 et 1994-2000) par rapport au niveau de la FC (au milieu des périodes respectives). La courbe fait apparaître une corrélation curviligne entre le changement de FC et le niveau de FC. Le changement de FC est généralement élevé lorsque la FC se situe aux alentours de 3 ou 4 enfants par femme, ce qui tend à indiquer que la baisse de la fécondité s'accélère en milieu de transition, comme le prévoit le modèle du changement de fécondité fondé sur la diffusion. On a ajusté ces données à l'aide d'une courbe de Gompertz sous sa forme différentielle (voir appendice pour des informations plus détaillées), ce qui donne un assez bon ajustement ($R^2=0,37$). La courbe ajustée a indiqué 1,7 et 7 comme limites inférieure et supérieure de FC, avec 3,7 comme point d'inflexion. On a également essayé d'ajuster les données à l'aide d'une courbe logistique (sous la forme différentielle), mais elle n'a pas donné d'aussi bons résultats que la courbe de Gompertz (voir figure 1). En particulier, elle a indiqué 1,2 comme limite inférieure de la FC.

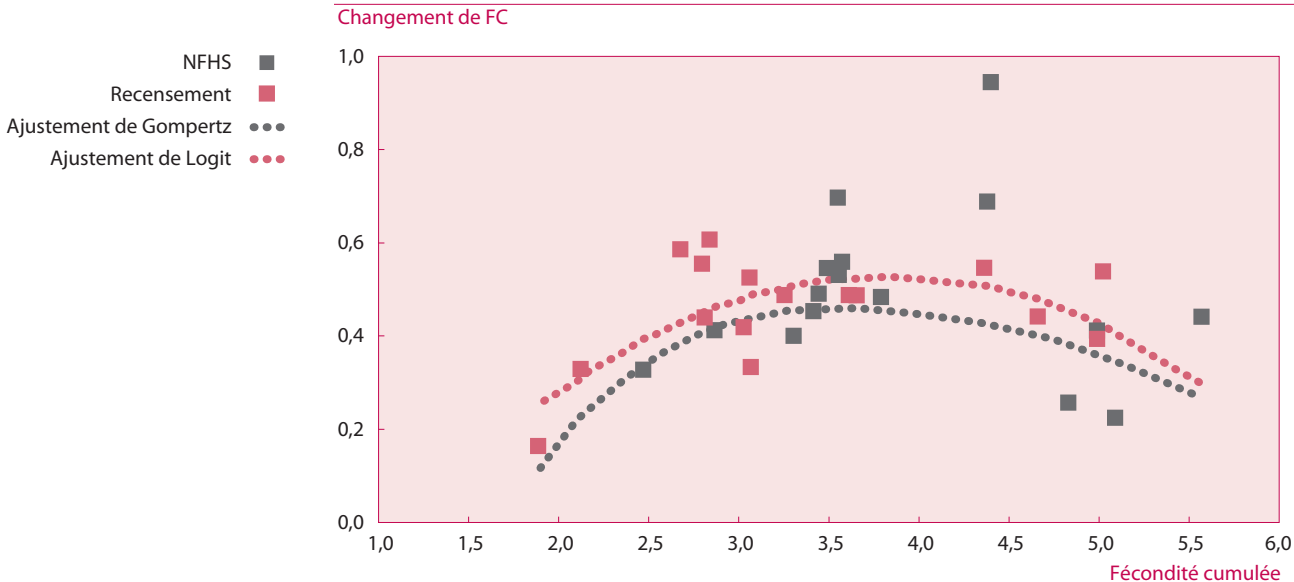
La courbe de Gompertz décrivant bien les changements de fécondité, on a essayé de l'utiliser pour un ajustement de la tendance temporelle annuelle de la FC pour chacun des grands États de l'Inde. Concrètement, on a utilisé la courbe suivante :

$$y_t = \frac{TFR_t - \alpha}{\sigma} = a b^t, \quad 0 < a < 1 \text{ et } b > 1$$

où α est la valeur minimale de la FC (asymptote inférieure), σ est la différence entre les asymptotes inférieure et supérieure de la FC, a est le paramètre de décalage qui indique la valeur de y pour un temps $t = 0$ (mais il doit nécessairement être inférieur à 1) et b est le paramètre qui mesure la vitesse de la baisse.

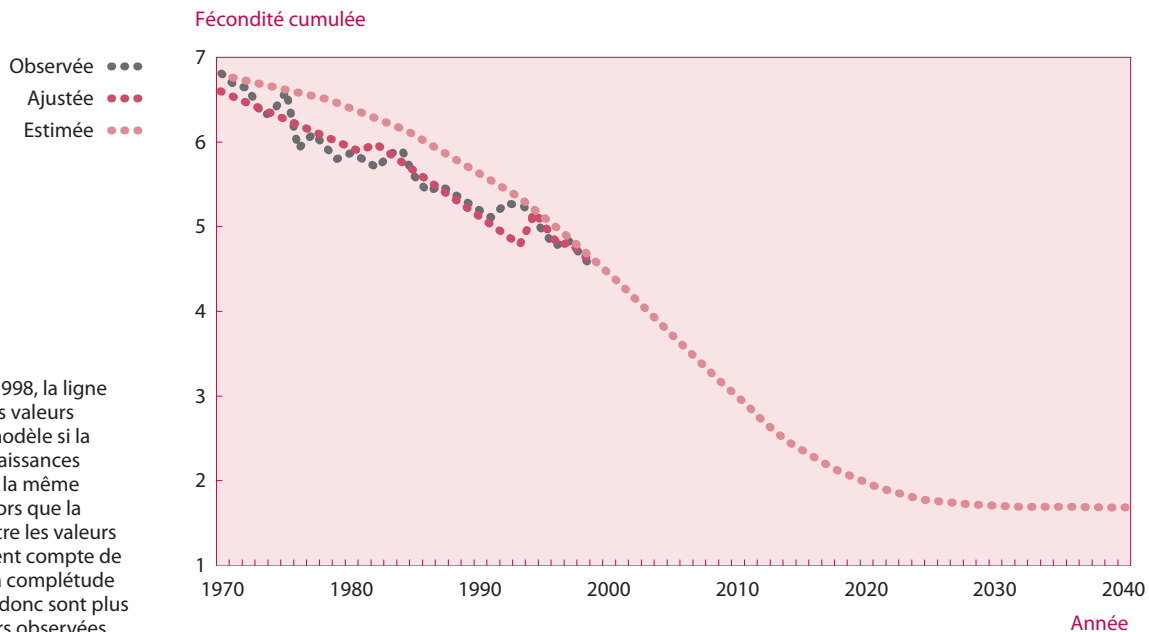
On a ajusté le modèle par régression linéaire en utilisant la version bilogarithmique du modèle (voir appendice). Mais pour deux États, le Bihar et le Bengale-Occidental, les données relatives à la FC étaient disponibles à partir de 1971. Pour éviter que la variation de complétude du SEZE n'affecte les résultats, on a inclus dans la régression deux variables temporelles fictives pour les périodes 1971-1981 et 1982-1993. Par ailleurs, les régressions ont été réalisées à partir des données disponibles pour l'ensemble du spectre

Figure 1
Corrélation entre le changement de FC et le niveau de FC tiré des estimations par États obtenues à partir des NFHS (pour les périodes 1978-1992 et 1984-1998) et des recensements (pour les périodes 1984-1990 et 1994-2000)



temporel (de 1971 à 1998) et des données ne concernant que la période la plus récente (1982-1998). Toutefois, pour rendre comparables les estimations du paramètre a , dans les deux cas, la variable temporelle t a été initialisée à 1951. La figure 2 montre comment le modèle s'ajuste aux données dans le cas de l'Uttar Pradesh, le plus grand État de l'Inde. Le tableau 2 présente les résultats des régressions pour l'ensemble de l'Inde (en séparant les zones rurales et les zones urbaines) et pour les principaux États. S'agissant de la complétude

Figure 2
Valeurs observées, ajustées et estimées des fécondités cumulées pour l'Uttar Pradesh, obtenues en ajustant à l'aide de la courbe de Gompertz les variables temporelles fictives pour 1971-1981 et 1982-1993



Note: De 1971 à 1998, la ligne estimée montre les valeurs prévues selon le modèle si la complétude des naissances du SEZE est restée la même de 1994 à 1998, alors que la ligne ajustée montre les valeurs prévues qui tiennent compte de la variation dans la complétude des naissances, et donc sont plus proches des valeurs observées.

Tableau 2
 Résultats de l'ajustement à l'aide de la courbe de Gompertz de la tendance temporelle de la FC obtenue à partir du SEZE, pour l'Inde et les principaux États de l'Inde

Région, État et valeur postulée de R	Période	Estimations des paramètres du modèle ^a		Complétude relative de la FC enregistrée ^b		Modèle R ²	Année estimée où la FC était à 90% du maximum
		a	b	1971-81	1982-93		
Sud (R = 5,0)							
Andhra Pradesh	1971-98	0,883	1,061	0,937	0,995	0,959	1953
	1982-98	0,922	1,071	nd	0,956	0,961	1959
Karnataka	1971-98	0,773	1,043	0,932	1,050	0,944	1937
	1982-98	0,789	1,045	nd	1,041	0,961	1940
Kerala	1971-98	0,932	1,095	0,797	0,833 ^c	0,910	1959
	1982-98	0,960	1,108	nd	0,789 ^c	0,738	1963
Tamil Nadu	1971-98	0,803	1,057	0,981	0,991	0,955	1943
	1982-98	0,910	1,077	Nd	0,904 ^c	0,957	1957
Ouest (R = 5,3)							
Gujerat	1971-98	0,917	1,063	0,956	0,898 ^d	0,967	1959
	1982-98	0,875	1,053	nd	0,933 ^c	0,941	1952
Maharashtra	1971-98	0,825	1,048	0,854 ^d	0,962	0,921	1944
	1982-98	0,812	1,046	nd	0,970	0,965	1942
Est (R = 5,3)							
Assam	1971-98	0,945	1,069	0,805 ^e	0,855 ^d	0,841	1965
	1982-98	0,902	1,055	nd	0,895 ^e	0,905	1957
Orissa	1971-98	0,890	1,055	0,881 ^d	0,943	0,931	1955
	1982-98	0,930	1,066	n ^d	0,907 ^d	0,947	1961
Bengale-Occidental	1982-98	0,875	1,058	nd	0,999	0,965	1952
Nord (R = 5,5)							
Bihar	1982-98	0,972	1,074	nd	0,950	0,867	1974
Haryana	1971-98	0,993	1,118	0,880 ^c	0,827 ^c	0,854	1978
	1982-98	0,930	1,062	nd	0,953 ^c	0,954	1962
Himachal Pradesh	1971-98	0,904	1,067	0,866 ^c	0,972	0,933	1956
	1982-98	0,880	1,061	nd	0,996	0,962	1953
Madhya Pradesh	1971-98	0,919	1,053	0,968	0,990	0,925	1961
	1982-98	0,929	1,055	nd	0,982	0,953	1963
Pendjab	1971-98	0,908	1,065	0,893 ^c	0,905 ^c	0,956	1957
	1982-98	0,805	1,046	nd	0,982	0,970	1941
Rajasthan	1972-98	0,966	1,071	0,872 ^c	0,944	0,725	1972
	1982-98	0,976	1,079	nd	0,927 ^c	0,833	1974
Uttar Pradesh	1971-98	0,980	1,077	0,952	0,941 ^c	0,893	1977
	1982-98	0,938	1,049	nd	0,989	0,889	1967
Inde (R = 5,3)							
Total	1971-98	0,889	1,052	0,912 ^e	0,956 ^d	0,980	1955
	1982-98	0,899	1,054	nd	0,949 ^e	0,988	1956
Rurale	1971-98	0,917	1,055	0,914 ^e	0,955 ^d	0,979	1960
	1982-98	0,929	1,059	nd	0,945 ^e	0,988	1962
Urbaine	1971-98	0,803	1,049	0,856 ^e	0,948	0,957	1942
	1982-98	0,817	1,051	nd	0,940 ^c	0,968	1944

a Dans tous les cas, les coefficients de régression dont sont dérivées a et b sont significatifs au niveau de 0,001.

b Niveau de complétude par rapport à son niveau de la période 1994-98, à l'exception de l'Inde urbaine où il est rapporté à son niveau de la période 1993-98; les seuils de signification indiqués se rapportent aux coefficients des variables fictives représentant ces périodes.

c < 0,05.

d p < 0,01.

e p < 0,001.

des naissances, les coefficients estimés des variables fictives correspondantes indiquent que la sous-déclaration était de 9 % et 5 % supérieure pendant les périodes 1971-1981 et 1982-1993, respectivement, à ce qu'elle était pendant la période 1994-1998. Les niveaux indiqués d'incomplétude des naissances du SEZE sont étonnamment proches de celui qu'indiquent d'autres sources (voir Bhat, 2002a).

Toutefois, le principal résultat du tableau 2 concerne l'estimation du paramètre b du modèle, qui mesure la vitesse de la baisse de la fécondité. Chose étonnante, cette estimation ne présente guère de variabilité géographique. À l'exception d'une baisse de fécondité un peu plus rapide au Kerala, la baisse enregistrée dans le nord et le sud de l'Inde se déroule à peu près au même rythme. Nous obtenons ce résultat nonobstant le fait que nous avons postulé que la fécondité avait commencé à descendre d'un niveau supérieur dans le nord de l'Inde à ce qu'il était dans le sud (un écart de 0,5 naissance dans σ a été postulé et, toutes choses étant égales par ailleurs, plus élevée est la valeur postulée de σ , plus faible est l'estimation de b). La fécondité plus faible dans le sud de l'Inde est imputable pour l'essentiel à des valeurs inférieures de a , ce qui implique un abaissement antérieur de la fécondité. Pour aider à comprendre ce résultat, le tableau 2 montre l'année où la FC était à 90 % du maximum. Selon le modèle ajusté, si ce niveau avait été atteint avant les années 60 dans les États du sud de l'Inde, il n'a été atteint que pendant les années 70 dans les grands États du nord de l'Inde que sont le Bihar, le Madhya Pradesh, le Rajasthan et l'Uttar Pradesh. Une mise en garde s'impose ici : le modèle de Gompertz ne prévoit pas l'éventualité d'une certaine augmentation de la fécondité avant les années 70 du fait de la baisse de la mortalité. Néanmoins, les schémas de la baisse de fécondité des années postérieures à 1970 tendent à indiquer que la fécondité est actuellement inférieure dans le sud de l'Inde parce que la baisse y a commencé plus tôt et, peut-être, à partir d'un niveau plus faible que dans le nord de l'Inde.

CAUSES DE LA BAISSÉ DE FÉCONDITÉ

Dans les travaux démographiques publiés, l'élévation du niveau d'instruction, en particulier celui des femmes, est souvent considéré comme le principal facteur de baisse de la fécondité (voir Diamond *et al.*, 1999 pour une analyse récente). Dans le cas de transition indienne de la fécondité également, le rôle primordial de l'instruction des femmes, dans les années récentes, a été défendu avec force par Dreze et Murthi (2001). Mais dans une étude récente, j'ai fait valoir que la fécondité baisse en Inde surtout parce qu'elle baisse parmi les femmes illettrées, et cela se produit en raison de la diffusion d'une nouvelle idée en matière de procréation, celle de n'avoir que quelques enfants, mais d'investir davantage dans leur avenir (Bhat, 2002b). On a pu soutenir que la baisse de fécondité non seulement distance la transition en matière d'éducation, mais aussi y contribue. Par le biais d'une décomposition du changement des écarts de fécondité en fonction du niveau d'instruction, on a montré que plus de la moitié de la récente baisse de la fécondité est due à sa baisse parmi les femmes illettrées (voir tableau 3). L'élévation du niveau d'instruction des femmes n'a représenté que 20 % du changement global. La contribution de ce facteur à l'augmentation de l'utilisation de la contraception est estimée être encore inférieure, de l'ordre de 10 ou 15 % seulement (voir tableau 4). On a également montré que lorsqu'elles acceptent la contraception, les femmes illettrées sacrifient la quantité à la qualité. On a constaté qu'elles envoient un plus grand nombre de leurs enfants à l'école, en particulier leur fille aînée, qui est peut-être ainsi libérée du fardeau d'avoir à s'occuper de ses jeunes frères et sœurs. On a pu se rendre compte qu'il y a environ 50 % de chances supplémentaires que ces femmes envoient leurs enfants à l'école si elles utilisent la contraception.

Ainsi, dans l'éventualité que les niveaux de fécondité puissent avoir un impact important sur le niveau d'instruction des enfants, une simple macroanalyse de la corrélation entre l'instruction des femmes et la fécondité pourrait-elle prêter à confusion. Avant d'affirmer la prééminence de l'instruction des femmes, il y aurait lieu de préciser dans

Tableau 3
Décomposition du changement de fécondité cumulée 1981 et 1991 selon le niveau d'instruction des femmes, Inde

Niveau d'instruction des femmes	Recensement de 1981 ^a		Recensement de 1991 ^a		Baisse de la FC dans la classe	
	FC	Pourcentage de femmes	FC	Pourcentage de femmes	Quantité	Pourcentage du total
Illettrées	4,8	75,1	4,3	67,3	0,5	48,9
Inférieur au collège	4,3	14,4	3,3	15,5	0,9	20,0
Collège	3,6	5,0	2,8	7,8	0,8	7,4
Admission à l'université	2,6	4,3	2,2	7,1	0,4	3,5
Diplômes universitaires	1,8	1,1	1,7	2,4	0,1	0,2
Ensemble des femmes	4,7	100,0	3,9	100,0	0,8	80,0
Contribution des femmes illettrées au changement de fécondité =						49 %
Contribution des femmes instruites au changement de fécondité = 20,0+7,4+3,5+0,2 =						31 %
Contribution au changement de la structure de la population féminine du point de vue du niveau d'instruction = 100,0-80,0 =						20 %

^a Les FC se rapportent à la période d'un an précédant le recensement.

quelle mesure la corrélation s'explique par l'effet du niveau d'instruction de la mère sur sa fécondité et dans quelle mesure elle découle de l'effet de la fécondité de la mère sur la scolarisation de l'enfant. Après y avoir beaucoup réfléchi, je pense que, durant la première phase de la transition, le premier effet domine tandis que le second effet prend le relais dans les dernières phases de la transition, lorsque les femmes illettrées commencent à accepter la contraception en grands nombres.

Il est possible que l'élévation des aspirations au bien-être matériel incite les couples, en matière de procréation, à subordonner la quantité à la qualité. Le choix de cette démarche est probablement facilité par la plus grande accessibilité de la contraception et un contact renforcé avec les médias. Au sujet de ce contact, chaque fois qu'il a été inclus dans l'analyse de la fécondité ou l'utilisation de la contraception (tout le monde ne le fait pas!), on a pu montrer qu'il exerçait des effets indépendants très prononcés (Bhat, 1996; Ramesh *et al.*, 1996).

Tableau 4
Utilisation de la contraception selon le niveau d'instruction des femmes, structure de la population féminine selon le niveau d'instruction et décomposition de l'augmentation de la pratique de la contraception enregistrée par trois enquêtes nationales, Inde, 1970 à 1999

Niveau d'instruction des femmes	Pourcentage utilisant la contraception			Pourcentage de femmes dans la classe			Pourcentage de la contribution	
	Enquête ^a 1970	NFHS-1 1992-1993	NFHS-2 1998-1999	Enquête ^a 1970	NFHS-1 1992-1993	NFHS-2 1998-1999	1970-1993	1993-1999
Illettrées	10,0	33,9	42,9	79,3	62,6	57,4	62,9	71,0
Inférieur au collège	20,7	50,4	55,5	10,9	18,3	19,4	16,1	12,6
Collège	33,5	50,8	52,2	9,0	7,4	8,5	5,2	1,5
Université	56,2	54,7	57,0	0,8	11,7	14,7	-0,3	4,0
Ensemble des femmes	13,6	40,6	48,2	100,0	100,0	100,0	83,9	89,0
Contribution des femmes illettrées au changement de fécondité =							63	71
Contribution des femmes instruites au changement de fécondité =							21	18
Contribution au changement de la structure de la population féminine du point de vue du niveau d'instruction =							16	11

Source: Operations Research Group (1971); International Institute for Population Sciences (1995); International Institute for Population Sciences & ORC Macro (2000).

^a Cette enquête utilisant des catégories d'enseignement légèrement différentes, les comparaisons indiquées avec la NFHS ne sont que des approximations.

PROBABILITÉ D'UNE FÉCONDITÉ DÉFICITAIRE

Selon le SEZE, en 1998, deux grands États de l'Inde au moins avaient une fécondité déficitaire: le Kerala (1,8) et le Tamil Nadu (2,0). Les récents résultats de la NFHS tendent à indiquer que le SEZE a dans une certaine mesure sous-estimé la fécondité de ces États (Retherford et Mishra, 2001), encore que ma propre analyse pour la période 1981-1991 ne l'indique pas (Bhat, 2002a). Quelle que soit la vérité à cet égard, il se pourrait fort bien que la FC du moment descende en dessous du seuil de remplacement dans beaucoup d'États, même si la taille de la famille désirée n'est encore tombée nulle part en-dessous de deux enfants. La raison en est que l'âge des femmes au premier mariage en Inde est encore inférieur à 20 ans (IIPS et ORC Macro, 2000). Il ne faut pas s'attendre à ce qu'il reste à un niveau aussi bas. En raison de l'effet de calendrier, à mesure que l'âge au mariage recule, les taux de fécondité du moment baisseraient même si la fécondité des cohortes demeurait inchangée. Les projections de population étant généralement fondées sur les FC du moment, on aurait raison de postuler la prévalence d'une fécondité déficitaire pendant quelque temps. Mais la fécondité du moment remontera-t-elle une fois que l'effet de calendrier aura cessé? Deux réflexions viennent à l'esprit dans ce contexte. En premier lieu, beaucoup de régions de l'Inde connaissent des baisses importantes de la fécondité sans augmentation concomitante de la participation des femmes au marché du travail. Par exemple, dans l'Inde urbaine, la FC est proche du seuil de remplacement, mais moins d'un tiers des femmes ont un emploi rémunéré. La fin de l'accroissement de la population d'âge actif (qui devrait intervenir dans 20 ou 25 ans) devrait pouvoir donner aux femmes l'occasion de se présenter sur le marché du travail, ce qui pourrait réduire encore la taille de la famille désirée et, partant, la fécondité des cohortes. En second lieu, avec plus d'un milliard d'habitants, l'Inde se considère déjà surpeuplée; avant d'arriver à 1, le TNR devrait encore grossir cette population de 300 ou 400 millions d'individus supplémentaires. Le taux d'accroissement de la population étant nettement au-dessus de 1 à l'heure actuelle, l'Inde pourrait encore considérer son immense population comme un handicap. Considérant la fécondité déficitaire comme une vertu, elle pourrait continuer à promouvoir ses programmes de planification familiale visant à réduire l'effectif de la population, en particulier dans les régions densément peuplées du nord. Il semble donc que l'on ait des raisons plausibles de penser que la fécondité déficitaire sera un scénario à long terme pour l'Inde.

PROJECTION DE LA FÉCONDITÉ CUMULÉE

Lorsque l'on établit des projections concernant l'Inde, il est bon de garder à l'esprit ce qui suit: i) il faudrait corriger la fécondité de la période de référence pour tenir compte du sous-enregistrement des naissances dans le cadre du SEZE; ii) au lieu d'utiliser des projections linéaires ou log-linéaires, il faudrait établir les projections de FC à l'aide d'une courbe en S telle que la courbe de Gompertz; et iii) du fait de la vaste hétérogénéité régionale, les FC pour l'ensemble de l'Inde devraient être déduites sous la forme de moyennes pondérées d'hypothèses par État. Le tableau 5 présente un exemple de projection des FC pour l'Inde et les principaux États jusqu'en 2051.

Premièrement, les FC corrigées pour 1997 sont obtenues comme suit: Les FC tirées du SEZE pour 1984-1990 sont corrigées à l'aide de la moyenne du sous-enregistrement des naissances découlant de l'analyse de la NFHS pour 1978-92 et de ma propre analyse pour 1981-1991. En supposant correcte la tendance de la FC découlant des FC tirées des recensements correspondant aux périodes 1984-1990 et 1994-2000 (voir tableau 1), la FC du SEZE ajustée pour 1984-1990 est reportée à la période 1994-1990, c'est-à-dire vers 1997. Dans le cas de l'ensemble de l'Inde, la FC corrigée est 3,4 au lieu de la valeur de 3,2 estimée par le SEZE.

Tableau 5
Valeurs projetées de la fécondité cumulée à l'aide de la courbe de Gompertz, Inde et principaux États

États	FC ajustées 1997	Paramètre <i>b</i>	FC prévue										
			1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	2021-2025	2026-2030	2031-2035	2036-2040	2041-2045	2046-2050
Andhra Pradesh	2,39	1,071	2,30	1,94	1,76	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Assam	3,66	1,055	3,56	3,05	2,58	2,20	1,93	1,78	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70
Bihar	4,89	1,049 ^a	4,81	4,40	3,95	3,49	3,03	2,62	2,26	2,00	1,83	1,75	1,71
Gujerat	3,00	1,053	2,91	2,48	2,13	1,90	1,77	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Haryana	3,63	1,062	3,51	2,94	2,44	2,06	1,83	1,73	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Himachal Pradesh	2,26	1,061	2,19	1,91	1,76	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Karnataka	2,63	1,045	2,56	2,24	2,00	1,85	1,76	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Kerala	1,93	1,108	1,87	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Madhya Pradesh	3,96	1,055	3,85	3,33	2,84	2,40	2,07	1,86	1,75	1,71	1,70	1,70	1,70
Maharashtra	2,92	1,046	2,84	2,47	2,17	1,95	1,81	1,74	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70
Orissa	3,02	1,066	2,91	2,38	2,01	1,80	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Pendjab	2,73	1,046	2,66	2,32	2,05	1,87	1,77	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Rajasthan	4,41	1,079	4,27	3,54	2,83	2,24	1,88	1,73	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Tamil Nadu	2,03	1,077	1,97	1,76	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Uttar Pradesh	4,83	1,049	4,75	4,33	3,88	3,42	2,96	2,55	2,22	1,97	1,81	1,74	1,71
Bengale-Occidental	2,78	1,058	2,68	2,26	1,96	1,79	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Inde, non pondérée	3,49	1,054	3,39	2,89	2,46	2,11	1,88	1,76	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70
Inde, pondérée/États	3,51		3,42	3,01	2,65	2,36	2,14	1,97	1,86	1,78	1,73	1,71	1,70
Changement en % implicite			2,50	12,09	11,81	10,98	9,54	7,70	5,84	4,14	2,60	1,34	0,52
Inde, avec a=1,7	3,49		3,40	2,99	2,64	2,35	2,12	1,96	1,84	1,77	1,72	1,70	1,69
Inde, avec a=1,8	3,49		3,40	2,99	2,65	2,37	2,16	2,01	1,91	1,84	1,79	1,79	1,79

^a Présumé être identique à celui de l'Uttar Pradesh.

Avec la valeur corrigée des FC pour 1997 et les valeurs estimées du paramètre *b* pour 1982-1998 (voir tableau 2), on établit la projection des FC par intervalles d'une seule année à l'aide du modèle de Gompertz¹ :

$$TFR_t = \alpha + \sigma a^{b^t}, \text{ avec } t = 0 \text{ en } 1997, \text{ et}$$

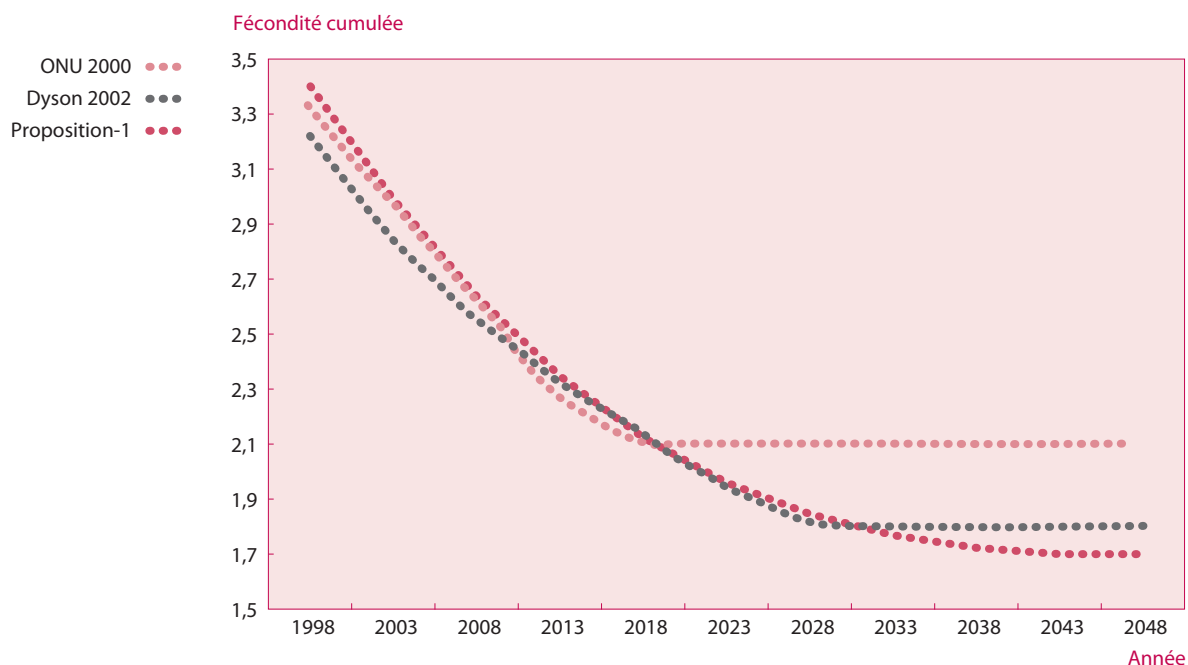
$$a = \frac{TFR_0 - \alpha}{\sigma}, \text{ où } TFR_0 \text{ est la FC ajustée pour } 1997$$

Pour tous les États, on a postulé que la limite inférieure de la FC (α) est 1,7, selon l'estimation effectuée antérieurement à l'aide de la forme différentielle de la courbe, et σ tournait autour de 5,3, comme indiqué au tableau 2.

Le tableau 5 montre deux estimations pour l'ensemble de l'Inde: l'une utilise l'estimation *b* effectuée pour 1982-1998 (Inde, non pondérée) et l'autre est dérivée des moyennes pondérées des estimations des FC par État (Inde, $\alpha = 1,7$). Selon la première estimation, l'Inde atteindra le seuil de remplacement entre 2011 et 2016. Mais ce moment, fondé sur des moyennes pondérées, pourrait être retardé d'au moins cinq ans du fait de l'hétérogénéité spatiale. La figure 3 compare la trajectoire de la FC telle qu'elle est proposée ici (avec $\alpha = 1,7$) pour l'ensemble de l'Inde avec celle postulée par les projections de l'ONU (Organisation des Nations Unies, 2001) et celle de Dyson (2002). Les estimations de la FC proposées ici sont supérieures à celles de l'ONU et de Dyson jusqu'en 2015, mais inférieures pour les périodes ultérieures.

¹ Pour le Bihar, on a présumé que la valeur estimée de *b* pour l'Uttar Pradesh (1,049) devait s'appliquer au lieu de sa propre valeur (1,074) car cette dernière a été considérée comme ayant pu être affectée par des erreurs de données.

Figure 3
 Comparaison des trajectoires de la FC postulées dans les projections établies par l'Organisation des Nations Unies et Tim Dyson avec la trajectoire proposée ici.



On peut également relever certains résultats importants par État. Si le rythme actuel de la baisse de fécondité devait se poursuivre, en 2005, l'Andhra Pradesh et l'Himachal Pradesh auront rejoint le Kerala et le Tamil Nadu en atteignant à leur tour la FC de remplacement. Six autres États—le Karnataka, le Bengale-Occidental, l'Orissa, le Pendjab, le Gujerat et le Maharashtra—auront fait de même en 2010. Ce devrait être le tour de quatre autres États, l'Haryana, l'Assam, le Madhya Pradesh et le Rajasthan en 2020. Mais les deux États les plus peuplés, l'Uttar Pradesh et le Bihar, ne devraient pas atteindre le seuil de remplacement avant 2030. On voit que, pour que l'Inde ait atteint ce seuil en 2016-2020, il faut absolument que certains États précurseurs ait une fécondité inférieure à ce seuil. Mais pour que cela se produise, est-il essentiel que la FC tombe à 1,7 dans chaque État? Le tableau 5 présente également, pour l'ensemble de l'Inde, des estimations de la FC (pondérée en fonction des États) obtenue en postulant une limite inférieure de 1,8 au lieu de 1,7. Comme on le voit, cela ne change pratiquement rien au niveau de l'ensemble de l'Inde jusqu'en 2020. Les deux ensembles de valeurs tendent à indiquer que la FC aura atteint le seuil de remplacement en 2016-2020. Une différence minime de limite inférieure n'a pas d'incidence significative sur notre résultat, selon lequel la fécondité devrait avoir atteint le seuil de remplacement en Inde en 2016-2020.

APPENDICE

Modèle de Gompertz

D'après ce modèle, la fécondité cumulée (FC) est d'abord rééchelonnée pour varier entre 0 et 1, en appliquant la transformation suivante:

$$(1) \quad y = \frac{TFR - \alpha}{\sigma}, \quad 0 < y < 1$$

où α est la limite inférieure de la FC et σ est l'écart entre les asymptotes inférieure et supérieure de la FC.

La variable transformée y est présumée baisser en fonction du temps (t) selon la courbe de Gompertz:

$$(2) \quad y = a b^t, \quad 0 < a < 1 \quad y > 1$$

où le paramètre a est la valeur de y au temps $t = 0$ (exprimant ainsi le décalage de la baisse de fécondité) et b est le paramètre qui mesure la vitesse de la baisse.

En différenciant l'équation (2) en fonction du temps, nous obtenons:

$$(3) \quad \frac{\partial y}{\partial t} = \frac{1}{\sigma} \frac{\partial TFR}{\partial t} = \ln b \cdot y \ln y$$

À partir des équations (1) et (3), nous obtenons:

$$(4) \quad \frac{\partial TFR}{\partial t} = \ln b (TFR - \alpha) \ln \left(\frac{TFR - \alpha}{\sigma} \right) = -\ln b \ln \sigma (TFR - \alpha) + \ln b (TFR - \alpha) \ln (TFR - \alpha)$$

À partir de l'équation (4), les paramètres du modèle b , σ et α peuvent être estimés par régression linéaire, en appliquant une méthode de recherche par itération de α : on postule une valeur de α et on calcule par régression les changements de la FC en se fondant sur $TFR - \alpha$, le produit de $TFR - \alpha$ et le logarithme de $TFR - \alpha$. La régression est effectuée sans le terme de la coordonnée à l'origine et on calcule sa somme des carrés des résidus (SCR). La valeur d'essai de α est augmentée ou diminuée jusqu'à ce que la SCR de la régression soit minimale (ou R^2 maximal). Si C_1 et C_2 sont, respectivement, les coefficients estimés du premier terme et du produit de l'équation (4),

$$b = \exp(C_2); \quad \sigma = \exp \left(\frac{-C_1}{C_2} \right)$$

On a essayé d'ajuster le modèle de Gompertz sous cette forme en utilisant les estimations des FC des États dérivées des données des NFHS et des recensements pour les années 80 et les années 90 (voir tableau 1). On a procédé à la régression à partir des données des deux sources en se fondant sur le changement annuel moyen de la FC de 16 grands États. Toutefois, on n'a pas pris en considération les informations tirées de la NFHS concernant l'Assam car la baisse indiquée de fécondité ne paraissait pas plausible. La régression a donné l'ajustement suivant:

$$TFR = \underset{(19,3)}{-0,0892} (TFR - 1,7) + \underset{(11,65)}{0,5344} (TFR - 1,7) \ln (TFR - 1,7) \quad R^2 = 0,371; \quad N = 31; \\ SCR = 0,0114$$

où les chiffres entre parenthèses sont les t -ratios des coefficients de régression respectifs. Les coefficients estimés indiquent la valeur de $b = 1,055$ et de $\sigma = 5,31$. L'estimation de a a été obtenue par approximations successives: lorsque la limite inférieure était supposée être 1,8, le R^2 de la régression était de 0,352 et lorsqu'elle était supposée être 1,6, le R^2 était 0,367. Ainsi, selon le modèle de Gompertz ajusté, la FC a une limite inférieure de 1,7 et une limite supérieure de 7 (= 1,7 + 5,3). On relève également que la courbe ajustée a un point d'inflexion à 3,7 (= 1,7 + 0,37'5,3).

Lorsque l'on dispose d'estimations annuelles de la FC, comme celles dérivées du Système d'enregistrement dans des zones échantillons dans le cas indien, on peut ajuster le modèle à l'aide de sa version bilogarithmique [équation (2)]:

$$(5) \quad \ln \left(-\ln \left(\frac{TFR - \alpha}{\sigma} \right) \right) = \ln(-\ln a) + \ln b \cdot t$$

Pour ajuster le modèle à l'aide de l'équation (5), il est nécessaire de postuler une valeur pour α et σ . Dans l'analyse par État effectuée à l'aide des données du SEZE indiquées ici, on a pris pour hypothèse, pour chaque État, une valeur de $a = 1,7$ selon les estimations tirées des données de recensement et de la NFHS pour les années 90 en utilisant la forme différentielle du modèle. Mais on a fait varier légèrement la valeur de σ autour de la valeur estimée de 5,3 car on a des raisons de penser que le niveau de fécondité antérieur à la transition a pu être un peu plus élevé dans le nord de l'Inde que dans le sud (voir Bhat, 2000; Guilmoto et Rajan, 2001). Par ailleurs, comme il semble bien que le degré de complétude du SEZE ait évolué avec le temps (Bhat, 2002a), on a inclus dans le modèle deux variables temporelles fictives de façon à réduire au minimum l'effet du changement de complétude sur les estimations des paramètres:

$$(6) \quad \ln \left(-\ln \left(\frac{TFR - \alpha}{\sigma} \right) \right) = \ln(-\ln a) + \ln b t + c_1 D_1 + c_2 D_2$$

où D_1 et D_2 sont fixés à 1 pour les périodes 1971-1981 et 1982-1993, respectivement. Ainsi, les coefficients c_1 et c_2 mesurent-ils respectivement la complétude des naissances pour ces périodes par rapport au niveau d'après 1993. Ces périodes sont choisies compte tenu du remplacement des unités d'échantillonnage du SEZE concernées en 1982 et 1994. Si la complétude de l'enregistrement des naissances par le SEZE s'était améliorée, les coefficients c_1 et c_2 seraient nettement inférieurs à zéro et $c_2 > c_1$. On peut obtenir le niveau moyen de complétude des naissances pour une période donnée par rapport à celui de la période de référence (en l'occurrence, 1994-1998) en comparant les FC prévues à partir de l'équation (6) avec ou sans le terme de la variable fictive correspondante. On analyse dans le corps du texte les résultats de l'ajustement du modèle à l'aide des estimations annuelles de la FC tirées du SEZE.

Modèle logit

Dans le modèle logit, nous prenons pour hypothèse:

$$(7) \quad y = \frac{TFR - \alpha}{\sigma} = \frac{ae^{bt}}{1 + ae^{bt}}, \quad b < 0$$

où le paramètre de décalage a est la valeur de $y/(1-y)$ au temps $t = 0$, et b représente la vitesse de baisse de la fécondité.

En différenciant l'équation (7) en fonction du temps (t), nous obtenons:

$$(8) \quad \frac{\partial y}{\partial t} = \frac{1}{\sigma} \frac{\partial TFR}{\partial t} = b y(1 - y)$$

À partir des équations (1) et (8), nous obtenons:

$$(9) \quad \frac{\partial TFR}{\partial t} = b(TFR - \alpha) - \frac{b}{\sigma} (TFR - \alpha)^2 = -\frac{b}{\sigma} TFR^2 + \frac{b}{\sigma} (\sigma + 2\alpha) TFR - \frac{b}{\sigma} (\sigma\alpha + \alpha^2)$$

Comme l'indique l'équation (9), on peut estimer les paramètres du modèle b , σ et a en calculant par régression les changements de la FC pendant une période donnée en se fondant sur la FC et la FC^2 . Si C_0 est la coordonnée à l'origine et C_1 et C_2 sont, respectivement, les coefficients estimés de la FC et de la FC^2 , l'équation (9) nous permet d'obtenir:

$$b = -\sqrt{C_1^2 - 4C_0C_2}; \quad \alpha = \frac{-C_1 + b}{2C_2}; \quad \sigma = \frac{-b}{C_2}$$

Le modèle a été ajusté aux mêmes données que celles auxquelles nous avons antérieurement appliqué le modèle de Gompertz. On obtient le résultat suivant :

$$\text{TFR} = 0,1169 - 0,1162 \text{TFR} + 0,0152 \text{TFR}^2 \quad R^2 = 0,340; \quad N = 31$$

(3,80) (3,79) SCR = 0,0120

Il découle des coefficients de régression estimés que $\alpha = 1,19$, $\sigma = 5,28$ et $b = -0,080$. Le point d'inflexion est estimé à 3,8 (= 1,2 + 0,5 x 5,3). On voit que la limite inférieure de la FC indiquée par le modèle logit (1,2) est nettement inférieure à celle qu'indique le modèle de Gompertz (1,7).

BIBLIOGRAPHIE

- Bhat, P. N. Mari (1996). Contours of fertility decline in India: A district level study based on the 1991 Census. In *Population Policy and Reproductive Health*, K. Srinivasan (dir.). New Delhi: Hindustan Publishing Corporation.
- (2002a). Completeness of India's Sample Registration System: An assessment through general growth balance method. *Population Studies*, vol. 56, n° 2 (à paraître).
- (2002b). Returning a favour: Reciprocity between female education and fertility. *World Development* (à paraître).
- Diamond, I., M. Newby et S. Varle (1999). Female education and fertility: examining the links. In *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, C.H. Bledsoe, J. B. Casterline, J. A. Johnson-Kuhn et J. G. Haaga (dir.). Washington, DC: National Academy Press.
- Dreze, Jean et Mamta Murthi (2001). Fertility, education and development: Evidence from India. *Population and Development Review*, vol. 27, p. 33-63.
- Dyson, Tim (2002). India's population - the future. Communication présentée à l'atelier intitulé «India's Future: Population, Environment and Human Development». New Delhi, 14-15 janvier.
- Guilmoto, Christophe, Z. et S. Irudaya Rajan (2001). Spatial patterns of fertility transition in Indian districts. *Population and Development Review*, vol. 27, n° 1, p. 713-738.
- Institut international des sciences de la population (IIPS) [1995]. *National Family Health Survey, 1992-1993 (MCH and Family Planning)*. Mumbai: IIPS.
- et ORC Macro (2000). *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-1999: India*. Mumbai: IIPS.
- Operations Research Group (1971). *Family Planning Practices in India*. Baroda: ORG.
- Organisation des Nations Unies (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. I: *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.8).
- Ramesh, B. M., S. C. Gulati et Robert D. Retherford (1996). Contraceptive Use in India, 1992-1993. *National Family Health Survey Subject Reports No. 2*. Mumbai: Institut international des sciences de la population.
- Retherford, Robert D. et Vinod Mishra (2001). An Evaluation of Recent Estimates of Fertility Trends in India. *National Family Health Survey Subject Reports No. 19*. Mumbai: Institut international des sciences de la population.
- Srinivasan, K. (1998). Population policies and programmes since independence: A saga of great expectations and poor performance. *Demography India*, vol. 27, n° 1, p. 1-22.

L'avenir de la fécondité humaine en Inde

Tim Dyson*

*Le problème avec notre époque,
c'est que l'avenir
n'est plus ce qu'il était*

PAUL VALÉRY

*C'est un beau métier que celui de prophète,
mais c'est un métier plein de risques*

MARK TWAIN

La présente étude traite de la question de la tendance et du niveau de la fécondité en Inde pendant les décennies à venir. Elle prend pour point de départ : i) la nécessité d'établir des projections de population qui soient aussi précises que possible; et ii) le fait que les pays dont la fécondité se situe aux alentours ou en dessous du seuil de remplacement regroupent actuellement plus de 40 % de la population mondiale. Étant donné que l'Inde rassemble un sixième de l'humanité, la question de l'avenir de sa population est manifestement du plus haut intérêt. Et celle de savoir ce qu'il adviendra de la fécondité cumulée (FC) du pays est cruciale, car la FC sera indubitablement la variable la plus importante qui déterminera de combien les effectifs de la population grossiront.

Cette étude comporte six parties. Dans la première, je présente une explication du phénomène de la fécondité déficitaire. Dans la deuxième, j'analyse brièvement les processus de formulation des hypothèses sur lesquelles fonder des projections de population. Dans la troisième, je passe en revue certaines projections de population antérieures concernant l'Inde — compte tenu particulièrement de leurs hypothèses de fécondité, ce qui m'amène à émettre certaines hypothèses et idées de mon cru en matière de fécondité. Dans la quatrième, je présente quelques observations supplémentaires sur la nature de la baisse future de la fécondité en Inde. Dans la cinquième, je traite le thème de la variation régionale de la fécondité, ce qui me conduit, entre autres, à aborder la question de savoir jusqu'où pourra tomber la fécondité totale. À ce propos, je suis d'avis qu'il existe des aspects socio-structuraux profondément ancrés qui influenceront probablement à moyen terme sur la variation régionale de la fécondité. La sixième et dernière partie de cette étude au caractère décidément spéculatif récapitule et conclut.

EXPLICATION DE LA FÉCONDITÉ DÉFICITAIRE

Avant d'examiner le cas concret de l'Inde, il n'est pas inutile d'évoquer deux questions apparentées, mais distinctes. Pourquoi la fécondité baisse-t-elle dans le monde en développement? Et pourquoi certains pays ont-ils à présent une fécondité déficitaire?

La réponse à la première question est la baisse de la mortalité. La force *lointaine* qui, opérant à ce que j'ai appelé ailleurs le niveau « super-macrosociologique », a *en dernier res-*

* Department of Population Studies, London School of Economics (Royaume-Uni).

sort été responsable de toutes les baisses de fécondité depuis la fin du XVIII^e siècle persiste et signe en faisant baisser massivement la mortalité (Dyson, 2001a, p. 69-72). Face à une baisse majeure du taux de mortalité, aucune société ne peut conserver une FC de cinq ou six naissances pendant plus de quelques décennies. Étant donné que la baisse durable de la mortalité fait entrer dans l'âge actif des cohortes de plus en plus nombreuses, elle fait baisser les salaires relatifs. Les cohortes de jeunes finissent par devoir choisir entre une diminution (ou un taux d'amélioration sensiblement réduit) de leur niveau de vie et la limitation des naissances (Macunovich, 2000). Lorsque les individus limitent leur fécondité, ils justifient le plus souvent leur décision au moyen d'explications immédiates (du genre: « nous ne pouvons pas nous permettre d'avoir beaucoup d'enfants »). En d'autres termes, ils n'ont pas conscience que la baisse de la mortalité est la cause première de leur changement de comportement. Bien des facteurs — sociaux, culturels, économiques — influencent *le moment* et *la vitesse* de cette baisse de la fécondité selon les populations concernées. Mais la force causale lointaine à l'origine de toutes les transitions en matière de fécondité est la baisse de la mortalité. C'est aussi vrai pour le monde en développement d'aujourd'hui que cela l'a été pour l'Europe du passé. Mais parce qu'ils ont profité de ce que l'on appelle parfois un « effet de développement tardif », les pays en développement tendent à être le théâtre de changements *plus rapides* que cela a été le cas pour l'Europe.

La réponse à la seconde question est que, du fait de la baisse de la mortalité et, plus encore, de la baisse de la fécondité, *les femmes en sont venues à ressembler aux hommes* (Dyson, 2001a, p. 82-83). Dans toutes les sociétés, non seulement les femmes mettent les enfants au monde, mais ce sont elles qui leur prodiguent le plus de soins. Il s'ensuit que dans les situations marquées par une fécondité élevée, elles sont généralement cantonnées dans la sphère domestique. Dans les sociétés à fécondité élevée, l'existence relativement courte des femmes était — et, dans certains endroits, est encore — dominée par les responsabilités de la maternité et des soins aux enfants. Mais tel n'est pas le cas dans les endroits où la fécondité est faible et l'espérance de vie à la naissance (EVN) élevée.

Ainsi que Davis et van den Oever (1982) l'ont avancé dans un article fondateur, une forme d'adaptation socio-structurale majeure à une situation de faible fécondité persistante est *un affaiblissement de l'institution du mariage*. Pour les femmes surtout, mais aussi pour les hommes, le mariage au sens d'un engagement officiel pour la vie d'avoir et d'élever des enfants perd une grande partie de son importance. Dans ces conditions, les femmes ont plus de temps — et, en partie parce qu'elles vivent plus longtemps, sont plus motivées — pour avoir une vie en dehors de la sphère domestique. Il s'ensuit que, surtout dans les pays les plus développés (comme l'Europe, l'Amérique du Nord et le Japon), les niveaux de différenciation entre les sexes ont généralement diminué. Et les mesures allant dans le sens de l'égalité des sexes vont généralement plus loin dans les pays à faible fécondité. En Europe et en Amérique du Nord, par exemple, les dernières décennies ont vu les femmes commencer à ressembler aux hommes en ce qui concerne les niveaux d'instruction, la structure de l'emploi, l'apparence, voire leurs noms (Dyson, 2001a, p. 73).

Ces réductions de la différenciation entre les sexes ont été *asymétriques*, c'est-à-dire que ce sont les femmes qui se sont mises à ressembler aux hommes, non l'inverse (voir, par exemple, Lieberman, Dumais et Baumann, 2000, p. 1285). Je précise bien qu'il ne s'agit *pas* pour moi de dire que les femmes sont devenues *identiques* aux hommes (des différences subsistent, heureusement, et, bien entendu, une majorité de femmes se marient encore et ont encore des enfants à un moment ou à un autre). Et toutes les inégalités entre les sexes n'ont pas non plus disparu. Néanmoins, c'est ce fait fondamental — c'est-à-dire que les femmes ressemblent de plus en plus aux hommes — qui explique pourquoi, pour une proportion de plus en plus importante de femmes vivant dans les pays démographiquement les plus avancés, le fait de se marier et d'avoir des enfants n'est plus aussi important qu'il l'a été. Je ne vois aucune raison pour laquelle, placées dans une situation de faible fécondité (et de faible mortalité) et sachant ce qui se passe dans des endroits comme l'Europe, les femmes des autres parties du monde ne finiraient pas par emprunter plus ou moins la même voie.

Assurément, il existe de solides raisons de penser que cette évolution est déjà en marche en Inde. Voilà plusieurs décennies que la baisse de la fécondité a démarré. Et c'est ce phénomène qui, plus que tout autre, est en train d'ouvrir aux jeunes femmes des perspectives d'études et d'emploi complètement nouvelles. Dans l'ensemble de la population, la part des femmes dans l'emploi agricole a augmenté, de même que leur salaire moyen. On a également enregistré une réduction des différences de salaires entre les hommes et les femmes. En fait, en milieu rural, beaucoup de jeunes hommes ne veulent tout simplement pas travailler dans l'agriculture. En revanche, les jeunes femmes sont souvent plus motivées. Ces processus contribuent à faire reculer la préférence traditionnelle pour la naissance d'un garçon. Il s'ensuit que, comme Bhanwar Rishyasringa (2000, p. 441-442) l'a indiqué à juste titre, des changements économiques se produisent actuellement dans le pays dans le sens d'un renforcement des moyens d'action des femmes face aux hommes. En outre, l'instruction et les médias stimulent les aspirations des femmes. On s'aperçoit de plus en plus que les jeunes femmes peuvent vivre une vie largement indépendante de celle des hommes. Certes, cette évolution s'observe surtout parmi les couches favorisées de la société urbaine indienne—où beaucoup de jeunes femmes instruites ne voient pas de raison particulière de se marier et où, avec la montée de l'individualisme, l'incidence du divorce est presque à coup sûr en augmentation. Au sein de l'élite urbaine de plus en plus nombreuse, un seul enfant suffit à beaucoup de couples—même si c'est une fille.

Ainsi, la fécondité déficitaire découle-t-elle du processus de baisse de la fécondité lui-même. Les femmes commencent à ressembler aux hommes. Le mariage et la procréation perdent de leur importance. À long terme, la seule chose qui pourrait inverser ces tendances dans le monde est une sorte de renégociation fondamentale des rôles dévolus aux deux sexes—renégociation dans le cadre de laquelle (pour simplifier) les hommes pourraient devoir ressembler un peu aux femmes (s'agissant des responsabilités vis-à-vis des enfants, par exemple). Là où je veux en venir, c'est à ceci : à défaut d'une telle renégociation, la fécondité déficitaire finira par devenir une réalité à peu près partout, y compris en Inde.

HYPOTHÈSES CONCERNANT LA FÉCONDITÉ AUX FINS DES PROJECTIONS DE POPULATION ET INFLUENCE DE L'« INSTINCT GRÉGAIRE »

Comme je l'ai indiqué plus haut, le propos de la présente étude est notamment la nécessité d'établir des projections de population aussi précises que possible. Et lorsque l'on envisage l'avenir de la fécondité en Inde, on ne peut éluder la question de l'importance numérique de la FC à tel ou tel moment. En d'autres termes, on ne peut pas se contenter de raisonner dans l'abstrait ; il faut bien, à un moment donné, parler « chiffres ». De plus, et précisément parce que la brève analyse théorique qui précède s'est achevée sur l'affirmation péremptoire selon laquelle la fécondité déficitaire pourrait bien être un jour un trait universel de la société humaine, il semble indiqué de fournir quelques précisions invitant à la circonspection.

Il importe en particulier de ne pas perdre de vue que la plupart des spécialistes des sciences sociales suivent plus ou moins le « troupeau ». Et il y a généralement une opinion dominante parmi la communauté démographique sur ce qu'il en est des tendances de la fécondité. C'est ainsi qu'il y a 25 ans, beaucoup de démographes cherchaient à comprendre pourquoi les niveaux de fécondité dans les pays en développement étaient si élevés. On relevait donc parfois une prédisposition à douter des faits attestant une baisse de fécondité. En 1979 encore, une revue démographique renommée a montré la voie en publiant un article (Cavanaugh, 1979) dont le titre demandait sur le mode sceptique : « [L]a fécondité baisse-t-elle dans les pays moins développés ? » À mon sens, Nicholas Eberstadt n'avait donc pas tort quand il affirmait, à peu près à cette époque-là, que beaucoup de pays en développement connaissaient des baisses de fécondité alors que les démographes continuaient de se demander si des baisses mêmes à leurs débuts se manifesteraient avant 15 ou 25 ans (Eberstadt, 1981).

Aujourd'hui, il faut au moins avoir conscience de ce qui pourrait bien être un retour du balancier. Il semble, en effet, que l'on tombe dans l'excès inverse : selon l'opinion do-

minante actuelle, la fécondité descend sensiblement plus vite qu'on l'escomptait il y a seulement 10 ou 15 ans. Cette opinion s'appuie sur la réalité de la fécondité déficitaire dans beaucoup de pays économiquement avancés et — quoique dans un contexte sociopolitique très différent — en Chine. L'une des conséquences de cette opinion assez largement répandue selon laquelle la fécondité future pourrait baisser plus vite que prévu est qu'il arrive aux analystes de pencher pour la projection établie par l'ONU sur la base de la variante *faible* ou, « dans un esprit de compromis », de retenir la moyenne des variantes *faible et moyenne* (voir par exemple Seckler et Amarasinghe, 2001, p. 4; voir aussi Seckler et Rock, 1997).

Il est tout aussi important d'être disposé à accepter la nature *itérative* de l'établissement de projections. Il doit être rare que les hypothèses fondant une projection de population soient formulées, la projection traitée informatiquement, puis les résultats consignés par écrit. Ce qui se passe généralement dans la pratique est que les résultats de la projection initiale sont examinés, les hypothèses révisées et la projection est retraitée. En fait, plusieurs itérations peuvent être nécessaires avant que la projection « finale » ne soit établie. Bien entendu, une raison principale d'établir ces projections préliminaires est de garantir un résultat final plausible et acceptable. Entre autres choses, les effectifs totaux prévus ne doivent pas être *trop* différents des résultats des autres projections. Prenons un exemple: la projection établie par l'ONU sur la base de la variante *élevée* pour la population de l'Inde en 2025 est de 1 442 millions (Organisation des Nations Unies, 2001, p. 265). Il serait difficile pour qui que ce soit se chargeant d'établir une projection unique pour le pays de défendre des hypothèses de fécondité ayant, par exemple, débouché sur un effectif de population de 1 500 millions d'individus. Là encore, on retrouve l'« instinct grégaire » — qui nous influence tous peu ou prou.

ANALYSE DE CERTAINES HYPOTHÈSES DE FÉCONDITÉ AYANT ÉTÉ UTILISÉES DANS LE CAS DE L'INDE

Les hypothèses ayant fondé des projections de population pour l'Inde méritent d'être examinées en partie parce qu'elles représentent des tentatives pour prévoir la trajectoire future de la FC du pays en termes numériques précis. La distinction la plus importante pouvant être faite au sujet des projections passées est sans doute celle existant entre les projections qui se rapportent à la population *nationale* (c'est-à-dire à l'ensemble de l'Inde) et celles qui concernent les États. À la première catégorie appartiennent les projections de population de l'ONU (et celles du Bureau of the Census des États-Unis et de la Banque mondiale). De la seconde catégorie relèvent les projections du Bureau central de l'état civil de l'Inde et de la Population Foundation of India (PFI), ainsi que certaines des miennes. Pour des comparaisons détaillées des hypothèses et des résultats de ces projections, on se reportera à d'autres études (Dyson et Hanchate, 2000; Dyson, 2002). Je me contenterai ici de résumer les points qui présentent le plus d'intérêt dans l'optique de la fécondité.

La projection établie par l'ONU sur la base de la variante *moyenne* postule que la FC de l'Inde sera descendue approximativement au seuil de remplacement — c'est-à-dire 2,1 naissances — en 2015-2020 et qu'elle y restera à long terme. Cette hypothèse de « 2,1 » a été présentée par Demeny (1997, p. 95) comme l'« opinion courante » sur l'avenir de la fécondité, encore qu'il vaudrait peut-être mieux parler de « commodité » que d'« opinion ». Les projections établies par l'ONU sur la base des variantes *élevée et faible* atteignent elles aussi leurs limites inférieures pendant la période 2015-2020, mais leurs FC respectives sont de 2,6 et de 1,6 (Organisation des Nations Unies, 2001, p. 264-265). Pour la période 2020-2025, le Bureau of the Census des États-Unis et la Banque mondiale prévoient que la fécondité cumulée sera proche de 2,3 et 2,2 naissances, respectivement (Dyson, 2002, table 1).

L'analyse des projections établies au niveau des États soulève d'emblée une question essentielle. *Dans quelle mesure est-il valide et judicieux de formuler des hypothèses de fécondité pour l'ensemble de l'Inde?* Certes, les organisations internationales sont souvent obligées d'établir des projections de population pour les différents États-nations. Il faut donc

bien formuler des hypothèses par pays. Mais cela mis à part, plusieurs considérations connexes militent en faveur d'une approche par État dans le cas de l'Inde. Premièrement, il y a l'effectif même de sa population. Deuxièmement, du fait de la différence des taux d'accroissement démographique des différents États, la *composition* de la population du pays évolue dans le temps. Troisièmement, et cette considération est liée à la précédente, on observe une variation considérable de la fécondité dans le pays. Il y a enfin le fait pratique que, pour de nombreuses raisons, les planificateurs et responsables des politiques indiens ont besoin des résultats tirés des projections établies pour les États.

Le tableau 1 présente les effectifs de population provisoire concernant les 15 principaux États obtenus dans le cadre du recensement de 2001. Pour des raisons qui seront précisées plus loin, les États ont été groupés en trois grandes régions—le sud, le nord et l'est—with certaines subdivisions. Il faut noter que l'effectif des États de l'Inde varient entre 21 millions environ dans le cas de l'Haryana et près de 175 millions dans le cas de l'(ex-) État de l'Uttar Pradesh (UP). Dix États ont une population d'au moins 50 millions d'habitants.

Pour définir des hypothèses concernant l'avenir de la fécondité, les projections de population les plus récentes établies par le Bureau central de l'état civil de l'Inde (1997) ont employé des équations de régression pour ajuster les estimations des FC annuelles par États entre le début des années 80 et 1993. Comme toutes les projections de ce genre, les FC utilisées pour formuler les hypothèses provenaient du Système d'enregistrement dans des zones échantillons (SEZE)—un système d'enregistrement des données démographiques qui,

Tableau 1
Quelques hypothèses de fécondité fondant des projections de population et quelques mesures démographiques pour l'Inde et ses principaux États, groupés par région

Région/État	Population 2001 (millions)	Projections du Bureau central de l'état civil			Projections de Dyson		Facteur de correction de la FC du SEZE
		FC postulée		TFR = 2,1 (année)	FC 1996-2001	FC=1,8 (période) ou FC en 2021-2026	
		1996-2001	2011-2016				
Sud							
Kerala	31,8	1,62	1,60	1988	1,80	1996-01	1,157
Tamil Nadu	62,1	1,87	1,65	1993	1,96	2001-06	1,095
Andhra Pradesh	75,7	2,27	1,78	2002	2,34	2001-06	1,006
Karnataka	52,7	2,54	2,01	2009	2,41	2006-11	1,021
Maharashtra	96,8	2,51	1,97	2008	2,63	2011-16	0,992
Nord							
Gujerat	50,6	2,73	2,11	2014	2,93	2016-21	0,975
Rajasthan	56,5	3,91	3,06	2048	4,13	2021-26	1,030
Uttar Pradesh	174,5	4,75	4,05	>2100	4,73	2,32	1,024
Madhya Pradesh	81,2	3,99	3,27	>2060	3,93	1,88	1,041
Bihar	109,8	3,92	2,93	2039	4,28	2,11	1,031
Pendjab	24,3	2,65	2,11	2019	2,64	2011-16	1,027
Haryana	21,1	3,25	2,47	2025	3,31	2016-21	1,011
Est							
Bengale-Occidental	80,2	2,56	1,99	2009	2,44	2006-11	1,021
Orissa	36,7	2,64	2,01	2010	2,89	2011-16	1,017
Assam	26,6	2,82	2,17	2015	3,16	2016-21	1,066
Ensemble de l'Inde	1027,0	3,64	2,52	2026	3,21	2016-21	1,020

Source: Bureau central de l'état civil de l'Inde (1997, 2001); Dyson (2002); Retherford et Mishra (2001a).

Notes: Les chiffres concernant les effectifs de population tirés du recensement de 2001 sont provisoires. Ici comme dans le tableau 3, les chiffres indiqués pour l'Uttar Pradesh (UP), le Madhya Pradesh (MP) et le Bihar se rapportent à l'ancienne juridiction de ces États (c'est-à-dire incluant les États récemment créés de l'Uttaranchal, du Chhatisgarh et du Jharkhand, qui comptaient, en 2001, 8,5, 20,8 et 26,9 millions d'habitants, respectivement). La FC pour l'ensemble de l'Inde indiquée pour 2011-2016 est le chiffre « collectif ». Pour l'UP, le MP et le Bihar, l'avant-dernière colonne donne les valeurs des FC correspondantes pour la période 2021-2026 car ces États n'atteignent une FC de 1,8 que dans des périodes ultérieures. Les facteurs de correction indiqués sont des indices agrégés que Retherford et Mishra ont dérivés de l'analyse des données de la NFHS-2.

sans être parfait, est considéré comme relativement fiable (Mari Bhat, 1998). Le tableau 1 présente les FC par État postulées par le Bureau central de l'état civil de l'Inde pour la première et la dernière des périodes de projection (c'est-à-dire 1996-2001 et 2011-2016) et les années où les tendances postulées de la fécondité totale impliquent qu'une FC de 2,1 sera atteinte. Ces statistiques donnent un aperçu de la très grande variation de la fécondité en Inde. En particulier, les niveaux de fécondité sont sensiblement supérieurs dans ce que j'appellerai les États « de base » du Rajasthan, de l'UP, du Madhya Pradesh (MP) et du Bihar, dans le nord du pays. Ailleurs, la fécondité est plus faible — surtout dans le sud. On notera également que si les trajectoires de la FC postulées par le Bureau central de l'état civil devaient se prolonger dans l'avenir, il faudrait environ quatre décennies pour qu'une FC de 2,1 soit atteinte au Bihar et au Rajasthan, environ six au MP et plus d'un siècle dans le cas de l'UP! Or, en 2001, ces quatre États de base regroupaient 41,1 % de la population de l'Inde. Si les FC devaient baisser aussi lentement que l'indique le tableau 1, le taux de baisse de la fécondité nationale en serait sensiblement ralenti.

C'est un fait regrettable que — nonobstant un côté inévitablement arbitraire et les fausses assurances que cela donne pour l'avenir — les projections de population concernant des pays comme l'Inde doivent réellement incorporer des hypothèses qui tiennent compte de la question de savoir jusqu'où la fécondité totale descendra. La FC « plancher » postulée dans les projections du Bureau central de l'état civil est de 1,6 naissance. Aucune justification n'est fournie pour ce chiffre. Mais on remarquera, au tableau 1, que le Kerala est le seul État à l'avoir atteint pendant la période 2011-2016, bien que le Tamil Nadu — un autre État du sud — le talonne de près. En fait, on a des raisons de penser qu'un chiffre aussi bas a été choisi en partie pour *contrebalancer* les trajectoires de fécondité extrêmement lentes qui découlaient des régressions effectuées pour les États de base du nord. On notera que si le Bureau central de l'état civil avait utilisé une limite inférieure de 2,1, six États au moins auraient un niveau de fécondité postulée *supérieur* pendant la période 2011-2016. Et, naturellement, l'effectif de la population prévu pour le pays aurait été sensiblement plus important — à un point peut-être « inacceptable » à long terme.

Un autre point essentiel tient au fait que la FC de 2,52 naissances pour l'ensemble de l'Inde indiquée dans le tableau 1 pour la période 2011-2016 est un chiffre « collectif », c'est-à-dire obtenu en pondérant les FC postulées par État à l'aide des prévisions concernant les proportions correspondantes de femmes du pays qui seront âgées de 15 à 44 ans. Toutefois, le rapport du Bureau central de l'état civil montre bien que, si la méthode de régression était appliquée aux FC du SEZE disponibles en ce qui concerne *l'ensemble de l'Inde*, on obtiendrait une FC de 2,3 seulement pour la période 2011-2016. On voit que, toutes choses égales par ailleurs, une approche par État tend à ralentir sensiblement le taux de baisse de la fécondité nationale. Il est toutefois indéniable que les États à FC relativement élevée constituent une fraction de la population de l'Inde de plus en plus importante. Ainsi, en 1971, les quatre États de base du nord ne regroupaient que 38,7 % de la population du pays. On voit que l'évolution de la composition régionale de la population aura des répercussions sur l'avenir de la fécondité totale pour l'ensemble de l'Inde.

Les projections par États de la PFI utilisent également une FC plancher de 1,6. Là encore, les raisons de ce choix ne sont pas explicitées. Et, à nouveau, on peut l'expliquer en disant qu'il contribue à obtenir un taux de baisse de la fécondité nationale acceptable. Ainsi, dans les projections de la PFI, sept grands États — pas moins — ont atteint une FC de 1,6 en 2016, et ils sont 12 en 2026. Toutefois, la FC postulée pour l'UP en 2016 est encore de 4,0 naissances, et encore de 3,5 en 2026. Ces projections montrent également qu'une approche par États implique un taux de baisse de la fécondité nationale inférieur. Ainsi leurs auteurs affirment-ils que « [t]andis que l'extrapolation de la FC de l'Inde correspondant à la période 1971-1996 aurait donné une FC de 2,1 en 2016, lorsque les variations régionales sont prises en considération, il apparaît que la fécondité de remplacement correspondant à une FC de 2,1 [aura été] atteinte en 2026, c'est-à-dire 10 ans plus tard. Cette [dernière] hypothèse a été retenue pour établir la projection de la population de l'Inde ». (Natarajan et Jayachandran, 2001, p. 40).

Enfin, le tableau 1 synthétise les hypothèses de fécondité fondant mes propres projections par États (Dyson, 2002). Je doute que la fécondité totale descende jusqu'à un niveau *moyen* de 1,6 naissance dans beaucoup d'États d'ici à 2026. J'ai donc, pour être franc, cherché, en formulant ces hypothèses, à obtenir une « solution de compromis », c'est-à-dire une approche qui, tout en produisant un taux de baisse de la fécondité relativement rapide dans tous les États, évite d'utiliser un plancher extrêmement bas. J'ai essayé plusieurs façons de parvenir à ce compromis. Mais celle que j'ai fini par choisir consistait à ajuster des régressions linéaires aux FC du SEZE par États disponibles pour la période 1986-1998, avant de procéder à une extrapolation dans l'avenir jusqu'à ce que la FC atteigne un plancher de 1,8 naissance, point auquel elle a été maintenue constante. Au fond, le chiffre de 1,8 est un compromis entre 1,6 et 2,1. Pour l'Assam (où les activités du SEZE ont été affectées par des troubles politiques), les FC suspectées pour 1994 et 1995 n'ont pas été incluses dans les régressions. Et pour le Rajasthan, la période utilisée pour ajuster la régression a été 1984-1998 (parce que l'inclusion des FC pour 1984 et 1985 a produit une baisse de fécondité légèrement plus rapide). Ces modifications sont assurément arbitraires. Mais on peut les défendre en arguant qu'elles sont somme toute modestes et qu'elles produisent des trajectoires de fécondité qui semblent plus plausibles. Par ailleurs, pour le Kerala, la FC a été postulée constante à 1,8 naissance pendant toute la période de projection; en effet, le SEZE indique que la fécondité déficitaire a déjà été atteinte (voir ci-après).

Toutefois, dans le cas de l'Uttar Pradesh (175 millions d'individus seulement), l'ajustement d'une régression linéaire aux FC pour la période 1986-1998 a malgré tout produit un rythme de baisse de fécondité très lent—selon lequel la fécondité serait encore d'environ 3,2 naissances pendant la période 2021-2026, alors que dans tous les autres grands États, elle se situerait aux alentours ou en dessous de 2,1. Pourtant, si l'extrapolation linéaire produit une FC de 2,1 pour l'État de base du nord voisin du Bihar pendant la période 2021-2026, il semble improbable que la FC soit supérieure de plus d'une naissance à ce moment-là en UP. J'ai donc formulé l'hypothèse subjective—bien qu'arbitraire—selon laquelle la FC de l'UP pendant la période 2021-2026 sera supérieure d'environ 10 % à celle du Bihar [telle qu'appliquée pendant la période de référence, 1996-2001 (voir tableau 1)]. En d'autres termes, la FC postulée de l'UP descend aux alentours de 2,3 pour la période 2021-2026 et que l'État n'est pas le seul cas particulier. On a là un exemple de situation où le fait de savoir que la fécondité est tombée plus vite que prévu parmi beaucoup de populations prévaut sur une simple extrapolation des chiffres. Je crois que la FC de l'UP descendra plus vite que ne le supposent les projections du Bureau central de l'état civil ou de la PFI. En fait, la FC de cet État pourrait être inférieure 2,3 pendant la période 2021-2026.

Le tableau 2 synthétise les implications de ces hypothèses par États pour la trajectoire de la fécondité totale pour l'ensemble de l'Inde (les FC par États étant pondérées à l'aide des projections de populations féminines âgées de 15 à 49 ans). Naturellement, la

Tableau 2
Futures trajectoires de la FC pour l'ensemble de l'Inde dérivées des trajectoires par États postulées, mais en partant de différents « planchers » de FC inférieurs

Période	Plancher élevé (FC=2,1)	Plancher moyen (FC=1,8)	Plancher bas (FC=1,5)
2001-2006	2,92	2,84	2,81
2006-2011	2,68	2,55	2,46
2011-2016	2,48	2,33	2,20
2016-2021	2,30	2,13	1,98
2021-2026	2,14	1,94	1,78
2026-2031	2,10	1,81	1,59
2031-2036	2,10	1,80	1,50
2036-2041	2,10	1,80	1,50

Source: Dyson (2002).

trajectoire obtenue pour l'ensemble de l'Inde est non linéaire. On remarquera que la FC du pays tombe d'environ 3,2 pendant la période 1996-2001 à un peu au-dessus du seuil de remplacement (2,13 naissances) pendant la période 2016-2021 — trajectoire analogue à celle que postule la projection de l'ONU établie sur la base de la variante moyenne. Toutefois, à la différence de ce qui se passe avec la projection de l'ONU, la fécondité totale continue de descendre jusqu'à ce qu'elle atteigne un plancher postulé de 1,8 (pour la période 2031-2036). Pour mémoire, le tableau 2 indique également les trajectoires de la FC postulée pour l'ensemble de l'Inde que l'on obtient en utilisant les planchers par État de 2,1 et 1,5 naissance. Ces dernières trajectoires représentent une tentative pour fonder des projections nationales sur la base de variantes « élevée » et « faible », en remontant, pour ainsi dire, du niveau des États au niveau national. On notera que pendant la période 2021-2026, la FC de l'Inde pourrait être comprise entre 2,14 naissances et 1,78 naissance, la valeur centrale étant 1,94. Sur une période de 50 ans, ces différentes hypothèses impliquent pour l'ensemble de l'Inde des populations à effectifs très variables — les populations prévues en 2051 étant respectivement de 1 731, 1 579 et 1 458 millions d'individus. Ce dernier chiffre, fondé sur un plancher de FC de 1,5, semble hautement improbable.

Pour conclure la présente section, j'attire l'attention sur trois points. Le premier est l'intérêt d'adopter une approche par États — et les difficultés que cela soulève. Selon le deuxième, les itérations et les compromis sont inévitables, en particulier lorsque l'on établit des projections par États. Le troisième est que nous sommes tous plus ou moins handicapés par des idées préconçues sur ce qu'il faut considérer comme des hypothèses et des résultats acceptables.

AUTRES COMMENTAIRES SUR LA NATURE DE LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ FUTURE

L'analyse précédente appelle un certain nombre de justifications et de réserves. Il est bon de souligner, par exemple, que la fécondité *baisse vraiment* dans pratiquement tous les États de l'Inde, y compris dans les États de base du nord. Les seules exceptions sont peut-être le Kerala et le Tamil Nadu, où, selon le SEZE, la fécondité totale est déjà inférieure à 2,1. Le fait que la fécondité baisse partout est attesté à la fois par le SEZE et par l'analyse des données recueillies dans le cadre des deux enquêtes nationales sur la santé de la famille (NFHS) réalisées pendant les périodes 1992-1993 et 1998-1999, données auxquelles a été appliquée la méthode reliant les enfants nés vivants à leur mère naturelle (voir Retherford et Mishra, 2001a). Le SEZE indique que la fécondité totale baisse dans la plupart des États depuis les années 70 — dans certains cas depuis le début des années 70, voire peut-être plus tôt (Dyson, 2001b).

Cela dit, il est vraisemblable que la plupart des estimations du SEZE utilisées dans les projections de population dont il a été question plus haut *sous-évaluent* légèrement le vrai niveau de la fécondité totale. Ainsi, pour l'Uttar Pradesh, Retherford et Mishra ont-ils procédé à une étude comparative des données de la NFHS et du SEZE, qui a par ailleurs bénéficié de la réalisation d'une enquête de contrôle d'évaluation post-NFHS. Ces auteurs pensent qu'en 1997 la véritable FC de l'UP a peut-être été d'environ 5,2 naissances au lieu des 4,8 indiquées par le SEZE (Retherford et Mishra, 2001b). Le tableau 1 présente les facteurs de correction des FC du SEZE dérivés de l'analyse des données de la NFHS auxquelles a été appliquée la méthode reliant les enfants nés vivants à leur mère naturelle, que l'on doit également à Retherford et Mishra (2001a, p.39). On notera que, pour l'ensemble du pays, le niveau de la FC du SEZE dans les années 90 devrait peut-être être relevé de 2%. Toutefois, il est pour ainsi dire dépourvu d'intérêt pratique de se demander si ces valeurs des facteurs de correction sont suffisamment importantes ou suffisamment solides (des valeurs de substitution sont indiquées) pour mériter d'être utilisés au moment de la formulation des hypothèses de fécondité au niveau des États.

On peut utiliser les facteurs de correction présentés au tableau 1 pour faire une autre observation pertinente. Dans la mesure où existe une justification *empirique* quelle qu'elle

soit de postuler un « plancher » inférieur au seuil de remplacement pour la fécondité totale au niveau des États, elle appartient aux estimations du SEZE concernant le Kerala et le Tamil Nadu. Selon le SEZE, la FC du Kerala est tombée pour la première fois au-dessous de 2,1 naissances en 1988; pendant les années 1992 à 1994 incluse, elle est encore tombée jusqu'à 1,7 et, dans les années suivantes, elle a légèrement remonté jusqu'à 1,8. Pour le Tamil Nadu, le SEZE indique que la fécondité totale est tombée au-dessous de 2,1 en 1997 et qu'elle était encore à 2,0 naissances en 1998 (Bureau central de l'état civil de l'Inde, 1999). On notera toutefois que les facteurs de correction concernant le Kerala et le Tamil Nadu sont importants—de 15,7 et de 9,5%, respectivement. Ces valeurs sont suffisamment importantes pour faire douter de l'opinion selon laquelle un État indien *quel qu'il soit* ait d'ores et déjà enregistré une fécondité cumulée très inférieure à 2,1.

On peut également faire valoir que les séries chronologiques du SEZE disponibles ne tendent guère à confirmer que la fécondité totale d'un État quel qu'il soit « marquera le pas » pendant longtemps à ce qu'on pourrait appeler un niveau « intermédiaire » (non moins de 2,6 naissances, par exemple). C'est particulièrement le cas si, aux fins de l'interprétation des données, on prend en considération les changements antérieurs du niveau d'enregistrement des naissances du système et de renouvellement de son échantillon. Il est vrai qu'à l'occasion les données du SEZE font apparaître de réelles hausses de fécondité, comme au Maharashtra en 1975, à la suite de la grave sécheresse qui y avait fait baisser la FC en 1973-74. Et il semble que la fécondité totale n'ait pas beaucoup diminué pendant les années consécutives à l'état d'urgence—proclamé par Mme Gandhi en 1975-1977—qui ont inauguré une période de recul pour les activités de planification familiale. Toutefois, ces événements ont été de relativement courte durée. Certes, il pourra y avoir à l'avenir des paliers à court terme, voire des remontées de la fécondité totale (après une sécheresse, par exemple). Mais ces événements sont impossibles à prévoir et, à long terme, sans importance. Ainsi, d'une façon générale, le SEZE indique-t-il qu'une fois que la FC commence à baisser dans un État quel qu'il soit, cette baisse, le plus souvent, se maintient.

À mon avis, les baisses de fécondité au niveau des États vont se poursuivre à moyen terme d'une façon largement indépendante des tendances des variables socioéconomiques classiques, telles que le revenu par habitant et l'urbanisation. En d'autres termes, on peut dire que, dans une très large mesure, ces baisses de FC ont acquis une « dynamique propre ». Il ne s'agit pas de nier que, à presque tous les niveaux d'analyse, ces facteurs socioéconomiques sont généralement en corrélation positive les uns avec les autres et négative avec la fécondité. Il ne s'agit pas non plus de nier que ces variables peuvent dans une certaine mesure *faciliter*—accélérer très légèrement—les baisses de fécondité au niveau des États. De plus, la plupart des analystes clairvoyants s'accordent à reconnaître que, dans les quelques décennies à venir, les niveaux de revenu par habitant et d'urbanisation continueront d'augmenter dans la plupart des États (encore que, à taux différents, les progrès escomptés étant généralement plus rapides dans le sud de l'Inde). Cela dit, et nous y reviendrons plus loin, il pourrait y avoir dans la société d'Asie du Sud des dimensions régionales plus *profondément enracinées* qui aient contribué à déterminer le moment et l'étendue *à la fois* des progrès socioéconomiques et du progrès démographique. Dès lors, lorsqu'on observe la variation actuelle de fécondité—entre les grands États du pays, par exemple—, on a surtout affaire à des différences de *moment* de la baisse de fécondité, plutôt qu'à des différences d'impact de ces variables socioéconomiques. Comme je l'ai déjà dit, je considère la baisse de fécondité comme un ajustement inconscient à retardement aux effets d'une amélioration durable et massive de la situation sur le front de la mortalité. En Inde, la baisse de la mortalité—qui a d'abord été très lente—remonte à peu près aux années 20. Au moment de l'accession à l'indépendance, en 1947, l'espérance de vie avait légèrement progressé, pour atteindre environ 33 ans. Aujourd'hui, elle se situe probablement autour de 62 ans et continue de s'allonger. Certes, il existe des variations de mortalité entre États, mais cette variation interétatique n'a qu'une importance mineure par rapport au fait de l'amélioration durable et notable de la situation en matière de mortalité que l'on observe dans l'ensemble du pays depuis 70 ans peut-être.

Je ne conteste pas le pouvoir qu'ont les médias, les activités de planification familiale et l'élévation du niveau d'instruction d'accélérer légèrement la baisse de la fécondité. La vitesse à laquelle se répandent en Inde — et en particulier dans le sud de l'Inde — différentes formes de communication (comme les voyages en autobus, les téléphones publics, le cinéma, voire les cafés Internet) est remarquable. La NFHS réalisée en 1998-1999 a conclu que 48 % des ménages possédaient une bicyclette, 11 % un vélomoteur, un scooter ou une motocyclette, 38 % un poste de radio, 25 % un poste de télévision en noir et blanc et 10 % un téléviseur en couleurs (International Institute for Population Sciences et ORC Macro, 2000, p. 40). Ces progrès se maintiendront certainement au cours des décennies à venir et me donnent confiance dans mes hypothèses de baisse assez rapide de la fécondité synthétisées dans les tableaux 1 et 2. Il convient également de noter que le contrôle des activités de planification familiale appartient de plus en plus aux gouvernements des États et de moins en moins au gouvernement central de Delhi. Cela ne change sans doute guère le rythme général des activités de planification familiale dans le pays, mais dans certains États — peut-être nulle part aussi nettement que dans l'Andhra Pradesh — les hommes politiques ont récemment été à l'origine de stratégies assez agressives de promotion de la stérilisation axées sur des « objectifs » et des « mesures incitatives » — sans tenir compte de l'opinion la plus répandue depuis Le Caire. Là encore, il est difficile d'évaluer les conséquences de ces initiatives, mais il se peut qu'elles accélèrent les choses. Il faudrait en particulier améliorer la mise à disposition des méthodes de planification familiale dans des États comme l'UP et le Bihar — car il ne fait aucun doute que ces États doivent faire face à de graves problèmes « d'offre ». L'instruction des femmes est naturellement considérée comme un outil particulièrement puissant au service de la régulation de la fécondité. Entre 1991 et 2001, le taux national d'alphabétisation des femmes de plus de sept ans est passé de 39 % à 54 % [il est passé de 64 % à 76 % pour les hommes (Bureau central de l'état civil de l'Inde, 2001)]. Tout donne à penser que les parents indiens valorisent beaucoup plus l'éducation de leurs enfants. Cette évolution tend également à confirmer l'idée que, dans la plupart des États, la fécondité baissera assez rapidement. Cela étant, il ne faut pas perdre de vue que, surtout dans le sud, on compte à présent des dizaines de millions de femmes pauvres, ayant deux enfants, stérilisées et n'ayant aucune instruction (McNay, Arokiasamy et Cassen, 2000). Il se peut que les femmes instruites réduisent leur fécondité plus tôt et plus vite, mais au bout d'un certain temps, les femmes moins instruites font presque aussi bien. Répétons-le, le niveau d'instruction détermine le *choix du moment* de la réduction de la fécondité, mais son impact direct à *long terme* sur le niveau de fécondité pourrait être négligeable.

Enfin, je dirai un mot dans cette section de la transformation du *schéma* de fécondité par âge qu'a induite la baisse de la fécondité. Sur ce point, les données tirées de la NFHS peuvent être meilleures que celles du SEZE — encore que les deux sources donnent une représentation analogue de la situation. En bref, surtout dans les États à niveaux de fécondité relativement faibles, on observe un schéma de fécondité par âge *exceptionnellement* jeune et *extrêmement* concentré. L'analyse montre que, entre la première et la deuxième NFHS, la localisation de la fécondité par âge a encore baissé et s'est concentrée encore davantage dans presque tous les grands États (Dyson, 2002). Par exemple, il ressort des données de la NFHS de 1998-1999 que, dans l'Andhra Pradesh et au Maharashtra, quelque 70 % de la table de fécondité par âge sont localisés aux âges inférieurs à 25 ans. Et si les tendances récentes se maintiennent, il en sera bientôt de même au Gujérat, dans l'Haryana, au Tamil Nadu et au Bengale-Occidental.

La stérilisation féminine est la principale méthode de contraception en Inde. La NFHS de 1998-99 a permis de constater que 34 % des femmes actuellement mariées dans le pays s'étaient fait stériliser, et cette méthode représentait 71 % de l'utilisation totale de la contraception (International Institute for Population Sciences et ORC Macro, 2000, p. 133). On a constaté que l'âge médian de la stérilisation féminine était de 25,7 ans. Pour simplifier considérablement, on peut dire qu'on voit se dessiner une tendance à un régime de fécondité selon lequel les Indiennes continuent de commencer à cohabiter à un

âge relativement jeune (âge qui, à vrai dire, s'est probablement élevé), ont deux enfants presque coup sur coup (dont l'un d'eux est presque assurément un garçon), puis se font stériliser. La stérilisation féminine recueille une large adhésion. Les analystes qui considéraient naguère — tout à fait légitimement — qu'il faudrait offrir aux jeunes Indiennes des méthodes de contraception réversibles pour les convaincre de devenir contraceptrices se sont fourvoyés (voir, par exemple, Nortman, 1978).

LA DIMENSION RÉGIONALE

J'espère avoir montré que l'étude des « chiffres » disponibles — même s'ils soulèvent quelques problèmes — peut permettre de mieux comprendre comment la fécondité baissera dans les différentes parties de l'Inde. Cela dit, comme je l'ai laissé entendre à maintes reprises, les « chiffres », pour être interprétés correctement, doivent être replacés dans leur contexte général. En particulier, il paraît judicieux de se demander s'il n'y aurait pas dans la société indienne des particularités profondément ancrées susceptibles de continuer d'influencer le comportement procréateur après la transition de la fécondité.

On se souviendra que j'ai soutenu plus haut que la fécondité déficitaire naît des implications pour la vie des femmes de la baisse de la fécondité elle-même. Plus particulièrement dans les phases ultérieures de la transition de la fécondité, d'autres voies que le mariage, la procréation et une vie largement confinée dans la sphère domestique s'offrent de plus en plus aux jeunes femmes pour améliorer leur condition. Il n'est plus aussi important de se marier et d'avoir des enfants, même si, naturellement, la plupart des femmes continuent de se marier et d'avoir des enfants. Toutefois, face à la réalité de la baisse de la fécondité (et, dans une moindre mesure, de la mortalité), on ne voit pas pourquoi cette explication de la fécondité déficitaire ne devrait pas s'appliquer à toutes les populations. Mais il peut y avoir des variations de certains facteurs sociostructurels — par exemple le caractère socialement primordial du mariage — qui influent sur la facilité et la rapidité avec lesquelles les niveaux de fécondité déficitaire sont atteints.

On ne saurait prévoir l'avenir de la fécondité en Inde sans tenir compte de la dimension régionale sous-jacente avec les corrélats sociostructurels qui lui sont associés. Le contraste principal entre les groupes d'États présentés dans les tableaux 1 et 3 est celui qui oppose le « nord » et le « sud » — l'« est » occupant une position intermédiaire. Dans le « nord », on a fait un sort un peu particulier aux États économiquement plus avancés du Pendjab et de l'Haryana, de même qu'au Gujerat, limitrophe du Maharashtra (lequel a ici été placé dans le sud). Le Kerala mérite une place à part dans le sud; de fait, d'un point de vue démographique, il est très proche de Sri Lanka, situé à quelques kilomètres en mer (Dyson, 2001b).

On a généralisé sur une grande échelle, mais l'élément essentiel — que le tableau 3 explique à l'aide de statistiques récentes — est que les parties septentrionale et méridionale du sous-continent indien apparaissent avoir depuis longtemps relevé de *régimes démographiques* assez différents. Le nord semble avoir toujours connu des niveaux de fécondité et de mortalité légèrement supérieurs, un âge des femmes au mariage plus précoce et une plus grande surmortalité féminine. D'autres études ont donné des détails sur ces régimes et leur fondement sociostructurel à partir de données concernant différentes périodes du XX^e siècle (voir Dyson et Moore, 1983). Le tableau 3 montre qu'à quelques modifications près les principales caractéristiques relatives subsistent. La fécondité est la plus élevée dans les quatre États de base du nord. Et les rapports enfants-femmes (REF) tendent à indiquer que jusqu'au dernier tiers du XX^e siècle, la fécondité au Pendjab, dans l'Haryana et au Gujerat était aussi relativement élevée. La fécondité semble toujours avoir été relativement faible dans le sud; et les États du sud ont connu des baisses de fécondité plus tôt que les quatre États de base du nord. Chose intéressante, une analyse utilisant les REF par district pour la période 1951-1991 montre la baisse de fécondité gagner progressivement tout le sud de l'Inde à partir d'une « tête de pont » tout à fait au sud du pays; on assiste peu de temps après à une seconde poussée de baisse de la fécondité à partir d'une tête de

Tableau 3

Le contexte régional de la fécondité indienne : quelques indicateurs de l'influence persistante des régimes démographiques du nord et du sud du pays

Région/État	FC (naissances) 1996-98	EVN (années) 1992-96	Taux de mortalité 0-4 ans (‰) 1992-96	Rapport de masculinité (m/f) 2001	AMCM (années)		Pourcentage voulant plus de fils que de filles	Pourcentage ne participant à la prise d'aucune décision
					Hommes	Femmes		
Sud								
Kerala	1,8	73,1	3,2	0,945	27,9	21,5	14,6	7,2
Tamil Nadu	2,0	63,7	13,4	1,014	26,6	20,9	9,6	2,4
Andhra Pradesh	2,5	62,0	16,8	1,023	23,9	18,3	19,8	7,4
Karnataka	2,5	62,9	16,4	1,038	26,7	20,1	13,0	8,1
Maharashtra	2,7	65,2	12,2	1,084	25,3	19,8	27,1	7,2
Nord								
Gujarat	3,0	61,4	20,8	1,086	24,4	20,2	33,2	4,1
Rajasthan	4,2	59,5	29,5	1,085	22,3	18,3	47,5	13,3
Uttar Pradesh	4,8	57,2	31,1	1,109	23,3	19,0	53,3	16,4
Madhya Pradesh	4,0	55,2	32,3	1,067	23,5	18,9	42,5	12,5
Bihar	4,4	59,4	25,9	1,080	23,8	18,8	47,9	13,5
Pendjab	2,7	67,4	14,9	1,145	25,7	22,1	29,1	1,0
Haryana	3,4	63,8	22,2	1,161	24,6	19,8	37,5	3,4
Est								
Bengale-Occidental	2,5	62,4	16,8	1,071	26,2	19,6	20,7	8,0
Orissa	3,0	56,9	28,1	1,029	26,6	21,2	37,6	10,6
Assam	3,2	56,2	26,9	1,073	27,8	21,7	38,2	4,6
Ensemble de l'Inde	3,3	60,7	25,2	1,072	24,9	19,7	33,2	9,4

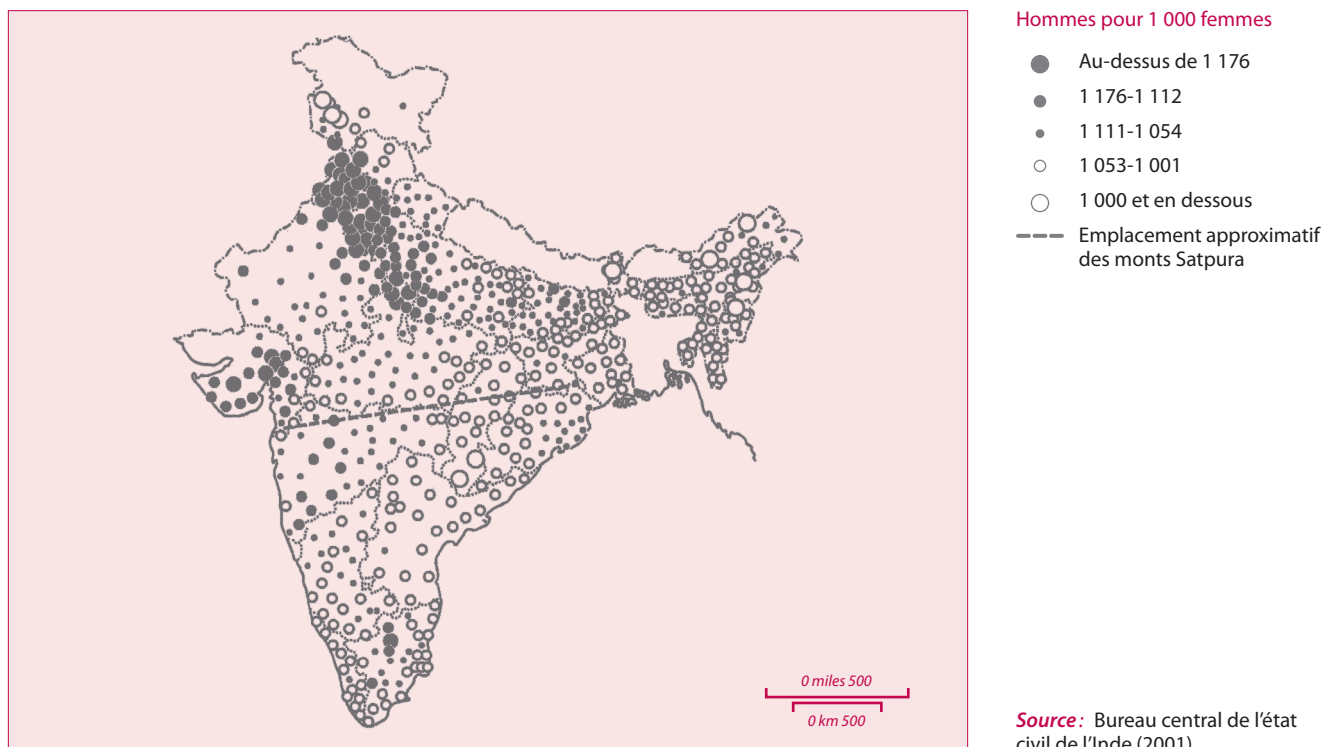
Source : Bureau central de l'état civil de l'Inde (1997; 1999; 2000; 2001); Institut international des sciences de la population et ORC Macro (2000).

Notes : FC = fécondité cumulée; EVN = espérance de vie à la naissance; AMCM = âge moyen des célibataires au mariage. Les rapports de masculinité indiqués sont les rapports du nombre d'hommes dénombrés lors du recensement de 2001 sur le nombre de femmes dénombrées. Le taux de mortalité de la naissance à 4 ans pour l'ensemble de l'Inde indiqué ci-dessus est la moyenne des taux pour 1991 et 1996. Tous les indicateurs de fécondité et de mortalité sont tirés du SEZE. Les AMCM et les indicateurs restants sont tous tirés de la NFHS de 1998-1999. Les pourcentages relatifs à la préférence pour la naissance d'un garçon et à la prise de décision sont basés sur les réponses des femmes mariées, veuves ou divorcées interrogées dans le cadre des NFHS. Les femmes de la catégorie « ne participant à la prise d'aucune décision » ne prenaient aucune décision, par exemple sur le moment où elles pouvaient rendre visite à leur famille de naissance, sur leur propre santé ou sur la question de savoir quels aliments pouvaient être préparés à la maison.

pont située au Punjab/Haryana dans le nord (Guilmoto et Rajan, 2001). Comme on l'a précédemment laissé entendre, les différences de moment des baisses de fécondité ont probablement accentué l'importance actuelle de l'ancien écart nord/sud. Mais l'élément essentiel est que cet écart existait sans doute avant le début de la transition en matière de fécondité. Le tableau 3 montre qu'un schéma relatif de variation nord/sud largement analogue se dégage dans le cas de la mortalité, le Kerala ayant une espérance de vie à la naissance (EVN) exceptionnellement longue. Là encore, le contraste nord/sud s'exprime dans les données présentées pour la période courant depuis le milieu du XX^e siècle, et il pourrait bien avoir existé plus tôt. On remarquera que les femmes des États de base du nord se marient généralement plus jeunes — caractéristique qui a manifestement des résonances dans les données de recensement depuis la fin du XIX^e siècle.

Le tableau 3 montre que l'exceptionnelle masculinité de la population indienne est essentiellement une caractéristique du nord du pays. Cet écart est également profondément enraciné et ancien. Les rapports de masculinité tirés des recensements ont toujours été exceptionnellement masculins dans le nord — surtout au Pendjab/Haryana et dans les régions limitrophes de l'ouest de l'UP. De même que pour l'abandon moral d'enfant différentiel, ce phénomène était dans le passé également lié à l'infanticide des filles pratiqué par certaines castes supérieures. À partir de données par district tirées du recensement de 2001, la figure 1 fait apparaître le même schéma fondamental de variation nord/sud s'agissant des rapports de masculinité des enfants. Dans la plus grande partie de l'Inde

Figure 1
Rapport de masculinité par district, pour les enfants de la naissance à 6 ans, 2001



Source : Bureau central de l'état civil de l'Inde (2001).

du nord, l'abandon moral frappe les enfants du sexe féminin, y compris les enfants du premier âge, et plus particulièrement les filles du second rang de naissance ou de rang supérieur. En fait, ces préjugés pourraient être renforcés par la baisse de fécondité (Das Gupta et Mari Bhat, 1998). Chose intéressante, et probablement favorisée par l'accès devenu récemment de plus en plus facile à l'avortement sélectif en fonction du sexe du fœtus, en 2001, la population des enfants du Pendjab, de l'Haryana, du Maharashtra et du Gujerat est devenue beaucoup plus masculine qu'en 1991 (Dyson, 2001c). On notera également que, dans le sud, certains districts de l'ouest du Tamil Nadu ont à présent une population d'enfants exceptionnellement masculine. C'est un fait relativement nouveau. Le contraste fondamental nord/sud subsiste, mais nous devons tenir compte de certaines modifications.

Les raisons de ce contraste démographique sont complexes (Dyson et Moore, 1983). Mais aux fins de la présente étude, il suffira de dire que la société du nord accorde en général une plus grande importance à la lignée par les *hommes*. Les principales unités sociales sont des groupes d'hommes (c'est-à-dire pères et fils) patrilinéaires. Les règles régissant le mariage sont exogamiques; les groupes « donneurs d'épouse » sont socialement inférieurs aux groupes « preneurs d'épouse »; et la dot (c'est-à-dire les ressources allant de la famille de la future épouse à celle du futur époux) est la principale transaction du mariage. Ainsi, dans le système de parenté du nord, le mariage, en sus d'être un arrangement fondamental conclu en vue d'avoir et d'élever des enfants (en particulier des héritiers de sexe masculin), représente l'affirmation des rapports entre des groupes différents. Il est une pièce essentielle de l'organisation de la société. Lorsque les femmes se marient, elles ont souvent une longue distance à parcourir pour rejoindre une famille où elles sont des étrangères. Leur degré d'autonomie personnelle est extrêmement faible et la préférence pour la naissance d'un garçon est très forte (tableau 3). Une fille veut le plus souvent dire qu'il faudra apporter une dot. Avoir un fils est le plus sûr chemin qu'une jeune mariée puisse emprunter pour élever son statut. On dit souvent qu'en Inde la préférence pour la

naissance d'un garçon s'explique par la règle hindoue selon laquelle un fils doit allumer le bûcher funéraire. Mais ce rite peut être accompli par d'autres personnes qu'un fils, et le plus haut degré de mérite religieux requiert également qu'une fille soit donnée en mariage. On voit que le véritable fondement de la forte préférence pour les fils—et de l'abandon moral des filles—réside dans les arrangements fondamentaux relatifs à la parenté, à l'héritage et au mariage.

Certains des aspects les plus délicats du système de parenté du nord—en particulier la dot—se sont de plus en plus étendus à certaines régions du sud de l'Inde, mais le régime traditionnel du sud continue de prévaloir ici et là et a des incidences de longue portée. Dans le sud, les règles applicables au mariage coutumier étaient généralement endogènes et les femmes épousaient des hommes auxquels elles étaient apparentées (cousins ou oncles par exemple). Leurs maris venaient donc souvent de familles qu'elles connaissaient, et peut-être du même village. Dans ce système, une égalité sociale approximative existait entre personnes alliées déjà apparentées. Et pendant la plus grande partie du XX^e siècle, la dot n'a pas eu une grande importance dans la plus grande partie du sud. De ce fait, la préférence pour la naissance d'un garçon est en général beaucoup moins répandue et la naissance d'une fille était et reste plus acceptable (tableau 3). De plus, comme les femmes du sud épousent souvent des hommes qu'elles connaissent, les relations conjugales sont généralement plus équilibrées. Une fois mariées, les femmes restent en contact avec leurs parents, qu'elles voient plus souvent que dans le nord, et le besoin de resocialisation des jeunes mariées dans la famille de leur mari se fait moins sentir. En bref, pour reprendre Irawati Karve (1953, p. 229), « le sud représente (...) une plus grande liberté pour les femmes dans (...) la société ».

À mon avis, il y a plusieurs raisons pour lesquelles le contraste fondamental entre le nord et le sud implique que, dans un avenir prévisible, disons dans les vingt-cinq prochaines années, la fécondité déficitaire a beaucoup plus de chances de s'imposer dans le sud de l'Inde que dans le nord. En premier lieu, il y a le fait fondamental que la fécondité semble toujours avoir été légèrement inférieure dans le sud. Certes, le fait qu'un phénomène existe depuis longtemps ne veut pas dire qu'il va nécessairement persister, mais, d'un autre côté, c'est un aspect que l'on ne peut pas évacuer purement et simplement. En deuxième lieu, toutes choses égales par ailleurs, la préférence particulière pour la naissance d'un fils dans le nord devrait tendre à y promouvoir des niveaux de fécondité légèrement supérieurs. En troisième lieu, comme nous l'avons dit, l'institution du mariage est, dans le nord, essentielle à la construction de la société. Cette considération se rapporte à notre propos essentiellement parce qu'elle signifie qu'il faudra plus de temps aux femmes du nord pour se lancer dans des voies autres que la sphère domestique. De fait, les femmes du sud jouissent depuis longtemps d'un net avantage sur le plan de la « liberté », de l'« autonomie », du « pouvoir décisionnel personnel », bref, des moyens d'action personnels (voir tableau 3).

Il importe également de noter que, d'une façon générale, la société et l'économie du sud de l'Inde sont sensiblement *plus dynamiques* que celles du nord. Il ne s'agit pas de nier l'existence de « points positifs » dans le nord, tels que Delhi, le Pendjab et l'Haryana (bien que les effectifs de la population y soient relativement faibles). Le Gujerat aussi est socialement et économiquement aussi dynamique que le Maharashtra, qui en est limitrophe au sud. Cela dit, lorsque l'on voyage en Inde, on ne peut qu'être frappé par l'absence d'« entrain » dans le cœur de la partie septentrionale, intérieure et gangétique. En revanche, le sud de l'Inde, tant dans ses zones rurales qu'urbaines, donne une impression très différente. Ainsi, comparés aux États de base du nord, les taux de croissance du revenu par habitant ont-ils généralement été beaucoup plus rapides dans le sud. Par ailleurs, les États méridionaux sont en général plus urbanisés. En outre, la plupart des grands centres urbains les plus dynamiques—comme Mumbai, Pune, Bangalore, Hyderabad et Chennai—se trouvent dans le sud. Ce sont ces villes, en particulier, qui ont profité de la libéralisation de l'économie depuis le début des années 90 et où beaucoup de nouvelles possibilités d'investissement ont été créées. Ce sont les principaux endroits où se créent de plus en plus d'emplois de haute technicité, les endroits où les nouvelles lignes téléphoniques à grand débit ont permis la création de grands centres téléphoniques (qui emploient

souvent des jeunes femmes) desservant les marchés extérieurs. Ce sont les endroits où la récente croissance de l'emploi urbain — c'est-à-dire dans le secteur des services et l'industrie légère — a été de plus en plus favorable aux femmes. Et c'est dans le sud, on est à peu près certain, que l'on verra à l'avenir l'élévation du niveau d'instruction et de croissance économique augmenter le nombre d'hommes, mais aussi de femmes, prêts à émigrer pour rejoindre un poste, créer une entreprise ou poursuivre des études à l'étranger (Dyson et Visaria, 2002). Enfin, il faut rappeler le rôle qui reviendra à la migration et aux médias dans l'évolution de ce que les Indiennes aspireront de plus en plus à être. En particulier, les migrations internationales du passé (y compris, il faut le dire, l'émigration de nombreux habitants du Pendjab et du Gujerat) ont, par le biais de mécanismes tels que les visites d'Indiens résidant à l'étranger — et de leurs enfants — eu un effet démesuré en contribuant à propager les éléments de ce qu'il est convenu d'appeler le mode de vie occidental. Les conséquences sont tout à fait manifestes parmi les jeunes hommes et jeunes femmes riches vivant dans des villes comme celles que j'ai mentionnées plus haut. L'ensemble des médias se font de plus en plus l'écho de ces influences sur le mode de vie, et c'est là quelque chose qui ne peut que croître et embellir au cours des années à venir.

On voit que la société du sud de l'Inde, en particulier, laisse assurément entrevoir que les jeunes femmes seront de plus en plus nombreuses à se construire une existence indépendante — existence dans laquelle le mariage et la procréation perdent de leur importance. La majorité d'entre elles se marieront, mais leur mari et elles-mêmes se contenteront de deux enfants, voire d'un seul, même si c'est une fille. Quel que soit le sexe de l'enfant, ils accorderont beaucoup plus d'attention à son éducation. On constate souvent que, dans des professions comme les soins infirmiers, l'enseignement ou les services, les jeunes femmes du Kerala jouent depuis quelque temps un rôle précurseur. Et si le niveau de la fécondité totale de cet État n'est pas déjà inférieur au seuil de remplacement, on n'en dispose pas moins d'indices attestant que la FC est nettement inférieure à ce seuil au moins parmi certains groupes sociaux pauvres (Pallikadavath et Wilson, 2000). Au demeurant, la nature de la société du sud de l'Inde est telle que l'on peut prévoir que, dans une vingtaine d'années, un grand nombre de femmes des zones urbaines imiteront leurs homologues de Corée du Sud, de Thaïlande et de Malaisie, où les jeunes femmes « évitent le mariage en masse » (Jones, 1997, p. 74).

Je terminerai en disant quelques mots des États de base du nord, car, même si cela prendra nettement plus de temps, on peut prévoir que les mêmes processus fondamentaux finiront par s'y engager aussi. L'un des signes avant-coureurs est que, même dans les États du nord, la NFHS a montré que les niveaux exceptionnellement élevés de préférence pour un enfant du sexe masculin, comme on en a des exemples au Gujerat et au Pendjab, ont finalement commencé à baisser (Lahiri et Dutta, 2002). On peut supposer que, le temps aidant, la baisse de la fécondité dans le nord suscitera des vues plus équilibrées quant à l'opportunité d'avoir des filles, en partie, peut-être, parce qu'elles représenteront une source d'appui et de sécurité plus fiable à long terme que les fils. Et moins on préférera avoir un enfant de tel ou tel sexe, plus l'abaissement du niveau de fécondité en sera facilité. Les populations du Gujerat, du Pendjab et de l'Haryana devraient atteindre la fécondité de remplacement dans une dizaine d'années. Mais, d'une façon générale, cela prendra au moins 20 ans dans les États de base du nord.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Prévoir l'avenir est assurément une entreprise pleine de risques ! Il y a toujours la possibilité de se laisser entraîner par le troupeau. Le sens général de mon intervention a consisté à dire que l'examen des tendances futures de la fécondité en Inde doit vraiment être mené *au niveau des États*. Et j'ai montré que, toutes choses égales par ailleurs, une approche de la formulation des hypothèses de fécondité aux fins des projections de population fondée sur les États débouche sur une vitesse de baisse de la fécondité nettement *plus lente* que l'approche fondée sur la dimension nationale. La fécondité totale baisse dans

presque tous les États de l'Inde. Il est peu probable que, dans quelque État que ce soit, la FC stagne longtemps à un niveau nettement supérieur au seuil de remplacement. En dernière analyse, les baisses de fécondité qui se produisent sont une réaction à la baisse systématique et durable de la mortalité. Et si l'on peut concevoir que, dans certains États, des interventions spécifiques — comme la promotion d'une vigoureuse stratégie de stérilisation — peuvent accélérer les évolutions, les baisses de fécondité en cours, tout bien considéré, doivent probablement être perçues comme ayant leur dynamique propre. Cela étant, l'Inde semble devoir connaître un développement social et économique continu, ce qui ne peut pas faire de mal à la baisse future de la fécondité. Je pense que la FC de l'énorme État du nord qu'est l'Uttar Pradesh baissera sensiblement *plus vite* que ne le prévoient les autres projections de population. De ce fait, mes hypothèses de fécondité par État produisent une trajectoire de la FC nationale qui, dans la période s'achevant entre 2016 et 2021, est analogue à celle que postule la projection établie par l'ONU sur la base de la variante moyenne. Par la suite, toutefois, je prévois que la fécondité totale nationale indienne tombera au-dessous du seuil de remplacement — à la différence de la projection de l'ONU qui postule que la FC restera à 2,1. Ainsi, bien que les recherches récentes tendent à indiquer qu'aucun État indien — pas même le Kerala ou le Tamil Nadu — n'a encore enregistré des niveaux de fécondité nettement inférieurs au seuil de remplacement, *je n'en prévois pas moins* que cela arrivera assez vite dans certains États. À cet égard, il est de la plus haute importance d'envisager la dimension régionale. D'une façon générale, la fécondité a baissé plus tôt et est sensiblement plus faible dans le sud du pays. De plus, c'est dans les États du sud qu'est apparue de la façon la plus nette une situation dans laquelle les femmes — quel que soit le revenu du ménage ou leur niveau d'instruction — *se marient jeunes, ont deux enfants, puis se font stériliser*. Il semble que la société de l'Inde du sud ait toujours accordé aux femmes un peu plus d'autonomie dans l'organisation de leur vie. Et l'Inde du sud — qui semble souvent être un pays différent du nord — est généralement plus avancée sur le plan socioéconomique et plus moderne.

Si, comme je l'ai affirmé ici, la fécondité déficitaire survient parce que, avec la baisse de fécondité, une proportion croissante de jeunes femmes commencent à adopter des modes de vie qui font une place moins grande au mariage et aux enfants, modes de vie qui sont parfois indépendants des hommes, la situation est tout à fait mûre pour qu'un tel scénario s'applique à la plus grande partie du sud de l'Inde. En fait, les choses ont déjà commencé à se passer selon ce scénario. Cela dit, je doute que, d'ici à une dizaine d'années, les niveaux moyens de la fécondité totale descendent jusqu'à 1,6 dans tous les principaux États du sud, encore que cela puisse se produire dans certains d'entre eux. Les États de base du nord, toutefois, sont une toute autre histoire. Répétons-le, vingt ans peut-être s'écouleront avant que ces États n'atteignent des FC proche du seuil de remplacement. Et dans ces États, le mariage est si essentiel à la structure sociale locale qu'il faudra encore plus de temps pour qu'une proportion notable de femmes soient capables de réduire leur engagement à vie à l'égard de la sphère domestique et d'envisager la possibilité de mener une vie moins axée sur le mariage et les enfants. Pour les États de base du nord tels que le Bihar et l'UP, les niveaux durables de fécondité déficitaire sont donc encore probablement distants de plusieurs décennies. Et même lorsqu'ils les auront atteints, la fécondité totale pourra bien demeurer un peu plus élevée dans le nord que dans le sud. Dans l'ensemble, toutefois, l'Inde parviendra à la fécondité déficitaire, sans doute à un niveau un peu inférieure à 2,1, et l'effet de développement tardif l'y amènera en un laps de temps relativement court.

BIBLIOGRAPHIE

- Bureau central de l'état civil de l'Inde (1997). *Population Projections for India and States 1996-2016*. New Delhi: Government of India.
- (1999). *Compendium of India's Fertility and Mortality Indicators 1971-1997 based on the Sample Registration System (SRS)*. New Delhi: Government of India.
- (2000). *Sample Registration System Statistical Report 1998*. New Delhi: Government of India.

- (2001). *Provisional Population Totals, Paper 1 of 2001, Supplement, District Totals*. New Delhi: Government of India.
- Cavanaugh, J. A. (1979). Is fertility declining in the less developed countries? An evaluation analysis of data sources and population programme assistance. *Population Studies* (London), vol. 33, n° 2, p. 283-293.
- Das Gupta, M. et P. N. Mari Bhat (1998). Intensified gender bias in India: a consequence of fertility decline. In *Gender, Population and Development*, K. Krishnaraj, R. Sudarshan et A. Shariff (dir.). New Delhi: Oxford University Press.
- Davis, K. et P. van den Oever (1982). The demographic basis of new sex roles. *Population and Development Review* (New York), vol. 8, n° 3, p. 495-511.
- Demeny, P. (1997). Replacement-level fertility: the implausible endpoint of the demographic transition. In *The Continuing Demographic Transition*, G. W. Jones, R. M. Douglas, J. C. Caldwell et R. M. D'Souza (dir.). Oxford: Clarendon Press.
- Dyson, T. (2001a). A partial theory of world development: the neglected role of the demographic transition in the shaping of modern society. *International Journal of Population Geography* (Chichester), vol. 7, n° 2, p. 67-90.
- (2001b). Birth rate trends in India, Sri Lanka, Bangladesh and Pakistan: a long comparative view. In *Fertility Transition in South Asia*, Z. A. Sathar et J. F. Phillips (dir.). Oxford and New York: Oxford University Press.
- (2001c). The preliminary demography of the 2001 census of India. *Population and Development Review* (New York), vol. 27, n° 2, p. 341-356.
- (2002). India's Population - the Future. Communication présentée au séminaire intitulé «Future of India's Population, Development and Environment», organisé au Centre international de l'Inde. New Delhi, 14-15 janvier.
- et M. Moore (1983). Kinship structure, female autonomy and demographic behaviour in India. *Population and Development Review* (New York), vol. 9, n° 1, p. 35-60.
- et A. Hanchate (2000). India's demographic and food prospects: a state-level analysis. *Economic and Political Weekly* (Mumbai), vol. 35, n° 36, p. 4021-4036.
- et P. Visaria (2002). Migration and urbanisation: Retrospect and prospects. Communication présentée aux séminaires intitulé «Future of India's Population, Development and Environment», organisé au Centre international de l'Inde. New Delhi, 14-15 janvier.
- Eberstadt, N. (1981). Recent declines in fertility in less developed countries and what population planners may learn from them. In *Fertility Decline in the Less Developed Countries*, N. Eberstadt (dir.). New York: Praeger.
- Guilmoto, C. Z. et S. I. Rajan (2001). Geographic patterns in fertility changes. In *Population-Development Nexus in India*, K. Srinivasan et M. Vlassoff (dir.). New Delhi: Tata McGraw-Hill.
- Institut international des sciences de la population (IIPS) et ORC Macro (2000). *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-1999: India*. Mumbai: IIPS.
- Jones, G. W. (1997). The demise of universal marriage in east and south-east Asia. In *The Continuing Demographic Transition*, G. W. Jones, R. M. Douglas, J. C. Caldwell et R. M. D'Souza (dir.). Oxford: Clarendon Press.
- Karve, I. (1953). *Kinship Organisation in India*. Deccan College Monograph Series No. 11. Madras: G.S. Press.
- Lahiri, S. et P. Dutta (2002). Sex-preference and child mortality in some selected Indian states: An analysis based on NFHS data during 1992-93 and 1998-99. Communication présentée au colloque intitulé «Sex Ratio in India», tenu à l'Institut international des sciences de la population. Mumbai, 10-11 janvier.
- Liebersohn, S., S. Dumais et S. Baumann (2000). The instability of androgynous names: the symbolic maintenance of gender boundaries. *American Journal of Sociology*, vol. 105, p. 1249-1287.
- Macunovich, D. J. (2000). Relative cohort size: source of a unifying theory of global fertility transition? *Population and Development Review* (New York), vol. 26, n° 2, p. 235-261.
- Mari Bhat, P. N. (1998). Demographic estimates for post-independence India: a new integration. *Demography India* (Delhi) vol. 27, n° 1, p. 23-57.

- McNay, K., P. Arokiasamy et R. Cassen (2000). Fertility and use of contraception among uneducated women in India. Department of Social Policy, London School of Economics. Non publié.
- Natarajan, K. S. et V. Jayachandran (2001). Population growth in 21st century India. In *Population-Development Nexus in India*, K. Srinivasan et M. Vlassoff (dir.). New Delhi: Tata McGraw-Hill.
- Nortman, D. L. (1978). India's new birth rate target: an analysis. *Population and Development Review* (New York), vol. 4, n° 2, p. 277-312.
- Organisation des Nations Unies (2001). *World Population Prospects, The 2000 Revision*, vol. 1: *Comprehensive Tables*. New York: Nations Unies.
- Pallikadavath, S. et C. Wilson (2000). The determinants of very low fertility in a low-status group in a developing country: the scheduled castes of Kerala, India. Department of Demography, Australian National University. Non publié.
- Retherford, R. D. et V. Mishra (2001a). *An Evaluation of Recent Fertility Trends in India*. National Family Health Survey Subject Report 19. Mumbai: Institut international des sciences de la population.
- et V. Mishra (2001b). *How Much Has Fertility Declined in Uttar Pradesh?* National Family Health Survey Subject Report 17. Mumbai: Institut international des sciences de la population.
- Rishyasringa, B. (2000). Social policy and reproductive health. In *Women's Reproductive Health in India*, R. Ramasubban et S. J. Jejeebhoy (dir.). Jaipur and New Delhi: Rawat Publications.
- Seckler, D. et U. Amarasinghe (2001). Major Problems in the Global Water-Food Nexus. Colombo: International Water Management Institute. Non publié.
- et M. Rock (1997). United Nations «low» projection of population growth most accurate. *2020 Vision News and Views* (octobre 1997), <http://www.ifpri.org>. Site consulté le 9 décembre 2001.

REMERCIEMENTS

L'établissement de la présente étude a bénéficié d'une subvention du Wellcome Trust (subvention numéro 053660). Les citations placées en exergue sont tirées respectivement du Bureau central de l'état civil de l'Inde (1997, p. i) et de Seckler et Amarasinghe (2001, p. 1).

Les incertitudes de la transition : questions posées à propos de l'avenir de la fécondité indonésienne

Terence H. Hull*

RÉSUMÉ

Trois décennies après la mise en place en Indonésie d'un programme de planification familiale parrainé par le gouvernement, les tentatives faites pour prévoir l'avenir de la transition de la fécondité sont mises en échec par la complexité et l'opacité des analyses démographiques. La crise économique, l'agitation politique et l'implosion sociale ont mis à mal les scénarios optimistes formulés il y a tous juste 10 ans. La pénurie de données démographiques fiables a été aggravée par l'impact des graves compressions budgétaires sur le recensement national de 2000 et des plans de décentralisation radicale exécutés en 2001. Les spéculations vont bon train sur l'aggravation de la pauvreté, le déclin des institutions sociales et les incertitudes politiques, et les commentateurs enregistrent d'éventuels revirements démographiques dans leurs pronostics sur le quatrième pays du monde par l'effectif de la population et le pays à la plus forte majorité musulmane du monde. Dans un climat aussi contradictoire, les démographes ne peuvent qu'avancer deux arguments de base. En premier lieu, l'examen détaillé des données disponibles indique un éventuel ralentissement, mais non une inversion de tendances. Concrètement, les déterminants « immédiats » que sont l'utilisation de la contraception et la prolongation du célibat ont bien résisté à la grave récession économique. En second lieu, les nouvelles cohortes de femmes en âge de procréer continuent d'élever leur niveau d'instruction, de participer de plus en plus nombreuses au marché du travail dans les secteurs structuré et non structuré et de se montrer résolues à maintenir leur fécondité à des niveaux relativement faibles. Dans la perspective de 2025, il est bon de se souvenir que l'Indonésie a dépassé le point médian de la transition d'une fécondité élevée à une fécondité faible, et que tout porte à croire que la diminution de la taille des familles va se poursuivre.

* Programme de démographie et de sociologie, École de recherche en sciences sociales, Université nationale australienne.

LA PLANIFICATION FAMILIALE INDONÉSIE EN UN ORDRE POLITIQUE EN ÉVOLUTION

Il y a 20 ans, on présentait l'Indonésie comme un exemple de baisse rapide de la fécondité précédant une amélioration importante de la situation économique et pouvant, de ce fait, être attribuée à bon droit à l'intervention du programme officiel de planification familiale (Sinquefeld et Sungkono, 1979; Freedman *et al.*, 1981). Les démographes étaient nombreux à interpréter le rôle du programme officiel (dont l'acronyme indonésien est BKKBN) comme celui d'un catalyseur et non du mécanisme à l'origine de l'évolution de la fécondité, mais l'interprétation politique et populaire qui a été donnée à la situation a été simplifiée au point de faire considérer que les pouvoirs publics avaient organisé un remarquable change-

ment par le biais de leur stratégie, de leur planification et de leur gestion logistique. Cette idée un peu simpliste a été bien accueillie par les bailleurs de fonds du programme—la Banque mondiale et l'Agency for International Development des États-Unis—et l'on a vanté l'Indonésie comme modèle pour les autres pays en développement, à grand renfort de prix et de distinctions décernés au BKKBN et au président Suharto.

L'Indonésie était encore encensée comme un modèle pour les pays pauvres lorsqu'il est apparu clairement que ce qui changeait allait beaucoup plus loin que la propagation de la contraception et la chute de la fécondité. En 1980, la rapidité du rythme des progrès économiques de la nation était apparue au grand jour, ainsi que les changements sociaux de grande envergure qui les accompagnaient. Pourtant, un grand nombre d'évaluations continuaient de traiter le programme en l'isolant de son contexte, comme s'il s'agissait d'un nœud institutionnel spécifique. On en a un exemple avec le cadre d'analyse de Mauldin et Lapham (1985) et dans l'analyse critique qu'en ont fait Entwisle (1989) et Hernandez (1984 et 1989) [voir aussi Mauldin et Ross, 1991]. Lorsque les observateurs considéraient les choses avec un peu plus de recul, ils voyaient le programme de planification familiale comme un outil mis en œuvre pour réaliser tout un éventail de changements économiques et sociaux en mettant l'accent sur des projets producteurs de revenus, des objectifs liés à la protection de la famille ou des «groupes d'accepteurs», comme l'expliquaient Warwick (1986, p. 458), Giridhar, Sattar et Kang (1989) et Suyono et Shutt (1989). Ce n'est que rarement que le programme était analysé dans l'optique des changements idéologiques et politiques plus profonds qui affectaient l'Indonésie (par exemple Hull, 1987; Hugo *et al.*, 1987; Hull, 1994; Hull et Hull, 1997). C'est d'autant plus curieux que le cadre politique, et en particulier les fondements idéologiques des changements politiques, jouait un rôle essentiel dans la mise en place, le développement et les résultats des programmes gouvernementaux, notamment dans les domaines de la planification familiale, de la santé, de l'éducation et du développement social. Même les éléments du programme auxquels était attribuée l'introduction de la contraception et de l'éducation en matière de population dans les villages, tels la mise en place de systèmes de distribution à l'échelon de la collectivité, étaient en dernière analyse le produit de changements apportés à la structure et aux fonctions des villages remontant à l'époque coloniale et menés de façon accélérée sous l'ordre nouveau (Warren, 1986, MacAndrews, 1986). Le gouvernement central a resserré les liens hiérarchiques entre les différents échelons de l'administration politique et avec ses représentants au niveau des villages, dont le gagne-pain exigeait qu'ils fassent allégeance au Ministre de l'intérieur. Le programme de planification familiale représentait un développement en marge (même s'il s'agissait d'une marge importante) de nouvelles formations de gouvernance et de socialisation dans une société aux prises avec le problème des choix à opérer pour construire une identité nationale sur un fondement hétérogène.

Le changement social constaté entre 1965 et 1990—l'époque où les taux de fécondité ont été pratiquement réduits de moitié—a été progressif; il s'est agi d'un processus de transformation fait d'une série de mouvements modestes se renforçant mutuellement. Le moteur de ce changement a été moins l'institution officielle du programme de planification familiale que le boom pétrolier qui a commencé dans les années 70 et qui a alimenté le développement, les dispositifs de contrôle politique qui ont permis d'obtenir la stabilité et de renforcer l'autorité et les réformes bureaucratiques et les innovations dans le domaine des communications qui ont rendu les régions attentives aux instructions du centre. Sans ces changements plus fondamentaux, le BKKBN n'aurait pas disposé du point d'appui nécessaire pour prendre les mesures en vue d'atteindre les objectifs logistiques et informationnels formulés pour promouvoir l'utilisation de la contraception.

En Indonésie, les changements politiques et administratifs principaux ont pu être attribués à la nature du régime d'ordre nouveau postérieur au coup d'État. Le passage de l'ordre ancien à l'ordre nouveau entre 1965 et 1967 a impliqué un réaménagement du pouvoir politique tel que les principaux obstacles à la planification familiale (l'islam politique et la planification économique nationaliste) ont été remplacés par des forces favorables à la ré-

gulation des naissances (autoritarisme laïc et planification technocratique modernisante). Parmi les nouvelles priorités figurait la très médiatisée « création d'institutions », donnant lieu à d'importants investissements dans l'amélioration des services du gouvernement central, le renforcement du contrôle des administrations régionales et locales et l'orientation de toutes les organisations sociales vers la réalisation d'un objectif de développement sous la bannière idéologique commune des Panca Sila. Ces « cinq piliers » de l'idéologie nationale ont été conçus en 1945 à l'aube de l'indépendance indonésienne pour donner un fondement à un État laïc. Ces piliers ont été traduits de différentes manières, mais peuvent être formulés ainsi : croyance en Dieu, unité nationale, humanitarisme, justice sociale et gouvernement par consensus (voir les études *in van Ufford 1987*). Au moment de la formulation de l'idéologie, et souvent et de plus en plus par la suite, de nombreux dirigeants du courant politique musulman ont demandé instamment que soient modifiés ou abandonnés les Panca Sila au profit d'une idéologie à fondement religieux favorable à la création d'un État islamique. Le programme de planification familiale est le produit d'un État laïc même si certaines de ses orientations ont été formulées de manière à tenir compte des valeurs et enseignements islamiques (Fathuddin *et al.*, 1993).

La revendication d'un État islamique s'appuie sur l'argument selon lequel l'immense majorité de la population est musulmane et ses partisans citent souvent des chiffres aussi élevés que 95 % de fidèles, au lieu des 87 % indiqués par le recensement ou de la constatation plus réaliste qu'une proportion importante des personnes énumérées comme fidèles à l'islam sont des « musulmans statistiques » adeptes de l'animisme et d'autres pratiques spirituelles. La résistance à ces manœuvres politico-religieuses l'a emporté sous la direction de Sukarno en 1945, a été maintenue par Suharto jusqu'en 1998 et a depuis pu compter sur l'appui des dirigeants d'orientation religieuse qu'ont été successivement Habibie et Wahid. Ce deux derniers successeurs de Suharto ont refusé d'accepter un État islamique parce qu'ils nourrissaient le projet de faire du pays, le premier, une puissance technocratique et, le second, une démocratie humaniste. Leur successeur, Megawati Sukarnoputri, la fille de Sukarno, a renouvelé l'engagement à l'égard d'un gouvernement laïc contre la pression croissante de nombreux législateurs nationaux et responsables locaux qui réclament une charte instituant un État religieux assorti de lois et de procédures juridiques en faveur des musulmans tout en respectant les droits politiques des autres religions. Beaucoup de partisans de la laïcité craignent que l'évolution de l'idéologie de l'État ne lézarde l'édifice social et, concrètement, ne place le programme de planification familiale dans le collimateur au sujet des questions touchant la moralité, la famille et, en particulier, la santé des adolescents en matière de procréation.

Pendant toute la période, les changements sociaux relatifs au mariage et aux relations familiales ont été portés par la vague de « mondialisation » qui a caractérisé l'expansionnisme et le consumérisme dans la société. Au début des années 90, le programme indonésien de planification familiale a de nouveau dû évoluer pour s'adapter aux nouvelles idéologies et structures politiques. Les mesures de déréglementation et de privatisation des entreprises publiques et du secteur financier sont allées de pair avec le programme « KB Mandiri » (autosuffisance en matière de planification familiale) de privatisation des services de contraception et avec une série d'initiatives visant à réduire les dépenses publiques de santé au profit du secteur privé. La montée en puissance des forces « privées » et laïques a remis en question le type d'autoritarisme d'exclusion de la première phase de l'ordre nouveau et ces forces se sont fait l'écho des exigences posées après 1989 concernant une plus grande « ouverture » du gouvernement, un plus grand rôle pour le parlement et le renforcement de la pluralisation du pouvoir (MacIntyre, 1989, p. 232-233). La revendication d'une plus grande participation au gouvernement et d'une plus grande réceptivité de la bureaucratie a engendré un nouvel esprit d'investigation parmi les journalistes et les professionnels. Elle a également conduit à rendre publiques des accusations selon lesquelles des pressions injustifiées étaient exercées sur le public pour qu'il se conforme aux objectifs de planification familiale (Hull, 1991). On n'a donc pas été surpris de voir le BKKBN adopter une approche fondée sur la « qualité des soins » (QOS) en définis-

sant une démarche de santé en matière de procréation plus complète pendant l'année ayant précédé et l'année ayant suivi la Conférence internationale sur la population et le développement tenue en 1994 au Caire. On ne s'est pas non plus étonné d'entendre les donateurs et les ONG se plaindre de ce que les initiatives de QOS tenaient davantage de la présentation d'une image flatteuse que de la prise d'engagements. Les habitudes nées de l'autoritarisme ne pouvaient pas être vaincues à coup de slogans et il a fallu attendre la période 1997-1999 pour que des forces politiques puissent être mobilisées afin de contester et, en définitive, de vaincre l'ordre nouveau et d'instaurer un programme de réformes. Pourtant, la chute de Suharto, l'interrègne de Habibie et l'élection de Wahid ont semblé, en 2000, avoir fait entrer l'Indonésie dans une ère d'instabilité et d'imprévisibilité. Depuis, la chute de Wahid et l'entrée en scène de Sukarnoputri comme présidente ont démontré la persistance de conflits démoralisants au sein de l'élite nationale. Dans un tel contexte, il est difficile pour le pays de focaliser son attention sur des questions telles que les besoins des femmes dans le domaine de la santé en matière de procréation, les problèmes posés par la mesure de la fécondité, l'utilisation de la contraception ou la mortalité. Pour envisager l'avenir, il nous faut donc examiner les analyses du passé et extrapoler les tendances vraisemblables du comportement au niveau tant des motivations individuelles que des structures et fonctions des institutions.

MESURE DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET DE LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ

Quelque instable qu'ait pu sembler le char de l'État l'année où le président Wahid est arrivé au pouvoir, la situation démographique en Indonésie n'a pas suscité les craintes et les inquiétudes qui avaient tracassé les technocrates trois décennies plus tôt. Les nouvelles sur le front de la planification familiale et de la fécondité semblaient très bonnes, au moins pour ce qui est des tendances générales. La nouvelle équipe dirigeante avait hérité des données concernant la planification familiale indiquées au tableau 1. En Indonésie, la régulation des naissances était devenue l'affaire de la majorité de la population, ce qui s'expliquait pour l'essentiel par l'utilisation d'une gamme très étendue de méthodes de contraception féminine. L'absence d'équité entre les sexes qui apparaît à la lecture de

Tableau 1
Utilisation déclarée des méthodes de régulation des naissances en Indonésie (pourcentages des femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans)

Méthodes	1976	1987	1991	1994	1997
Méthodes du programme officiel	17,2	40,7	43,7	48,4	51,3
DIU	4,1	13,2	13,3	10,3	8,1
Pilule	11,6	16,1	14,8	17,1	15,4
Produits injectables	–	9,4	11,7	15,2	21,1
Implant	–	0,4	3,1	4,9	6,0
Préservatif masculin	1,5	1,6	0,8	0,9	0,7
Méthodes encouragées par le programme, mais non officielles	0,1	3,3	3,3	3,8	3,4
Stérilisation féminine	0,1	3,1	2,7	3,1	3,0
Stérilisation masculine	0,0	0,2	0,6	0,7	0,4
Méthodes traditionnelles et populaires	1,0	6,0	2,7	2,7	2,7
Contenance périodique	0,8	1,2	1,1	1,1	1,1
Retrait	0,1	1,3	0,7	0,8	0,8
Méthodes traditionnelles (herbes ou massage) et autres méthodes	0,1	3,5	0,9	0,8	0,8
Utilisation déclarée d'une méthode quelconque	18,3	49,8	49,7	54,7	57,4
Aucune méthode	81,7	52,3	50,3	45,3	42,6

Source: SUPAS (enquête intercensitaire sur la population) de 1976, Enquête sur la fréquence de la contraception de 1987, Enquêtes démographiques et sanitaires en Indonésie de 1991, 1994 et 1997, mises en tableaux et publiées par l'Office central de statistique.

Note: Un tiret indique que les données ne sont pas disponibles dans les enquêtes correspondantes analysées pour préparer le présent tableau.

ces chiffres est soulignée par la baisse régulière de l'utilisation déclarée des méthodes de contraception masculine (préservatifs, vasectomie et retrait), descendue d'un pourcentage global de 3,1 % des couples en 1987 à 1,9 % dix ans plus tard. Si l'on avait mis davantage l'accent sur les méthodes de contraception masculine pendant cette période de temps, l'Indonésie aurait peut-être atteint des taux de prévalence de la contraception supérieurs à 60 %. Au lieu de cela, la bureaucratie s'est dérobée. Les responsables des communautés locales et du programme de planification familiale sont devenus des plus frileux à l'idée de promouvoir les méthodes masculines. Ils ont de plus en plus remis en cause l'efficacité des préservatifs et l'acceptabilité de la vasectomie, choisissant d'ignorer délibérément les données montrant que les Indonésiens et Indonésiennes ordinaires s'intéressaient de très près aux méthodes masculines. C'était comme les moutons de Panurge: il suffisait que quelques dirigeants fassent part de l'inquiétude que leur inspirait la moralité ou l'efficacité des méthodes masculines pour que le troupeau se mette à courir sous l'emprise d'idées sans fondement mais non sans rapport avec la peur primitive de la castration éprouvée par les hommes et des fuites de trous d'épingle dans le caoutchouc vulcanisé. Il s'en est suivi que l'Indonésie, à l'époque du VIH, a enregistré une baisse régulière de l'utilisation des préservatifs masculins aux fins de la planification familiale et n'a pas pu faire en sorte que la stérilisation masculine relativement bon marché atteigne même un tiers du nombre des stérilisations féminines. Les Indonésiennes étaient moins enclines à la panique que les hommes, ou tout au moins elles toléraient mieux les effets secondaires et la sensation de gêne éprouvée dans leurs tentatives pour maîtriser leur fécondité. Dans un environnement où elles étaient relativement peu soutenues, elles ont persévéré dans la régulation de la fécondité en changeant assez souvent de méthode.

Avec le temps, les schémas d'utilisation de la contraception ont généralement fait apparaître une combinaison d'un grand nombre de méthodes, la plupart des utilisateurs choisissant une préparation de l'une ou l'autre des méthodes hormonales, mais une forte minorité continuant d'utiliser les DIU ou essayant des méthodes traditionnelles telles que la continence périodique ou les préparations à base de plantes médicinales. Alors qu'en 1970 on rassemblait les femmes pour leur faire des exposés de masse sur la nécessité de la régulation des naissances, en 1997, la quasi-totalité des Indonésiennes avaient appris comment se procurer et comment utiliser un certain nombre de méthodes contraceptives, et elles mettaient cette connaissance en pratique. Les jeunes femmes, en particulier, considéraient ces méthodes comme indispensables pour ajourner et espacer les naissances de façon à pouvoir participer au marché du travail dans le secteur structuré. Les couples interrogés par les enquêteurs ne parlaient plus de « chaque enfant apportant sa propre fortune », comme le dit le proverbe javanais, mais précisaient au contraire la fortune nécessaire pour bien éduquer un enfant dans un monde en mutation rapide et face aux tentations de la consommation et au coût de la scolarisation.

Alors que la tendance à l'accroissement de l'utilisation de la contraception indiquait un profond changement dans la vie procréatrice des Indonésiennes, beaucoup de responsables politiques redoutaient que tout relâchement de la pression exercée par le programme de planification familiale aboutisse à une inversion de ces tendances. Au fond, l'élite s'imaginait que les Indonésiennes avaient sans cesse besoin d'être encadrées pour maîtriser leur fécondité. D'autres observateurs jugeaient fragile le système logistique de distribution des contraceptifs à travers le pays et considéraient que toute atteinte au budget de l'État était susceptible d'entraîner un effondrement des services. La crise économique de 1997 a produit exactement les conditions redoutées par ces interprétations — le déclin économique rognait le budget de la planification familiale, et les changements politiques s'accompagnaient de demandes tendant à ce qu'il soit mis fin à l'autoritarisme. Les nouveaux responsables du programme de planification familiale se sont mis à élaborer de nouvelles stratégies capables de répondre aux besoins d'une déclaration de mission révisée dans le sens de la promotion du volontarisme et de la qualité des soins. Le tableau 2 montre les résultats des enquêtes annuelles effectuées par l'Office central de statistique à l'aide d'un ensemble uniforme de questions pour estimer la fréquence de l'utilisation

des contraceptifs parmi les femmes en âge de procréer et rendre compte du choix des méthodes par les contraceptrices. Ce tableau s'appuie sur des informations d'un type différent de celles dont il est question dans le tableau 1, mais les résultats sont comparables. Ils montrent aussi qu'il n'y a pratiquement pas eu de fléchissement de l'utilisation de la contraception et qu'il y a eu peu de changements dans le type de méthode choisie. On peut expliquer de bien des façons la bonne tenue du programme de planification familiale face aux changements de grande envergure qui ont malmené le pays. Le facteur principal est peut-être que la planification familiale est devenue une pratique universellement admise par tous les groupes politiques, religieux et sociaux. En outre, le Conseil national de coordination de la planification familiale (BKKBN) est souvent considéré comme l'un des services gouvernementaux les plus solides dans les domaines de la planification, de l'administration et de la formulation de politiques reposant sur des données probantes. Lorsque la crise s'est déclarée, le personnel du BKKBN était prêt à recenser les besoins et pouvait justifier un appui immédiat aux interventions à lancer. Les donateurs ont réagi rapidement en faisant droit aux demandes de fournitures. Le résultat? Entre 1998 et 2000, il n'y a pas eu de crise de la contraception.

La croissance régulière de l'utilisation de la contraception depuis trois décennies est à imputer aux profonds changements survenus dans la vie des Indonésiennes. Le tableau 3 montre quelques indicateurs approximatifs des changements aux niveaux de la scolarisation, de l'emploi et de la constitution de la famille, à savoir les trois éléments d'un changement des rôles et de la place des femmes dans la société. Sans nécessairement attester d'une révolution dans la situation quotidienne des femmes, ces résultats de recensement font bel et bien apparaître, en revanche, certains changements réguliers et importants qui confirment les impressions de changement rapide observées dans les villes et les villages de l'archipel. Focalisés sur les années où les adolescents et les jeunes adultes prennent des décisions cruciales, ces résultats nous indiquent qu'en l'espace de deux décennies il y a eu une forte augmentation de la scolarisation et un changement de nature de la participation au marché du travail du secteur structuré. Alors qu'environ la moitié des filles âgées de 10 à 14 ans pouvaient aller à l'école en 1970, quatre sur cinq étaient scolarisées en 1990. Parallèlement, on a constaté une diminution de la participation de ce groupe d'âges au marché du travail du secteur structuré, tendance conforme aux observations faites dans le cadre d'études communautaires montrant que les jeunes adolescentes étaient beaucoup moins susceptibles que celles des générations précédentes d'effectuer une forme quelconque de travail domestique ou de participer à un titre ou à un autre au marché du travail dans le secteur non structuré, ce qui s'expliquait en partie par le fait qu'elles allaient à l'école. Un autre facteur important modifiant les rôles de filles de 10 à 14 ans était le niveau plus faible de fécondité parmi leurs mères dans les années 70 et 80, ce qui impliquait la présence de moins de jeunes frères et sœurs requérant les soins de filles pubères. Les familles nombreu-

Tableau 2
Utilisation de la contraception parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, selon la prévalence et la méthode utilisée, 1993-2000

Année	Prévalence (pourcentage de toutes les femmes)	Pourcentage des contraceptrices actuelles						
		Plulesi	Injection	DIU	Implant	Stérilisation	Préservatif	Autres
1993	53,1	27,5	32,3	23,7	2,5	8,2	2,2	3,7
1994	54,2	28,4	33,1	23,6	2,5	7,2	1,8	3,4
1995	54,2	29,1	35,0	21,0	2,6	7,7	1,5	3,1
1996	54,2	27,0	37,5	19,8	4,0	7,2	1,6	2,9
1997	55,3	28,1	40,0	17,8	4,6	6,2	1,3	2,0
1998	55,4	27,2	41,2	17,4	4,7	6,0	1,3	2,3
1999	55,4	29,0	39,9	17,2	4,0	7,0	1,0	1,9
2000	54,8	26,9	42,5	16,4	4,4	7,3	0,7	1,8

Source: BPS (différentes années), Statistik Kesejahteraan Rakyat (statistiques de l'aide sociale), Rapport sur les résultats de l'enquête sociale et économique nationale annuelle (SUSENAS). Jakarta: Office central de statistique.

Tableau 3
Évolution des pourcentages de filles actuellement scolarisées ou exerçant actuellement un emploi et indices de l'état matrimonial des indonésiennes, 1964-1990

	1971	1980	1990
Scolarisation et emploi dans le secteur structuré			
Pourcentage actuellement scolarisées parmi les :			
Filles de 10 à 14 ans	57,5	77,6	82,5
Filles de 15 à 19 ans	7,0	26,0	37,3
Femmes de 20 à 24 ans	3,0	3,9	7,2
Pourcentage exerçant actuellement un emploi dans le secteur structuré parmi les :			
Filles de 10 à 14 ans	10,8	9,0	8,1
Filles de 15 à 19 ans	26,6	29,8	30,3
Femmes de 20 à 24 ans	29,1	32,7	39,3
Indices de l'état matrimonial			
Pourcentage de célibataires parmi les :			
Filles de 10 à 14 ans	97,7	99,2	99,6
Filles de 15 à 19 ans	62,6	70,0	76,5
Femmes de 20 à 24 ans	18,5	22,3	25,3
Pourcentage de mariées parmi les :			
Filles de 10 à 14 ans	1,8	0,7	0,4
Filles de 15 à 19 ans	32,2	27,3	22,0
Femmes de 20 à 24 ans	73,2	72,2	70,5
Âge moyen des célibataires au mariage	19,3	20,0	20,5

Source : Calculs réalisés à partir de rapports de recensement publiés par le Bureau central de statistique.

ses devenant plus rares, les enfants nés dans des familles moins nombreuses en ont recueilli les bénéfices sous forme de temps libre, d'un accroissement de la part des ressources familiales mise à leur disposition et d'un encouragement à l'étude.

La situation des adolescentes âgées de 15 à 19 ans était un peu différente. Elles avaient plus de chances de poursuivre leurs études, mais la proportion de ces adolescentes actuellement scolarisées ne représentait en 1990 qu'un tiers de la cohorte, contre un cinquième en 1971, tandis qu'un autre tiers participait au marché du travail dans le secteur structuré. Une de ces adolescentes sur cinq environ était mariée en 1990. Face à une série de changements incomplets, ce groupe semblait hésiter sur le parti à prendre. Ces adolescentes pouvaient vouloir poursuivre leurs études, mais elles se heurtaient à des obstacles tels que le nombre de places disponibles ou les frais d'inscription. Elles pouvaient être tentées par l'idée de prendre un emploi, mais les emplois intéressants dans le secteur structuré exigeaient une formation et un engagement qui pouvaient leur faire défaut. L'adolescente de 15 à 19 ans était de plus en plus définie comme n'étant pas encore une adulte (statut conféré par le mariage) et n'étant plus une enfant, ce qui signifiait une époque de la vie faite d'emploi dans le secteur non structuré et d'incertitudes sur les choix à faire pour l'avenir. Assurément, le mariage était une option qui occupait une place importante, mais la quête du mariage d'amour rendait de plus en plus difficile le choix d'un partenaire, tandis que les parents conservaient un rôle important pour ce qui était d'approuver ou de désapprouver la décision et de trouver un bon parti pour leur fille.

Selon la classe sociale à laquelle ils appartenaient, les jeunes adultes considéraient que les mutations sociales ouvraient des perspectives nouvelles. Pour l'élite et la classe moyenne en plein développement, la rapide expansion de l'enseignement supérieur impliquait la possibilité de prolonger ses études en vue de diverses carrières professionnelles et universitaires. Beaucoup d'établissements d'enseignement supérieur étaient gérés par le secteur privé et préparaient les jeunes des deux sexes aux carrières des services ou de l'administration, tandis que d'autres produisaient des enseignants et des travailleurs du secteur de la santé. Peu d'étudiants et étudiantes pouvaient poursuivre leurs études en étant mariés, mais certains pouvaient combiner le travail et les études. L'idée d'une carrière

amenait les jeunes femmes à réexaminer la question du moment et du style de leur mariage. Le mariage était de moins en moins synonyme de maternité précoce, à la fois parce qu'il pouvait être ajourné jusqu'après l'achèvement des études supérieures et parce que le début d'une carrière était difficile à concilier avec la maternité. Comme les femmes de l'ensemble du monde développé, les jeunes Indonésiennes se débattaient entre les attentes de leur famille et leurs aspirations hésitantes au développement personnel. Dans les grandes villes, les femmes étaient de plus en plus nombreuses à résoudre ces contradictions en décidant simplement de demeurer célibataires et de se consacrer à leur carrière. Pour la plupart des femmes, cependant, le mariage était ce sur quoi elles misaient fermement, et elles s'efforçaient de réaliser leurs buts de carrière et de procréation en comptant sur l'aide de leur famille et de leurs domestiques et sur leurs congés pour traverser les difficiles premières années de l'éducation de leurs enfants.

Les taux de fécondité par âge indiqués dans le tableau 4 font apparaître l'impact de ces changements sur la fécondité. Les cohortes d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui se sont succédé ont été moins enclines à se marier et à avoir des enfants, si bien que la fécondité de ce groupe d'âges a baissé de près des deux tiers. Au milieu des années 90, les jeunes femmes adultes n'avaient que la moitié de chances d'avoir des enfants par rapport aux femmes du même groupe d'âges de la fin des années 60. Pour ces femmes, la tendance à ajourner les naissances dans les premières années de la vie annonçait un plus petit nombre d'enfants par la suite. Passé l'âge de 30 ans, chaque groupe de femmes appartenant à chaque groupe d'âges de cinq ans ont enregistré des baisses régulières de fécondité, avec une baisse globale de 50 à 68 % entre la fin des années 60 et le milieu des années 90.

Tableau 4
Taux de fécondité par âge et fécondités cumulées, Indonésie, 1964 à 1994

Période de référence	Taux de fécondité par âge							FC
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1965-1970	158	290	277	224	146	75	12	5,9
1971-1975	127	265	256	199	118	57	18	5,2
1976-1979	116	248	232	177	104	46	13	4,7
1980	90	226	213	163	105	43	14	4,3
1981-1984	95	220	206	154	89	37	10	4,1
1983-1987	75	189	174	130	75	32	10	3,4
1983-1987	78	188	172	126	75	29	10	3,4
1985	46	176	173	134	83	32	10	3,3
1985-1989	71	179	171	129	75	31	9	3,3
1988-1991	67	162	157	117	73	23	7	3,0
1991-1994	61	148	150	109	68	31	4	2,9
1995-1997	62	143	149	108	66	24	6	2,8
Baisse en pourcentage								
1965-1970 à 1994-1997	60,8	50,7	46,2	51,8	54,8	68,0	50,0	53,0
Estimations de la FC obtenues par la méthode de régression Rele à partir des données des SUSENAS								
1989-1993								2,7
1990-1994								2,6
1991-1995								2,6
1992-1996								2,6
1993-1997								2,4
1994-1998								2,5
1995-1999								2,3
1996-2000								2,2

Source: Recensement de 1971, SUPAS de 1976, Enquête sur la prévalence de la contraception de 1987, Enquêtes démographiques et sanitaires sur l'Indonésie de 1991, 1994 et 1997, toutes mises en tableaux et publiées par le Bureau central de statistique à l'aide de diverses méthodes de calcul. Les chiffres calculés à partir des SUSENAS (Enquêtes sociales et économiques nationales) de 1993 à 2000 sont tirés des bandes de données établies par Hendratno Tuhiman, de l'Institut de démographie de l'Université de l'Indonésie, à l'aide de la méthode de régression Rele.

Là encore, les peurs des responsables politiques étaient centrées sur l'idée que la crise économique de 1997-1999 déclencherait un « baby-boom ». Ces mots faisaient les gros titres des journaux au début de 1998. Comme nous l'avons indiqué plus haut, le BKKBN était prêt à faire face à la crise et la communauté des donateurs a appuyé les efforts faits pour garantir les approvisionnements et le matériel en période de compressions budgétaires. Aussi l'utilisation déclarée de la contraception n'a-t-elle pas faibli. Dans la partie inférieure du tableau 4, on peut voir que la tendance de la fécondité n'a pas marqué le pas, mais a continué à baisser.

Cette affirmation est cependant teintée d'incertitude car la source des données et la méthode de calcul de la fécondité cumulée laissent toutes deux à désirer. La SUSENAS est une enquête nationale par sondage réalisée chaque année pour recueillir une grande variété de données, et la structure et le contenu du questionnaire sont différents chaque année. En raison des problèmes budgétaires, le mode de prélèvement des échantillons a lui-même varié. Ces problèmes ne devraient pas en principe avoir un impact majeur sur les données concernant le nombre et l'âge des membres du ménage, mais ils pourraient en avoir un. La méthode de calcul de la fécondité (méthode de régression Rele) utilise le rapport enfants-femmes — c'est-à-dire l'ensemble des enfants comptés lors de l'enquête depuis la naissance jusqu'à l'âge exact de cinq ans, divisé par le nombre de femmes en âge de procréer — pour calculer le niveau de fécondité correspondant aux cinq années ayant précédé l'enquête. Ainsi, les enquêtes annuelles successives devraient-elles mesurer des périodes d'expérience de fécondité se recouvrant partiellement. Parmi la grande quantité de chiffres tirés des enquêtes réalisées entre 1993 et 2000, les estimations montrent une baisse continue, ce qui implique que l'estimation ponctuelle pour 2000 serait en fait très inférieure à la moyenne quinquennale de 2,2. Aucun analyste en Indonésie ne peut croire que la fécondité aurait pu descendre jusque-là à ce moment-là. Le rapprochement des estimations des parties inférieure et supérieure du tableau montre que la méthode Rele sous-estime systématiquement la FC de 0,3 à 0,4 enfant pour les mêmes périodes. Il est possible que les estimations des tendances annuelles obtenues par cette méthode peuvent nous donner confiance même si le niveau de fécondité impliqué par les chiffres ne nous inspire pas confiance. Au tournant du siècle, il apparaît donc que les Indonésiennes ont atteint le seuil de procréation de remplacement. Il n'y a guère de raison de penser que la tendance ne va pas durer. Il est instructif d'examiner ces macro-mesures de fécondité d'un micro-point de vue.

Du point de vue des femmes prises séparément, la question n'est pas le nombre d'enfants qu'elles ont, mais le nombre d'enfants qu'elles peuvent élever jusqu'à l'âge adulte. Les figures 1 et 2 montrent l'évolution de la fécondité en ce qui concerne le nombre final d'enfants (enfants survivants) pour les cohortes de femmes représentées par les femmes commençant leur période de procréation à l'âge de 15 ans pendant des années différentes séparées en gros par une génération, et pour les cohortes fictives de femmes censées reproduire les expériences de fécondité et de mortalité du moment qui existaient pendant différentes années entre 1950 et 2010.

Les tendances des cohortes de la figure 1 font apparaître l'inefficacité des taux de procréation pour la cohorte de 1950 parce que, même si les mères de cette cohorte avaient une fécondité plus élevée que celle des mères de la cohorte de 1965, leur famille était moins nombreuse lorsqu'elles atteignaient l'âge de 60 ans. Toutes les cohortes ultérieures ont des courbes de dimension de la famille plus basses et plus plates — la fécondité diminuée fait descendre le niveau, mais la baisse de la mortalité implique que la survie est très améliorée. On prévoit que les femmes qui ont commencé leur période de procréation en 1995 auront une famille de deux enfants en moyenne, et les hypothèses des *Perspectives démographiques mondiales* montrent que les filles qui s'inscrivent à l'école en 2000 n'élèveront en moyenne que 1,6 enfant pendant leur période de procréation. La baisse de la fécondité future est, naturellement, affaire de conjectures, mais on ne voit pas comment la fécondité pourrait s'élever à partir des niveaux atteints dans les années 90, et la figure 2 montre que les mères de la cohorte fictive de 2010 pourraient avoir une famille de deux enfants en moyenne si elle suivaient la voie moyenne, ou de 1,6 si elles ont une fécondité très réduite. Ce qu'il faut bien voir, c'est qu'aucune des deux hypothèses ne permet

Figure 1
 Nombre moyen final d'enfants pour les cohortes de mères âgées de 15 ans en 1950, 1965, 1980, 1995, 2010

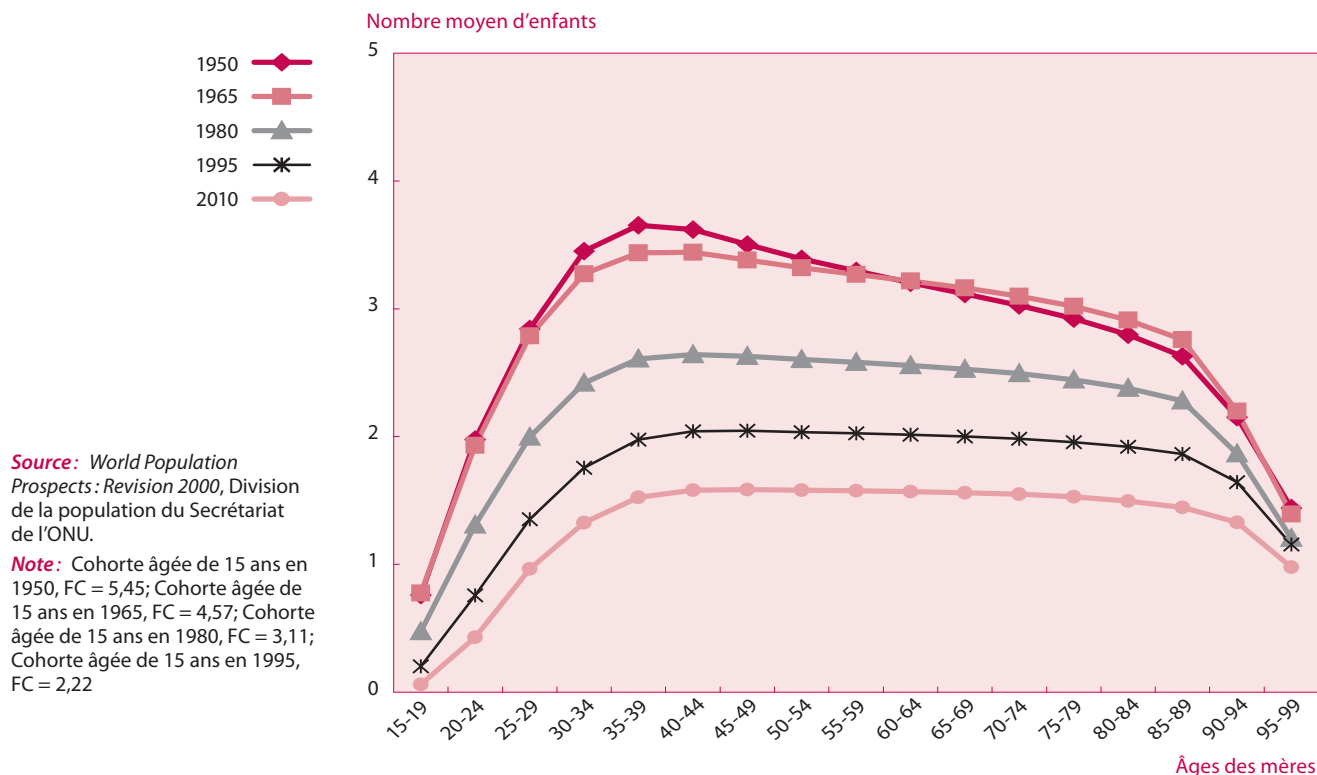
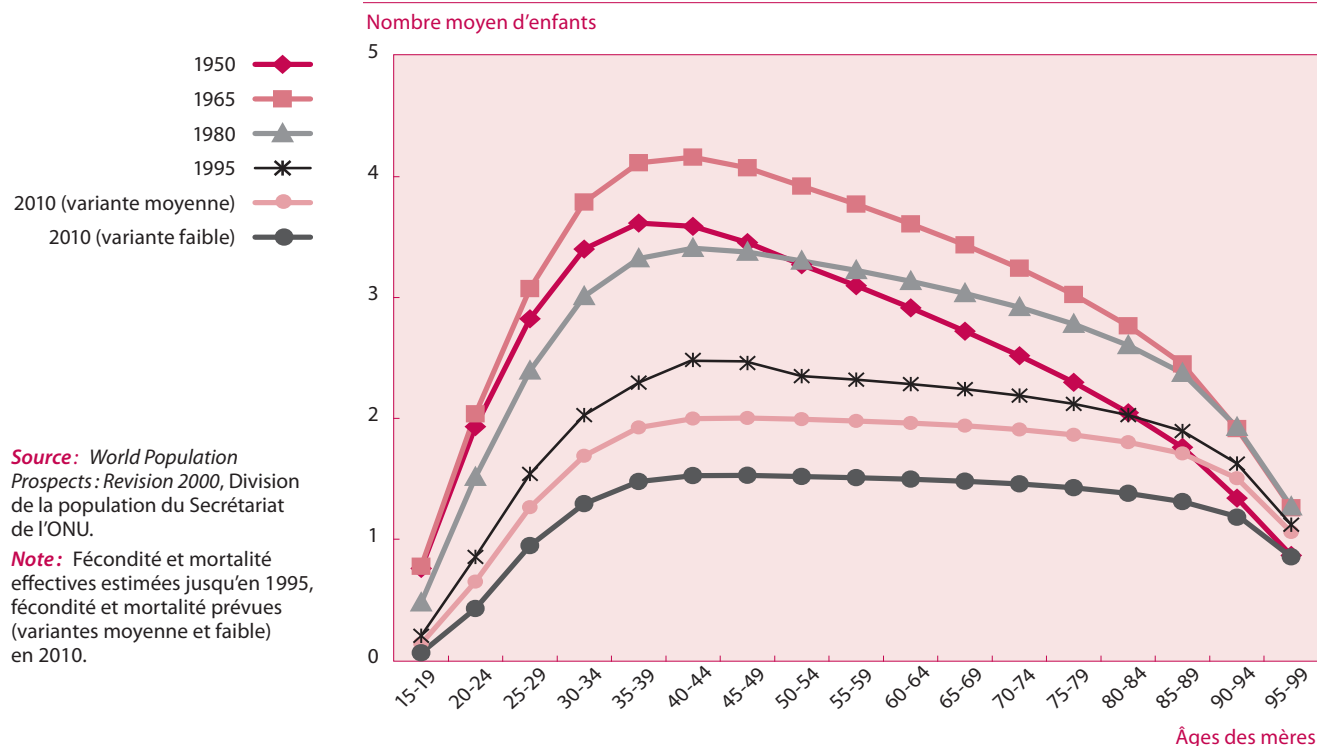


Figure 2
 Nombre moyen final d'enfants pour les cohortes fictives de femmes les ayant mis au monde en 1950, 1965, 1980, 1995, 2010



d'envisager un quelconque retour à la dimension des familles des années 80 (époque de croissance économique remarquable et de changements sociaux importants) et même la reproduction du schéma de 1995 semblerait impliquer qu'il faudrait modifier profondément un grand nombre des conditions et motivations de la procréation — notamment les aspirations des femmes en matière d'études et d'emploi.

Compte tenu de toutes incertitudes politiques dans l'Indonésie d'aujourd'hui, il ne serait guère prudent de dire « jamais », mais il est également vrai de dire que rien, au niveau du gouvernement ou de la population, ne permet de penser que de telles modifications soient bien accueillies, voire possibles. Il est probable qu'en 2002 la fécondité continue de baisser, même si le taux de baisse peut s'être ralenti en raison de l'impact négatif que les facteurs économiques et politiques ont sur la prestation de services de santé et de contraception.

PRÉVOIR LES AVENIRS DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE PROCRÉATION À UNE ÉPOQUE D'INCERTITUDE

Si le passé est « pluriel » en fonction des différentes interprétations que l'on peut donner des événements, l'avenir lui aussi est pluriel, mais en accord avec une riche gamme d'hypothèses plausibles que l'on peut formuler au sujet du tour que prendront vraisemblablement les choses. Cette réflexion semble d'autant plus pertinente que l'Indonésie doit relever le défi consistant à construire la démocratie sur les fondements de l'autoritarisme. Il faudra encore du temps et il faudra avoir mieux compris toutes les possibilités des processus politiques en cours pour pouvoir faire des prévisions quant à l'avenir politique de la santé en matière de procréation, mais il existe déjà des raisons de penser que certaines contributions intéressantes de l'ordre nouveau peuvent être conservées et que les erreurs les plus flagrantes de l'autoritarisme peuvent être effacées.

Les initiatives de réforme sanitaire prises par le Ministère de la santé entre 1998 et 2000 (Hull et Iskandar, 2000, p. 106; Lieberman et Marzoeki, 2000) sont le meilleur espoir de voir les femmes et les hommes continuer d'avoir accès aux services de contraception. Après tout, dans le développement du mouvement national de planification familiale, le personnel médical assisté par des agents des services extérieurs rémunérés ou bénévoles ont fourni l'essentiel des services de base à la majorité de la population. L'activité de formation et d'organisation menée auprès de ces groupes par le BKKBN peut servir à élaborer une approche plus axée sur le client et moins autoritaire. L'engagement vis-à-vis des soins de santé préventive permet de maintenir sur des bases solides la prestation des services de planification familiale et peut servir à améliorer les services de prévention des maladies sexuellement transmissibles et les affections et décès liés à la grossesse. Un réseau d'usines et de circuits de distribution qui met une riche gamme de contraceptifs à la disposition de tous les Indonésiens constitue une importante ressource industrielle qui mérite d'être préservée. Les hommes politiques conservateurs pourraient à un moment ou à un autre objecter au maintien au sein du BKKBN d'un service spécialisé de promotion de la planification familiale, mais la contribution d'une telle organisation en tant que facilitateur de la mobilisation communautaire est généralement bien accueillie par la société, même lorsque des doutes sont émis sur certaines activités.

Les erreurs découlant des valeurs patrimoniales et de l'autoritarisme peuvent s'avérer difficiles à rectifier dans la mesure où des facteurs culturels sont à la base de nombreuses pratiques contraires à la santé. Les faits de coercition, de manque de tact, de non-participation ou d'irresponsabilité des hommes, de pénurie d'information et de traitement irrévérencieux des clientes dont les femmes se plaignent trouvent souvent leur origine dans les rapports entre les sexes, les rapports de classe et les mentalités administratives dont le changement pourrait prendre des années, voire des générations (Hull et Hull, 1997). Néanmoins, lorsque le président Wahid a nommé Khofifah Indar Parawansa ministre des questions féminines en 1999, beaucoup d'observateurs ont eu la stupeur de constater que deux de ses premiers actes ont été de changer le nom de sa fonction, pour se faire appeler ministre de l'autonomisation de la femme, et de revendiquer le droit de superviser le BKKBN. Il

était manifeste qu'elle entendait aborder de front les questions de sexe et de moralité dans le cadre des orientations à imprimer au programme de santé en matière de procréation, et qu'elle s'appêtait à définir des priorités féministes pour faire en sorte que les femmes exercent une influence active sur le programme et que les hommes assument une partie de la charge de l'utilisation de la contraception. Dans les deux années ayant suivi son entrée en fonction, elle avait amené le BKKBN à adopter une nouvelle déclaration intitulée «*Projet et mission*». Le projet concernait des «*Familles de qualité*» en 2015 et la mission s'ouvrait sur l'objectif consistant à donner à la collectivité les moyens et la motivation nécessaire pour constituer des familles peu nombreuses et de qualité, où l'expression «*peu nombreuses*» ne se voyait pas attribuer une valeur numérique, mais était assortie de l'observation selon laquelle il faudrait faire comprendre aux familles que le meilleur âge de la vie pour la procréation est entre 20 et 30 ans et il y a avait lieu de maintenir une saine tendance à l'espacement des naissances. Cela implique en fait une famille de deux ou trois enfants, en admettant qu'une femme commence à procréer à l'âge de 20 ans, mais, comme nous l'avons vu, les femmes ajournent de plus en plus le mariage et la maternité pour des raisons qui tiennent à leurs études et à leur emploi. L'Indonésie maintient assurément des objectifs allant dans le sens d'une nouvelle baisse de la fécondité même si elle s'emploie à amener le gouvernement à renforcer les moyens d'action des femmes. Le programme a changé, mais rien dans ce changement ne semble impliquer un relèvement de la fécondité.

Par delà la correction des erreurs et la conservation du précieux héritage de la planification familiale, il y a les grands enjeux de la scène politique indonésienne. Le débat sur la santé en matière de procréation passe au second plan lorsque les journaux consacrent leurs manchettes aux meurtres commis dans les rues des villes, aux guerres de religion qui agitent les centres voisins et à l'irréductible corruption qui atteint des proportions ahurissantes. Le manque d'assurance est un problème pour l'individu, mais il peut devenir une tragédie pour une nation. Il détourne des ressources qui auraient pu servir à répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé en matière de procréation. Il y a pire : la perte du sentiment d'agir dans un but commun gomme de la conscience nationale toutes les formulations réalistes des objectifs en matière de santé. Dans l'est de l'Indonésie et à Aceh, le nouveau millénaire a été accueilli par une volonté de sécession vis-à-vis de l'État unitaire, non par des plans de coopération pour vaincre le VIH/sida, la mortalité maternelle ou les grossesses non désirées. Lorsque des jeunes ne pouvant trouver d'emploi se battaient dans les rues pour se venger d'affronts d'ordre ethnique et religieux, les spectateurs de cette violence en tiraient la conclusion que l'unité nationale est fragile, l'humanitarisme conditionnel, la justice sociale problématique et le gouvernement par consensus impossible.

Pour une grande partie de la population, le seul pilier des Panca Sila encore debout était la croyance en Dieu et, avec tous les autres piliers ébranlés, cette croyance pouvait être manipulée dans des directions imprévisibles. En l'absence de justice sociale, d'humanitarisme ou de gouvernement par consensus, la religion pouvait justifier l'intolérance. Sans l'unité nationale, elle pouvait encourager la destruction. L'espoir réside dans le fait que les avens de l'Indonésie demeurent ouverts, les cinq piliers mis en place pendant la révolution de 1945 peuvent être défendus et l'engagement vis-à-vis du bien-être de la population pourrait devenir une réalité à la condition que les dirigeants et les citoyens soient attachés à ces valeurs. Si cela devait arriver, le programme de santé en matière de procréation pourrait retourner à la politique d'amélioration de l'exécution des activités, au lieu d'être englué dans la politique de lutte contre les menaces de désintégration.

PRÉVOIR LES AVENIRS DE LA FÉCONDITÉ EN INDONÉSIE

Pour la plupart des Indonésiens, l'horizon temporel de la réflexion sur l'avenir s'est rétréci depuis 1997. La crise économique, l'agitation politique et les inquiétudes qu'inspirent les mécanismes de crise disponibles dans la société en sont venus à dominer la réflexion. Pour les hommes politiques, l'horizon temporel est 2004, année des prochaines élections générales. Les économistes focalisent leur attention sur les négociations avec le FMI pour l'an-

née prochaine et poussent de profonds soupirs de soulagement chaque fois qu'une estimation positive de croissance pour l'année suivante est publiée ou de dépit lorsqu'ils pensent à la dette nationale, à la crise bancaire et à la faiblesse des investissements étrangers.

Il est facile de ne voir là que des préoccupations étriquées de cols blancs, mais il existe un lien manifeste entre ces considérations à courte vue et les facteurs qui déterminent les projets et les aspirations des jeunes femmes entrant dans l'âge de la maternité potentielle. Chaque femme qui ne parvient pas à mener bien loin ses études risque de voir ses parents la pousser au mariage comme solution pour l'avenir. Chaque travailleuse d'usine licenciée risque de n'avoir d'autre solution que de rester chez elle et de se consacrer aux travaux domestiques, notamment en ayant des enfants. Les femmes sans instruction et sans travail voient leur position de négociatrice dans leur famille potentiellement affaiblie. L'élite indonésienne redoute que, placées dans ces situations, les femmes pauvres ne se réfugient dans la maternité pour donner un sens à leur vie. Toutefois, les pauvres pourraient rejeter cette solution parce qu'ils désirent toujours que leurs enfants soient instruits et pourraient considérer les problèmes économiques comme des obstacles à surmonter en investissant davantage dans chaque enfant, au lieu de faire le pari que, en ayant beaucoup d'enfants, il s'en trouvera bien quelques-uns qui réussissent. Quelle que soit la façon dont on règle les problèmes politiques et économiques nationaux, le raisonnement que se tiennent les Indonésiens considérés individuellement a changé dans un sens qui implique une fécondité moyenne ou faible, en fonction de la situation fluctuante dans laquelle ils se trouvent. Dans ces conditions, la prévision des niveaux futurs de la fécondité signifie que nous devons prévoir la société future. C'est ce que les observateurs de l'Indonésie s'évertuent à faire année par année : 2050 est un horizon impossible à scruter.

BIBLIOGRAPHIE

- Entwisle, Barbara (1989). Measuring the components of family planning program effort. *Demography*, vol 26, n° 1, p. 53-76.
- Fathuddin, H. Usep (1993). *The Muslim Ummah and Family Planning Movement in Indonesia*. Jakarta: Conseil national de coordination de la planification familiale en coopération avec le Département des affaires religieuses. (Traduction de la version de 1990 sous le titre: *Umat Islam dan Gerakan Keluarga Berencana di Indonesia*.)
- Freedman, Ronald, Siew-Ean Khoo et B. Supraptilah (1981). Modern contraceptive use in Indonesia: A challenge to conventional wisdom. *Scientific Reports No.20*. London: World Fertility Survey.
- (1995). Asia's recent fertility decline and prospects for future Demographic Change. *Asia-Pacific Population Research Reports* 1, janvier 1995. East-West Center Programme on Population, Honolulu
- Giridhar, G., E. M. Sattar et J. S. Kang (1989). *Readings in Population Programme Management*. Singapour: Comité international de gestion des programmes de population (ICOMP).
- Haryono, Suyono et Merrill M. Shutt (1989). Strategic Planning and Management: An Indonesian Case Study. In *Strategic Management of Population Programmes*, Ness, Gayl et Ellen Sattar (dir.). Kuala Lumpur: Comité international de gestion des programmes de population (ICOMP), p. 257-284.
- Hernandez, Donald (1984). *Success or Failure? Family Planning Programs in the Third World*. Westport Conn.: Greenwood Press.
- (1989). Comment. *Demography*, vol. 26, n° 1 (février), p. 77-80.
- Hugo, Graeme, Terence H. Hull, Valerie Hull et Gavin Jones (1987). *Demographic Dimensions of Indonesian Development*. Oxford in Asia, Kuala Lumpur.
- Hull, Terence H. (1980) Fertility decline in Indonesia: a review of recent evidence. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, vol. 16, n° 2, p. 104-112.
- (1987). Fertility decline in Indonesia: an Institutional interpretation. *International Family Planning Perspectives*, vol. 13, n° 3, p. 90-95.
- (1991). *Reports of Coercion in the Indonesian Vasectomy Program: A Report to AIDAB*. Development Paper 1991, n° 1. Canberra: Bureau australien d'aide au développement international.

- (1994). Fertility decline in the New Order period: The evolution of population policy, 1965-1990. In *Indonesia's New Order: The Dynamics of Socio-Economic Transformation*, Hal Hill (dir.). Sydney: Allen and Unwin, p. 123-145.
- (1998). Indonesia's family planning programme: Swept aside in the deluge? *Development Bulletin*, n° 46, (Winter) p. 30-32.
- et G. L. Dasvarma (1988). Fertility trends in Indonesia, 1967-1985. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, vol. 24, n° 1, p. 115-121.
- et Valerie J. Hull (1984). Population change in Indonesia: Findings of the 1980 census. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, vol. 20, n° 3, p. 95-119.
- et Valerie J. Hull (1997). Culture, politics and family planning in Indonesia. In *The Continuing Demographic Transition*, Gavin W. Jones, Robert Douglas, John C. Caldwell et Rennie D'Souza (dir.). Oxford: Oxford University Press, p. 383-421.
- Lapham, Robert J. et W. Parker Mauldin (1984). Family planning program effort and birth rate decline in developing countries. *International Family Planning Perspectives*, 10, p. 109-118.
- et W. Parker Mauldin (1985). Contraceptive prevalence: the influence of organized family planning programs. *Studies in Family Planning*, vol. 16, p. 117-137.
- Lieberman, Samuel S. et Puti Marzoeqi. (2000). *Indonesia Health Strategy in a Post-Crisis, Decentralizing Indonesia*. Report No. 21318-IND. Washington: The World Bank.
- Liddle, R. W. (1985). Soeharto's Indonesia: Personal Rule and Political Institutions. *Pacific Affairs*, vol. 58, n° 1, p. 68-90.
- MacAndrews, Colin (dir.). (1986). *Central Government and Local Development in Indonesia*. Singapore: Oxford University Press.
- MacIntyre, Andrew (1989). Corporatism, Control and Political Change in «New Order» Indonesia. In *Observing Change in Asia: Essays in Honour of J. A. C. Mackie*, R. J. May et William J. O'Malley (dir.). Bathurst, NSW: Crawford House Press.
- Mauldin, W. P. et J. A. Ross (1991) Family planning programs: efforts and results, 1982-1989. *Studies in Family Planning*, vol. 22, n° 6, p. 350-367.
- Moebramsjah, J. (1983). Management of the Family Planning Programme in Indonesia. In *Views from Three Continents*, Ellen Sattar, ed. Kuala Lumpur: Comité international de gestion des programmes de population, pp 6-21. (réédition remaniée de Moebramsjah *et al.*, 1982).
- Moebramsjah, H., Thomas R. D'Agnes et Slamet Tjiptorahardjo (1982). The National Family Planning Program in Indonesia: A Management Approach to a Complex Social Issue. Rapport à une conférence de l'ICOMP, Kuala Lumpur, juillet 1982. Jakarta: Conseil national de coordination de la planification familiale.
- Ness, Gayl et Ellen Sattar (dir.). (1989). *Strategic Management of Population Programmes*. Kuala Lumpur: Comité international de gestion des programmes de population (ICOMP).
- Saparin, Sumber (1977). *Tata Pemerintahan dan Administrasi Pemerintahan Desa*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Sinquefield, J. C. et Bambang Sungkono (1979). Fertility and Family Planning Trends in Java and Bali. *International Family Planning Perspectives*, vol. 5, n° 2, p. 43-58.
- Sumbung, Peter (1989). Management Information System: The Indonesian Experience. In *Readings in Population Programme Management*, G. Giridhar, E. M. Sattar et J. S. Kang (dir.). Singapour: Comité international de gestion des programmes de population (ICOMP), p. 13-28.
- Suryadinata, Leo (1989). Military Ascendancy and Political Culture: A Study of Indonesia's Golkar. *Southeast Asia Series*, n° 85. Athens, Ohio: Ohio University Center for International Studies.
- Ufford, Philip Quarles van (1987). *Local Leadership and Programme Implementation in Indonesia*. Amsterdam: Free University Press.
- Warren, Carol (1986). Indonesian Development Policy and Community Organization in Bali. *Contemporary Southeast Asia*, vol. 8, n° 3, p. 213-230.
- Warwick, Donald (1986). The Indonesian Family Planning Programme: Government Influence and Client Choice. *Population and Development Review*, vol. 12, n° 3, p. 453-490.

Évolution récente et avenir de la fécondité en République islamique d'Iran

Mohammad Jalal Abbasi-Shavazi*

On trouvera dans la présente étude une analyse succincte de l'évolution de la politique de population et des tendances de la fécondité au cours des trois dernières décennies, quelques explications au sujet de la transition de la fécondité en République islamique d'Iran et, enfin, quelques réflexions concernant l'avenir de la fécondité dans les décennies à venir. On tente ici de répondre notamment aux questions suivantes : quelle est l'évolution récente de la fécondité iranienne ? La République islamique d'Iran reproduira-t-elle les schémas qu'ont connus les pays plus développés et atteindra-t-elle des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement ? Dans l'affirmative, quels sont les principaux facteurs expliquant la baisse de la fécondité en République islamique d'Iran ? Quelles hypothèses vraisemblables et plausibles peut-on formuler concernant l'avenir de la fécondité iranienne ?

* Professeur assistant, Département des études démographiques, Faculté des sciences sociales, Université de Téhéran, Téhéran, République islamique d'Iran, et professeur associé, Programme de sociologie et de démographie, Université nationale australienne, Canberra, Australie.

TAUX DE FÉCONDITÉ DU MOMENT

Tendances des fécondités cumulées : 1966-2000

La transition de la fécondité en République islamique d'Iran a connu différentes phases entre 1972 et 2000 (figure 1). En dépit de l'exécution en 1966 du premier programme de planification familiale, la fécondité a très peu évolué entre la fin des années 60 et le début des années 70. La fécondité cumulée (FC) est descendue d'environ 7,7 en 1966 (Amani, 1970) à environ 6,0 en 1976, avant de remonter à 7,0 en 1980. Malgré l'approbation des méthodes de planification familiale par l'*ayatollah Khomeiny* en 1979, l'exécution du programme de planification familiale prérévolutionnaire a été suspendue immédiatement après la révolution. Aucune politique de population spécifique n'a été adoptée après la révolution et le gouvernement a adopté une démarche nataliste. L'âge minimal des filles et des garçons au mariage a été ramené à 9 et 12 ans, respectivement. La guerre avec l'Iraq a créé une atmosphère nataliste dans laquelle les familles étaient invitées à avoir plus d'enfants, et des mesures d'incitation économique ont été mises en place. En dépit de l'idéologie nataliste post-révolutionnaire, le régime de fécondité élevée a été de courte durée, et la fécondité s'est mise à baisser vers le milieu des années 80. La fécondité cumulée est descendue de 6,8 en 1984 à 6,3 en 1986, puis à 5,5 en 1988. Dans une étude antérieure, Ladier-Fouladi (1997), utilisant les données du registre des naissances, est parvenu lui aussi à la conclusion que la baisse de la fécondité a commencé en 1984. Cette baisse a été lente jusqu'à ce que la politique de population du gouvernement soit inversée et qu'un nouveau programme de planification familiale soit officiellement mis en place en décembre 1989. La fécondité cumulée a fortement baissé après 1989, tombant de 5,5 en 1988 à moins de 2,8 en 1996, soit une baisse de plus de 50 % en six ans. Les estimations de la fécondité pour la République islamique d'Iran, établies à l'aide de la méthode reliant

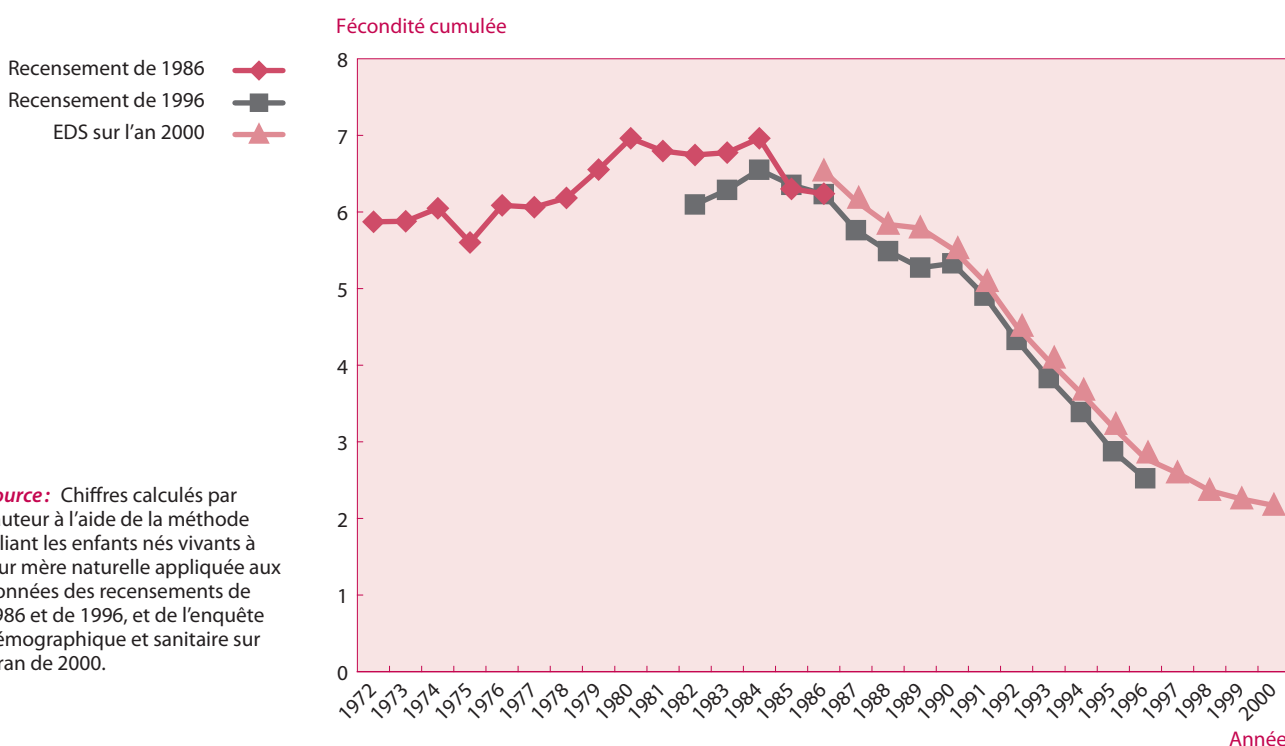
les enfants nés vivants à leur mère naturelle et s'appuyant sur l'enquête démographique et sanitaire de 2000, montrent que la FC a encore baissé pour atteindre le seuil de remplacement (2,26) au cours de la période 1998-2000. Pour 2000, le chiffre est de 2,17.

Réalisation de la fécondité inférieure au seuil de remplacement

Les signes indiquant que la fécondité allait descendre en dessous du seuil de remplacement en République islamique d'Iran sont apparus au cours de la première moitié des années 90. Les quatre provinces développées de Gilan, Semnan, Téhéran et Isfahan avaient atteint une FC déficitaire en 1996 (Abbasi-Shavazi, 2001a), ce que sont venus confirmer les résultats de l'enquête d'estimation de l'accroissement de la population (EEAP) réalisée en 1998 par le Centre statistique de la République d'Iran. Cette enquête a regroupé les provinces du pays en cinq régions en fonction de leur niveau de développement (de la catégorie « région développée » à la catégorie « région la moins développée »). Selon l'EEAP de 1998, la FC de l'ensemble de la République islamique d'Iran était de 2,06, tandis que les zones urbaines et les zones rurales enregistraient des FC de 1,88 et de 2,39, respectivement. Sur les cinq régions étudiées, trois avaient une fécondité déficitaire. Les deux régions les moins développées (les régions 4 et 5) avaient des FC de 2,4 et 2,9.

Les résultats de l'enquête démographique et sanitaire sur la République islamique d'Iran réalisée en 2000 ont montré que la fécondité cumulée continuait de baisser. Les estimations de la fécondité établies à l'aide de la méthode reliant les enfants nés vivants à leur mère naturelle à partir des données de l'EDS sur l'Iran ont montré que cinq des 28 provinces avaient une fécondité déficitaire pendant la période 1995-1999, 20 provinces avaient atteint une FC de 2 ou 3, deux provinces une FC de 3 ou 4 et une seule province (Sistan-et-Baluchistan) avait une FC d'environ 5,0. Les estimations établies selon

Figure 1
Estimations des fécondités cumulées pour l'Iran, établies à l'aide de la méthode reliant les enfants nés vivants à leur mère naturelle : 1972-2000



la même méthode pour la période de trois ans 1997-1999 ont indiqué que la FC était inférieure à 2,0 dans huit provinces et compris entre 2 et 3 dans 18 provinces. La FC la plus élevée (4,6) a été enregistrée dans la province du Sistan-et-Baluchistan.

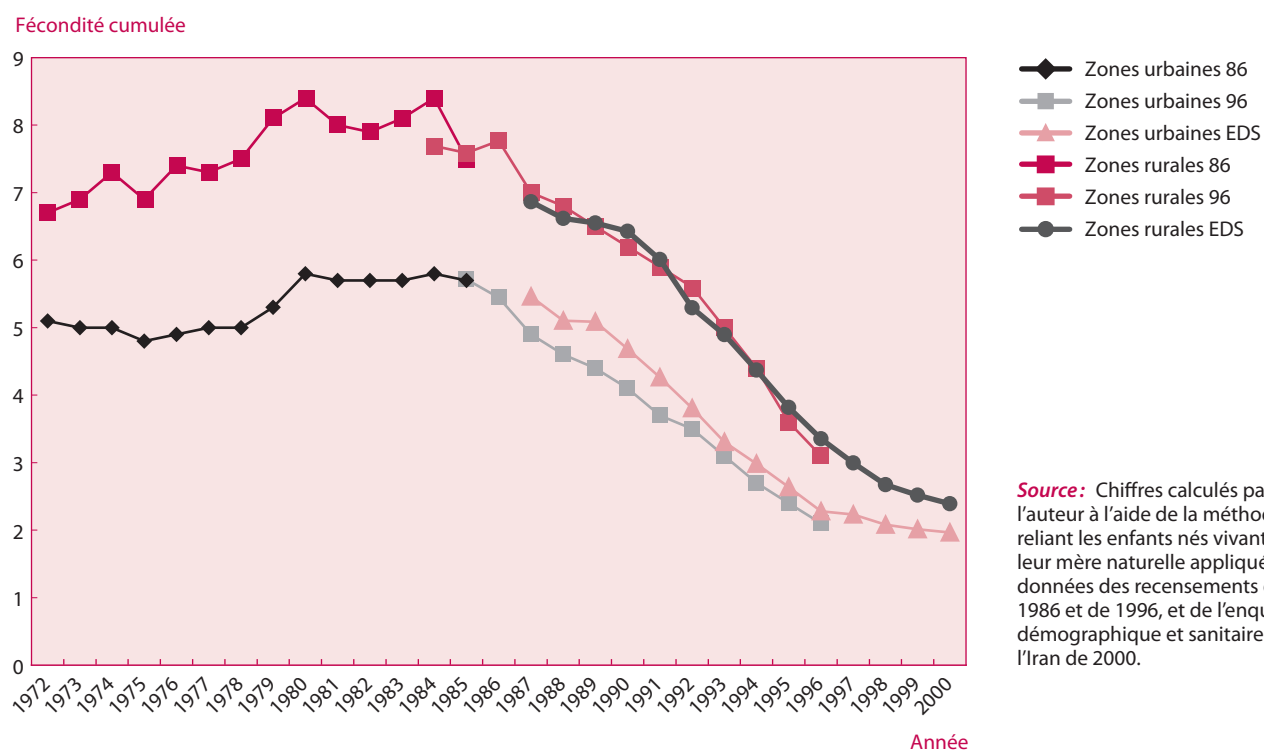
Écarts entre la ville et la campagne

Comme le montre la figure 2, il y avait un écart important entre les FC des zones rurales et des zones urbaines au début des années 70. Dans les deux types de zones, la fécondité a commencé à grimper deux ans avant la révolution pour atteindre son point le plus élevé en 1979-1980, puis s'est mise à baisser au milieu des années 80. La baisse s'est accélérée après 1989. Les résultats de l'EDS sur l'Iran ont montré que la fécondité avait continué de baisser jusqu'au milieu des années 90, encore que la tendance observée dans les zones tant rurales qu'urbaines se soit récemment ralentie. L'écart important entre les FC des deux types de zones s'est sensiblement réduit. La fécondité cumulée des zones urbaines était devenue déficitaire en 1996. En 2000, la FC des zones urbaines et rurales de la République islamique d'Iran oscillait entre 1,9 et 2,4, respectivement.

Taux de fécondité par âge (TFPA)

La figure 3 présente les estimations des TFPA établies à l'aide de la méthode reliant les enfants nés vivants à leur mère naturelle pour la République islamique d'Iran selon les zones rurales et urbaines pour les périodes quinquennales de 1985-1989 et de 1996-2000. On y voit que les TFPA étaient élevés pour tous les groupes d'âges pendant la période 1985-1989. L'écart était très marqué entre les TFPA des zones rurales et ceux des zones urbaines. La fécondité a beaucoup baissé dans tous les groupes d'âges pendant la période 1996-2000. La forte baisse de la fécondité dans tous les groupes d'âges entre les deux pé-

Figure 2
Estimations des fécondités cumulées pour les zones rurales et urbaines d'Iran, établies à l'aide de la méthode reliant les enfants nés vivants à leur mère naturelle : 1972-2000



riodes tend à indiquer que, simultanément, les jeunes couples ajournent les naissances, les femmes mariées espacent davantage les naissances et les femmes plus âgées cessent d'avoir des enfants. Cette interprétation expliquerait la très forte baisse de la fécondité totale qui a eu lieu en République islamique d'Iran depuis 1988.

NOMBRE DE NAISSANCES ET DISTRIBUTION DES NAISSANCES SELON LE RANG DE NAISSANCE

La baisse de la FC peut être examinée sous l'angle du nombre annuel de naissances et de la distribution des naissances selon le rang de naissance. Les statistiques ont montré que le nombre des naissances en République islamique d'Iran a atteint son maximum en 1980, baissé légèrement pendant la période 1981-1985 et continué de baisser par la suite (Bureau de l'état civil, 2001; Ladier-Fouladi, 1997). Toutefois, en raison de l'impact du baby-boom post-révolutionnaire sur la pyramide des âges, il faut s'attendre à ce que le nombre des naissances augmente à l'avenir.

L'évolution de la distribution des femmes selon le nombre de leurs naissances renseigne utilement sur la baisse de la fécondité. Le tableau 1 présente la distribution en pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans selon le rang de naissance pour les zones rurales et urbaines en 1976 et en 2000. On constate que le pourcentage de femmes ayant au moins cinq enfants a considérablement diminué, puisqu'il a été ramené de 47 % en 1976 à environ 30 % en 2000. La baisse du nombre de femmes ayant beaucoup d'enfants s'est produite tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines, encore que le pourcentage de femmes ayant au moins cinq enfants dans les zones rurales (38 %) ait été nettement plus élevé que dans les zones urbaines (25 %). Du fait de la diminution des naissances de rang supérieur, on a relevé une forte augmentation des pourcentages

Figure 3
Estimations des fécondités cumulées pour l'Iran, selon les zones rurales et urbaines, établies à l'aide de la méthode reliant les enfants nés vivants à leur mère naturelle, 1986-1990 et 1996-2000, Enquête démographique et sanitaire sur l'Iran 2000

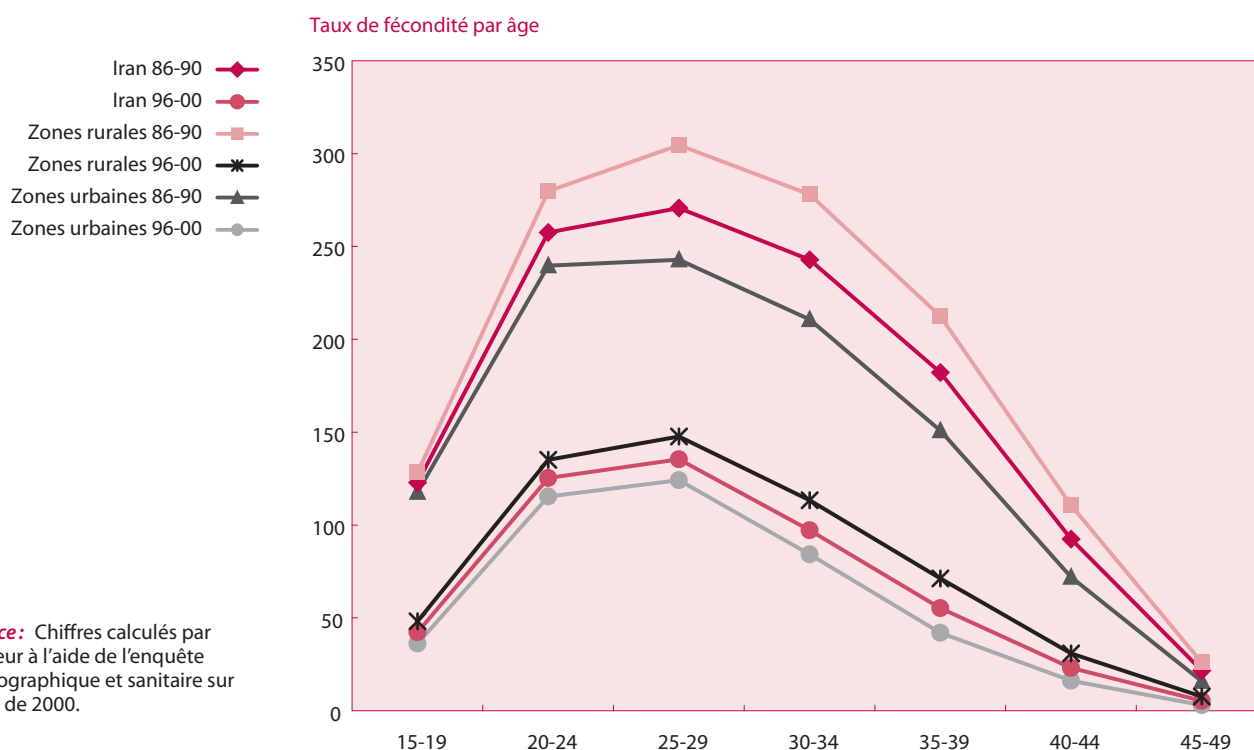


Tableau 1
Distribution en pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans, selon le rang de naissance, en Iran, dans les zones rurales et urbaines, 1976 et 2000

Rang de naissance	Enquêtes sur la fécondité en Iran, 1976			EDS sur l'Iran 2000		
	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Total	Zones urbaines	Zones rurales
0	9,5	9,2	9,8	11,7	11,2	12,6
1-2	22,8	27,2	18,3	34,3	37,1	29,1
3-4	21,0	22,9	19,2	24,4	26,4	20,3
5+	46,7	40,7	52,7	29,6	25,3	38,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: H. Agha, Study of fertility in Iran and its relation with socio-economic indicators based on the Iran Fertility Survey, 1985 (Population Studies Center, Université de Chiraz). Les chiffres de 2000 ont été calculés à partir des données tirées de l'Enquête démographique et sanitaire sur l'Iran, 2000.

de femmes ayant un ou deux enfants et, dans une certaine mesure, de la proportion des femmes ayant trois ou quatre enfants. En 2000, un peu plus d'un tiers des femmes avait un ou deux enfants. Les indications chiffrées présentées au tableau 1 peuvent être affectées par des modifications de la répartition des femmes par âges dans la plage d'âges des 15 à 49 ans, mais les mouvements observés sont très importants.

ÉVOLUTION DE LA NUPTIALITÉ : 1966-2000

Comme l'indique le tableau 2, entre 1966 et 2000, il y a eu une forte augmentation de la fréquence du célibat définitif parmi les femmes. Par exemple, le pourcentage des célibataires définitives appartenant au groupe d'âges des 15 à 19 ans est passé de 54 % en 1976 à environ 84 % en 2000. La fréquence du célibat définitif a également augmenté parmi les groupes d'âges des 20 à 24 ans et des 25 à 29 ans entre 1966 et 1976, mais est restée pratiquement inchangée entre 1976 et 1986 en raison de l'idéologie post-révolutionnaire. Toutefois, les chiffres ont de nouveau fortement augmenté entre 1986 et 2000. Les augmentations sont devenues particulièrement visibles parmi les groupes d'âges des 25 à 29 ans et des 30 à 34 ans.

Conformément à l'augmentation de la fréquence du célibat définitif parmi les femmes, l'âge moyen des femmes au mariage a également augmenté entre 1970 et 2000 (tableau 3). Selon l'EDS sur l'Iran, l'âge moyen des femmes au premier mariage a considérablement augmenté, passant de 14,5 ans (tant dans les zones rurales que les zones urbaines) en 1970 à environ 20 et 21 en 2000 pour les zones rurales et urbaines, respectivement. Les statistiques ont montré que, bien que le gouvernement ait encouragé les femmes à se marier de bonne heure, l'âge moyen des célibataires au mariage a légèrement augmenté parmi les femmes, passant de 19,5 ans en 1976 à 19,7 ans en 1986, mais a ensuite grimpé jusqu'à 22 ans en 1996 (Abbasi-Shavazi, 2000).

Dans quelle mesure la nuptialité et la fécondité légitime ont-elles contribué à la transition en matière de fécondité? Abbasi-Shavazi (2000) a analysé, à partir des changements de la fécondité cumulée survenus entre 1976 et 1996, les éléments des chan-

Tableau 2
Fréquence du célibat définitif : femmes des groupes d'âges allant des 10 à 14 ans aux 30 à 34 ans, 1966 à 2000

Groupe d'âges	1966	1976	1986	1996	2000
10-14	97,6	99,9	97,0	98,8	99,1
15-19	54,1	65,7	65,7	82,1	83,5
20-24	13,4	21,4	25,8	39,5	47,1
25-29	3,8	6,8	9,4	14,8	20,8
30-34	1,7	2,7	4,6	6,4	9,3

Source: N. Doroudi Ahi, Marriage and sex imbalance in ages at marriage: Marriage squeeze in Iran, 1966-1996, mémoire de maîtrise, Département de démographie, Faculté des sciences sociales, Université de Téhéran, Téhéran (2001); Enquête démographique et sanitaires sur l'Iran, 2000.

Tableau 3
 Âge moyen des hommes et des femmes au premier mariage en 1970, 1980, 1990 et 2000

Année	Hommes		Femmes	
	Zones rurales	Zones urbaines	Zones rurales	Zones urbaines
1970	23,1	23,4	14,4	14,4
1980	22,3	23,2	17,0	17,8
1990	22,4	24,9	19,6	19,5
2000	24,0	25,8	19,7	20,8

Source: Enquête démographique et sanitaire sur l'Iran, 2000.

gements ayant affecté la nuptialité et la fécondité légitime. Il a constaté que la majeure partie de la baisse de fécondité entre 1986 et 1996 était due à la baisse de la fécondité légitime (3,11) et que 0,6 était dû à l'évolution de la nuptialité. En d'autres termes, 86 % de la baisse de la fécondité ont été dus à l'évolution de la fécondité légitime et 14 % seulement à celle de l'âge au mariage.

DÉTERMINANTS DE LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ EN RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D'IRAN

Une explication un tant soit peu exhaustive doit aborder un certain nombre d'aspects importants de la baisse de la fécondité iranienne. L'un d'eux est le fait que la baisse a commencé avant le passage à une politique antinataliste. Un autre est le caractère généralisé de la baisse de la fécondité. À la différence des premières phases des transitions de la fécondité de nombreux pays, rien ne permet de penser qu'il y ait eu des baisses sélectives, dans la période de procréation, parmi les jeunes femmes ou les femmes plus âgées: on a plutôt observé une baisse dans tous les groupes d'âges. De même, il ne semble pas qu'il y ait eu diffusion de la baisse de fécondité entre la ville et la campagne, mais plutôt une baisse simultanée et importante dans toutes les régions géographiques et dans les zones tant urbaines que rurales. Avec le temps, on a observé une très forte réduction des écarts entre les zones urbaines et rurales et entre les régions en ce qui concerne à la fois les niveaux de fécondité et les taux de prévalence de la contraception.

Du fait de la suspension du programme de planification familiale et des vigoureuses campagnes menées en faveur du mariage précoce et des familles nombreuses, la fécondité a augmenté de façon modérée en 1979 et est restée stable jusqu'au milieu des années 80. Il n'y a eu aucune politique de population officielle spécifique pendant la décennie qui a suivi la révolution, mais l'atmosphère sociale et psychologique de la société était favorable à une fécondité élevée pendant cette période. Elle n'a eu qu'un effet temporaire sur la vie de la population, comme l'a confirmé le fait que la fécondité s'est mise à baisser en République islamique d'Iran dès 1984, bien avant le lancement officiel du programme de planification familiale, en 1989.

Le programme de planification familiale mis en place en décembre 1989 a apporté une contribution importante à la poursuite de la transition de la fécondité. En mobilisant diverses organisations gouvernementales et le réseau d'information de masse, le programme a réussi à diffuser dans l'ensemble du pays des idées sur l'intérêt d'avoir des familles peu nombreuses et sur les méthodes de planification des naissances. Le taux de prévalence de la contraception est passé de 37 % en 1976 à environ 72 % en 2000. Dans les zones rurales, il est passé de 20 % en 1976 à 67 % en 2000; pour les zones urbaines, les taux correspondants sont 54 % et environ 78 %, respectivement (Mehryar *et al.*, 2001).

Pourquoi le programme de planification familiale iranien a-t-il été un succès en si peu de temps? Dans les développements qui vont suivre, j'avance que la situation sociale et culturelle de la société ainsi que certaines politiques officielles telles que le développement rural, l'amélioration de la santé et les progrès de l'alphabétisation ont posé autant de jalons pour un programme de planification familiale efficace adopté par le gouvernement islamique.

Contrairement à la situation existant au moment de l'adoption du programme de planification familiale prérévolutionnaire, la République islamique d'Iran était culturellement, économiquement et socialement favorable, au milieu des années 80, à la mise en place du nouveau programme de planification familiale. Les coûts des enfants tels qu'ils étaient perçus étaient relativement plus faibles dans les années 70, tandis que dans les années 80, du fait du développement de la scolarisation, même dans les zones rurales, les coûts des enfants avaient augmenté. D'un autre côté, le développement de la scolarisation, en particulier dans le cas des filles, peut avoir contribué à élever le niveau d'utilisation de la contraception. Le niveau d'instruction des femmes en âge de procréer a nettement augmenté au cours des quatre dernières décennies, et l'écart entre les zones rurales et les zones urbaines s'est considérablement réduit (tableau 4).

Les politiques adoptées par le gouvernement, telles que le développement de l'instruction publique, en particulier pour les filles, la mise en place du réseau de santé et le renforcement de l'accès à l'électricité et à l'eau salubre, et le développement des transports et des communications dans les zones reculées du pays, sont toutes susceptibles d'avoir eu un impact indirect sur la baisse de la fécondité. L'importance des aspirations et des investissements des familles en ce qui concerne l'instruction de leurs enfants a également influé sur les décisions prises par les couples en matière de fécondité. Les filles et les femmes iraniennes passent à l'école et à l'université plus d'années que c'était le cas auparavant et ce facteur prolonge le célibat et ajourne les naissances. Ces dernières années, le rapport de masculinité des étudiants est devenu favorable aux filles. En 1998, environ 52 % des candidats admis dans les universités publiques étaient des filles. Ce chiffre est passé à 57 % en 1999, à 60 % en 2000, puis aux alentours de 62 % en 2001 (Abdollahyan, 2001). Cela a puissamment contribué à améliorer le statut des femmes et est, de fait, un élément essentiel du changement social. Les filles font des études plus longues et prolongent leur célibat, ce qui ne peut manquer d'influer sur leurs décisions en matière de fécondité. Dans son étude, *Iranian Women: Rising Expectations*, Shadi-Talab arrive à la conclusion que « les femmes se rapprochent de la convergence en ce qui concerne les valeurs sexospécifiques de base... L'élément principal de ces réformes est l'impact du renforcement par l'instruction des moyens d'action de filles de milieux socioéconomiques différents. Il s'ensuit que les Iraniennes, dont les aspirations prennent leur envol, sont une force qui accélèrent le développement en République islamique d'Iran ».

De plus, le programme officiel mis en place par le gouvernement en 1989 avait l'appui des dirigeants religieux. On notera que certains d'entre eux s'étaient élevés contre le premier programme de planification familiale lancé avant la révolution. Toutefois, l'*ayatollah Khomeiny* a promulgué la première approbation de l'utilisation des méthodes de planification familiale en 1979. Le programme de planification familiale n'en a pas moins été suspendu après la révolution, mais des études ont montré que des centres de soins fournissaient des services de planification familiale au début des années 80 (Mehryar *et al.*, 2001). L'appui des dirigeants religieux à la fin des années 80 a légalisé le programme de planification familiale et le gouvernement a fourni des services de planification familiale à la population sans obstacles d'ordre religieux.

Tableau 4
Taux d'alphabétisation des femmes appartenant aux groupes d'âges allant des 15 à 19 ans aux 25 à 29 ans, en Iran, selon les régions rurales et urbaines

Groupes d'âges	1966		1976		1986		1996	
	Zones urbaines	Zones rurales	Zones urbaines	Zones rurales	Zones urbaines	Zones rurales	Zones urbaines	Zones rurales
15-19	57,7	5,4	75,4	19,8	85,8	53,0	96,9	86,4
20-24	41,2	2,7	59,4	10,1	75,8	36,5	93,8	77,9
25-29	29,5	1,4	49,4	4,9	65,5	22,0	89,5	65,4

Source : Centre statistique de l'Iran, divers recensements.

La baisse de la mortalité infantile a également été un très important facteur de la demande d'une diminution du nombre des naissances et de familles moins nombreuses. Le taux de mortalité infantile est tombé d'environ 114 ‰ naissances vivantes en 1975 à 64 ‰ en 1985, et à 34 ‰ en 1994. La mise en place du réseau de santé et son extension aux zones rurales et démunies du pays ont été l'un des principaux facteurs de la réduction de la mortalité infantile. L'urbanisation a également contribué à cette réduction : en 1996, plus de 60 % de la population vivaient en milieu urbain.

Peu de temps après la révolution, on a créé l'Organisation pour le jihad constructif afin de rétablir la situation économique et sociale des villages et des régions démunies. Cette organisation était chargée aussi bien de fournir des services éducatifs et sanitaires que de construire des routes et des barrages et de distribuer les machines et le matériel agricoles. De la sorte, elle a contribué à créer un environnement rural sain et rationnel au lendemain de la révolution et a rendu les zones rurales de la République islamique d'Iran bien différentes de celles des autres pays de la région. En 1996, la majorité des communautés rurales avaient l'électricité, la télévision, la radio et l'eau courante. Ces activités de développement ont facilité le succès des programmes de planification familiale dans l'ensemble de la République islamique d'Iran et dans les zones rurales en particulier pendant la deuxième décennie postérieure à la révolution.

Toutefois, en dépit du succès de la contribution du programme de planification familiale à la transition en matière de fécondité au cours des deux dernières décennies, on a des raisons de penser que la baisse de la fécondité n'est pas entièrement imputable au gouvernement et à ses programmes de planification familiale. La hausse de la fécondité en 1976 et en 1978 ainsi que la baisse universelle de la fécondité à partir de 1984 montrent que la transition s'est déroulée indépendamment de la politique officielle de planification familiale. Chose intéressante, en dépit de la campagne active menée par diverses organisations officielles et non gouvernementales en faveur du mariage et de la procréation précoces et de l'existence d'importantes mesures d'incitation économiques et sociales au mariage et à la procréation, l'âge au premier mariage a reculé au début des années 80 (Abbasi-Shavazi, 2000).

Tout porte à croire qu'à partir du milieu des années 80 les difficultés économiques, en hypothéquant les aspirations matérielles, ont accéléré la baisse de la fécondité en République islamique d'Iran. La pression économique a joué un rôle important dans la prolongation du célibat et l'élévation de l'âge au premier mariage. La République islamique d'Iran a connu des difficultés économiques après la révolution, en particulier pendant la décennie consécutive à la guerre avec l'Iraq. Le coût de la vie a considérablement augmenté ces dernières années. Les jeunes ont tendance à repousser leur mariage jusqu'au moment où ils trouvent un emploi rémunéré qui leur permette de faire face à la cherté de la vie. L'accroissement du coût des enfants, en particulier de leur instruction, est un autre facteur important que les ménages doivent prendre en considération. On assiste depuis une décennie à une convergence des comportements procréateurs en République islamique d'Iran : les femmes des milieux urbains et ruraux, ainsi que les femmes appartenant à différentes classes sociales, pauvres et riches, analphabètes ou non, ont plus ou moins adopté le même comportement procréateur (Abbasi-Shavazi, à paraître).

LES PROJECTIONS ANTÉRIEURES DE LA FÉCONDITÉ CONCERNANT LA RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D'IRAN

Les prévisions de fécondité dans une situation marquée par des changements sociaux et politiques majeurs soulèvent des difficultés. Plusieurs tentatives pour prévoir l'avenir de la fécondité iranienne n'en ont pas moins été faites.

Selon la projection faite à l'occasion du plan quinquennal à la fin des années 80, sur laquelle s'est appuyé l'actuel programme de planification familiale, la FC devait être descendue à 2,3 en 2010. Dans une étude de la fécondité en République islamique d'Iran, Zanjani (1993), à partir des résultats du recensement de 1986, a établi une projection concernant l'avenir de la fécondité pour la période allant de 1991-1996 à 2016-2021. Sa

projection comportait trois variantes (faible, moyenne et élevée). Zanjani a avancé qu'il était improbable que ces hypothèses se vérifient dans la réalité; il a donc présenté sa propre projection plausible, selon laquelle la fécondité serait descendue à 3,85 pendant la période 2016-2021. Il a affirmé que son objectif pourrait même ne pas être atteint car l'expérience d'autres pays où les programmes de planification familiale avaient été mis en œuvre montrait que la fécondité n'y avait diminué que légèrement. Au demeurant, a-t-il également expliqué dans son rapport, le programme de planification familiale de la République islamique d'Iran n'étant pas contraignant, il pourrait ne pas être aussi efficace que prévu.

L'une des raisons expliquant la valeur élevée de la projection de la FC dans les deux études était qu'elles dérivait la population de référence du recensement de 1986. Cela a également été le cas des projections établies par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU au début des années 90. Selon les projections de population de l'ONU, révisées tous les deux ans, la FC postulée pour la période 1995-2000 pour la République islamique d'Iran était de 4,30 dans les projections de 1990, de 5,40 dans celles de 1992, de 4,52 dans celles de 1994, de 4,77 dans celles de 1996 et de 2,8 dans celles de 1998. Il a fallu attendre les projections de 1998 pour que la Division de la population accepte la réalité de la baisse de fécondité en République islamique d'Iran. La *Révision de 2000 des Perspectives démographiques mondiales* a présenté les projections concernant l'avenir de la fécondité pour la période allant de 2000 à 2050 sous la forme de trois variantes. Dans le cadre des variantes élevée, moyenne et faible, d'ici à la période 2005-2010, la FC de la République islamique d'Iran serait descendue à 2,60, 2,32 et 1,98, respectivement. Les chiffres correspondants pour la période 2010-2015 seraient 2,60, 2,10 et 1,60, respectivement.

Naturellement, l'évolution de la FC en République islamique d'Iran a été si rapide qu'elle n'aurait pas pu être prévue par ceux qui ont établi les projections concernant la baisse de la fécondité. Comme nous l'avons indiqué plus haut, la fécondité de la République islamique d'Iran est descendue aux alentours de 2,8 en 1996, c'est-à-dire la valeur qui, selon Zanjani, ne pourrait sans doute pas être atteinte en 2016-2021. La fécondité est déjà tombée au niveau que la Division de la population du Secrétariat de l'ONU croyait qu'elle atteindrait pendant la période 2005-2010. Comme l'a avancé Chesnais (2000, p. 146), « la transition démographique se poursuit, et ce plus rapidement que dans l'esprit des spécialistes. Elle s'élargit et s'approfondit à un point nettement plus important qu'il n'était généralement prévu ».

L'AVENIR DE LA FÉCONDITÉ EN RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D'IRAN

La présente étude s'est fixé pour objectif d'examiner l'éventualité d'une baisse de la fécondité iranienne jusqu'au seuil de remplacement. Or, il ressort des données ici présentées que la fécondité de la République islamique d'Iran est déjà tombée au-dessous du seuil de remplacement. On a passé succinctement en revue les principaux facteurs susceptibles d'expliquer comment la fécondité avait pu baisser dans de telles proportions. Il reste à répondre à la question relative aux hypothèses plausibles concernant l'avenir de la fécondité iranienne. Cette fécondité va-t-elle remonter dans un proche avenir, va-t-elle se stabiliser au niveau actuel ou va-t-elle encore baisser?

Dans les développements qui suivent, je soutiens que la fécondité de la République islamique d'Iran va continuer de baisser pendant quelques années. Je m'interroge ensuite sur l'éventualité de la voir remonter dans l'avenir.

Poursuite de la baisse de la fécondité

La fécondité va continuer de baisser en République islamique d'Iran, ce pour plusieurs raisons.

Premièrement, comme nous l'avons dit plus haut, il subsiste des écarts entre les provinces ainsi qu'entre les zones rurales et les zones urbaines. Certaines provinces ont

encore une fécondité élevée, tandis que certaines autres ont une fécondité déficitaire. Selon l'EDS sur l'Iran, la FC la plus élevée de la République islamique d'Iran a été enregistrée pour la province du Sistan et Baluchistan (4,69), tandis que la province du Gilan a eu une FC de 1,67 pendant la période 1998-2000. Il est hautement probable que les provinces à fécondité élevée rejoindront les provinces à fécondité faible et que, de ce fait, l'écart entre les deux types de provinces se réduira encore, ce qui fera encore fléchir la fécondité nationale. La fécondité déficitaire sera atteinte par la plupart des provinces même si les caractéristiques socioéconomiques ne deviennent pas identiques au plan national. Toutefois, en raison de leur diversité ethnique et religieuse, les provinces reculées comme celles du Sistan et Baluchistan, de l'Ormuzgan et de l'Ilam pourront ne pas atteindre des niveaux aussi faibles aussi rapidement que les autres provinces. L'étude des niveaux et schémas de fécondité des provinces a montré que, si la tendance de la fécondité a été plus ou moins analogue dans toutes les provinces de la République islamique d'Iran, il existe des variations notables entre elles. Un certain degré de variation interprovinciale est donc inévitable.

Le processus d'urbanisation est une deuxième raison pour laquelle la fécondité va baisser à l'avenir. D'après le recensement de 1996, environ 60 % de la population vivaient dans les zones urbaines; on estime que d'ici à 2020, ce sera le cas de 75 % environ de la population.

Troisièmement, le niveau d'instruction augmente rapidement. Les enfants issus de toutes les classes sociales, en particulier les pauvres, ont accès à l'éducation, et les petites différences subsistant dans la société dans ce domaine vont encore se réduire à l'avenir. Le niveau d'instruction des filles a augmenté au cours des deux dernières décennies et l'écart entre le niveau d'instruction des hommes et des femmes s'est sensiblement réduit, ce qui se traduit par une relative équité entre les sexes en République islamique d'Iran: les femmes jouent un rôle essentiel dans la prise des décisions en matière de fécondité. Le niveau d'emploi des femmes est encore bas, mais, étant donné que les « aspirations (des femmes iraniennes) prennent leur envol » (Shadi-Talab, 2001), il est hautement probable que le niveau de participation des femmes au marché du travail augmentera à l'avenir. L'âge des femmes au premier mariage a nettement reculé. Doroudi-Ahi (2001) a montré qu'il existe un déséquilibre entre les sexes au niveau de l'âge au mariage en République islamique d'Iran: le nombre de femmes en âge de se marier est supérieur à celui des hommes. Cela est dû au baby-boom post-révolutionnaire, en vertu duquel le nombre d'hommes des cohortes plus âgées nés avant la révolution est supérieur au nombre des femmes des cohortes plus jeunes qui sont nées après la révolution. Les femmes seront nettement moins demandées à mesure que la taille des cohortes augmentera et, partant, la proportion de celles qui se marieront diminuera, ce qui fera reculer l'âge des femmes au mariage, au moins pendant la prochaine décennie.

L'élévation du statut des femmes en République islamique d'Iran aura un impact négatif sur la fécondité à l'avenir. Cela est conforme à la thèse de l'«équité entre les sexes» développée par McDonald (2000) et corrobore l'hypothèse de Dyson (2002) selon laquelle l'un des principaux facteurs de la baisse de la fécondité dans les pays en développement est que « les femmes se mettent à ressembler aux hommes ». De son côté, Shadi-Talab (2001) a noté que « les filles iraniennes se mettent progressivement à pratiquer la démocratie au sein de la famille, et le pouvoir patriarcal cède lentement du terrain. L'évolution des mentalités est un processus très lent, mais l'interaction entre l'instruction et l'évolution des normes et de l'échelle des valeurs peut se constater par la présence dans les universités de filles venues des provinces les plus démunies et qui étudient à une grande distance du lieu où elles ont grandi. »

Quatrièmement, comme l'ont avancé Caldwell, Caldwell et McDonald (2000), les contributions des gouvernements à la régulation du mouvement de la population dans les pays d'Asie ont été très importantes. Vu que l'écho du baby-boom post-révolutionnaire se fera sentir pendant la décennie 2000-2010, cette décennie a été appelée « la décennie de la crise démographique » [*daha-e bohran-e jamiyyat*] en République islamique d'Iran. Le

gouvernement encourage vivement la réduction du nombre des naissances pendant cette décennie. Tous les services et organismes gouvernementaux, ainsi que les ONG, sont déterminés à appliquer cette politique. Les services de planification familiale distribuent toutes sortes de brochures et de plaquettes. La politique de limitation à deux enfants [deux sont assez] est annoncée partout : aux arrêts d'autobus, dans les parcs et dans les cinémas, même sur les jouets des enfants et sur les boîtes de chocolats ! Tous les étudiants sont tenus de suivre un enseignement sur la population et la planification familiale. Tous les efforts concourent à améliorer la santé, à étendre les services de santé en matière de procréation et à réduire la fécondité dans les zones rurales et dans les provinces à fécondité élevée. Ces programmes non seulement influenceront sur la mentalité des femmes en âge de procréer, mais aussi façonneront les attitudes et le comportement des jeunes générations à l'égard de la fécondité.

Le résultat d'une étude qualitative réalisée en 2001 par l'auteur sur le comportement procréateur des femmes de la province du Yazd a confirmé le changement idéationnel qui avait conduit à l'adoption de la norme de la famille peu nombreuse dans la société. La plupart des femmes peu instruites préféraient avoir deux ou trois enfants, quel que soit leur lieu de résidence (zones rurales ou zones urbaines) et la situation économique des femmes en question (Abbasi-Shavazi et Kaveh Firouz, 2002).

L'efficacité des méthodes de planification familiale est un facteur supplémentaire allant dans le sens de la baisse de la fécondité. Selon l'EDS sur l'Iran, le taux de prévalence de la contraception (TPC) était d'environ 72 % en 2000. Il existe un écart de faible ampleur entre le TPC des zones rurales et celui des zones urbaines. Toutefois, il y avait encore une proportion importante de grossesses (environ 33 %) non désirées (Abbasi-Shavazi *et al.*, 2001). L'amélioration de la qualité des services de planification familiale permettra de réduire la fréquence des grossesses non désirées, ce qui fera encore baisser la fécondité.

Enfin, comme Chesnais (2000) l'a fait valoir, il convient de ne pas négliger l'impact de la mondialisation sur la vie sociale dans les autres pays. À l'heure actuelle, aucun pays ou aucune région ne peut être considéré indépendamment des autres pays dans l'échange idéationnel et culturel. Toutefois, il ne faudrait pas non plus sous-estimer l'adaptabilité des cultures.

L'éventualité d'une remontée de la fécondité

La République islamique d'Iran ou certaines de ses provinces connaîtront-elles à l'avenir une augmentation de leur fécondité ? D'aucuns estiment que les difficultés économiques seront terminées dans un certain nombre d'années et que, dès lors, la population compensera sa faible fécondité. On entend aussi affirmer que la faible fécondité que l'on a observée peut n'être que temporaire. La raison est que la fécondité a baissé simultanément dans tous les groupes d'âges. La faible fécondité des femmes plus âgées peut avoir été une réaction à une fécondité antérieurement élevée. Toutefois, il est possible que les femmes qui ont une faible fécondité alors qu'elles ont entre 20 et 30 ans aient, passé 30 ans, une fécondité supérieure aux femmes qui ont aujourd'hui entre 30 et 40 ans. Si cela se produit, la FC aura tendance à augmenter avec le temps. C'est ce que les démographes appelle un effet de calendrier. Cela étant, vu le niveau élevé d'instruction et le changement des valeurs de la jeune génération, il est improbable que les couples change de comportement procréateur à l'avenir. Au surplus, pour les femmes du baby-boom post-révolutionnaire qui commenceront leur période de procréation pendant la décennie qui vient, la famille idéale est moins nombreuse, ce qui fait que l'effet de calendrier en question pourrait ne pas être très important.

On peut aussi concevoir qu'avec la rapide chute de la fécondité et le ralentissement de l'accroissement de la population le gouvernement de la République islamique d'Iran ne considère plus la régulation du mouvement de la population comme prioritaire ou adopte une politique nataliste à l'avenir. Caldwell, Caldwell et McDonald (2000) ont noté que le faible niveau de la fécondité dans certains pays en développement a, chose

surprenante, suscité peu de réactions en dehors des milieux universitaires. Ils ont indiqué que l'une des raisons de la lenteur des réactions du gouvernement est « l'effet d'inertie démographique; le fait que les pyramides des âges n'ont pas fini de s'ajuster aux niveaux de faible fécondité relativement nouveaux et que, dans la plupart des cas, il leur faudra des décennies pour le faire ». Étant donné que le gouvernement de la République islamique d'Iran doit affronter la perspective d'un « baby-boom post-révolutionnaire », on ne s'attend pas à l'application dans le pays de politiques officielles en ce qui concerne la faible fécondité. Aussi l'éventualité de l'adoption d'une politique nataliste dans un proche avenir est-elle improbable.

L'autre raison pour laquelle la faible fécondité pourrait ne pas susciter toute l'attention voulue dans un proche avenir est le fait que toutes les provinces ne sont pas parvenues à la fécondité déficitaire. Certaines provinces, en particulier dans les zones rurales, ont encore une fécondité supérieure à la fécondité nationale. En outre, certains fonctionnaires et spécialistes pensent que ce faible niveau de fécondité est principalement dû aux difficultés économiques récentes et que la fécondité pourrait remonter une fois ces difficultés aplanies.

Même si le gouvernement adopte une politique nataliste, elle pourrait ne pas influencer facilement sur les décisions des individus en matière de fécondité. Les femmes qui ont été interrogées dans le cadre de l'étude qualitative à Yazd ont indiqué qu'elles n'augmenteraient pas leur fécondité, même si le gouvernement prenait quelques mesures d'incitation en ce sens. Les facteurs économiques ont joué un rôle dans le début de la baisse de la fécondité, mais la famille peu nombreuse est devenue une norme sociale. Les familles qui comptaient beaucoup d'enfants ont pris conscience des inconvénients des familles nombreuses et ont essayé de maîtriser leur fécondité. Le niveau futur de la fécondité en République islamique d'Iran dépendra des décisions que prendront la génération actuelle et la génération suivante. Si les générations montantes devaient en venir à la conclusion que le fait d'avoir une famille peu nombreuse présente des inconvénients pour elles, elles pourraient décider d'augmenter leur fécondité. Toutefois, au vu de l'expérience actuelle des pays avancés, il est peu probable que la fécondité augmente à l'avenir. Une fois que la norme de la famille peu nombreuse est intériorisée, il sera difficile de la modifier, au moins à relativement court terme.

On pourrait prétendre que l'existence dans la société de la préférence pour les enfants appartenant à un certain sexe semble devoir maintenir la fécondité à un niveau élevé et/ou l'empêcher de baisser davantage. Les statistiques récentes ont montré que la préférence pour des enfants d'un certain sexe, et en particulier la préférence pour les fils, est une question qui n'intervient plus dans la prise des décisions en matière de fécondité. Dans le cadre de l'EDS sur l'Iran, on a interrogé les femmes sur leurs attitudes concernant le sexe de leur prochain enfant. La majorité d'entre elles n'avaient pas de préférence pour le sexe de ce prochain enfant. Chose intéressante, celles qui avaient une préférence ont été plus nombreuses à indiquer qu'elles préféreraient avoir une fille. Cela va à l'encontre de l'idée reçue selon laquelle la préférence pour la naissance de garçons est l'un des facteurs de fécondité élevée dans les pays en développement en général et dans les pays d'Asie en particulier.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

La présente étude a passé en revue les tendances de la fécondité en République islamique d'Iran au cours de 30 dernières années. La fécondité cumulée a baissé à un rythme modéré au début des années 70, avant de remonter après la révolution en raison de la suspension des programmes de planification familiale. La décennie postérieure à la révolution de 1979 a été marquée par l'approche nataliste retenue par le gouvernement islamique, même si celui-ci n'a pas adopté de politique de population spécifique. L'idéologie nataliste a bien eu un impact limité sur la fécondité pendant quelques années au début des années 80, et les couples se sont mis à réguler leur fécondité vers le milieu des années 80,

bien avant le renouveau du programme de planification familiale en 1989. Kaveh-Firouz (2002) a avancé que les politiques implicites du gouvernement, telles que l'amélioration du système de santé, le développement rural et l'extension de l'instruction à l'ensemble du pays, ont contribué indirectement au début de la baisse de la fécondité dans les années 80 et ont, c'est certain, facilité le succès du programme de planification familiale au cours de la dernière décennie.

Les données présentées ici ont montré la forte baisse de la fécondité enregistrée ces dernières années en République islamique d'Iran. La fécondité totale a atteint depuis peu le seuil de remplacement. Dans les zones urbaines, la fécondité est tombée au-dessous du seuil de remplacement et elle s'en est rapprochée dans les zones rurales. Il s'ensuit qu'il n'y a plus à se poser la question de savoir si la République islamique d'Iran est parvenue à la fécondité de remplacement. La baisse vertigineuse de la fécondité dans ce pays est un peu différente de celle des pays avancés dans la mesure où elle s'est produite en un laps de temps si court et où toutes les régions du pays et les femmes de tous les groupes d'âges ont connu la baisse en même temps. Les projections établies pour la République islamique d'Iran au cours de la décennie antérieure sont en dessous de la réalité car la plupart d'entre elles ont gonflé le niveau de la fécondité. La projection établie en 2000 par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU sur la base de la variante moyenne pour la période 2010-2015 est d'ores et déjà réalisée. J'ai avancé dans mon étude que la fécondité de la République islamique d'Iran allait encore baisser, mais que la baisse ne serait pas aussi rapide qu'elle l'a été au cours de la dernière décennie.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbasi-Shavazi, M. J. (à paraître). Convergence of fertility behaviours in Iran: Provincial fertility levels, patterns and trends: 1972-2000. *Journal of Social Sciences* [en persan].
- (2001a). Below-replacement fertility in Iran: Progress and prospects. Communication présentée lors de l'atelier de l'UIESP sur le thème «Low fertility: Trends, theories and policies», Tokyo, 21-23 mars.
- (2001b). La fécondité en Iran: l'autre révolution. *Population et sociétés*, n° 373, p. 1-4.
- (2000). Effects of marital fertility and nuptiality on fertility transition in the Islamic Republic of Iran: 1976-1996. Working Paper in Demography, n° 84. Canberra: Programme de démographie, Université nationale australienne.
- et Z. Kaveh Firouz, (2002). Qualitative study of the culture of fertility in Yazd [en persan]. Rapport non publié. Division de la recherche sur la population, Institut d'études et de recherches sociales, Université de Téhéran, Téhéran.
- , A. Mehryar, B. Delavar et M. Hosseini, (2001) Unintended fertility in the Islamic Republic of Iran: trends and correlates. Communication présentée à la Conférence de l'UIESP, Salvador, 18-24 août.
- Abdollahyan, H. (2001). Conceptualizing gender gap in Iran. Communication présentée au Congrès de la Société canadienne de sociologie et d'anthropologie, Québec, 28 mai-3 juin.
- Agha, H. (1985). Study of fertility in Iran and its relation with socio-economic indicators based on the Iran Fertility Survey. Centre d'études démographiques, Université de Chiraz.
- Amani, M. (1970). Births and fertility in Iran. Division de la recherche sur la population, Institut d'études et de recherches sociales, Université de Téhéran, Téhéran.
- Bureau de l'état civil (2001). Vital statistics. Chiffres non publiés, Téhéran (Iran).
- Caldwell, J., Caldwell et P. McDonald (2000). Consequences of low fertility and policy responses: a global perspective. In *Low Fertility and Policy Responses to Issues of Ageing and Welfare*, Korea Institute for Social Affairs et Fonds des Nations Unies pour la population. Séoul: KIHASA.
- Chesnais, J. C. (2000). Déterminants de la fécondité déficitaire. *Fécondité en dessous du niveau de remplacement*, *Bulletin démographique des Nations Unies*, New York, p. 126-136.

- Doroudi Ahi, N. (2001). Marriage and sex imbalance in ages at marriage: Marriage squeeze in Iran, 1966-1996. Mémoire de maîtrise. Département de démographie, Faculté des sciences sociales, Université de Téhéran, Téhéran.
- Dyson, T. (2002). L'avenir de la fécondité humaine en Inde. Étude établie en vue de la Réunion du Groupe d'experts des Nations Unies sur l'achèvement de la transition en matière de fécondité, Division de la population du Secrétariat de l'ONU, New York, 11-14 mars.
- Kaveh-Firouz, Z. (2002). Population policy change and its effects on fertility trends in Iran over the last three decades. Mémoire de maîtrise. Département de démographie, Faculté des sciences sociales, Université de Téhéran, Téhéran.
- Ladier-Fouladi, M. (1997). The fertility transition in Iran. In *Population: An English Selection*, vol. 9, p. 191-214.
- McDonald, P. (2000). Gender equity in theories of fertility transition. *Population and Development Review*, vol. 26, n° 3, p. 427-440
- Mehryar, A. H., B. Delavar, M. Hosseini, G. Farjadi et M. Naghavi (2001). Iranian miracle: how to raise contraceptive prevalence rate to above 70 % and cut TFR by two-thirds in less than a decade? Communication présentée lors de la Conférence de l'UIESP, Salvador, 18-24 août.
- Shadi-Talab, J. (2001). Iranian women: Rising expectations. Communication présentée lors de MESA, 27-28 novembre, Floride.
- United Nations (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. I: *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.8).
- Zanjani, H. (1992). Study of Fertility in Iran. Center for Urban Research, Ministry of Housing, Téhéran.

REMERCIEMENTS

La présente étude s'appuie sur les conclusions d'un projet intitulé *Fertility Transition in Iran: Demographic Similarity within Socio-economic Diversity* financée par le Wellcome Trust (Réf.:061067/Z/00/Z). Je suis profondément reconnaissant à Peter McDonald et à Marie Ladier-Fouladi pour leurs précieux commentaires, à Bahram Delaver et à Nemat Nassiri qui m'ont fourni les données nécessaires et à Meimenat Hosseini et à Nahid Doroudi pour l'assistance qu'ils m'ont apportée. Certaines parties de la présente étude s'appuient sur Abbasi-Shavazi (2001b).

La fécondité en Israël : le passage au seuil de remplacement est-il proche ?

*Dov Friedlander**

CONTEXTE : FORMATION DE LA MOSAÏQUE ETHNICO-RELIGIEUSE

La dynamique des schémas de fécondité d'Israël est axée sur trois principales dimensions sociodémographiques, à savoir la religion, l'appartenance ethnique et la structure socioéconomique. Les Juifs, les Arabes musulmans, les Arabes chrétiens et les Druzes sont les quatre principaux groupes ethnoreligieux. La deuxième dimension est l'appartenance ethnique au sein de la population juive. On distingue les populations d'origine européenne ou américaine (appelées européennes-américaines) et les populations d'origine moyenne-orientale et nord-africaine (appelées afro-asiatiques). Au cours des deux ou trois dernières décennies, le rôle de l'appartenance ethnique dans les schémas de fécondité de la population juive s'est atténué, tandis que la religion et le statut socioéconomique sont devenus les facteurs distinctifs les plus importants entre la fécondité élevée et la fécondité faible.

Après une brève introduction, j'analyse les aspects théoriques des processus de fécondité en général. J'applique ensuite ce cadre théorique aux différents sous-groupes de population d'Israël en vue d'aborder la dernière section qui tente d'évaluer les schémas de fécondité futurs parmi ces groupes et pour l'ensemble de la population d'Israël.

La population juive (qui représente environ les quatre cinquièmes de la population d'Israël) s'est développée surtout par la voie d'une immigration de grande ampleur au XX^e siècle. Avant la fondation de l'État en 1948, l'immigration provenait en majeure partie de pays d'Europe orientale et centrale (essentiellement de Pologne, d'URSS, de Roumanie, d'Allemagne et d'Autriche). Pendant les trois années suivant la fondation de l'État, la population juive a doublé, essentiellement par le biais d'une vague d'immigration massive. Près de 50 % des 690 000 immigrants qui sont arrivés pendant cette période venaient des pays musulmans du Moyen-Orient (Iraq, Yémen, Turquie et Iran, essentiellement) et d'Afrique du Nord (Maroc, Algérie, Tunisie, Libye et Égypte), tandis que les autres étaient surtout européens, parmi lesquels de nombreux réfugiés de la Seconde Guerre mondiale. L'immigration en provenance des pays d'Asie a été concentrée sur les premières années d'existence de l'État, tandis que l'immigration en provenance des pays d'Afrique du Nord et d'Europe (et, plus tard, d'Amérique) s'est étalée sur une plus longue période. Ces immigrants ont créé une société juive caractérisée par des cultures, des langues et des régimes démographiques différents. Les différences étaient particulièrement frappantes entre les Juifs européens-américains et les Juifs afro-asiatiques. En particulier, les fécondités cumulées, au début des années 50, étaient d'un peu plus de 3 naissances par femme parmi le groupe ethnique européen-américain (chiffre analogue à celui de nombreux pays européens à cette époque-là) et de 5,5 à 6 parmi le groupe ethnique afro-asiatique (chiffre analogue à celui de nombreux pays moins développés de l'époque).

Comme on l'a noté plus haut, les différences dues à la religion sont devenues plus marquées avec le temps, tandis que celles dues à l'appartenance ethnique ont perdu de leur importance. En particulier, chacun des deux principaux groupes ethniques juifs contient

* Département de la population, Université hébraïque de Jérusalem, Israël.

un sous-groupe de population orthodoxe dont le niveau de fécondité est supérieur à la moyenne de son groupe. On peut distinguer deux sous-groupes religieux, la population religieuse nationale et le groupe ultra-orthodoxe. Le niveau de fécondité de ces deux groupes considérés ensemble a été élevé (sans doute 5,5 naissances par femme environ) dans les années 50. Parmi ces deux groupes, les ultra-orthodoxes ont eu le niveau de fécondité le plus élevé, avec une FC de plus de six naissances par femme dans les années 50. On peut en tirer une importante conséquence : compte tenu de taux de fécondité aussi élevés et d'une espérance de vie relativement longue, on pouvait s'attendre, toutes choses égales par ailleurs, à voir le poids relatif de la population orthodoxe croître avec le temps.

La fécondité cumulée au début des années 50 était d'environ 3,9 naissances par femme pour l'ensemble de la population juive, qui représente une moyenne des taux de fécondité très différents des deux principaux groupes ethniques, y compris les sous-groupes religieux. À cette époque, Israël était un pays relativement moderne et l'on escomptait que les nouveaux venus des pays d'Asie et d'Afrique connaîtraient une transformation culturelle et socioéconomique, notamment dans leurs schémas de fécondité (Goldscheider, 1996). Nous montrerons que, parmi les trois sous-groupes de la population juive, la population religieuse nationale et les ultra-orthodoxes (des deux ethnies) et les groupes non religieux afro-asiatique et européen-américain, les deux derniers ont achevé leur transition en matière de fécondité en deux ou trois décennies, les nationaux-orthodoxes ont maintenu leur fécondité moyennement élevée, tandis que la population ultra-orthodoxe a augmenté ses niveaux de fécondité avec le temps. Il convient de noter que la distinction entre sous-groupes religieux et non religieux du point de vue des schémas de fécondité et/ou d'autres caractéristiques sociodémographiques pose problème car la religion n'est consignée dans aucun document d'enregistrement ou de recensement officiel. Aussi, chaque fois que nous présentons ici des chiffres concernant la religion, ils sont tirés de différentes estimations indirectes.

La population arabe, qui représente environ un cinquième de la population d'Israël, comprend trois groupes religieux principaux. Le plus important est celui des musulmans (80 %), suivi par celui des chrétiens (11 %) et celui des Druzes (9 %). La population arabe est installée dans le pays depuis des générations. La Palestine était un pays peu développé pendant les premières décennies du XX^e siècle. L'économie de la population arabe s'appuyait sur un système féodal-agraire et le pouvoir politique était entre les mains des chefs du Hamule (un groupe de familles intégrées dans un système de lignage de type patriarcal) et des chefs de la famille élargie. Pour la famille élargie, dont la base économique était l'agriculture de subsistance, un grand nombre d'enfants était bénéfique car les enfants contribuaient de bonne heure à l'économie familiale, alors que leur consommation était encore limitée. Il s'ensuit que les Arabes, toutes religions confondues, connaissaient des fécondités cumulées élevées d'environ 7,5 à 8 naissances par femme.

Tous les groupes religieux arabes ont connu de profonds changements socioéconomiques pendant plusieurs décennies d'administration britannique, de 1917 à 1948. Toutefois, les caractéristiques de ces changements ainsi que leur intensité et leur calendrier ont été très différents selon les groupes concernés. Le changement socioéconomique est intervenu plus tôt et plus rapidement chez les chrétiens que chez les musulmans et les Druzes. Les niveaux de fécondité parmi les chrétiens ont commencé à baisser pendant les années 30, mais les niveaux de fécondité des musulmans et des Druzes sont restés élevés pendant deux ou trois décennies supplémentaires. Nous montrons que tous ces groupes religieux ont enregistré d'importantes baisses de fécondité depuis les années 60, mais les niveaux de fécondité des musulmans sont restés élevés.

LE PROCESSUS DE CHANGEMENT EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ : QUELQUES ASPECTS THÉORIQUES

Le point de vue théorique en fonction duquel les schémas de fécondité sont évalués dans la présente étude est celui-ci : les schémas de procréation ont une importance fonctionnelle pour la famille, agissant dans le cadre d'un système de tensions et de réactions, compte

tenu de certaines caractéristiques culturelles. La tension s'entend d'une non-concordance croissante entre le bien-être du moment et celui qui pourrait être réalisé (ou celui auquel on aspire) dans le cadre d'une modification du schéma de comportement, démographique ou autre (Davis, 1963). Un tel point de vue attire l'attention sur l'impact de la modification des caractéristiques sociétales ou socioéconomiques des communautés sur les coûts et les avantages des enfants pour leurs parents en tant que facteur explicatif majeur du changement en matière de fécondité. Les coûts et les avantages des enfants sont fonction des rôles des enfants dans la famille dans différentes conditions socioéconomiques, culturelles et démographiques et dans un type de communauté donné (Friedlander et Okun, 1996). Il s'ensuit que les niveaux de fécondité d'une population peuvent être rehaussés ou diminués lorsque les schémas de constitution de la famille deviennent incompatibles avec l'évolution des structures socioéconomiques (Davis et Blake, 1954). Au niveau de la famille, cela implique qu'à un certain moment de la période de procréation il faut résoudre la contradiction entre une naissance supplémentaire et la réalisation d'objectifs antagoniques (l'élévation du niveau de vie par exemple). Lorsqu'une telle contradiction se fait jour, on peut s'attendre à voir une certaine proportion de familles réagir en différant une naissance supplémentaire, vu la faisabilité et l'opportunité de l'ensemble des réactions. Cette intervention dans les schémas de procréation peut se traduire par un ajournement permanent ou temporaire de la procréation jusqu'à ce qu'une naissance supplémentaire soit préférée. En conséquence, on peut modifier l'espacement et la planification des naissances et, de ce fait, modifier les niveaux de fécondité dans la communauté (Friedlander *et al.*, 1980).

CHANGEMENTS SOCIOÉCONOMIQUES ET TRANSFORMATIONS DE LA FÉCONDITÉ PARMIS LES GROUPES DE LA POPULATION D'ISRAËL DEPUIS LES ANNÉES 50

La population non religieuse d'origine européenne et américaine

Ce groupe de population, y compris les immigrants de troisième génération, représentait plus de 30 % de la population pendant les années 70. Il a connu des niveaux de fécondité relativement faibles pendant plus de 75 ans, à l'instar des populations occidentales. Il a aussi connu un baby-boom à la fin des années 40 et pendant les années 50 et a commencé par la suite la transition avec des niveaux de fécondité de remplacement. Le niveau d'instruction de cette population est élevé depuis longtemps et a augmenté avec le temps. Le statut professionnel a été relativement élevé et la participation des femmes au marché du travail a plus que doublé entre les années 60 et la fin du siècle. On comprend que la volonté d'élever des enfants « de qualité » et de jouir d'un niveau de vie élevé soit devenue de moins en moins compatible avec une fécondité même moyennement élevée, ce d'autant plus qu'en général les deux parents participaient au marché du travail ou exerçaient une activité économique indépendante. La fécondité cumulée de cette population est donc descendue à 2,5 dans les années 70 et a atteint le seuil de remplacement vers la fin des années 90. Ce groupe représente actuellement près de 40 % de la population totale, pourcentage qui inclut les immigrants arrivés de l'ex-URSS au début des années 90.

La population d'origine asiatique et africaine

Comme on l'a vu, la majorité des membres de ce groupe ont immigré entre la fin des années 40 et les années 60 en provenance de pays peu développés caractérisés par une fécondité et une mortalité élevées. Avant l'immigration, ils avaient un mode de comportement religieux et une vie sociale centrée sur la famille et la communauté juive. L'activité économique reposait essentiellement sur des entreprises familiales de petites dimensions. On voit que la famille nombreuse était adaptée à ce type d'environnement social et économique. La fécondité cumulée était comprise entre 5 et 6. Les immigrants

de première génération étaient en général un groupe religieux traditionnel, mais ce n'est qu'après l'immigration qu'un mode de vie ultra-orthodoxe a été adopté par une partie de cette population. Ce secteur ultrareligieux s'est étoffé avec le temps, ce qui a eu des répercussions très importantes sur les caractéristiques de ce groupe ethnique et, en fait, de l'ensemble de la population juive. Nous reviendrons dans une section ultérieure à ce groupe ultra-orthodoxe.

La formation d'un segment plus laïque de la population d'origine asiatique et africaine

Ce groupe s'est en général intégré rapidement à la population à différents égards. Une proportion importante de cette population a délaissé les activités économiques familiales pour se faire embaucher comme manœuvres ou employés dans la grande industrie. Ces manœuvres et employés ont accepté l'éducation moderne pour leurs enfants, en remplacement de l'instruction religieuse traditionnelle d'avant l'immigration. Ils ont modernisé leur comportement de consommation. Du fait de ces changements, les coûts directs et indirects de la procréation et de l'éducation des enfants ont augmenté après l'immigration. Des changements considérables affectant la structure familiale et les niveaux de mortalité, ainsi qu'une série d'autres transformations sociodémographiques sont intervenus au sein de cette population après l'immigration. Dans de telles conditions de discontinuité structurelle et de rapides mutations socioéconomiques, le maintien d'une fécondité élevée aurait créé une tension pour la famille. Le processus de baisse de la fécondité a donc commencé au sein de ce groupe de population peu après son arrivée en Israël et a été très rapide, sans intervention de l'État et en mettant en œuvre des moyens de planification familiale relativement simples (Okun, 1997). De 5 ou 6 avant l'immigration, la fécondité cumulée est descendue à un peu plus de 3 au début des années 70 et a presque atteint le seuil de remplacement (2,2 naissances par femme) vers la fin des années 90. Ce groupe représente actuellement près de 30 % de la population générale d'Israël.

La population arabe

La population arabe, en particulier les musulmans, occupent un rang très inférieur à celui des Juifs sur l'échelle socioéconomique. Cet écart a des origines historiques et n'a pas beaucoup évolué pendant le demi-siècle qui a suivi la fondation de l'État d'Israël. Le principal facteur expliquant ce véritable fossé d'ordre socioéconomique est la structure différentielle des perspectives ouvertes aux populations juive et arabe, en particulier musulmane. Non seulement il existe d'importantes différences au niveau des ressources humaines entre les Juifs et les Arabes, mais même les Arabes dont le niveau d'instruction est relativement élevé se heurtent à des difficultés lorsqu'il s'agit d'occuper un emploi de statut plus élevé. Cette structure différentielle des perspectives ouvertes est de nature à dissuader les Arabes de mener très loin leurs études. Lorsqu'on y ajoute la discrimination officielle pratiquée au niveau de la qualité entre les écoles juives et arabes, on comprend pourquoi non seulement les niveaux d'instruction de la population musulmane ont été les plus faibles parmi les principaux groupes de population, mais le nombre des membres de cette population qui ont essayé de faire des études supérieures a en fait décliné au fil des ans.

L'hétérogénéité qui caractérise l'ensemble de la population d'Israël est aussi une caractéristique de la population arabe. Une proportion importante de musulmans et de Druzes vivent dans des villages envahis par la végétation, tandis que la population chrétienne est essentiellement urbaine. La population chrétienne a un statut socioéconomique plus élevé que celui des musulmans ou des Druzes à différents titres, tels que le niveau d'instruction, le statut professionnel et le revenu. Toutefois, il convient de noter que la proportion de chrétiens parmi la population arabe n'est que de 11 %, si bien que l'impact de leur niveau socioéconomique supérieur sur celui de l'ensemble de la population arabe est limité.

La population chrétienne, qui se trouve depuis les années 30 à un stade plus avancé de modernisation socioéconomique, a connu d'importantes baisses de fécondité : de 7,5, la fécondité cumulée est tombée à 3,6 au début des années 70, puis à 2,5 en 2000. Il s'ensuit que la population arabe chrétienne est appelée à voir sa fécondité descendre vers le seuil de remplacement. Du point de vue du statut socioéconomique, la population druze occupe une position intermédiaire entre les groupes de la population arabe chrétienne et musulmane; il en va de même de sa fécondité cumulée, qui est tombée de 7,2 au début des années 70 à 3,0 à la fin des années 90.

Les schémas de fécondité les plus intéressants parmi les trois groupes religieux arabes sont ceux du groupe majoritaire musulman. Sa fécondité cumulée oscillait, au début des années 40, entre 7,5 et 8 et a atteint le record de 9,3 pendant les années 60. Elle s'est mise ensuite à baisser pour atteindre un niveau de 4,6 au milieu des années 80 et est restée à ce niveau jusqu'en 2000. Comment interpréter ce changement de profil? Les augmentations intervenues jusqu'aux années 60 tiennent à différents facteurs. Depuis les années 40, il y a eu des améliorations au niveau des services de santé, une plus grande disponibilité de biens de consommation modernes, une élévation du niveau de vie général et, très probablement, une amélioration de la complétude de l'enregistrement des naissances. On a proposé une autre interprétation, liée au fait que la population arabe a vécu jusqu'au début des années 60 sous l'administration militaire israélienne. Cela rendait difficiles la communication et l'interaction sociale avec le secteur juif. Dans ces conditions, différents services administratifs jugeaient plus pratique d'avoir affaire à la minorité arabe par l'intermédiaire de ses institutions politiques traditionnelles—le Hamule. Le pouvoir social et économique dont ces services officiels ont investi ces institutions traditionnelles, et l'importance que revêtait l'effectif de la population du Hamule pour le pouvoir qu'il pouvait exercer sur d'autres Hamules n'étaient pas faits pour encourager les familles à limiter les naissances. On a pu dire que certains des changements susvisés avaient, par le biais de la baisse de l'allaitement naturel, élevé les niveaux de fécondité jusqu'aux années 60 (Schellekens et Eisenbach, 2001).

Deux questions restent sans réponse. En premier lieu, comment expliquer la rapidité de la baisse de la fécondité musulmane, qui a, après les années 60, été pratiquement réduite de moitié en moins de deux décennies? En second lieu, pourquoi la baisse de fécondité s'est-elle interrompue à partir des années 80, la fécondité demeurant au niveau moyennement élevé de plus de 4,5 naissances par femme? Ces questions n'ont pas encore été suffisamment analysées. Nous proposons notre interprétation, qui est fondée sur les changements socioéconomiques et politiques qui ont probablement affecté le comportement procréateur de la population musulmane conformément aux aspects théoriques dont il a été question plus haut.

L'administration militaire a pris fin au début des années 60, ce qui a permis de développer l'interaction sociale et économique avec le secteur juif. L'agriculture—alors le principal secteur économique de la population musulmane—a commencé à se moderniser, et on a vu parallèlement décliner rapidement le pourcentage des ménages vivant de l'agriculture. Toutes choses égales par ailleurs, on peut présumer qu'une famille nombreuse crée de plus fortes tensions avec les processus de modernisation dans le secteur non agricole que celui de l'agriculture. Par ailleurs, l'interaction avec le secteur juif a permis à cette population d'accéder à des biens de consommation nouveaux et plus coûteux, économiquement inabordables dans un contexte de fécondité élevée. La loi sur l'instruction primaire obligatoire, adoptée dans les années 50, impliquait que les enfants, qui avaient été jusque-là une source de profit pour la famille dès leur âge le plus tendre, devenaient un fardeau économique net. Tous ces changements créaient des tensions du fait de l'augmentation du coût de l'éducation des enfants, tensions qui pouvaient se relâcher par la limitation des naissances. Toutefois, un changement supplémentaire, qui a produit l'effet inverse, a été la loi sur les allocations familiales entrée en vigueur en 1959, en vertu de laquelle les ménages touchaient une allocation mensuelle calculée en fonction du nombre d'enfants. Naturellement, la contribution de ces allocations au bien-être des familles

augmentait en même temps que l'effectif de la famille, ce qui revêtait une importance particulière pour les familles à faible revenu. Une analyse précise, qui pourrait indiquer un comportement procréateur « optimal » pour chaque famille dans le cadre de la nouvelle situation socioéconomique est complexe. Quoi qu'il en soit, nous pensons que tous ces changements ont eu pour effet net de favoriser le démarrage de la baisse de la fécondité.

La fécondité cumulée, qui, en 1985, avait perdu la moitié de sa valeur de 1965, est demeurée pratiquement inchangée pendant les 14 années suivantes. En fait, entre 1985 et 2000, la fécondité cumulée de la population musulmane a oscillé entre 4,6 et 4,8 naissances par femme. Pourquoi la baisse de la fécondité s'est-elle arrêtée à un niveau aussi élevé? Aucune analyse n'a encore été entreprise pour expliquer cette tendance de la fécondité. Selon nous, la modernisation des schémas de procréation de la population musulmane, qui était associée aux changements socioéconomiques, ne s'est pas déroulée assez vite. Le développement des interactions économiques et sociales avec le secteur économique juif depuis les années 60 a créé une contradiction avec la famille très nombreuse (FC=9,15), mais le changement socioéconomique n'a, apparemment, pas été suffisant pour entraîner de nouvelles baisses de fécondité. Un écart important subsiste entre les populations juive et musulmane en ce qui concerne la structure des perspectives qui leur sont ouvertes. Un exemple patent de discrimination permanente est la moins bonne qualité de l'enseignement primaire et secondaire dans les zones habitées par les Arabes. Il n'est pas surprenant que le nombre de ceux qui font des études supérieures ait diminué. La discrimination sur le marché du travail n'était pas faite pour inciter les familles à investir dans l'instruction de la nouvelle génération, ce qui rend moins onéreux d'avoir et d'élever des enfants. De plus, les allocations familiales généreuses ont un effet nataliste, en particulier pour les familles les moins riches, pour lesquelles elles représentent une proportion non négligeable de leur revenu. Nous en concluons que, dans ces conditions, une fécondité moyennement élevée est avantageuse pour une proportion importante de familles musulmanes.

La population juive nationale-orthodoxe et ultra-orthodoxe

La présente section est principalement axée sur les deux groupes ultra-religieux (d'origine européenne et afro-asiatique), parce qu'ils constituent une partie importante de la population religieuse juive et que leurs niveaux de fécondité sont les plus élevés. Dans l'analyse que nous leur consacrons, nous les traitons comme un seul groupe. Par rapport aux ultra-orthodoxes, le groupe national-orthodoxe peut être caractérisé comme un groupe à fécondité moyennement élevée qui est à bien des égards très différent du groupe ultra-orthodoxe. On a pu dire que les groupes religieux d'Israël plongent leurs racines dans la période d'émancipation et des lumières du XIX^e siècle européen. On distingue traditionnellement deux groupes. L'un, le groupe d'acculturation, était favorable à la promotion des contacts culturels avec le monde extérieur, tout en conservant la culture et les convictions juives. Le groupe national-religieux contemporain a adopté cette idéologie. L'autre groupe était le groupe anti-acculturation, qui préconisait de tourner le dos au mode de vie contemporain afin de préserver les traditions. Le groupe ultra-orthodoxe d'Israël est le produit de ce courant idéologique. De fait, le groupe ultra-orthodoxe d'Israël « s'emploie à se dissocier non seulement de tout aspect de la culture du monde extérieur, mais aussi des individus ou des choses qui, étant passés à proximité de ce monde ou l'ayant traversé, en véhiculaient des éléments contaminants » (Heilman et Friedman, 1991).

Comment expliquer la fécondité très élevée (FC d'environ 7,0) de ce groupe? Nous avançons que c'est la structure socioculturelle de ce groupe qui rend la fécondité élevée avantageuse, sinon pour la famille, du moins pour la communauté et ses institutions politiques. Ce groupe a son propre système éducatif indépendant, qui est essentiel à sa survie intergénérationnelle au sein d'un monde extérieur très matérialiste. L'instruction commence à un très jeune âge et les étudiants de sexe masculin continuent de fréquenter les établissements d'enseignement supérieur (yeshivot) jusqu'à l'âge de 35 ou 45 ans. Les femmes sont considérées comme devant aider ces étudiants et elles sont les principaux

soutiens de famille dans un grand nombre de familles ultra-orthodoxes. Elles exercent différents métiers, comme celui d'enseignant — dans une population jeune en augmentation constante —, et en particulier les emplois qui ne les mettent pas en contact avec les gens du monde extérieur.

Les mariages sont arrangés et sont célébrés de bonne heure. Les couples sont censés avoir leur premier enfant peu de temps après le mariage et la fécondité élevée est une norme qu'ils sont invités à respecter tout au long de leur mariage (Heilman et Friedman, 1991). Il va sans dire que des années d'instruction pour les hommes, les mariages précoces et la constitution précoce de la famille, la fécondité élevée et l'accroissement rapide de la population sont des caractéristiques sociétales qui requièrent des ressources économiques très supérieures à celles qui sont créées au sein de cette communauté ultra-orthodoxe. D'où viennent ces ressources économiques supplémentaires ? La source principale est l'ensemble de la société israélienne par le biais des allocations familiales généreuses, de l'aide au logement accordée aux jeunes couples, etc. Une autre source importante est constituée par les fonds spécifiquement alloués aux familles par leurs propres institutions communautaires et garantis par diverses autorités gouvernementales. Ils sont accordés depuis des années dans le cadre d'accords de coalition conclus entre les parties ultra-orthodoxes et les principaux partis politiques de gauche ou de droite. On a donc pu dire que la communauté ultra-orthodoxe a un rapport ambivalent avec l'ensemble de la société. Elle rejette les valeurs du monde tout en dépendant de lui. On voit que, bien que les familles de cette communauté soient les plus pauvres, au moins, dans la population juive, il n'y a pas de contradiction avec la fécondité élevée dès l'instant que les femmes peuvent travailler pendant que les enfants sont soit à l'école pour la journée, soit internes dans des écoles privées qui ne coûtent rien aux parents, et où on leur inculque les normes de leur communauté. Non seulement les allocations familiales, mais aussi les fonds publics administrés par l'intermédiaire de la communauté sont en partie accordés en fonction de la taille de la famille, ce qui a des effets clairement natalistes. On voit que la structure socioéconomique de la population ultra-orthodoxe, son système éducatif interne et son pouvoir politique au sein de la société israélienne concourent à sa survie en tant que groupe à fécondité élevée dont les familles respectent les normes communautaires de mariage universel précoce et de fécondité continue élevée.

PERSPECTIVES DE BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ VERS LE SEUIL DE REMPLACEMENT

L'analyse précédente a tenté de montrer que la société israélienne est caractérisée par l'hétérogénéité et fortement contrastée à bien des égards, et en particulier en ce qui concerne les niveaux de fécondité de ses différents groupes. Si, pendant les années 50 et 60, la différenciation opérait essentiellement selon la religion, l'appartenance ethnique et le niveau socioéconomique, les écarts d'appartenance ethnique ont disparu et ont été remplacés par des écarts religieux. Pendant la période 1995-2000, nous pouvons recenser quatre groupes de population principaux du point de vue de la fécondité cumulée et du pourcentage approximatif de l'effectif de la population :

- Le groupe juif non religieux des deux ethnies
(67 %-70 %) avec une FC de 2,0-2,2
- La population arabe chrétienne (2 %) avec une FC de 2,6
- Les Arabes musulmans et les Druzes (16 %) avec une FC de 4,0
- Les juifs ultra-orthodoxes et les nationaux-orthodoxes
(12 %-15 %) avec une FC de 6,0-7,0
- FC totale d'Israël 2,9

Comment évaluer les changements qui sont susceptibles d'affecter les niveaux de fécondité d'Israël au cours des deux ou trois décennies à venir ? Tout dépend des change-

ments susceptibles de se produire dans les schémas de nuptialité et les niveaux de fécondité légitime parmi les différents groupes, de l'évolution de leur pourcentage de l'effectif général et de l'immigration. Le volume de l'immigration pourrait augmenter ou diminuer inopinément. Par exemple, l'immigration de quelque 900 000 personnes en provenance de l'ex-Union soviétique au début des années 90 a fait nettement progresser la proportion de la population israélienne ayant une faible fécondité.

Perspectives de la baisse de la fécondité parmi les principaux groupes de la population

Commençons par le niveau de fécondité de la population juive non religieuse, qui est proche du seuil de remplacement. Il paraît improbable que la fécondité cumulée de ce groupe doive changer suffisamment pour avoir un impact autre que minime sur la FC totale d'Israël. Toutefois, une autre vague d'immigration à grande échelle pourrait accroître la proportion de la population non orthodoxe à faible fécondité et, de ce fait, entraîner une baisse de la FC totale.

La population arabe chrétienne pourrait bien, à l'instar du groupe juif non religieux, voir baisser son niveau de fécondité. Cependant, la proportion de cette population est si réduite qu'un changement de ce type ne peut pas modifier sensiblement la FC totale.

La minorité druze a été classée avec la population musulmane bien que son niveau de fécondité ne soit que moyennement élevé par rapport à celui des musulmans, et elle a baissé ces dernières années. Aucun changement réaliste du schéma de fécondité de ce groupe ne pourrait avoir d'effet significatif sur la FC totale d'Israël, car il ne représente qu'une très faible proportion de la population totale.

Il est clair que le groupe religieux arabe qui a l'impact le plus important sur la fécondité arabe et sur la fécondité globale d'Israël est la population musulmane. Nous sommes d'avis que le niveau de fécondité de cette population a atteint une sorte d'équilibre entre la taille de la famille, d'une part, et la structure des perspectives ouvertes sur le plan de l'instruction, du marché du travail et des allocations familiales, d'autre part. La vérification de cette hypothèse montrerait qu'il se produit un changement de fécondité en cas de contradiction entre le schéma existant et la structure socioéconomique dans laquelle les familles tendent à réguler leur comportement procréateur. L'objectif de cette régulation est d'élever leur propre niveau de bien-être à court terme, ce qui n'est lié à aucun macro-objectif tel que le seuil de remplacement ou l'accroissement démographique nul. L'acceptation de cette affirmation implique que, à moins que ne se produise un changement radical allant dans le sens d'une égalisation de la structure globale des perspectives ouvertes entre la population arabe et la population juive, il y a peu de chance de voir le niveau de la fécondité musulmane baisser sensiblement. Or, un changement sociopolitique aussi radical n'est pas pour demain. Il nous paraît donc qu'une baisse appréciable de la fécondité musulmane est improbable dans l'avenir prévisible.

Les juifs ultra-orthodoxes constituent un groupe à part dans la société israélienne. L'idéologie religieuse de ce groupe, en particulier sa fécondité délibérément élevée, s'appuie depuis des décennies sur la manipulation du pouvoir politique. Sa représentation au parlement d'Israël, la Knesset, est plus importante que sa proportion au sein de la population car il bénéficie d'une audience certaine auprès de certains membres de statut inférieur du groupe ethnique afro-asiatique. Accordant son appui aux deux principaux partis politiques, la population ultra-orthodoxe a joué un rôle d'arbitre pour la plupart des gouvernements, de gauche ou de droite, ce qui lui a permis de transformer le pouvoir politique en appui financier direct pour son réseau d'écoles indépendantes, les allocations familiales généreuses pour familles nombreuses, les logements très subventionnés pour jeunes couples, etc. On peut supposer que, tant que ces réalités politiques subsisteront dans la société israélienne, la population ultra-orthodoxe maintiendra un niveau

de fécondité très élevé. Même si la structure politique devait changer, ce qui semble hautement improbable, il faudrait des années pour que le taux d'accroissement de cette population baisse, en partie parce que sa structure par âge est extrêmement jeune.

Niveaux de fécondité futurs de la population israélienne

Environ 30 % de la population d'Israël peuvent être caractérisés comme ayant une fécondité élevée ou très élevée. Nous avons avancé que les chances d'une baisse de fécondité parmi les groupes concernés sont extrêmement réduites. Quelque 70 % de la population israélienne peuvent être caractérisés comme composés de groupes de faible fécondité, parvenus au seuil de remplacement ou proches de ce seuil. Nous en concluons que la FC globale d'Israël demeurera entre 2,5 et 3,0, sans doute plus proche de 3,0.

BIBLIOGRAPHIE

- Heilman, S. C. et M. Friedman (1991). *The Haredim in Israel*. American Jewish-Israeli Relations. American Jewish Committee. (New York).
- Friedlander, Dov, Z. Eisenbach et C. Goldscheider (1980). Family-Size Limitation and Birth Spacing: The Fertility Transition of African and Asian Immigrants in Israel. *Population and Development Review* (New York), vol. 6, n° 3 (décembre).
- et Feldmann Carole (1993). The modern shift to below-replacement fertility: Has Israel's population joined the process? *Population Studies*, 47, p. 295-306.
- et Barbara S. Okun (1996). Fertility Transition in England and Wales: Continuity and Change. *Health Transition Review*, vol. 6 (supplément).
- *et al.* (2002). Religion, Ethnicity, Type of Locality and Educational Attainments among Israel's Population: An Analysis of Change Over Time. Jérusalem, Israël: Bureau central de statistiques d'Israël. À paraître.
- Goldscheider, Calvin (1996). *Israel's Changing Society: Population, Ethnicity, and Development*, Boulder: Westview Press.
- Okun, Barbara S. (1997). Innovation and Adaptation in Fertility Transition: Jewish Immigrants to Israel from Muslim North Africa and the Middle East. *Population Studies*, vol. 51, n° 3, p. 317-335.
- Schellekens, J. et Z. Eisenbach (2001). The Pre-decline Rise in Israeli Moslem Fertility. *Economic Development and Cultural Change*. À paraître.

Achever la transition en matière de fécondité : Jordanie, Liban et République arabe syrienne

Riad Tabbarah*

LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

D'une façon générale, la transition démographique dans les pays arabes de l'Asie de l'Ouest a été un peu particulière. La fécondité totale a nettement augmenté avant d'entamer son fléchissement historique. L'espérance de vie s'est allongée à un rythme très rapide. Les taux de fécondité très élevés ont engendré des populations extrêmement jeunes et ce fait, associé à des tables de mortalité faible, a débouché sur des taux bruts de mortalité (TBM) de 3 ou 4 pour 1000 habitants, soit des taux inférieurs à tout ce que les pays développés et la plupart des pays en développement avaient pu réaliser. L'écart maximal entre les taux bruts de natalité (TBN) et les taux bruts de mortalité a donc atteint, dans certains pays, en particulier dans le Golfe, le niveau sans précédent de 4,5 ou 5 %. Quant à l'avenir proche, si l'on tient compte de la progression du vieillissement consécutif à la baisse escomptée de la fécondité, les nouveaux progrès de l'espérance de vie s'accompagneront d'une *hausse* des taux bruts de mortalité.

Pendant les cent années qui se seront écoulées entre 1950 et 2050, le rapport entre les TBN et les TBM présente donc quatre phases distinctes, que les données en provenance de Jordanie peuvent aider à comprendre. Pendant la première phase, allant de 1950 à 1970, les taux d'accroissement naturel se sont élevés rapidement en raison d'une hausse des TBN et d'une baisse des TBM. Au cours de la deuxième phase, allant de 1970 à aujourd'hui, les taux d'accroissement naturel ont fléchi parce que les TBN ont baissé davantage que les TBM. Pendant la troisième phase, qui s'étend de 2000 à 2030, les taux d'accroissement naturel continueront de baisser en raison de la seule baisse des TBN car les TBM resteront constants tout au long de la période. Enfin, au cours de la quatrième phase (2030-2050), on compte que les taux d'accroissement naturel baisseront rapidement en raison à la fois d'une baisse des TBN et d'une *hausse* régulière et relativement forte des TBM. Pendant cette dernière période (et au-delà), les TBM augmenteront en dépit d'une amélioration des niveaux de mortalité telle qu'elle ressort de l'allongement de l'espérance de vie (EV) [voir tableau 1]¹.

Comment cette transition démographique s'achèvera-t-elle? En d'autres termes, comment la fécondité et la mortalité vont-elles se comporter dans un avenir plus ou moins difficile à prévoir?

MORTALITÉ

Toute porte à croire que, dans les trois pays à l'examen, la mortalité continuera de baisser en ce sens que l'espérance de vie à la naissance continuera de s'allonger. D'un autre côté, en raison de la poursuite du processus de vieillissement, on s'attend à ce que les taux bruts

* Directeur, Centre d'études et de projets de développement (MADMA), Beyrouth (Liban).

¹ Sauf indication contraire, toutes les données proviennent de : Organisation des Nations Unies, 1999a et 1999b.

Tableau 1
Indicateurs démographiques de certains pays d'Asie de l'Ouest

Pays	Période	FC	TBN	TBM	EV
Jordanie	1950-1955	7,38	46,7	26	43,2
	1955-1960	7,38	46,7	23	45,7
	1960-1965	8	52,5	22	48,2
	1965-1970	8	52,5	21	51,7
	1970-1975	7,79	50	14,4	56,6
	1975-1980	7,38	45	9,6	61,2
	1980-1985	6,77	42,3	8,9	63,5
	1985-1990	6,03	39,9	7,1	65,9
	1990-1995	5,58	36,9	5,8	68,6
	1995-2000	4,86	34,8	4,6	70,1
	2000-2005	4,44	33	4,1	71,5
	2005-2010	4,01	30,3	3,8	72,6
	2010-2015	3,59	27,4	3,6	73,7
	2015-2020	3,16	24,6	3,6	74,7
	2020-2025	2,74	21,9	3,6	75,6
2025-2030	2,31	19	3,8	76,4	
2030-2040	2,1	17,4	4,2	77,7	
2040-2050	2,1	16,1	5,3	78,8	
Syrie	1950-1955	7,09	46,6	21,4	46
	1955-1960	7,09	46,6	18,8	48,5
	1960-1965	7,46	47,4	16,6	51
	1965-1970	7,79	47,6	15,3	54
	1970-1975	7,69	46,6	12,1	57
	1975-1980	7,44	46	8,9	60,1
	1980-1985	7,38	45,7	8,7	62,6
	1985-1990	6,6	42,7	7	65
	1990-1995	4,7	33,2	5,6	67,1
	1995-2000	4	30,4	4,9	68,9
	2000-2005	3,58	29,2	4,5	70,2
	2005-2010	3,16	27,3	4,3	71,5
	2010-2015	2,73	24,3	4	72,7
	2015-2020	2,31	20,1	3,9	73,7
	2020-2025	2,1	17,7	4	74,7
2025-2030	2,1	17,4	4,3	75,7	
2030-2040	2,1	16,8	4,9	76,9	
2040-2050	2,1	14,8	6,1	78,4	
Liban	1950-1955	5,74	41	18,7	56
	1955-1960	6,15	43,4	15,2	58,5
	1960-1965	6,36	42,7	13,3	60,7
	1965-1970	6,05	38,8	11,8	62,9
	1970-1975	4,92	32,1	9,3	65
	1975-1980	4,31	30,1	8,7	65
	1980-1985	3,79	29,3	8,8	65
	1985-1990	3,42	27,9	7,8	67
	1990-1995	3,09	26,9	7,1	68,5
	1995-2000	2,69	23,8	6,4	69,9
	2000-2005	2,3	19,8	6,1	71
	2005-2010	2,1	17,6	6	72,1
	2010-2015	2,1	17,4	6	73
	2015-2020	2,1	17,4	6	73,9
	2020-2025	2,1	16,7	6,1	74,7
2025-2030	2,1	15,5	6,4	75,7	
2030-2040	2,1	14	7,3	76,9	
2040-2050	2,1	13,7	8,9	78,2	

Source: Perspectives démographiques mondiales, Organisation des Nations Unies

de mortalité se mettent à grimper dans un proche avenir. Selon les projections établies par l'Organisation des Nations Unies sur la base de la variante moyenne, ils vont commencer à le faire dans les 15 à 25 prochaines années; le Liban sera le premier pays concerné et la Syrie le dernier. Le processus d'accroissement des TBM devrait se poursuivre pendant quelque temps sur le modèle des pays ayant actuellement une fécondité faible. En Syrie, par exemple, on présume, selon la projection établie par l'ONU sur la base de la variante moyenne, que le TBM pour la période 2040-2050 sera d'environ 6 %, contre un niveau de 12 % à 14 %, et progressant encore, dans les pays ayant actuellement une fécondité faible. De plus, peu après le début de l'augmentation des TBM, le fléchissement du taux d'accroissement naturel dans les trois pays découlera de plus en plus davantage de l'augmentation des TBM que de la baisse des TBN.

FÉCONDITÉ

Toutefois, la plus importante spéculation pour l'objet qui nous occupe est celle qui concerne l'avenir de la fécondité. Il nous faut ici établir une distinction entre les facteurs à court terme et les facteurs à long terme. Naturellement, les facteurs à long terme revêtent une plus grande importance pour la présente étude que les facteurs à court terme, mais les deux séries de facteurs sont analysées ci-après.

Facteurs à court terme

L'un des plus importants facteurs à court terme affectant la fécondité dans les trois pays en question est le déséquilibre entre les sexes créé par la forte émigration des hommes, l'augmentation du niveau d'instruction des femmes et certaines coutumes liées au mariage. C'est particulièrement le cas du Liban. L'instruction des femmes a considérablement progressé, au point que les femmes sont à présent un peu plus nombreuses que les hommes dans presque tous les niveaux d'enseignement. Cela a repoussé l'âge auquel les filles deviennent prêtes à se marier au groupe d'âges des 25 à 29 ans. Étant donné que la coutume en vigueur veut que les filles épousent des garçons qui soient leurs aînés d'au moins cinq ans, le groupe d'âges correspondant pour les hommes devient alors celui des 30 à 34 ans. Or, on s'est rendu compte, à l'occasion d'une enquête nationale réalisée en 1996, qu'en raison d'une forte émigration d'hommes, particulièrement dans ce groupe d'âges et dans le groupe de 5 ans précédent, le ratio des hommes célibataires âgés de 30 à 34 ans aux femmes célibataires âgées de 25 à 29 ans était de 7 à 10 (PNUD, 1998). Ce ratio doit avoir encore diminué du fait de l'émigration encore plus forte qui a eu lieu depuis. Si l'on ajoute le fait que, d'une façon générale, les femmes arabes n'épousent pas des hommes qui sont moins instruits qu'elles, le rapport de masculinité (le pourcentage de partenaires masculins disponibles) devient encore plus déséquilibré. Il s'ensuit que le taux de célibat parmi les Libanaises a pratiquement doublé entre 1970 et 1996 dans la quasi-totalité des groupes d'âges (tableau 2). Naturellement, les fécondités cumulées ont été négativement affectées par l'augmentation du célibat féminin et

Tableau 2
Taux de célibat féminin, Liban, 1970 et 1996

Groupe d'âges	1970	1996
15-19	86,8	95
20-24	50,9	72
25-29	25,1	46,6
30-34	14,2	30,4
35-39	10,1	20,9
40-44	7,6	15,2
45-49	6,9	11,5

Source : PHS (enquête nationale), 1996

il en est résulté un écart important entre la fécondité des mariages (6,1) et la fécondité totale (3,0). Le développement économique tendra donc à augmenter la fécondité à court terme en multipliant les possibilités d'emploi pour les jeunes, ce qui freinera l'émigration. De fait, on voit déjà se créer de nouvelles habitudes susceptibles d'orienter la fécondité totale dans cette direction, en particulier le nouveau phénomène de l'émigration des femmes instruites et la réduction de l'écart entre les sexes pour ce qui est de l'âge au premier mariage.

Un autre facteur tendant à limiter la fécondité est lié à la récession économique qui frappe les trois pays en question. Cette récession a beaucoup de causes, mais la plus importante, peut-être, est l'insécurité politique découlant du conflit israélo-arabe. Il s'ensuit qu'un règlement de ce conflit entraînera probablement un rapide redressement et une croissance de l'économie qui, à leur tour, rendront possible une hausse des revenus et une diminution de la limitation de la fécondité par les revenus, ce qui débouchera sur un baby-boom temporaire dans la région.

Facteurs à long terme

L'analyse des facteurs à long terme est infiniment plus complexe que celle des facteurs à court terme et ne peut se passer tout à fait d'une approche théorique préalable. On pense que trois facteurs revêtent une importance particulière pour cette analyse à long terme de l'avenir de la fécondité : la taille idéale de la famille ; le coût des enfants et l'adéquation du revenu. Aux fins de la présente étude, il nous faut schématiser.

La taille idéale de la famille

Le nombre idéal d'enfants est déterminé par les fonctions d'utilité et de désutilité marginales des enfants pour un groupe socioéconomique donné (Tabbarah, 1992). Il y a naturellement un certain plaisir, ou utilité, d'ordre sociopsychologique que les couples retirent généralement de l'acquisition d'un nouvel enfant². Que le désir d'avoir des enfants soit affaire de prestige, d'obligation religieuse, voire d'instinct, il est logique de présumer que le premier ou le deuxième enfant va probablement satisfaire le couple davantage que, par exemple, le quatrième ou le cinquième enfant, en d'autres termes, qu'il y a utilité marginale décroissante. Mais les enfants sont également pour les parents une source de désutilité en ce qu'ils font concurrence aux activités extra-familiales des parents, telles que la lecture, le cinéma et le théâtre, les voyages ou toutes autres activités auxquelles les parents souhaiteraient se livrer en dehors de l'éducation des enfants³. Les enfants peuvent aussi imposer à leurs parents certaines activités qui elles-mêmes génèrent une désutilité. À mesure qu'augmente le nombre d'enfants, les parents doivent renoncer à d'autres possibilités. Moins il reste de possibilités aux parents, plus grande est la désutilité découlant des possibilités supplémentaires auxquelles il leur a fallu renoncer. Ainsi, comme l'utilité marginale des enfants est une fonction décroissante, la désutilité marginale des enfants est une fonction croissante (figure 1). La fonction d'utilité marginale nette est donc une fonction décroissante atteignant zéro au niveau indiqué par l'intersection des courbes d'utilité et de désutilité (figure 2). Ce point donne le nombre idéal d'enfants. Les parents n'iront pas au-delà de ce point (sans compensation) car tout enfant supplémentaire entraînera une désutilité marginale nette⁴.

Le processus de développement implique une série de changements sociaux et économiques qui influent tant sur l'utilité que la désutilité des enfants. S'agissant de l'utilité, le prestige et l'avantage associés aux familles nombreuses semble décliner alors qu'augmente la mobilité géographique et l'avènement des familles nucléaires. La sécurité économique et politique est progressivement prise en charge par le gouvernement et les mythes concernant le lien entre la virilité et la procréation apparaissent de plus en plus pour ce qu'ils sont. Même l'emprise de la religion sur l'individu en tant que déterminant du comportement procréateur tend à se relâcher. Il s'ensuit qu'un mouvement descendant lent mais continu de la fonction d'utilité marginale tendrait à accompagner le développement.

2 Leibenstein (1957 et 1974) inclut dans l'utilité l'enfant en tant que source de revenu futur. Aux fins de la présente étude, cet aspect est inclus dans le coût des enfants (en tant que coût négatif), ne laissant que les aspects socio-psychologiques à l'utilité et à la désutilité.

3 C'est ce que Leibenstein a appelé les « possibilités auxquelles les parents doivent renoncer » pour élever des enfants.

4 Le nombre idéal d'enfants est différent du nombre désiré en ce qu'il ne subit pas la limitation par le revenu. Dans une enquête, par exemple, la question à poser devrait être libellée à peu près comme suit : « Si vous aviez le revenu nécessaire, combien d'enfants voudriez-vous avoir ? » Pour le nombre désiré, la question serait libellée à peu près comme suit : « Étant donné votre revenu actuel et votre revenu escompté, combien d'enfants voulez-vous avoir ? » Il n'y a pas de limitation par le revenu lorsque le même nombre d'enfants est indiqué dans les deux cas.

Figure 1
Fonctions d'utilité et de désutilité marginales

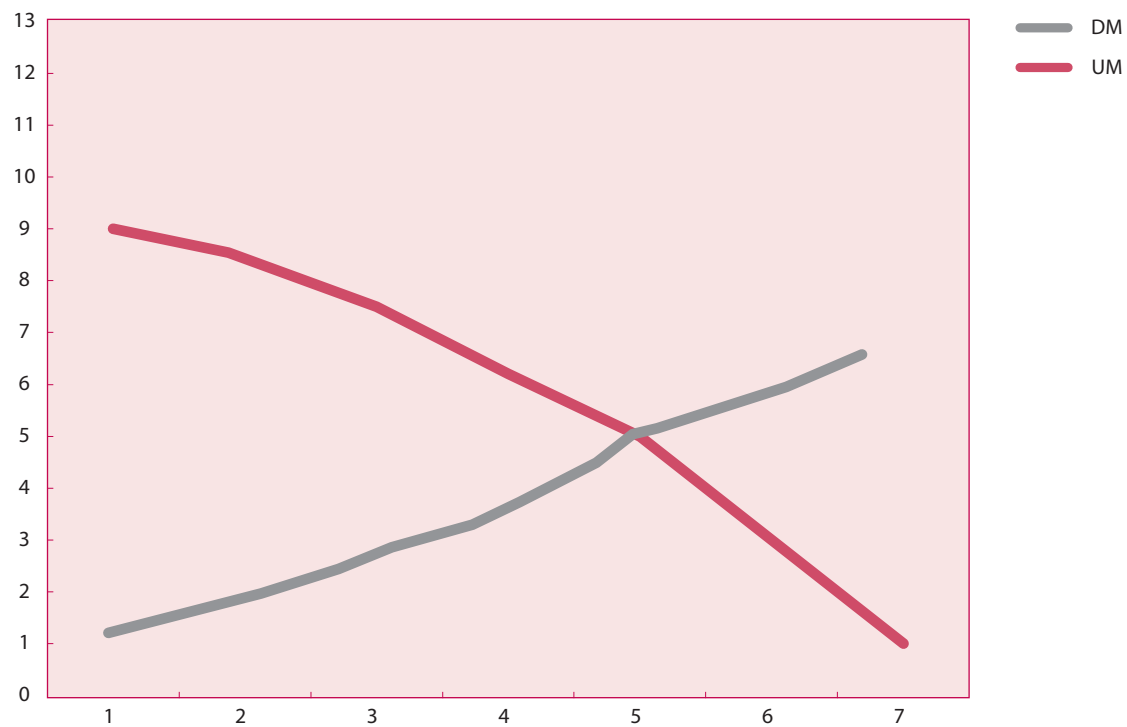
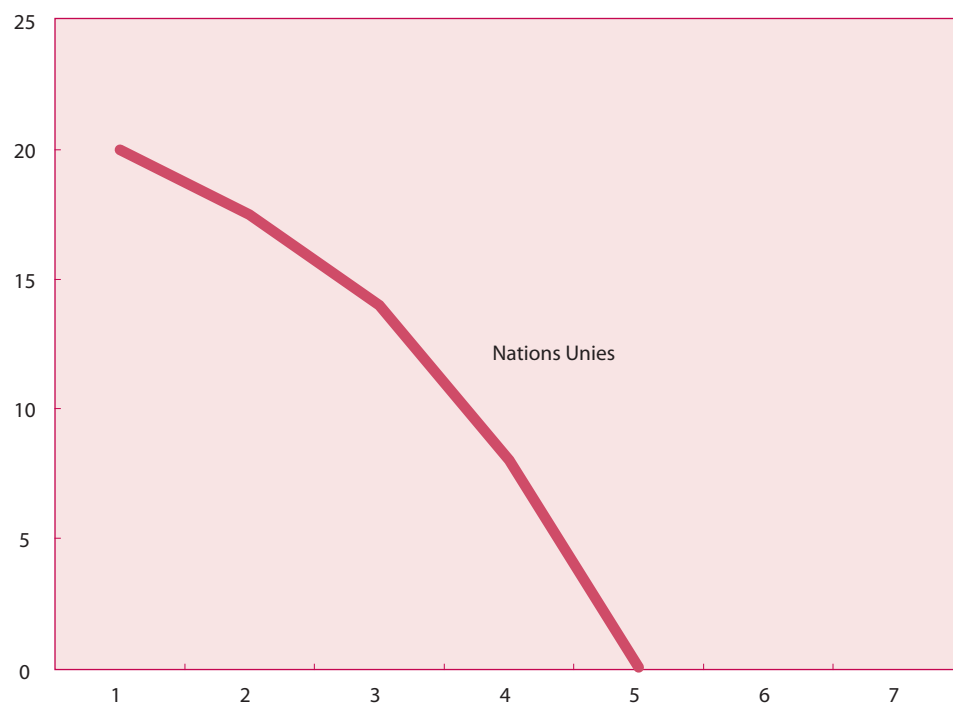


Figure 2
Utilité naturelle



Le mouvement ascendant de la fonction de désutilité marginale est sans doute beaucoup plus important. Par définition, le processus de développement est porteur de possibilités de plus en plus nombreuses pour les individus, dont il élargit progressivement les horizons au-delà du strict projet parental. L'élévation du niveau d'instruction, l'amélioration des communications et l'accroissement de la mobilité suscitent chez les individus d'autres intérêts que ceux qui les rivent au foyer, et l'élévation du revenu rend de plus en plus possible la satisfaction des nouveaux besoins. À la faveur de ce processus, une contradiction apparaît entre les possibilités familiales et l'élargissement des possibilités extra-familiales.

Naturellement, le mouvement décroissant de l'utilité et le mouvement croissant de la désutilité aboutissent à déplacer vers la gauche la courbe de l'utilité marginale nette des enfants, abaissant de ce fait le nombre idéal d'enfants.

Le coût des enfants

L'évolution du coût des enfants qui accompagne le développement peut s'analyser à deux niveaux : le *coût d'un enfant* et le *coût des enfants*, tous les deux par rapport au revenu du ménage (Tabbarah, 1992). S'agissant du coût de l'enfant, deux facteurs semblent revêtir une importance particulière. Premièrement, dans le contexte moins développé, un enfant, en particulier un garçon, peut être considéré comme un actif économique net en ce sens que, pendant toute son existence, il peut être un contribuant net au revenu du ménage. Dans ce cas, il n'y a pas de limitation par le revenu associée à l'enfant. Avec le développement et la modernisation, ce « flux de richesse net », pour reprendre l'expression de Caldwell, est réduit, suspendu, puis inversé.

Au-delà de ce phénomène, le coût d'un enfant par rapport au revenu peut raisonnablement être considéré comme relativement constant aux premiers stades du développement et, en particulier, avant que ne soit prolongée la scolarisation des enfants. Ainsi, à mesure que croît le revenu du ménage, les dépenses destinées à tous ses membres (alimentation, logement, vêtements, etc.) semblent devoir croître à l'unisson. Cela n'est cependant pas le cas lorsqu'un nouveau poste, telle que l'instruction de l'enfant, est inscrit au budget familial. Un tel poste nouveau tend à élever le coût de l'enfant par rapport au revenu du ménage.

Un fardeau nettement plus lourd pour le revenu du ménage est créé par la prolongation de la durée d'entretien par la famille due essentiellement à la prolongation de la scolarisation en raison de son effet sur le *coût des enfants*. Même lorsque l'instruction est gratuite et, partant, n'affecte pas le *coût de l'enfant*, le fait qu'elle prolonge la période de soutien lui fait alourdir le *coût des enfants*. Dans les pays moins développés où l'instruction est minimale ou inexistante, l'enfant devient économiquement indépendant à un âge précoce, disons 9 ans. Dans ces conditions, si une femme a un enfant survivant tous les trois ans, le nombre total d'enfants entretenus à un moment donné est trois. Si l'instruction était prolongée pour inclure l'école secondaire, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 18 ans, le nombre d'enfants à entretenir simultanément passerait à six. Si, comme le développement permet de l'escompter, l'intervalle naturel entre enfants survivants était, du fait de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, réduit à deux ans, par exemple, ce nombre total passerait à 9. En d'autres termes, même si le coût d'un enfant ne change pas avec le développement (instruction gratuite, par exemple), le coût des enfants s'élève avec la prolongation de la période de l'entretien des enfants, du fait, essentiellement, de l'allongement de la durée de leur instruction. Cela représente une redoutable contrainte pour les familles nombreuses et réduit le nombre d'enfants désiré.

L'adéquation du revenu

L'adéquation du revenu est une notion mesurable (Tabbarah, 1972). Pour simplifier, il s'agit du rapport entre le revenu d'une personne et le niveau conventionnel de cette personne. On a constaté l'existence d'une corrélation positive entre l'adéquation du revenu et la demande d'enfants. Le revenu et les niveaux conventionnels n'évoluent pas toujours

de façon simultanée, en particulier dans les pays en développement. Les revenus s'élèvent en fonction de la croissance économique, mais les niveaux conventionnels peuvent être affectés par un effet de démonstration international, effet qui s'accroît avec la mondialisation par l'intermédiaire du cinéma, de la télévision, de l'Internet et des autres moyens de communication qui caractérisent le processus de mondialisation. À mesure qu'augmente l'ouverture d'esprit en ce qui concerne les niveaux supérieurs, les niveaux conventionnels s'élèvent et l'adéquation du revenu tend à diminuer.

IMPLICATIONS POUR L'AVENIR DE LA FÉCONDITÉ

Si ce qui précède est vrai, on peut en tirer un certain nombre d'implications pour les tendances futures de la fécondité :

- Premièrement, l'instruction semble être un facteur particulièrement efficace de réduction de la fécondité. Il en est ainsi parce que l'instruction semble influencer d'une manière significative sur tous les facteurs à long terme. Elle réduit l'utilité des enfants, augmente leur désutilité, élève le *coût de l'enfant* quand elle n'est pas complètement gratuite, élève sensiblement le coût des enfants et tend à faciliter la mondialisation sociale, faisant ainsi baisser l'adéquation du revenu. Dans les trois pays arabes à l'examen (la Jordanie, le Liban et la République arabe syrienne), le développement de l'instruction a été spectaculaire au cours des dernières décennies, mais on n'a pas encore tout à fait éliminé l'analphabétisme et il faudrait encore augmenter le nombre d'années de scolarisation de la population adulte. L'instruction des femmes a aussi fait des progrès spectaculaires, mais, à l'exception du Liban, l'écart entre les sexes subsiste au niveau des inscriptions dans les établissements d'enseignement. La participation des femmes au marché du travail s'est renforcée, mais l'écart entre les sexes, tous groupes d'âges confondus, reste très important. On peut probablement déduire de ce qui précède que la baisse de la fécondité que l'on observe depuis quelques décennies n'est pas encore près de marquer le pas.
- Deuxièmement, la mondialisation s'accroît et devrait continuer de le faire à l'avenir. Les moyens modernes de communication lui permettent d'atteindre de nouvelles régions peu accessibles des trois pays. Ses avantages économiques, du point de vue de l'élévation des revenus, ont assurément pris du retard sur la pénétration sociale et culturelle en ce sens que les aspirations augmentent plus vite que les revenus, ce qui va encore abaisser l'adéquation du revenu dans l'avenir prévisible.
- Troisièmement, le célibat féminin est en hausse, mais les taux de divorce le sont également, même s'ils sont encore très inférieurs à ce qu'ils sont dans les pays occidentaux. On s'attend à ce que la « modernisation » et la mondialisation fassent monter ces taux à l'avenir. De ce fait, la fécondité totale baissera même si la fécondité des mariages demeure constante.
- Quatrièmement, les politiques adoptées pour augmenter la fécondité sont généralement inefficaces. Vu la nature du développement et de la modernisation, il est difficile d'augmenter l'utilité ou de diminuer la désutilité des enfants. L'instruction, en particulier celle des femmes, est irréversible. Le coût d'une politique demandant aux couples de porter le nombre de leurs enfants au-delà du niveau « idéal » est prohibitif car il faudrait indemniser les couples non seulement pour l'intégralité du coût de l'enfant supplémentaire, mais aussi pour l'utilité nette négative associée à l'enfant supplémentaire. On peut également exclure une réaction de type « patriotique » suscitée par la menace que ferait planer une fécondité très faible. En Allemagne, où la population « autochtone » baisse rapidement et où les « non-autochtones » (Turcs, Kurdes, etc.) sont de plus en plus nombreux, on n'a détecté jusqu'à présent aucune réaction de ce genre et les démographes allemands n'en prévoient pas.

Il est à peu près certain que la fécondité des trois pays en question continuera de baisser dans l'avenir proche. La question que l'on peut se poser est celle de savoir jusqu'à quel niveau elle baissera. Dans ses projections, l'ONU postule que la fécondité totale descendra au moins jusqu'au seuil de remplacement. Mais cette hypothèse ne repose sur aucune raison logique et ce seuil n'a rien de magique. Les couples ne vont pas se donner la main pour l'atteindre. Pour déterminer ce niveau minimal, il nous faut déterminer au moins deux paramètres principaux : la taille idéale minimale de la famille pour les couples mariés et l'effet d'abaissement exercé sur la fécondité des mariages par le célibat et le divorce (et la stérilité). Parmi les couples les plus instruits des trois pays en question, l'idéal de limitation à deux enfants semble être prédominant, de sorte que l'on peut supposer qu'il pourrait devenir le niveau de la fécondité des mariages. Si, de plus, on présume que la fécondité totale sera inférieure de 20 à 30 % à la fécondité des mariages, le point de résistance de la fécondité totale se situerait quelque part entre 1,4 et 1,6 enfant, ce qui n'est pas très différent de la situation existant à présent dans certains pays européens.

La baisse de la fécondité a d'autres implications, plus générales. Tout d'abord, les alarmistes dans ce domaine ont dû fermer boutique, au moins pour l'avenir prévisible. Les beaux jours de *The Population Bomb*, *Halte à la croissance* et *Famine 1974* sont terminés.

Ensuite, la vieille préoccupation suscitée parmi certains démographes et gouvernements occidentaux, et étalée au grand jour depuis la conférence internationale sur la population tenue à Rome en 1954, par la diminution rapide de la proportion de la population mondiale vivant en Europe de l'Ouest, en Amérique du Nord et en Australie est indubitablement appelée à devenir de plus en plus sérieuse. Il n'y a pas si longtemps, le problème tenait à l'écart des taux d'accroissement *positifs* entre le premier monde et le tiers monde; aujourd'hui, l'écart se situe entre des taux d'accroissement de population *négatifs* dans le premier monde et *positifs* dans les pays du tiers monde, dont certains ont encore des fécondités cumulées très élevées. Il vaut la peine de noter, à cet égard, que, selon les projections de l'ONU les plus récentes (*Révision de 2000*), la proportion de la population totale vivant en Europe de l'Ouest, en Amérique du Nord et en Australie est tombée de 17 % en 1950 à 11 % en 2000 et elle descendra jusqu'à un peu plus de 8 % en 2050. En outre, une proportion croissante de ces populations est originaire du tiers monde.

Enfin, à mesure que les populations du premier monde se raréfieront et vieilliront, la nécessité d'accueillir des immigrants prendra une importance accrue. Le problème auquel ces pays devront faire face dans un avenir proche sera donc non seulement de conserver leur influence politique mondiale malgré la diminution de leurs effectifs au regard de la population mondiale, mais aussi de savoir comment maintenir la croissance économique et contrôler la population non autochtone présente sur leurs territoires.

BIBLIOGRAPHIE

- Leibenstein, Harvey (1957). *Economic Backwardness and Economic Growth*. New York: John Wiley and Sons.
- (1974). An Interpretation of the Economic Theory of Fertility. *Journal of Economic Literature* (juin).
- Organisation des Nations Unies (1999a). *The World Population Prospects: The 1998 Revision* (publication des Nations Unies).
- (1999b). *Women and Men in the Arab Region: A Statistical Portrait*. New York.
- Programme des Nations Unies pour le développement (1998). *The National Human Development Report: Lebanon*. Beyrouth.
- Tabbarah, Riad (1972). The Adequacy of Income: A Social Dimension in Economic Development *Journal of Development Studies* (Londres), avril.
- (1992). Socio-Economic Change and Population Programmes: Balancing Priorities. *International Conference on Population and Development*. Le Caire.

La transition de la fécondité au Kenya : à quel niveau la fécondité va-t-elle se stabiliser ?

*John Blacker**

SOURCES DE DONNÉES

Les principales sources d'information sur la baisse rapide de la fécondité au Kenya depuis 1980 sont, tout d'abord, les histoires génésiques établies dans l'enquête sur la fécondité au Kenya (EFK) de 1977/78 et les trois enquêtes démographiques et sanitaires sur le Kenya (EDSK) de 1989, 1993 et 1998, et, ensuite, les données sur les enfants nés vivants et sur les naissances des 12 derniers mois obtenues lors des recensements de population de 1969, 1979, 1989 et 1999.

Les histoires génésiques nous permettent de reconstruire les estimations des taux de fécondité par âge et par période jusqu'à 20 ans avant les enquêtes. Toutefois, les enquêtes ont été limitées aux femmes de moins de 50 ans. Ainsi, à mesure que les estimations reculent dans le temps, les taux de fécondité deviennent de plus en plus tronqués du point de vue de l'âge et doivent être extrapolés jusqu'à la fin de la période de procréation par le biais d'un « emprunt » des taux des groupes d'âges plus anciens à partir des périodes ultérieures les plus proches. Lorsque la fécondité baisse rapidement, ce procédé introduit dans les estimations une erreur systématique par défaut progressive.

De plus, les estimations ne sont pas à l'abri d'erreurs de datation des naissances dans les histoires génésiques. On observe une tendance très répandue à repousser dans le temps les naissances récentes et, ce faisant, à réduire les nombres enregistrés au cours des cinq années précédentes et à gonfler ceux correspondant aux périodes de 5 à 9 et de 10 à 14 ans avant l'enquête, ce qui simule une fausse baisse de fécondité. Dans les EDS, cette caractéristique pourrait avoir été aggravée par les très nombreux renseignements supplémentaires (notamment la taille et le poids) demandés pour les enfants nés dans les trois et, dans certains cas, les cinq années ayant précédé chaque enquête. Il pourrait également exister une tendance à rapprocher de la date de l'enquête les naissances qui se sont produites plus de 15 ans auparavant. Ainsi, ce double effet de « concertina » renforce le gonflement des taux de fécondité pour la période comprise entre 5 et 15 ans avant l'enquête. On a mis au point des méthodes de détection et de correction de ces erreurs; nous y reviendrons plus loin.

Les données de recensement sur la descendance finale et les naissances du moment peuvent être utilisées de bien des façons pour étudier les tendances de la fécondité. Le procédé qui est sans doute le plus simple et, par certains côtés, le plus satisfaisant consiste à construire des « cohortes hypothétiques » pour périodes intercensitaires à partir des écarts de parités moyennes pour les mêmes cohortes de femmes dans des recensements consécutifs (Organisation des Nations Unies, 1983, p. 60-65). Le procédé n'utilise que les parités moyennes enregistrées dans les recensements et ne formule aucune hypothèse quant à la nature ou aux types d'erreurs éventuelles de données. Toutefois, les données

* Center for Population Studies, Londres (Royaume-Uni)

de recensement concernant les enfants nés vivants ne faisant pas l'objet d'un examen aussi approfondi que dans le cas des enquêtes sur les histoires génésiques, des erreurs, par omission ou inclusion erronée, se produisent indubitablement. Il y avait généralement une catégorie de femmes qui étaient « non déclarées » en ce qui concerne le nombre d'enfants qu'elles avaient eus. La plupart de ces femmes étaient probablement sans enfants, mais certaines pouvaient avoir eu des enfants qui, pour diverses raisons, n'avaient pas été déclarés. La correction pour non-réponse d'El Badry (El Badry, 1961; Organisation des Nations Unies, 1983, p. 230-235) fournit une méthode permettant de régler ce problème; les parités moyennes utilisées pour construire les cohortes hypothétiques présentées ci-après ont d'abord été ajustées à l'aide de la méthode d'El Badry. On a également affiné les estimations en ajustant les parités moyennes des cohortes hypothétiques à l'aide de modèles de fécondité, éliminant ainsi les irrégularités par lissage et rendant les estimations moins vulnérables aux erreurs contenues dans les rapports concernant les femmes plus âgées. On a utilisé à cette fin le modèle de fécondité de Gompertz relationnel de Brass (Brass, 1981).

Le modèle de Gompertz relationnel peut aussi servir à dériver les estimations de fécondité des données de recensement sur les naissances déclarées comme ayant eu lieu au cours des 12 mois ayant précédé le recensement, ainsi que les parités moyennes des jeunes femmes, dans une variation de la technique « ratio P/F [parité/fécondité] » mise au point par Brass dans les années 60 (Brass *et al.*, 1968; Brass, 1975).

RÉSULTATS

Le tableau 1 présente les estimations de la fécondité cumulée au Kenya tirées des sources susvisées, qui sont également représentées dans la figure 1. La cohérence des estimations est facile à évaluer à partir des écarts entre les estimations correspondant aux mêmes périodes et obtenues à partir des différents recensements et enquêtes.

Les données relatives aux histoires génésiques ont manifestement été faussées par l'effet de « concertina » décrit plus haut. Les quatre enquêtes font état de taux de fécondité inférieurs pour la période de 15 à 19 ans ayant précédé l'enquête considérée à ceux de la période de 10 à 14 ans antérieure à l'enquête, et les taux de cette dernière période sont supérieurs aux estimations tirées d'autres sources pour la même période. Nous avons donc tenté de redistribuer les naissances entre les périodes à l'aide du procédé conçu par Brass (Brass, 1981; Brass et Jolly, 1993), qui consiste à ajuster les parités moyennes rétrodatées à l'aide des modèles de fécondité de Gompertz relationnel. Brass lui-même a appliqué ces ajustements à l'EFK de 1977/78 et à l'EDSK de 1989; l'auteur les a appliqués à l'EDSK de 1993 (Macrae, Bauni et Blacker, 2001) et à celle de 1998. Le principal problème soulevé par l'application de ce procédé tient au choix des « meilleurs » modèles. Si les modèles suivent de près les données observées, ils ne font que reproduire les erreurs originelles. Le principal critère que j'ai retenu est de garantir une concordance améliorée entre les parités moyennes rétrodatées aux époques des enquêtes précédentes et les parités moyennes enregistrées dans ces enquêtes. Ainsi, l'EDSK de 1998 a-t-elle été rétrodatée de cinq ans et comparée aux valeurs tirées de l'EDSK de 1993, puis de 20 ans aux fins de comparaison avec l'EFK. Les paramètres des modèles utilisés pour la rétrodatation ont été manipulés, en procédant plus ou moins par approximations successives, de façon à réduire au minimum les sommes des carrés des écarts entre les valeurs rétrodatées et les valeurs observées. Les résultats sont présentés dans le tableau 2 et la figure 2.

On pourrait dire que, dans cette opération, les données ont été sur-correctées. Les taux ajustés obtenus à partir des enquêtes de 1993 et de 1998 pour des périodes supérieures à cinq ans avant les dates des enquêtes tombent à présent au-dessous des estimations tirées d'autres sources. Mais il ne fait aucun doute que la cohérence des différentes estimations a été améliorée. En particulier, on a amélioré la concordance entre les estimations dérivées des enquêtes sur les histoires génésiques et celles dérivées des recensements.

On peut aussi utiliser les modèles pour établir la projection du nombre d'enfants par famille complète pour les différentes cohortes de femmes interrogées dans les enquêtes qui étaient encore en âge de procréer. Semblable projection est manifestement injustifiée pour ce qui est des femmes plus jeunes, mais les résultats peuvent néanmoins fournir une idée de la direction dans laquelle s'oriente la fécondité du Kenya. Ils sont présentés dans le tableau 3. En les prenant pour ce qu'ils valent, ils tendent à indiquer qu'aucune des cohortes n'aura en définitive moins de 3 naissances par femme.

CONCLUSION SUR LES TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ JUSQU'À LA FIN DES ANNÉES 90

À la fin des années 70, la fécondité totale du Kenya était de l'ordre de huit naissances par femme. Nous disposons d'une grande quantité de données pour l'affirmer : l'EFK de 1977/78 a fait état d'une parité moyenne de 7,88 pour les femmes âgées de 45 à 49 ans et d'une fécondité cumulée de 8,065 pour les trois années ayant précédé l'enquête; les changements de parités moyennes entre les recensements de 1969 et 1979 impliquaient une FC de 7,79 pour la période intercensitaire; l'enquête démographique nationale de 1977 a indiqué une FC ajustée à l'aide du modèle de Gompertz de 8,10 pour l'année ayant précédé l'enquête; l'enquête sur la prévalence de la contraception sur le Kenya (EPCK) de 1984 a indiqué une parité moyenne de 8,15 pour les femmes âgées de 45 à 49 ans.

Tableau 1
Estimations enregistrées et extrapolées de la fécondité totale au Kenya

	EFK 1977-78	EDSK 1989	EDSK 1993	EDSK 1998	Estimations basées sur les données de recensement				
1958-1962	8,41	1969-1973	8,00	1973-1977	7,88	1978-1982	6,87	1969-1979	7,79
1963-1967	9,01	1974-1978	8,19	1978-1982	8,02	1983-1987	6,89	1979-1989	6,58
1968-1972	8,70	1979-1983	7,64	1983-1987	7,35	1988-1992	5,71	1989-1999	5,00
1973-1977	8,26	1984-1988	6,70	1988-1992	5,53	1993-1997	4,65		

Figure 1
Tendances de la fécondité totale observée

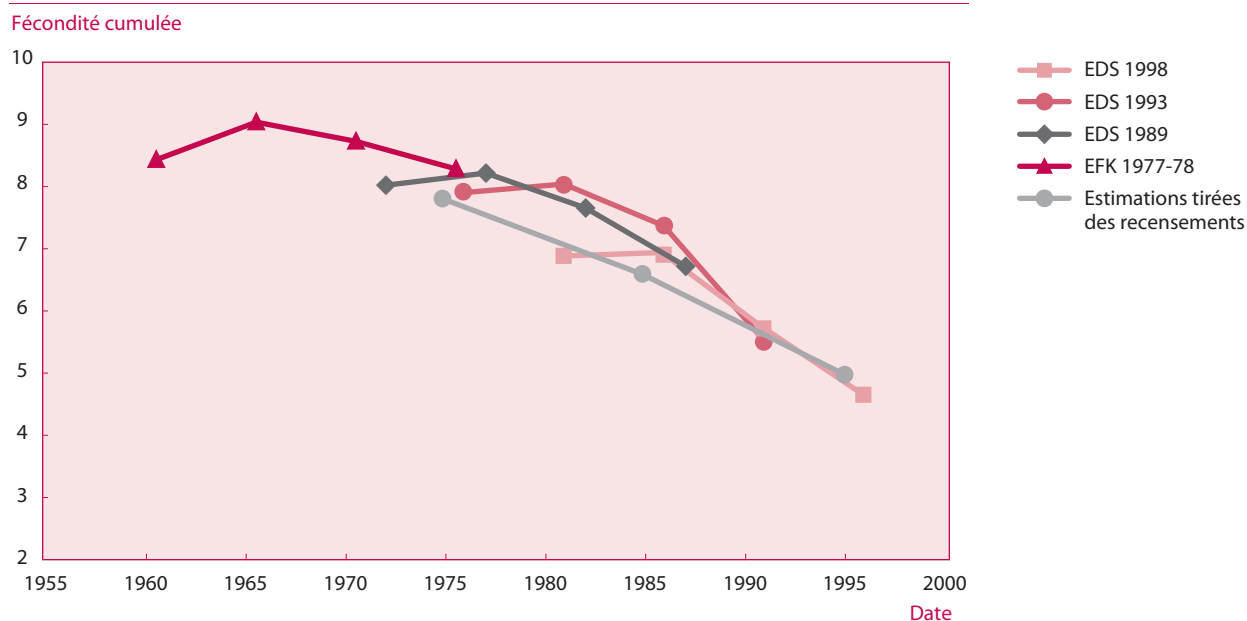
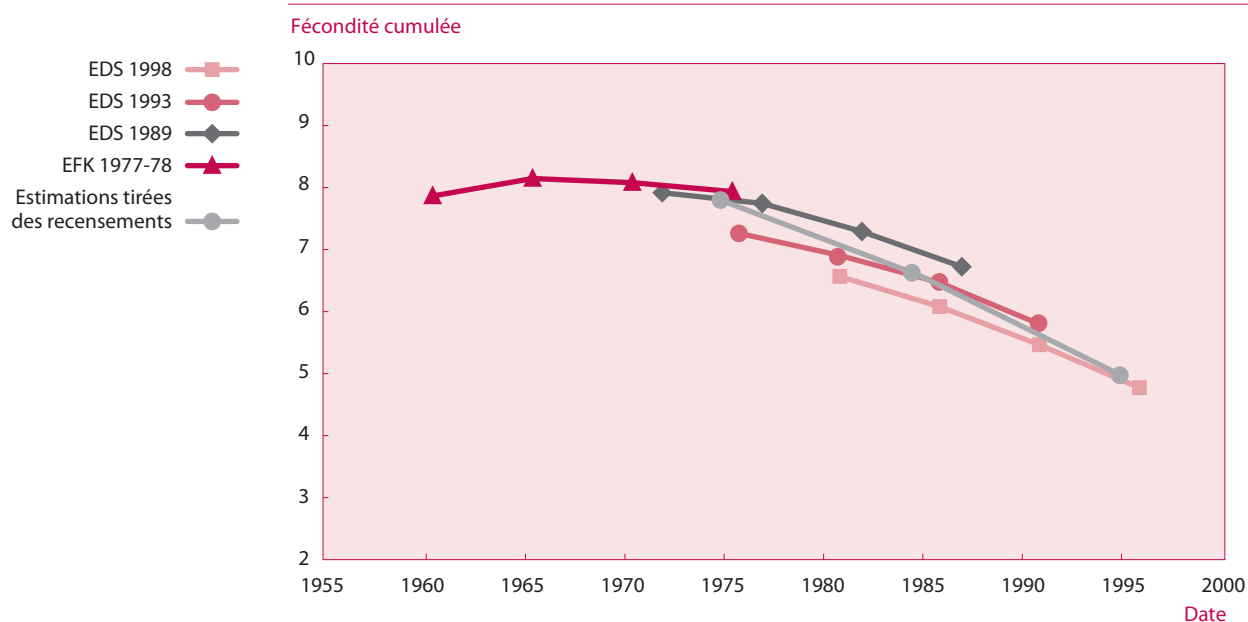


Tableau 2
Estimations ajustées et extrapolées de la fécondité totale au Kenya

EFK 1977-78	EDSK 1989	EDSK 1993	EDSK 1998	Estimations basées sur les données de recensement
1958-1962 7,84	1969-1973 7,89	1973-1977 7,24	1978-1982 6,62	1969-1979 7,79
1963-1967 8,12	1974-1978 7,72	1978-1982 6,89	1983-1987 6,15	1979-1989 6,58
1968-1972 8,05	1979-1983 7,27	1983-1987 6,45	1988-1992 5,54	1989-1999 5,00
1973-1977 7,91	1984-1988 6,71	1988-1992 5,79	1993-1997 4,89	

Figure 2
Estimations ajustées de la fécondité totale



Avant les années 70, la fécondité avait augmenté régulièrement. Les données dont nous disposons à cet effet, tirées d'une étude de la probabilité d'agrandissement des familles des cohortes, sont probantes et ont été présentées ailleurs (Brass et Jolly, 1993; Central Bureau of Statistics, 1996a; Macrae, Bauni et Blacker, 2001); on ne les répétera pas ici.

À la fin des années 70 ou au début des années 80—il est impossible d'être plus précis—, un changement brusque et impressionnant s'est produit: la fécondité s'est mise à descendre à un rythme imprévu. Les premiers signes de ce fléchissement au niveau national ont été fournis par l'EDSK de 1989 et confirmés par le recensement effectué la même année; l'EDSK a indiqué une fécondité totale de 6,7 naissances par femme pour la période quinquennale ayant précédé l'enquête, résultat que Brass, après un examen rigoureux, n'a vu aucune raison de modifier (Brass et Jolly, 1983). L'EDS suivante, réalisée en 1993, a indiqué une FC de 5,4 pour les trois années antérieures, et celle de 1998 4,7, également pour les 3 années antérieures. Si on prête foi à ces chiffres, ils tendent à indiquer que la baisse de fécondité s'était ralentie: réduction de 0,34 naissance par an entre 1989 et 1993, et de 0,14 naissance par an entre 1993 et 1998.

DÉTERMINANTS IMMÉDIATS DE LA FÉCONDITÉ

Pour l'essentiel, cette baisse de la fécondité est imputable à l'augmentation de l'utilisation de la contraception. La proportion des femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant actuellement une méthode moderne de contraception est passée des 9,7% indi-

Tableau 3
Projection du nombre d'enfants par famille complète pour les cohortes de l'EDSK de 1998

Groupe d'âges en 1998	Parité moyenne en 1998	Projection du nombre d'enfants par famille complète
15-19	0,21	3,58
20-24	1,28	3,85
25-29	2,70	4,44
30-34	4,03	5,02
35-39	5,32	5,75
40-44	6,38	6,47
45-49	6,93	6,93

qués par l'enquête sur la prévalence de la contraception de 1984 aux 17,9 % de l'EDSK de 1989, aux 27,3 % de l'EDSK de 1993 et aux 33,7 % de l'EDSK de 1998. Sur la base de ces chiffres, le rythme d'utilisation s'est ralenti : il a augmenté de 9,4 points dans les 4 ans séparant 1989 et 1993, et de seulement 6,4 point dans les 5 années séparant 1993 à 1998.

L'âge au premier mariage parmi les Kényennes a augmenté pendant la seconde moitié du XX^e siècle, mais cette augmentation ne s'est pas accompagnée d'une augmentation correspondante de l'âge à la naissance du premier enfant. La façon la plus simple de calculer l'âge au mariage est de prendre l'« âge moyen des célibataires au mariage » (AMCM) de Hajnal, calculé à partir des proportions de femmes célibataires définitives dans chaque groupe d'âges en supposant qu'elles représentent une cohorte de femmes vieillissantes. On peut utiliser exactement le même procédé pour calculer l'âge moyen à la naissance du premier enfant (AMPE), en remplaçant les proportions de femmes célibataires définitives par les proportions de femmes sans enfants. Le tableau 4 présente les indices dérivés des recensements et des enquêtes réalisés au Kenya au cours des 40 dernières années. On y voit que selon les recensements de 1962 et de 1969, l'âge au mariage était légèrement inférieur à l'âge à la naissance du premier enfant (encore que les conceptions prénuptiales semblent avoir été la règle); mais entre 1969 et 1979, il y a eu permutation : la naissance du premier enfant a précédé le mariage. Les enquêtes montrent le même phénomène : l'âge à la naissance du premier enfant est systématiquement inférieur à l'âge au mariage, et l'écart s'est creusé dans les enquêtes récentes. L'âge au mariage pourra continuer de monter au Kenya, mais il est clair qu'il ne faut pas s'attendre à ce que cela ait un nouvel impact un tant soit peu important sur la fécondité.

Les proportions des *veuves et divorcées* n'ont guère changé pendant les années 90; elles ne font apparaître tout au plus qu'une baisse minime. Mais, à cet égard, on peut s'attendre à ce que cela ait un certain impact sur la fécondité à mesure que les taux de veuvage augmentent en liaison avec l'épidémie de sida.

L'*infécondabilité postpartum*, bien qu'étant un important déterminant immédiat, n'a pas contribué de manière appréciable à la baisse de la fécondité générale. Les durées

Tableau 4
Âges moyens des célibataires au mariage et âges moyens à la naissance du premier enfant

	AMCM	AMPE
Recensement de 1962	18,5	19,8
Recensement de 1969	19,2	19,8
Recensement de 1979	20,3	20,0
Recensement de 1989	21,9	20,9
EFK de 1977-1978	20,0	19,5
EPCK de 1984	20,1	19,7
EDSK de 1989	21,1	20,0
EDSK de 1993	21,3	21,1
EDSK de 1998	21,7	20,7

médianes de l'aménorrhée et de la continence postpartum ont varié de façon anormale d'une enquête à l'autre (Brass et Jolly, 1993; Macrae, Bauni et Blacker, 2001). Entre les EDSK de 1993 et de 1998, la durée médiane de l'immunité postpartum est descendue de 12,9 mois à 11,1 mois. Il est évident que l'on ne peut pas en attendre de nouvelles réductions de fécondité.

L'information sur l'avortement au Kenya est pratiquement inexistante. Il se peut qu'il ait apporté une contribution appréciable à la baisse de la fécondité, mais nous ne disposons d'aucun moyen pour le mesurer et nous ne sommes pas en mesure de spéculer sur le rôle qu'il pourrait jouer à l'avenir.

Le Kenya n'a jamais été un pays de forte prévalence de la *stérilité pathologique*, à l'exception, peut-être, de certaines zones côtières dans les années 50¹. L'EFK de 1987/88 a montré que 3% seulement des femmes de plus de 30 ans n'avaient pas d'enfants et l'EDSK de 1998 a enregistré des chiffres analogues pour ces groupes d'âges.

Pour nous résumer, les nouvelles baisses de fécondité seront obtenues essentiellement grâce à une nouvelle augmentation de l'utilisation de la contraception; or, comme nous l'avons vu, cette utilisation s'est ralentie. Mais les autres déterminants immédiats pourront aussi être affectés par la progression de l'épidémie de sida. On sait que la fécondité des femmes séropositives est inférieure à celle des séronégatives, ce pour diverses raisons, d'ordre tant biologique que comportemental: elles ont plus de chances de devenir veuves ou de divorcer et ont moins de chances de se remarier; parmi celles qui sont encore mariées, la fréquence des rapports sexuels est réduite, celle de la mortalité intra-utérine et des troubles de la menstruation est accrue et, si leur partenaire est également séropositif, on observe une diminution de la production de spermatozoïdes. Zaba et Gregson (1998) ont calculé que, lorsque 10% de la population est séropositive, le niveau national de fécondité est réduit de 4%. L'incidence sur les taux de fécondité à la fin des années 90, lorsque la prévalence du VIH était de l'ordre de 10%, aura été négligeable. Mais si la prévalence passe à 20%, voire 40% (comme au Botswana), cette incidence ne sera plus négligeable. Par ailleurs, l'épidémie est susceptible d'affecter la fécondité des séronégatifs dans la mesure où elle réduit l'activité sexuelle extraconjugale, encourage l'utilisation du préservatif et constitue pour les couples mariés une incitation supplémentaire à avoir moins d'enfants lorsque leur famille a déjà été agrandie par l'adoption d'orphelins.

ÉCARTS SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE, LA PROVINCE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Toutes les enquêtes démographiques et sanitaires font apparaître des écarts importants de fécondité, tant sur le plan géographique que sur celui des niveaux d'instruction des femmes, écarts qui sont manifestement tous liés au développement socioéconomique. Ils font l'objet du tableau 5. Les fécondités cumulées, qui valent pour les trois ans précédant chaque enquête, s'appuient parfois sur des nombres par trop réduits, d'où des erreurs d'échantillonnage nombreuses, notamment en ce qui concerne les changements.

À l'exception de Nairobi, qui est un cas à part, aucune des catégories ne faisait apparaître en 1998 de FC inférieure à 3 naissances par femme. La province du Centre, qui, en ce qui concerne la mortalité des moins de cinq ans, la nutrition, l'instruction, le confort du logement ou tout autre indice du développement socioéconomique auquel on peut songer, est très en avance sur les cinq autres provinces (à l'exception, là encore, de Nairobi), a enregistré une baisse importante de la fécondité entre 1989 et 1993, mais une baisse relativement peu importante entre 1993 et 1998. On pourrait être tenté d'en conclure que la baisse de la fécondité a atteint un palier. Il en va de même pour les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures.

À mesure que la fécondité continue de baisser au Kenya, on peut s'attendre à voir ces écarts se réduire. Mais il est peu probable qu'ils disparaissent. Il ne fait aucun doute que les améliorations des niveaux de vie qui ont caractérisé le premier quart de siècle postérieur à l'indépendance et qui se sont exprimées sous la forme d'indices tels que la mortalité in-

¹ Enquête médicale sur l'Afrique de l'Est, réalisée au début des années 50, a montré qu'à Msambweni, sur la côte bordant l'océan Indien, 10% environ des femmes âgées d'au moins 35 ans étaient sans enfants (Brass, 1958).

Tableau 5
Fécondités cumulées par lieu de résidence, province et niveau d'instruction

	1989	1993	1998
Zones urbaines	4,5	3,4	3,1
Zones rurales	7,1	5,8	5,2
Nairobi	4,2	3,4	2,6
Centre	6,0	3,9	3,7
Littoral	5,4	5,3	5,0
Est	7,2	5,9	4,7
Nyanza	6,9	5,8	5,0
Rift Valley	7,0	5,7	5,3
Ouest	8,1	6,4	5,6
Aucune instruction	7,5	6,0	5,8
Études primaires inachevées	7,5	6,2	5,2
Études primaires achevées	6,4	5,0	4,8
Études secondaires et supérieures	4,8	4,0	3,5

fantile et postinfantile, les taux de scolarisation ou le PIB par habitant sont tombées à plat dans les années 90. La pauvreté, qui est loin d'avoir été éliminée, va sans doute s'aggraver, la situation étant compliquée par les conséquences effroyables de l'épidémie de sida. Ainsi, à moins de se laisser convaincre de pratiquer la planification familiale sur la même échelle que leurs compatriotes mieux lotis, les membres de la collectivité les plus pauvres et les moins instruits continueront-ils d'avoir une famille relativement nombreuse.

TAILLE IDÉALE DE LA FAMILLE

On a pu dire que cette notion un peu floue exprimait l'évolution des mentalités à l'égard de la fécondité. Au Kenya, elle a, de fait, baissé parallèlement à la fécondité : 5,8 dans l'EDCK de 1984, 4,4 dans l'EDSK de 1989 et 3,7 dans l'EDSK de 1993. Mais elle s'est ensuite stabilisée et l'EDSK de 1998 a indiqué un chiffre de 3,8. De plus, la ventilation par groupe d'âges nous permet d'examiner la cohérence des réponses données à des moments différents pour les cohortes de femmes du même âge (15-19 ans en 1993 et 20-24 ans en 1998; 20-24 ans en 1993 et 25-29 ans en 1998, etc.), qui apparaissent au tableau 6. À l'exception de la plus jeune (15-19 ans en 1993), elles montrent des augmentations faibles mais systématiques de la taille idéale de la famille à mesure que les femmes vieillissent, et il est peu probable que des changements aussi systématiques aient été dus à des erreurs d'échantillonnage. Ces changements peuvent s'expliquer en partie par les augmentations de la taille de la famille que les femmes connaissent effectivement, mais on constate que les changements de taille de la famille les plus importants sont enregistrés dans les cohortes plus âgées, où l'accroissement du nombre d'enfants effectivement nés aura été le plus faible.

Tableau 6
Tailles idéales moyennes de la famille déclarées en 1993 et 1998

EDSK 1993		EDSK 1998	
15-19	3,5	15-19	3,5
20-24	3,4	20-24	3,4
25-29	3,6	25-29	3,6
30-34	4,0	30-34	3,9
35-39	4,1	35-39	4,4
40-44	4,1	40-44	4,8
45-49	4,5	45-49	4,9

La ventilation des chiffres de 1998 selon le nombre d'enfants vivants, le lieu de résidence (zones urbaines/zones rurales), la province et le niveau d'instruction montre qu'il y avait peu de catégories pour lesquelles la taille idéale de la famille était inférieure à 3. Seules les jeunes femmes de Nairobi et de la province du Centre et celles ayant fait des études secondaires ou supérieures et âgées de moins de 25 ans déclaraient des chiffres inférieurs à 3, et même dans ces catégories, aucune femme ne descendait jusqu'à 2,5. À ceux qui croient que la taille idéale de la famille peut être considérée comme un indicateur des niveaux futurs de fécondité, ces données viennent confirmer qu'au Kenya la fécondité totale ne semble pas devoir baisser au-dessous de 3 naissances par femme.

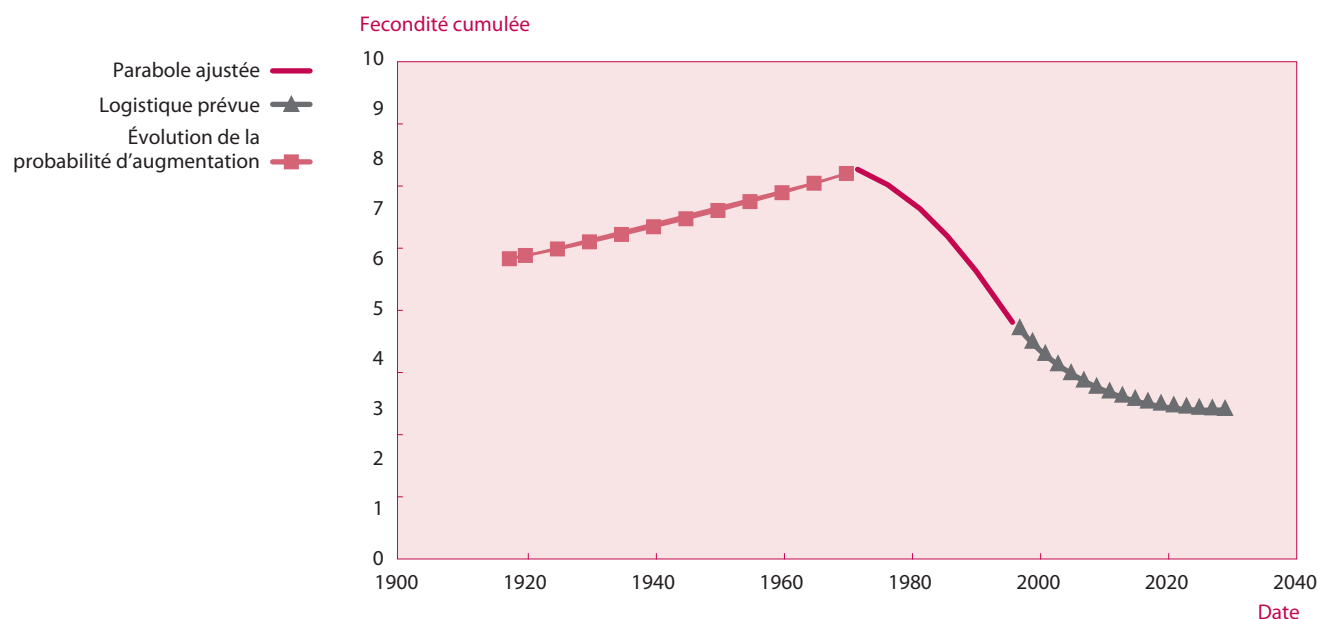
CONCLUSIONS

La présente étude conclut qu'il est peu probable que la fécondité totale au Kenya se stabilise à un niveau inférieur à trois naissances par femme. Cette conclusion repose sur un certain nombre d'éléments un peu minces : projection du nombre d'enfants par famille complète pour les cohortes de femmes encore en âge de procréer dans l'EDSK de 1998; le ralentissement de l'accroissement de l'utilisation de la contraception; l'évolution des fécondités cumulées dans la province du Centre et pour les femmes ayant fait des études secondaires; la tendance descendante, puis la stabilisation des tailles idéales de la famille. Mais il faudra aussi beaucoup compter avec l'évolution future de l'épidémie de VIH/sida et son impact éventuel sur la fécondité.

Fort de cette conclusion, j'ai ajusté une courbe du second degré concernant les estimations depuis la fin des années 70 jusqu'à la fin des années 90 présentées dans le tableau 2 et l'ai extrapolée dans l'avenir avec une courbe logistique et une asymptote inférieure de 3. Ces courbes, ainsi que les estimations pour la période de hausse de la fécondité antérieure à 1970 reconstruites à partir des probabilités d'agrandissement des familles (Central Bureau of Statistics, 1996a), sont présentées dans la figure 3.

Une FC de 3 serait-elle supérieure ou inférieure au seuil de remplacement? Cela dépend naturellement du niveau de la mortalité, lequel sera lui-même déterminé par l'évolution de l'épidémie de sida. Les modèles de population stable tendent à indiquer

Figure 3
Tendance à long terme de la FC au Kenya



qu'une FC de 3 serait à peu près suffisant pour garantir le remplacement si l'espérance de vie à la naissance ne descendait pas en dessous de 45 ans. Après le recensement de 1989, nous avons établi une nouvelle série de projections pour le Kenya, lesquelles postulaient un accroissement de la mortalité due au sida, si bien que l'espérance de vie globale pour les deux sexes après le tournant du siècle était un peu au-dessous de 45 ans (Central Bureau of Statistics, 1996b). Mais les modèles utilisés pour construire les projections s'appuyaient sur certaines hypothèses malheureuses. En particulier, on avait postulé que la prévalence du VIH se stabiliserait à 9 %. Il n'en a rien été : elle a atteint 13,5 % en 2000, encore que l'on ait des raisons de penser qu'elle s'approche d'un palier. Une nouvelle série de projections est en voie d'établissement, mais il est trop tôt pour que nous puissions présenter des conclusions à la présente réunion. Toutefois, il est difficile d'éviter la conclusion selon laquelle une FC de 3 pourra ne pas suffire à garantir le remplacement, au moins jusqu'à ce que l'épidémie de sida ait été enrayerée.

En indiquant que la fécondité totale du Kenya se stabilisera aux alentours de 3 naissances par femme, je n'envisage que l'avenir à relativement court terme — disons les 20 ou 30 prochaines années. Cette conclusion est corroborée par le fait que dans d'autres pays à taux de fécondité intermédiaire, dont le Bangladesh² et la Malaisie, les baisses de la fécondité se sont, semble-t-il, stabilisées vers ce niveau. Je ne spéculerai pas sur la question de savoir combien de temps il en sera ainsi pour le Kenya ni sur ce qui se passera par la suite.

BIBLIOGRAPHIE

- Brass, W. (1958). Models of birth distributions in human populations. *Bulletin de l'Institut international de statistique* (Livraison, Stockholm), tome 36 - 2e.
- (1975). *Methods for Estimating Fertility and Mortality from Limited and Defective Data*. Chapel Hill, NC.
- (1981). *The use of the Gompertz relational model to estimate fertility*. Conférence internationale sur la population, Manille 1981, vol. 3, p. 345-362.
- et C. L. Jolly (dir.). (1993). *Population Dynamics of Kenya*. Washington, DC: National Research Council.
- *et al.* (1968). *The Demography of Tropical Africa*. Princeton, NJ.
- Central Bureau of Statistics, Republic of Kenya (1980). *Kenya Fertility Survey 1977-1978*, First Report, vol. 1, Nairobi, février 1980.
- (1996a). Kenya Population Census 1989, Analytical Report, vol. 3. *Population Dynamics of Kenya*, Nairobi, avril 1996.
- (1996b). Kenya Population Census 1989, Analytical Report, vol. 7. *Population Projections*, Nairobi, avril 1996.
- El Badry, M. A. (1961). Failure of enumerators to make entries of zero; errors in recording childless cases in population censuses. *Journal of the American Statistical Association*, vol. 56, n° 296 (décembre), p.909-924.
- ICDDR-B. (2000). Health and Demographic Surveillance System - Matlab: *Registration of Demographic Events and Contraceptive Use 1998*, Dhaka, Bangladesh, 2000.
- Macrae, S. M., E. K. Bauni et J. G. C. Blacker (2001). Fertility trends and population policy in Kenya. In *Brass Tacks: Essays in Medical Demography*, Basia Zaba et John Blacker (dir.). Londres.
- National Council for Population and Development (NCPD)/Central Bureau of Statistics (CBS) and Macro International Inc. (1989). *Kenya Demographic and Health Survey 1989*. Nairobi and Columbia, MD: octobre 1989.
- (1994). *Kenya Demographic and Health Survey 1993*. Nairobi et Columbia, MD: mai 1994.
- (1999). *Kenya Demographic and Health Survey 1998*. Nairobi et Columbia, MD: avril 1999.

² Dans la zone de SMI-PF ou de traitement de la zone d'étude du Mahlab, au Bangladesh, où les visites à domicile effectuées par des travailleuses sanitaires ont permis d'obtenir un taux de prévalence de la contraception oscillant entre 65 et 70 %, la fécondité totale a fluctué autour de trois naissances par femme pendant environ une décennie (ICDDR-B 2000).

Organisation des Nations Unies (1983). *Manuel X. Techniques indirectes d'estimation démographique* (publication des Nations Unies, ST/ESA/SER.A/81).

Zaba, B. et S. Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, vol. 12 (suppl. 1), p. S41-S50.

REMERCIEMENTS

Je remercie le docteur Paul Kizito, le professeur E. Ayiimba, M. Ben Obonyo et M. Collins Opiyo, dont les commentaires et suggestions m'ont été très utiles.

Sur les pas de l'Europe du Sud : la fécondité au Maghreb

Youssef Courbage*

« L'hypothèse retenue est fondée sur un prolongement modéré de la baisse de la fécondité, de telle sorte que l'indice synthétique de fécondité, évalué à 2,09 en 1999, atteindrait 1,5 en 2014 et se stabiliserait jusqu'à 2029. »

Institut national de la statistique,
Projections de la population totale,
<http://www.ins.nat.tn/>, Tunis 2001

INTRODUCTION

Les sites Internet de quatre des pays du Maghreb (la Jamahiriya arabe libyenne exceptée) donnent presque en temps réel la vitesse de la baisse de la fécondité. Ils l'anticipent à l'occasion en des termes qui pourraient laisser l'internaute sceptique. La Tunisie, va très loin, prévoyant dès 2014, un indice de fécondité de 1,50 seulement! Loin du prudent 2,1 que la Division de la population affecte d'autorité comme plafond à la baisse de la fécondité au Maghreb.

L'Algérie et la Tunisie mesurent leur transition de la fécondité par les naissances enregistrées à l'état civil. Le Maroc, la Jamahiriya arabe libyenne où l'enregistrement est presque exhaustif et la Mauritanie (où l'enregistrement ne concerne qu'une naissance sur deux) préfèrent les enquêtes. Mais, quels que soient les pays et les sources, la transition de la fécondité est en phase terminale et achevée — diminution au seuil de remplacement des générations de 2,1 enfants par femme — dans le cas de la Tunisie.

Cette communication ne cherche pas à valider les chiffres d'enquêtes, d'état civil, de recensement, dont la cohérence est confirmée ainsi que l'auteur a pu le vérifier pour les cinq pays concernés. Elle se propose de montrer le caractère unique de la transition de la fécondité, l'une des plus rapides du monde mais largement ignorée, peut-être en raison de stéréotypes et d'idées reçues bien ancrées même chez les démographes avisés. Ses raisons, certaines communes à de nombreux pays du Sud, d'autres spécifiques au Maghreb seront ensuite abordées. Nous verrons enfin si les prévisions optimistes — ou pessimistes? — des Tunisiens sur la baisse de leur fécondité sont étayées par l'expérience du passé et si la réédition de l'expérience de l'Europe du Sud est plausible au Maghreb.

VERS LA FÉCONDITÉ DE REMPLACEMENT

Le tableau 1 donne l'indice de fécondité pré-transitionnel, l'indice le plus récent fondé sur des données d'observation et non sur des projections, ainsi que l'estimation de la Division de la population des Nations Unies de l'année concernée (tableau 1).

Tirée par les poids lourds, Maroc, Algérie et Tunisie, la fécondité du Maghreb arabe a perdu 5 points, passant de 7,8 à 2,8 enfants par femme en une seule génération, 87 % de

* Institut national d'études démographiques (INED), Paris, France.

Tableau 1

La fécondité dans l'Union du Maghreb arabe : son niveau le plus haut, le plus récent, progrès réalisés dans la transition de la fécondité (%), baisse annuelle et comparaison avec les estimations de la Division de la population

	Plus haut	Date	Plus récent	Date	Pourcentage transition réalisée	Pourcentage annuel de baisse	Estimation Division	Surestimation pourcentage	Population 2000 (en milliers)
Algérie	8,36	1962	2,70	2000	90	-3,0	3,02	11,9	30 388
Jamahiriya arabe libyenne	7,62	1982	3,50	1994	75	-6,5	4,04	15,4	5 187
Maroc	7,40	1972	2,97	1998	84	-3,5	3,40	14,5	28 548
Mauritanie	6,79	1987	4,68	1997	45	-3,7	6,00	28,2	2 548
Tunisie	7,25	1962	2,08	2000	100	-3,3	2,21	6,3	9 561
Ensemble	7,76	1962-1987	2,84	1994-2000	87	-3,5	3,23	13,6	76 232

Source : Maroc, Direction de la statistique, *enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages 1998/1999*, Rabat, 2000. Algérie, état civil, Office national des statistiques, *Population et démographie*, 2002, <http://www.ons.dz>. Tunisie, état civil, Institut national de statistique, *Statistiques économiques et sociales de la Tunisie*, 2002, <http://www.ins.nat.tn>. La Jamahiriya arabe libyenne, enquête PAPCHILD, *Arab Libyan Maternal and Health Survey*, Le Caire, 1996. Mauritanie, enquête DHS, *enquête démographique et de santé 2000-2001*, Calverston, 2001.

chemin parcouru pour atteindre le seuil de remplacement. Si le pays est en retard, il met les bouchées doubles pour rattraper le temps perdu. L'Algérie dont la transition est plus tardive a rattrapé et dépassé le Maroc. La Jamahiriya arabe libyenne et la Mauritanie, à la périphérie et entrés beaucoup plus tard dans la transition, resserrent l'écart avec le centre.

Il s'agit bien de la plus forte baisse de fécondité dans le monde, la Chine, la République islamique d'Iran peut-être aussi exceptées (tableau 2). Le contraste avec l'autre moitié arabe du Moyen-Orient (Égypte, Soudan, Croissant fertile et péninsule arabique) est saisissant : 52 % de transition achevée et 1,1 % seulement de baisse annuelle de l'indice de fécondité. Cette singularité du Maghreb, cette divergence forte entre les deux parties du monde arabe, mérite qu'on s'y attarde.

Le sujet ayant été largement couvert, nous n'envisagerons pas en détail les déterminants proches de la fécondité, bien mesurés, y compris depuis peu en Mauritanie. L'âge moyen au mariage des femmes a beaucoup reculé et le célibat est plus fréquent; emblématique est le cas de la Jamahiriya arabe libyenne où l'âge moyen au mariage des femmes atteint 30 ans, soit 3 ans de plus que dans les trois autres grands pays du Maghreb ! La contraception — moderne surtout — s'est propagée (58 % au Maroc, 60 % en Tunisie et sans doute en Algérie, 45 % en Jamahiriya arabe libyenne, en 1995, 8 % seulement en Mauritanie). L'allaitement maternel est intense et prolongé; il reste le moyen de prévention le plus efficace en Mauritanie (21 mois en moyenne). Moins connus (sauf en Tunisie et en Algérie, où 10 % des naissances sont empêchées) sont l'avortement et la séparation entre les couples due à l'émigration.

Tableau 2

La transition de la fécondité dans les autres pays/régions du sud

	Plus haut	Date	Plus récent	Date	Pourcentage transition réalisée	Pourcentage annuel de baisse
Moyen-Orient arabe	7,12	1957	4,50	1997	52	-1,1
Afrique de l'Est	7,03	1972	6,09	1997	19	-0,6
Afrique centrale	6,59	1982	6,10	1997	11	-0,5
Afrique du Sud	6,46	1962	3,29	1997	73	-1,9
Afrique de l'Ouest	7,04	1977	5,95	1997	22	-0,8
Pakistan	6,28	1977	5,48	1997	19	-0,7
Bangladesh	7,10	1962	3,80	1997	66	-1,8
Inde	5,97	1952	3,32	1997	68	-1,3
Chine	6,06	1967	1,80	1997	100	-4,0
Extrême-Orient	6,15	1957	2,83	1997	82	-1,9
Amérique Latine	5,97	1962	2,69	1997	85	-2,3

Source : Nations Unies, *World Population Prospects : The 2000 Revision*, New York, 2001

LES FAUSSES EXPLICATIONS

La religion et la politique de population sont souvent présentées comme les facteurs d'avancée ou de retard dans la transition de la fécondité. Les vertus explicatives de l'un et de l'autre de ces facteurs sont pourtant très limitées, voire trompeuses.

La religion

Contrairement au Moyen-Orient arabe, la totalité de la population maghrébine était et est toujours musulmane. La religion musulmane, supposée pro-nataliste aurait expliqué la forte fécondité du Maghreb, selon certains démographes (Kirk, 1966; Nagi, 1984; Caldwell, 1986; Cleland et Wilson, 1987; Luutz, 1987). Islam et explosion démographique iraient de pair. Si le passage d'une société imbue de religiosité à une société sécularisée se traduit *ipso facto* par la transition de la fécondité, on pourrait penser *a contrario* que le chemin inverse contribuerait à bloquer cette transition. C'est en principe vers cette voie qu'aurait du évoluer la fécondité du Maghreb.

Curieusement, les vues de ces démographes sont proches des lieux communs, qui ont cours dans les couches modestes de la société maghrébine. Mais le niveau de développement et de conscience y est pour quelque chose. Ainsi, en Mauritanie, le pays le moins avancé de la région, 25 % des femmes s'opposent à la contraception par « interdit religieux », proportion qui tombe à 6 % au Maroc, où, plus éclairées ou plus pragmatistes, les femmes savent que l'islam n'entrave pas la contraception (voire l'avortement).

Le Maghreb ne compte aucun régime « islamiste », à l'instar de la république islamique d'Iran par exemple (où, soit dit en passant, la fécondité est maintenant inférieure au seuil de remplacement). Mais parmi les deux formes de fondamentalisme religieux, l'une, venant d'en haut, encouragée par le pouvoir, l'autre, venant d'en bas, correspondant à une demande de la société civile, c'est cette dernière et le retour à la tradition qui serait susceptible de bloquer la modernisation démographique. La société civile maghrébine serait de plus en plus fondamentaliste. Les signes extérieurs seraient manifestes : port du voile, pratique plus régulière du ramadan, refus de la consommation d'alcool ou de la viande de porc ; ou souterrains : accroissement exponentiel de la clientèle des partis politiques islamistes, auxquels on va jusqu'à généreusement prêter le tiers de l'électorat.

Ou bien le regain de l'islam est une idée reçue comme le pensent de fins observateurs (Ansari, 1996; Tozy, 1997) ou alors il est réel. Dans les deux cas de figure l'explication tourne court, car la fécondité est non seulement en forte baisse mais le mouvement s'installe durablement sans hésitations. Malgré les apparences, le contexte religieux, officiel ou privé, est un élément neutre de la fécondité.

La politique de population

Il est courant de se référer à la politique de population pour expliquer l'évolution de la fécondité. Au Maghreb, le pays de la plus forte progression, la Tunisie, est effectivement celui qui a le plus tôt instauré une politique démographique explicite renforcée par un code familial moderniste. La personnalité exceptionnelle du président Bourguiba, sa forte légitimité comme artisan de l'indépendance, son pouvoir de séduction, la symbiose qu'il réussit à établir (au début) avec son peuple, comparable à celle de Nasser avec les Égyptiens, ont contribué à faire passer des mesures, alors impopulaires, auprès des Tunisiens.

Mais les contre-exemples abondent. Au Maroc avant 1975, malgré la politique officielle de population instaurée en 1966, la nuptialité était restée précoce, la fécondité dans le mariage et la fécondité générale augmenta au lieu de diminuer de 7,20 à 7,40 entre 1968 et 1972. La fécondité dans le mariage, principale cible du programme national de planification familiale, passa de 6,73 en 1960-1964 à 6,91 en 1965-1969 et à 7,14 en 1970-1974 (dans le groupe d'âges 15-34 ans). Les Marocains à l'époque ne

répondirent pas aux injonctions du Makhzen et leur préférence pour la famille nombreuse leur fit refuser la contraception. La fécondité marocaine baissa par la suite, mais sous l'effet d'autres facteurs que la politique officielle de population.

En une spectaculaire volte-face en 1983, l'Algérie passa, du jour au lendemain, du mot d'ordre « la meilleure pilule c'est le développement » (Bucarest, 1974) à la « politique de maîtrise de la croissance démographique ». Bien que le président Boumediene (1965-1978) ait du bout des lèvres évoqué la forte croissance démographique, en fin de compte ce fut une position populationniste et nataliste qui l'emporta. Au sortir de la guerre d'indépendance, en 1962, l'Algérie était riche en gaz, moins en hommes; surtout le voisin (et rival) marocain était plus peuplé: 12,3 contre 11 millions d'habitants. Il était fréquent de mesurer la puissance de l'État et de la nation par le nombre. Boumediene se fit fort de forger « un nouveau dragon africain qui pouvait nourrir 50 millions d'individus ». La stratégie algérienne de développement et l'industrialisation présupposaient une population abondante et croissante, favorable à l'élargissement du marché et aux économies d'échelle. Au-delà de ces discours, les Algériens subissaient les charges de familles trop nombreuses. Avant le changement de cap de 1983, les Algériennes étaient aussi nombreuses que les Marocaines, qui jouissaient de l'*imprimatur* officiel, à utiliser la contraception.

Autre illustration du décalage entre discours officiel et réalité concrète: la Jamahiriya arabe libyenne. Plus proche des pays pétroliers riches et sous-peuplés de la péninsule arabique que des autres pays maghrébins, elle fait toujours partie du dernier quarteron de pays officiellement populationnistes et pronatalistes. La Jamahiriya arabe libyenne encourage l'augmentation de la population et les familles nombreuses et favorise les nationaux plutôt que les immigrés, lesquels sont plus ou moins bien accueillis, comme ce fut le cas des Tunisiens, des Égyptiens, des Palestiniens et des Africains. Malgré ces positions de principe, la Jamahiriya arabe libyenne officielle n'a pas réussi à freiner l'effondrement de la fécondité ni la montée du célibat.

Enfin, la petite Mauritanie a adopté en 1995 une politique de population qui exclut le contrôle de la fécondité et de la croissance démographique de ses objectifs, pourtant nombreux. Immense mais sous-peuplée, elle craint ses puissants voisins et cherche à colmater les vides de son territoire par une croissance démographique soutenue. Sans y réussir pleinement, puisque la fécondité a beaucoup baissé, nettement plus qu'au sud du Sahara (par sa position géographique et sa composition ethnique la Mauritanie fait aussi partie de l'Afrique noire).

L'extrême diversité des politiques de population maghrébines, leur apparition plus ou moins tardive ou leur inexistence (comme en Jamahiriya arabe libyenne) n'expliquent en aucun cas la transition démographique effective.

LES EXPLICATIONS PARTIELLES PAR LA FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

Les enquêtes de fécondité, après les enquêtes démographiques et sanitaires, ont démontré combien la fécondité au Maghreb (et ailleurs) était tributaire des facteurs socioéconomiques: instruction de la femme, urbanisation et type d'activité étant souvent invoqués. En faire le moteur de la transition démographique est excessif.

Les progrès de l'instruction féminine sont nécessaires pour que la fécondité puisse diminuer (l'urbanisation et l'activité féminine non agricole ou hors du foyer aussi). Mais il ne s'agit pas d'une condition *sine qua non*. Le Maroc en offre une illustration. Certes la fécondité est liée au niveau d'instruction: en 1996, par exemple, elle était à 3,7 chez l'analphabète, à 2,3 chez celle qui a étudié dans le primaire, à 1,9 dans le secondaire et 1,6 dans le supérieur. Mais le moteur de la transition de la fécondité n'est pas l'instruction. Comment expliquer la forte baisse de fécondité des analphabètes au Maroc et partout au Maghreb: de 6,4 à 3,7 au Maroc entre 1977 et 1996 (moins 2,9 % par an), en Algérie de 7,3 à 5,6 entre 1984 et 1990 (moins 4,5 % par an), en Tunisie entre 1975 et 1993 (-2,9 %

par an). En Jamahiriya arabe libyenne, 5,2 chez les analphabètes en 1993 et en Mauritanie 5,3 en 1997, des niveaux qui suggèrent des diminutions de même envergure. La transition de la fécondité concerne la société dans son ensemble, instruites et illettrées, citadines et campagnardes, actives et femmes au foyer; ce n'est plus un phénomène d'élite.

Les explications traditionnelles de la transition sont également d'un maigre apport pour définir des seuils quantitatifs du déclenchement de la transition de la fécondité. Au Maroc, par exemple, aucun franchissement de seuil ne peut rendre compte en 1975 de sa transition précoce. Au moment où elle s'est amorcée, le niveau de vie était bas, le pays rural en majorité et les villes encore sous l'empreinte d'une psychologie campagnarde (urbains nés pour la plupart à la campagne). L'analphabétisme dominait dans la population adulte chez les femmes et chez les hommes. Le coût de l'enfant, mesuré par la scolarisation, était faible : moins d'un enfant sur deux d'âge scolaire. Le statut de la femme, hormis la participation à la population active (moins la qualité de cette participation), a toujours été précaire, que l'on prenne en compte la surmortalité féminine anormale à l'âge juvénile, la scolarisation des filles, les conditions du mariage : écart d'âge entre époux, divorce, répudiation, pension alimentaire..., le statut juridique, la participation à la vie politique ou aux postes supérieurs de l'État. Enfin, lorsque la fécondité s'est mise à chuter en 1975, la mortalité infantile dépassait encore 100 ‰ et avait très peu varié les années précédentes : 119 ‰ en 1960-1964. Ce n'est donc pas une révolution épidémiologique qui aura préparé celle de la fécondité.

GÉOPOLITIQUE ET FÉCONDITÉ : LA PARTICULARITÉ DU MAGHREB DANS LE MONDE ARABE

De part et d'autre de la Jamahiriya arabe libyenne, les origines, la géographie, l'histoire ottomane, puis coloniale et postcoloniale ont façonné une spécificité maghrébine qui a pu marquer les comportements de reproduction. Les 130 ans d'histoire commune entre l'Europe et l'Algérie, 75 ans avec la Tunisie et 44 ans avec le Maroc ainsi que le demi-siècle d'interactions fortes depuis les indépendances (1956-1962) ne sont pas sans effet. La femme du Maghreb se marie plus tard et a moins d'enfants qu'au Proche-Orient, alors même que tous les facteurs socioéconomiques auraient laissé penser le contraire. Les indicateurs socioéconomiques et l'instruction sont meilleurs au Maghreb qu'au Proche-Orient, où la fécondité est moindre : 2,8, contre 4,5. La différence n'existait pas dans les années 70, mais s'élargit depuis. La variable régionale Maghreb/Proche-Orient est significative : les variations de fécondité sont expliquées à hauteur de 56 % avec les variables classiques, 77 % si l'on introduit le critère régional.

Le facteur linguistique

Si l'appartenance au Maghreb plaide en faveur d'un mariage plus tardif et d'une fécondité plus basse, c'est peut-être parce que l'empreinte occidentale y est forte. Au Maghreb, les médias étrangers circulent avec rapidité. *Le Figaro* et *L'Équipe* sont imprimés à Casablanca, *Le Monde*, diffusé le jour même, les chaînes télévisées françaises ou la RAI uno, plus écoutées que les nationales. Cette imprégnation par les médias et par ses messages démographiques n'affecte pas seulement une couche urbaine privilégiée; la télévision — étrangère, notamment — a pénétré les foyers ruraux avant l'électrification généralisée.

Au Maghreb (la Jamahiriya arabe libyenne exceptée), le secteur éducatif, privé et public, reste très francisé. Malgré le monolinguisme officiel, la langue française progresse sans efforts particuliers et reste plus qu'un complément, un atout indispensable pour un emploi, dans le secteur privé et même dans le public. Des manuels en langue française — rédigés en France mais le plus souvent au Maghreb — peuvent traduire un esprit différent des manuels en arabe, même si la substance en est supposée identique. La langue n'est pas un élément neutre. Ainsi, les comportements familiaux chez les Maghrébines,

porteraient la marque des messages subliminaux du texte scolaire. Certains groupes islamistes ne s'y trompent pas qui accusent l'ancienne puissance coloniale d'être toujours là, manipulant l'éducation nationale bien plus qu'avant l'indépendance (effectivement, le nombre de francophones maghrébins a décuplé depuis). L'explication est convaincante mais non exclusive. Ces processus devraient jouer dans d'autres pays qui privilégient la langue étrangère. En Afrique francophone, le français progresse à pas de géants. Or malgré des taux élevés de scolarisation — en français — plus forts qu'au Maghreb, la fécondité africaine baisse peu. L'enseignement en langue étrangère, transmetteur de modernisation, n'est donc pas seul en cause dans la baisse atypique de la fécondité maghrébine.

L'émigré maghrébin comme passeur de culture

Le Maghreb doit cette situation aux médias, à la langue étrangère enseignée, mais plus encore à sa diaspora émigrée en Europe (Courbage, 1994). Elle est devenue de gré ou à son corps défendant, le relais de deux cultures. En ce tournant de siècle, le bilan démographique cumulé se traduit par une réduction directe de 5 % de la population maghrébine (population résidente et expatriée). Mais la portée indirecte de la présence de communautés expatriées en Europe est également importante, même si elle échappe à une quantification précise. L'émigré maghrébin en Europe, a pu contribuer à l'accélération de la transition de la fécondité de son pays d'origine. La démographie notamment s'imprègne de valeurs acquises ailleurs. Dans les années 60, le migrant était empreint du seul modèle familial nataliste. Une génération plus tard, une société est née de l'immigration dont les valeurs ne s'identifient plus à celles des pères fondateurs. Mais la différence de part et d'autre de la Méditerranée n'implique pas l'éloignement absolu : étroitesse des distances, faiblesse des coûts du voyage et des communications, besoin de retrouver ses proches, ont stimulé les réseaux d'échanges, un cas unique dans l'espace migratoire actuel et à travers l'histoire. Par les revenus distribués (plus de 10 % de la consommation annuelle privée du Maroc provient des remises des émigrés), par les biens durables dont il permet l'achat ou qu'il introduit lors des vacances, l'émigré a contribué à modifier les habitudes de consommation et favorisé la réévaluation des coûts et bénéfices de l'enfant.

Le choix des émigrés maghrébins d'aller en Europe, plutôt qu'ailleurs dans le golfe Arabo-Persique par exemple, est fondamental. Un transfert de culture de leur société d'accueil vers leur société de naissance, transfert qui s'accroît avec l'émergence des beurs, (Maghrébins de la deuxième génération). Des études ethnologiques montrent le puissant levier que représente la migration internationale sur la fécondité par les déterminants proches ou socioéconomiques : scolarisation des enfants, en levant les obstacles matériels et surtout moraux à leur accès à l'école (filles surtout), installation de la famille dans la ville pour profiter des remises d'épargne, égalité des sexes, travail féminin devenu nécessaire par le départ du mari et autonomisation des femmes du fait qu'elles deviennent les preneuses de décision, sans oublier le plus important, la diffusion des normes de famille restreinte en vigueur dans la diaspora auprès des parents restés au pays. La migration internationale, avec ses apports en capitaux, génère une intensification agricole qui incite au calcul économique plus sophistiqué et à des stratégies familiales adaptées : moins d'enfants mais mieux formés par exemple. De surcroît, par un effet de mimétisme, la migration internationale a des effets boule de neige. Les familles de non-migrants doivent, pour ne pas perdre leur statut social, trouver des alternatives viables et évoluer.

Loin des conflits du Proche-Orient

Enfin, la fécondité a pu baisser au Maghreb, plus qu'ailleurs dans le monde arabe, en raison du moindre niveau d'implication dans le conflit israélo-arabe, un facteur décisif dans la forte fécondité. Malgré une solidarité de principe, loin de la scène orientale, les Maghrébins ne sont pas aussi sollicités que les Palestiniens, Syriens, Jordaniens dont la fécondité traduit une forme de nationalisme démographique.

UNE TRANSITION DE PAUVRETÉ ?

La spécificité de la transition de la fécondité et de la date de son déclenchement vient de l'importance qu'y joue, plus que nulle part ailleurs, l'économie rentière. Dans des sociétés où la structure familiale est restée longtemps patriarcale, lorsque le destin de l'individu est pris en charge, du berceau jusqu'à la tombe, la forte fécondité est confortée. Il n'y a pas de motivation suffisante pour contrer la préférence pour la famille nombreuse (Boustani et Fargues, 1990). Outre sa spécificité culturelle, la baisse de la fécondité au Maghreb s'apparente à un processus de sortie de l'économie rentière et de crise économique durable. Il est impossible néanmoins de quantifier l'effet des deux facteurs, culturel et économique, les deux ayant joué de manière concomitante.

La Tunisie, entrée la plus tôt en transition et pour laquelle il est difficile d'établir des liaisons fortes entre l'évolution démographique et économique, fait exception. Gastineau (2001) vient pourtant de démontrer sur la base d'enquêtes régionales l'effet de la pauvreté dans l'adoption de pratiques anti-natales en Tunisie. Pour les quatre autres pays maghrébins la connexion est encore mieux établie.

Le Maroc fut le premier à sortir de l'économie rentière de redistribution. Evoquer l'entrée et la sortie de l'économie rentière semble relever de l'irréel, tant le phosphate du Maroc rappelle une économie d'une autre ère. Il n'y a guère longtemps, les ressources phosphatées stimulaient encore une économie qui était loin d'être celle de la pénurie. Une rente offerte par le sous-sol, redistribuée par l'État, confortait la préférence sociale pour la famille nombreuse. Le triplement du prix des phosphates au début des années 70 permit de financer des équipements et infrastructures aux nombreux effets multiplicateurs. Les fonctionnaires reçurent de substantielles augmentations de salaire. Les produits de base étaient subventionnés et des bourses généreusement offertes aux étudiants.

L'année 1975, date du déclenchement de la transition de la fécondité, est celle d'un double tournant économique et politique. L'État a perdu en quelques années l'une de ses principales recettes non-fiscales : le phosphate. Les prix chutèrent de moitié en quelques mois, au moment où la guerre du Sahara multipliait les dépenses militaires. L'indice de fécondité plongea en 4 ans de 7,4 en 1973 à 5,9 en 1977, une diminution si abrupte de 5,5 % par an, qui ne pouvait s'expliquer par les facteurs classiques : urbanisation, instruction, survie de l'enfant, ni par la politique démographique. Les recettes de la rente en diminution, l'État ponctionna le citoyen : les taxes et la fiscalité augmentèrent de plus de 50 % entre 1972 et 1975. Les dépenses que l'État finançait par le phosphate en vinrent à reposer sur les ressources du ménage.

Avec une décennie d'avance sur les autres pays du Maghreb, le Maroc dérogea à la tradition, qui ne laisse aux femmes que l'espace domestique, et favorisa leur participation aux activités économiques. Les nouveaux rythmes pesèrent sur les décisions de mariage et de la reproduction : contraintes horaires, étiolement des réseaux familiaux qui prenaient en charge la garde et l'élevage des enfants. Même chez les analphabètes le coût d'opportunité d'une naissance devint une donnée des stratégies familiales. L'activité féminine s'affirma comme critère discriminant de la fécondité, au moment où la crise de 1975, inaugurait l'entrée des femmes dans la population active. Entre 1960 et 1995, le taux d'activité des femmes de 20 à 34 ans (responsables de 85 % des naissances) a quadruplé de moins de 10 % à 37 % — le tournant survenant au milieu de la décennie 1970, réponse du travail féminin à la crise économique — et se substitue à la rente du sous-sol. Dans la balance commerciale des années 90, les exportations de phosphate ne représentaient plus que la moitié de celles du secteur manufacturier (où la population active est très féminisée).

L'Algérie longtemps « orientale » et rentière, la Jamahiriya arabe libyenne également rejoignirent la trajectoire dessinée par le Maroc avec 10 ans de retard. Dans ces deux pays le contre-choc pétrolier de 1985 a mis à mal des économies dont l'essentiel du PIB et la totalité des exportations proviennent de la générosité d'un sous-sol bien plus riche qu'au Maroc. La chute brutale de la fécondité algérienne en 1986 paraît ainsi répondre avec un

décalage d'un an à celle du gaz et du pétrole (Fargues, 2000). Mais à l'inverse du Maroc, l'Algérie n'a pas su ou pu mobiliser la moitié féminine de sa population—l'insécurité de la guerre civile à partir de 1992 y est pour quelque chose—restée largement hors des circuits productifs. La pauvreté a ainsi progressé plus vite qu'au Maroc et la baisse de la fécondité y est encore plus aiguë.

En Jamahiriya arabe libyenne, la catastrophe du contre-choc pétrolier puis l'embargo des Nations Unies en 1992 ont provoqué une raréfaction des biens de première nécessité et installé une économie de pénurie. Par rapport à la fécondité d'«aisance» du début des années 1980 : 7,62 enfants, la fécondité était tombée à 6,35 en 1987, deux ans après le contre-choc pétrolier, 4,08 après l'embargo des Nations Unies en 1992, et 3,5 en 1995. En Jamahiriya arabe libyenne, il est évidemment difficile d'évoquer l'imprégnation par la culture occidentale ou le bilinguisme comme éléments de la transition de la fécondité. Ce sont les prix du pétrole et les décisions de la « communauté internationale » qui ont mis à terre l'économie et, dans son sillage, la démographie libyenne.

La Mauritanie est-elle un pays-rentier? Oui, d'une certaine façon, étant donné la baisse tendancielle du prix du minerai de fer, les aléas de la pêche (avec des variations des prix du simple au double) mais surtout les violentes sécheresses de 1977-1984 qui ont forcé la presque totalité de la population à se sédentariser. Le PIB par habitant a diminué de 30 % entre 1980 et 1989, ce qui a constitué le facteur décisif de la transition de la fécondité sans que la population et son gouvernement ne la souhaitent ardemment. L'indice de fécondité a accusé le coup avec un certain décalage reculant de son niveau pré-transitionnel de 6,79 en 1985-1989 à 5,85 en 1990-1994 et 4,68 en 1995-1999.

L'élasticité de la démographie maghrébine à la conjoncture économique est telle qu'on doit se poser la question de l'irréversibilité : qu'arriverait-t-il en cas de hausse des prix du pétrole, du gaz, du phosphate, du fer et du poisson? La reprise s'est récemment esquissée. Les prix du pétrole et du gaz (Algérie, Jamahiriya arabe libyenne) ont augmenté, ceux du phosphate (Maroc) et du fer (Mauritanie) dans une moindre mesure aussi. On peut néanmoins exclure cette symétrie comme le montre l'Algérie dont la fécondité continue à chuter malgré la forte remontée du prix du pétrole et du gaz. Par un effet de

Tableau 3
L'évolution de l'indice de fécondité au Maghreb par niveau d'instruction

Année	Sans	Primaire	Secondaire et plus
Maroc			
1977	6,36	4,63	4,15
1982	5,84	3,83	2,24
1985	5,20	3,15	2,34
1987	5,08	3,08	2,27
1991	4,86	2,36	2,03
1993	4,04	2,36	1,89
1996	3,70	2,30	1,80 (1,90 secondaire, 1,60 universitaire)
Algérie			
1984	7,34	4,95	3,39
1990	5,57	3,67	2,94
Tunisie			
1975	6,60	4,30	3,00
1985	5,10	3,92	2,66
1993	3,90	2,72	2,05
Jamahiriya arabe libyenne			
1993	5,18	3,86	3,33
Mauritanie			
1997	5,30	4,70	3,50

Source: Enquêtes sur la fécondité, DHS, PAPCHILD. Les années correspondent au milieu de la période observée.

ricochet, il y a une déconnexion du processus de baisse par rapport à la cause première qui l'a engendrée. D'autres composantes prennent le relais, l'instruction féminine étant parmi les plus importantes, mais elle n'est pas la seule. La « mondialisation des esprits » qui gagne le Maghreb, la « pop culture » qui se répand grâce aux antennes paraboliques (Martine, 1996) uniformisent les comportements de fécondité de manière privilégiée (Barber, 1996; Cook, 1994).

DES PERSPECTIVES NOUVELLES

La fécondité maghrébine pourrait-elle donc tomber aussi bas qu'en Europe du Sud ou à 1,5 enfants par femme comme prévu pour la Tunisie (voir l'exergue)? Elle pourrait baisser beaucoup plus que ce que prévoit la Division de la population des Nations Unies dans son dernier jeu de projections (Organisation des Nations Unies, 2001). Ni la religiosité, en hausse ou en baisse, ni les oscillations de l'économie ne sont susceptibles de jouer de rôle important dans les 25 prochaines années (projeter au-delà serait un exercice purement mécanique) si l'on en juge par le passé récent, le meilleur guide pour le futur.

Deux facteurs semblent décisifs en revanche. La montée continue du niveau d'instruction, particulièrement celui des femmes en âge fécond, et la diffusion accélérée de normes restrictives de reproduction, de la famille idéale de deux enfants, qui imprègne de plus en plus les mentalités, des milieux les plus aisés (ou les plus instruits) aux moins aisés (ou analphabètes). Au Maghreb, on planifie et espace les naissances pour pouvoir envoyer deux enfants à l'université, de préférence dans une université étrangère, donc coûteuse.

La synergie des effets de structure — recomposition de la population féminine en âge de procréer — et de diffusion — baisse de la fécondité pour chaque groupe de femmes selon leur niveau d'instruction — accélérera la baisse. Le tableau 4 donne nos estimations de la recomposition de la population féminine d'âge fécond et la baisse des indices de fécondité partielle (par niveau d'instruction), fondées sur les tendances du passé récent (pour la méthode détaillée voir: Courbage, 2002). Le tableau 5 donne nos estimations de l'indice de fécondité projeté comparé à celui de la Division de la population. Pour ne pas surcharger le tableau l'hypothèse moyenne seulement a été mentionnée.

Avec des hypothèses extrêmement prudentes, mais une technique de projection améliorée, on peut confirmer que la fécondité du Maghreb est actuellement plus basse que celle de l'estimation de la Division de la population des Nations Unies — 2,51 en 2000-2005 contre 2,94 — et qu'elle diminuera plus fortement que prévu — 2,01 au lieu de 2,17 en 2020-2025. L'écart entre les deux jeux de projection se manifeste partout, mais nulle part autant qu'en Mauritanie où la différence tient surtout à un élément externe: la récente divulgation des résultats de l'enquête démographique et sanitaire de 2000-2001. Cela a valeur d'exemple: à chaque fois que des résultats d'enquêtes, de recensement ou d'état civil apparaissent dans l'un ou l'autre des pays maghrébains, ils montrent que l'on avait très largement sous-estimé la vitesse de la baisse de la fécondité.

Cette réévaluation de la fécondité, actuelle et à moyen terme se traduit par une réduction de la population future du Maghreb: 103 millions en 2025 au lieu des 111 millions prévus par la Division de la population. La différence est surtout due à la fécondité, mais aussi à des divergences relatives à la taille initiale de la population au départ de la projection, différence sensible dans le cas du Maroc et de la Mauritanie. La réduction n'est pas anodine, compte tenu de la pression démographique inéluctable que connaîtra le Maghreb dans les 25 prochaines années, due à l'effet d'inertie démographique (momentum). Entre 2000 et 2025, au lieu de 33 millions d'habitants additionnels il y en aurait 26 millions qui s'ajouteront, soit 22 % de moins que dans la projection de la Division de la population réalisée en 2000. Les tranches d'âges jeunes ne croîtront plus, tandis que le vieillissement, une perspective encore lointaine, restera contenu. Le Maghreb arabe, plus que le Proche-Orient moins avancé en termes de transition de la fécondité, sera bien placé pour tirer parti du dividende démographique, de la fenêtre démographique d'opportunités.

Tableau 4
Évolution de la composition de la population féminine d'âge fécond (pourcentage) et indices partiels de fécondité au Maghreb, 2000-2025

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Maroc						
Analphabètes	47,9	44,1	40,6	37,4	34,4	31,7
Primaire	20,1	20,9	21,1	20,7	19,8	18,2
Secondaire et plus	32,0	35,0	38,3	41,9	45,8	50,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Analphabètes	3,34	2,96	2,62	2,32	2,12	2,10
Primaire	2,25	2,14	2,10	2,10	2,10	2,10
Secondaire et plus	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80
Ensemble	2,72	2,43	2,22	2,07	1,98	1,96
Algérie						
Analphabètes	26,9	19,2	13,8	9,9	7,1	5,0
Primaire	17,7	16,2	14,7	13,4	12,2	11,1
Secondaire et plus	55,4	64,6	71,5	76,7	80,7	83,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Analphabètes	3,35	2,54	2,10	2,10	2,10	2,10
Primaire	2,13	2,10	2,10	2,10	2,10	2,10
Secondaire et plus	2,12	2,10	2,10	2,10	2,10	2,10
Ensemble	2,66	2,22	2,10	2,10	2,10	2,10
Tunisie						
Analphabètes	24,1	14,8	9,3	5,8	3,7	2,3
Primaire	35,5	41,0	42,4	41,4	38,7	34,6
Secondaire et plus	40,4	44,2	48,3	52,8	57,6	63,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Analphabètes	2,65	2,06	2,06	2,06	2,06	2,06
Primaire	1,91	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Secondaire et plus	1,72	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Ensemble	2,06	1,74	1,71	1,68	1,67	1,65
Mauritanie						
Analphabètes	25,1	25,1	20,1	16,1	12,9	10,3
Primaire	56,1	55,0	60,9	62,8	63,8	63,6
Secondaire et plus	18,8	19,9	19,0	21,1	23,3	26,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Analphabètes	4,85	4,36	3,93	3,54	3,18	2,87
Primaire	4,24	3,76	3,32	2,94	2,61	2,31
Secondaire et plus	3,2	2,83	2,51	2,22	2,1	2,1
Ensemble	4,28	3,77	3,31	2,91	2,58	2,32

Notre hypothèse moyenne repose sur l'extrapolation de tendances passées, une hypothèse conservatrice donc. Aux deux extrêmes, la Tunisie: 1,66 et la Mauritanie: 2,45. Proche du seuil de remplacement en 2020-2025, le Maroc: 1,97, l'Algérie et la Jamahiriya arabe libyenne: 2,10. Mais il n'y a pas de limite inéluctable à la baisse, et l'on pourrait bien envisager une évolution encore plus tranchée vers des indices de 1,6-1,8, ceux de la tranche féminine qui a suivi des études secondaires ou universitaires au Maroc, en Algérie, en Tunisie et, sans doute, en Jamahiriya arabe libyenne. Ces indices du moment n'ont d'ailleurs rien d'effrayant et sont compatibles d'ailleurs avec une descendance finale de 2 enfants ou plus, en raison du retard de l'âge au mariage. Mais rien ne garantit que la baisse de la fécondité puisse s'arrêter là, et ne plonge, à l'instar de ce qui est entrevu pour la fécondité en Tunisie, en deçà de 1,5, voire les 1,1-1,2 enfants par femme des pays d'Europe du Sud.

Tableau 5
Comparaison de nos estimations de la fécondité au Maghreb avec celles de la Division de la population, 2000-2025

	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Maroc					
Notre estimation	2,57	2,32	2,14	2,02	1,97
Division de la population	3,03	2,66	2,29	2,10	2,10
Algérie					
Notre estimation	2,44	2,16	2,11	2,10	2,10
Division de la population	2,79	2,33	2,10	2,10	2,10
Tunisie					
Notre estimation	1,90	1,72	1,69	1,68	1,66
Division de la population	2,10	2,10	2,10	2,10	2,10
la Jamahiriya arabe libyenne					
Notre estimation	3,03	2,68	2,38	2,17	2,10
Division de la population	3,31	2,83	2,34	2,10	2,10
Mauritanie					
Notre estimation	4,02	3,54	3,11	2,74	2,45
Division de la population	6,00	5,76	5,27	4,78	4,29
Ensemble					
Notre estimation	2,51	2,25	2,12	2,04	2,01
Division de la population	2,94	2,57	2,29	2,19	2,17

Source : Courbage, Y. (2002);
 Division de la population (2001).

La proportion de femmes célibataires autour de la trentaine, un âge où il devient difficile de se marier, dépasse déjà 40 % des effectifs féminins. Avec des proportions aussi élevées à 30 ans, il est douteux que les pays du Maghreb puissent continuer à jouir d'un célibat définitif presque nul (inférieur à 3 %) comme ce fut le cas dans la décennie précédente. Beaucoup de femmes maghrébines ne réussissent pas à se marier en raison des difficultés que fait peser la récession économique sur le marché matrimonial. Une minorité, de plus en plus nombreuse, refuse le mariage par choix personnel : préférence pour la carrière professionnelle, rejet d'un mariage « de raison » ou arrangé. Celles qui finissent par se marier ne veulent pas renoncer à la vie active et choisissent d'avoir un nombre très restreint d'enfants, qui ne soit pas une entrave à leur carrière.

La rapidité avec laquelle la génération des filles en Espagne, en Italie, en Grèce a répudié les valeurs de leurs mères, qui glorifiaient le mariage et la famille, pourrait bien se reproduire au Maghreb distant de quelques encablures des rives sud de l'Europe et largement ouvert à ses images et à ses influences, avec les conséquences dévastatrices que l'on sait sur la fécondité.

BIBLIOGRAPHIE

- Ansari, A. (1997). *L'islam est-il hostile à la laïcité?*, Casablanca, Le Fennec.
- Barber, B. (1996). *Jihad v.s. MacWorld*, New York, Times Book.
- Boustani, R. et Ph. Fargues (1990). *Atlas du monde arabe, géopolitique et société*, Paris, Bordas.
- Caldwell, J. (1986). « Routes to Low Mortality in Poor Countries, *Population and Development Review*, n° 2.
- Cleland J. et C. Wilson (1987). « Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View », London, *Population Studies*, 1987.
- Cook, M. (1994). « Exporting the Sexual Revolution: Cairo's Hidden Agenda », in M. Cook (dir.), *The New Imperialism - World Population and the Cairo Conference*, Canberra, Little Hill Press.

- Courbage, Y. (2002). *New demographic scenarios in the Mediterranean Region*, Paris, INED.
- (1994). «Demographic Transition among the Maghreb Peoples of North Africa and in the Emigrant Community Abroad», Ludlow P. (dir.), *Europe and the Mediterranean*, London, CEPS/Brassey's.
- Direction de la statistique (2000). *Enquête nationale sur le niveau de vie des ménages 1998/1999*, Rabat.
- Fargues, Ph. (2000). *Génération arabes—L'Alchimie du nombre*, Paris, Fayard.
- Gastineau, B. (2001). *La transition démographique en Tunisie*, (thèse, sous presse), Nanterre.
- Kirk, D. (1966). «Factors Affecting Moslem Natality», in Bernard Berelson, *Family Planning and Population Programs*, Chicago.
- Lutz, W. (1987). «Culture, Religion and Fertility: A Global View», *Genus*, n° 3-4.
- Martine, G. (1996). «Brazil's Fertility Decline», *Population and Development Review*, n° 1.
- Nagi, M. (1984). «Trends and Differentials in Moslem Fertility», *Journal of Biosocial Science*, n° 16.
- Office national des statistiques (1994). *L'enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant*, Alger/Le Caire (en arabe).
- /DHS (2001). *enquête démographique et de santé, Mauritanie 2000-2001*, Washington.
- Organisation des Nations Unies, Division de la population (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, New York.
- Pan Arab Project for Child Development (PAPCHILD) [1995]. *Arab Libyan Maternal and Child Health Survey*, Le Caire.
- (1999). *Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, 1997*, Rabat/Le Caire.
- (1996). *L'enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant*, Tunis/Le Caire.
- Tozy, M. (1997). «La Méditerranée à l'épreuve des enjeux religieux», in *La Méditerranée au XXI^e siècle*, GERM, Casablanca.

La fécondité au Mexique : évolution récente et prévisions

Rodolfo Tuiran*, Virgilio Partida*, Octavio Mojarro*, Elena Zúñiga*

*« Quand je ne peux pas satisfaire ma raison,
j'aime appeler mon imagination à la rescousse. »*

THOMAS BROWNE

*« À l'heure actuelle,
le destin du monde dépend,
d'abord, des statistiques et,
ensuite, de leurs interprètes »*

TRYGVE LIE

Le présent document se penche sur les niveaux, tendances et écarts de la fécondité au Mexique au cours des trois dernières décennies, ainsi que sur ses principaux déterminants. Par ailleurs, en vue de dégager certains éléments de régularité dans le processus de changement, il étudie la diversité des expériences régionales en ce qui concerne le début de la baisse de la fécondité. Il analyse succinctement quelques-uns des déterminants de la fécondité et met en évidence les caractéristiques de la population résidant dans les municipalités sur le point d'atteindre, ayant déjà atteint ou ayant déjà franchi le seuil de remplacement.

Sur la base de ces éléments, les auteurs s'interrogent sur l'évolution future de la fécondité au Mexique, en tentant de tirer certaines conclusions préliminaires concernant les facteurs qui pourraient déterminer si, à court et à moyen terme, le niveau de cette variable démographique poursuivra sa descente au-dessous du seuil de remplacement ou si, au contraire, il se stabilisera au-dessus de ce seuil. Ils analysent enfin les hypothèses concernant l'évolution de la fécondité sur lesquelles reposent les projections de population du Mexique, ainsi que les résultats dérivés d'autres scénarios.

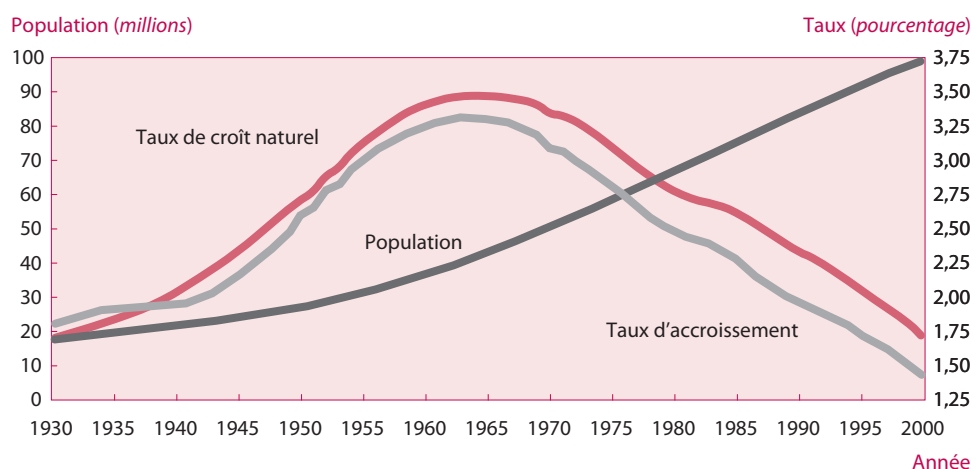
* Conseil national de la population, Mexique.

TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE AU MEXIQUE

Dans le nouveau millénaire, le Mexique connaît un intense processus de changement qui implique de multiples transitions dans les domaines économique, social, politique, urbain, épidémiologique et démographique. Le pays progresse dans toutes ces transitions, même s'il faudra du temps pour achever chacune d'entre elles.

La transition démographique est un processus par lequel sont passés presque tous les pays du monde; il s'agit — en termes généraux — du passage d'un régime démographique caractérisé par des taux de mortalité et de fécondité élevés et non maîtrisés à un autre régime de taux faibles et maîtrisés. Comme on le sait, ce processus est loin d'être uniforme, tant entre pays qu'au sein d'un même pays. L'étude des schémas et des modalités de la transition démographique dans un grand nombre de pays très divers a fait apparaître des différences importantes quant au début, au rythme et à la durée du processus, ainsi qu'au temps écoulé entre le fléchissement de la mortalité et la baisse de la fécondité.

Figure 1
Population, taux de croît naturel et taux d'accroissement, Mexique, 1930-2000



Source: Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

Le Mexique a mené ce processus de changement assez loin au cours du XX^e siècle, ce dont témoignent le fort accroissement de population enregistré entre 1930 et 1970 et le net ralentissement de cet accroissement au cours des trois dernières décennies. On estime que la dynamique démographique est passée de 1,7% en 1930 à 2,7% en 1950 et à 3,5% en 1965. À partir de cette dernière année, du fait de la baisse de la fécondité et de la mortalité, la dynamique démographique a entamé un ralentissement progressif, enregistrant un taux de 3,3% en 1970, de 2,6% en 1985 et de 1,7% en 2000 (voir figure 1). Comme on peut le voir, au bout d'une longue période de transformation démographique, la population mexicaine est entrée dans le nouveau millénaire avec un taux de croît naturel analogue à celui qui avait été observé il y a 70 ans, mais avec une population six fois plus nombreuse.

La transition démographique au Mexique a été largement stimulée par la baisse rapide et soutenue de la mortalité qui s'est produite pendant les années 30, dans un contexte de profondes réformes économiques, politiques et sociales. Pendant ces années, l'espérance de vie a atteint 36,2 ans (35,5 pour les hommes et 37,0 pour les femmes); elle est de près de 75 ans (73,4 pour les hommes et 77,9 pour les femmes) à l'heure actuelle. La baisse de la mortalité générale a été si importante que la réduction globale du risque de décès, accumulée de 1930 à 2001, est égale à 83,7 parmi les hommes et à 86,5% parmi les femmes.

BAISSE DE LA FÉCONDITÉ AU MEXIQUE

La baisse de la fécondité n'a commencé dans le pays qu'au milieu des années 60. Les niveaux sont restés élevés et ont même progressé avant le début de la baisse. Il faut se souvenir que, au début du XX^e siècle, les familles avaient environ 6 enfants et un maximum de 7,2 au début des années 60. La diffusion progressive des pratiques de la planification familiale a été l'un des moteurs de la transition en matière de fécondité dans le pays.

Le processus de baisse de la fécondité au Mexique s'est déroulé en trois phases: i) une première phase, de fléchissement initial, s'étend de 1964 à 1973: elle est marquée par une baisse de la fécondité cumulée (FC) de près d'un enfant (avec une baisse annuelle moyenne de 0,09 enfant); ii) une deuxième phase, d'accélération de la baisse, s'étalant de 1974 à 1984, où la FC a diminué de près de 2 enfants (avec une baisse annuelle moyenne de 0,20 enfant), en concomitance avec la mise en place d'une nouvelle politique de population; et iii) une troisième phase, de baisse modérée, qui s'étend de 1985 à 2001, dans laquelle la FC a baissé d'environ 1,8 enfant (avec une baisse annuelle moyenne de 0,10 enfant, soit une vitesse de baisse deux fois moindre que celle observée pour les onze années précédentes). Ainsi, la fécondité en était à 5 enfants par femme en moyenne en 1978, avant de tomber à 4 enfants en 1985, puis à 3 en 1993 et à 2,4 environ à l'heure

actuelle (voir figure 2). Comme on peut le voir, l'expérience mexicaine, comme celle d'autres pays, montre que, une fois que la transition en matière de fécondité démarre, le rythme de la baisse s'accélère rapidement. À mesure que la fécondité atteint des niveaux inférieurs, les réductions supplémentaires annuelles sont toujours moindres.

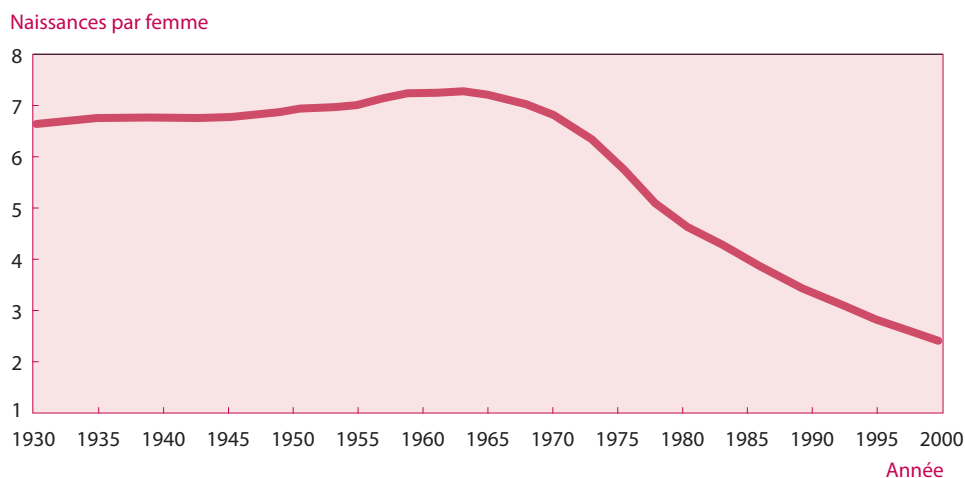
La baisse de la fécondité a impliqué des réductions importantes de l'intensité du deuxième intervalle génésique et des suivants, en particulier parmi les femmes dont la période de procréation avait commencé au milieu des années 70¹. Les réductions ont concerné dans un premier temps les femmes ayant un nombre moyen d'enfants élevé, puis, quelques années plus tard, les femmes ayant un faible nombre moyen d'enfants². On peut donc constater que la proportion de femmes ayant bouclé l'intervalle entre le premier et le deuxième enfant est descendue de 92 % des femmes qui ont ouvert cet intervalle en 1957 à près de 70 % de celles qui ont ouvert cet intervalle en 1992. L'écart est plus important dans le cas des cohortes de femmes ayant achevé la transition du deuxième au troisième enfant dans les cinq années ayant suivi l'ouverture de l'intervalle (53 % en 1991 contre 91 % en 1960). La réduction la plus importante a été observée dans le cas du quatrième intervalle génésique: il a été bouclé par 90 % des femmes qui l'avaient ouvert en 1960, contre 45 % des femmes qui l'ont ouvert en 1991 (voir figure 3).

En sus de la baisse rapide de la proportion de femmes ayant un nombre moyen d'enfants élevé, le « calendrier » de la fécondité a enregistré certains changements importants, sauf, là encore, dans le cas du premier intervalle³. Si on utilise la médiane comme indicateur du temps mis par les membres d'une cohorte pour achever la transition entre une naissance et la suivante, on peut remarquer que l'intervalle séparant la naissance du premier enfant de celle du deuxième est passé de 21 mois à 27 entre le début des années 70 et le début des années 90, tandis que l'augmentation a été légèrement inférieure pour les intervalles suivants.

Comme le montre cette analyse, lorsque la fécondité était à son point le plus élevé — pendant les années 60 —, il était fréquent qu'une forte proportion de femmes passent d'une parité à la suivante. Le parallélisme relatif de la réduction de la probabilité conditionnelle d'avoir un enfant supplémentaire après le premier, ainsi que l'allongement des intervalles génésiques s'expliquent par la généralisation progressive des pratiques de planification familiale toutes parités confondues.

Si les quanta des six intervalles présentés à la figure 3 sont liés, il est possible de conclure qu'en 1965 plus de la moitié (52 %) des femmes avaient 6 enfants avant d'avoir été mariées pendant 30 ans. Du fait de la baisse de la fécondité, cette proportion est descendue à un chiffre compris entre un quart et un tiers en 1977 (17,6 %) et à un peu moins d'un quatorzième en 1991 (3,7 %).

Figure 2
Fécondité cumulée, Mexique. 1930-2000



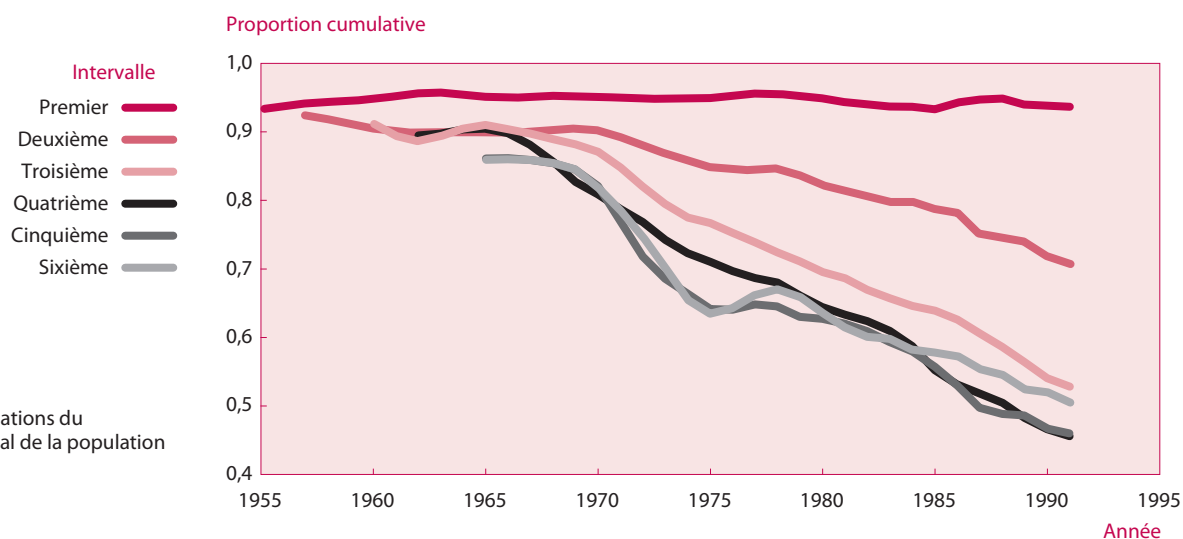
¹ On notera que la proportion de femmes qui ont un enfant avant la fin des cinq premières années d'une union stable est restée la même depuis plusieurs décennies (environ 95 % des femmes ont leur premier enfant dans les cinq premières années de l'union).

² Aux fins de cette analyse, nous avons utilisé la proportion de femmes ayant un enfant dans les cinq premières années du premier mariage ou de la naissance d'un enfant, en considérant l'ensemble de la période de la transition de la fécondité.

³ L'intervalle protogénésique n'a pratiquement pas changé depuis les années 50 parmi les différentes cohortes de mariages (il est d'environ 13 mois).

Source: Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

Figure 3
Quanta, tous intervalles génésiques, Mexique, 1955-1991



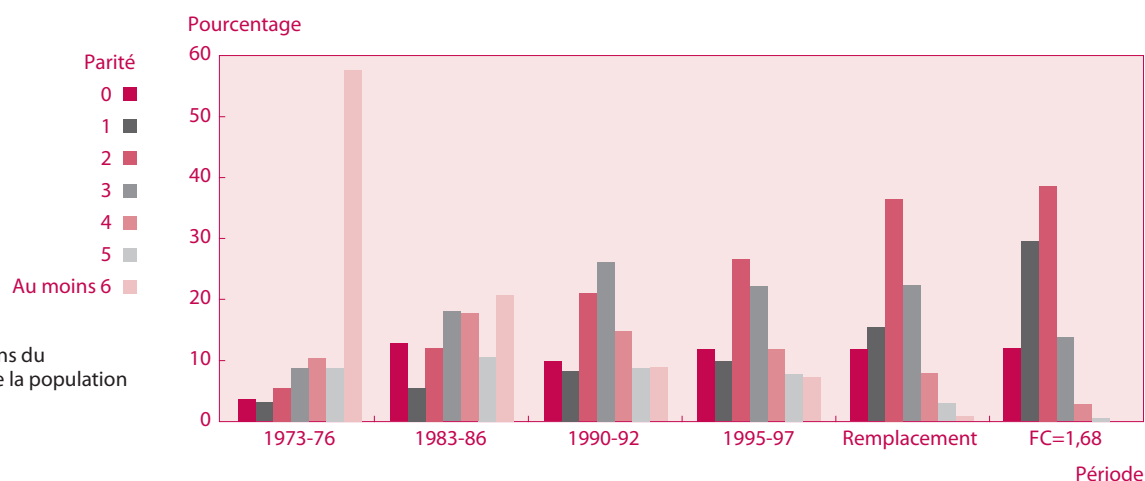
Source: Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

⁴ En procédant de la sorte, on obtient la FC pour la période en multipliant le produit de chaque proportion par la parité correspondante.

Les changements du comportement procréateur peuvent aussi être mis en lumière par l'examen de l'âge. À partir des tables de mortalité et des taux de fécondité spécifiques par parité pendant la période de procréation (15-49 ans) pour quatre périodes différentes, les figures 4 et 5 présentent la distribution définitive (jusqu'à l'âge de 50 ans) selon la parité, ainsi que l'espérance pour chaque parité pour les femmes âgées de 15 à 50 ans⁴. Le changement des schémas de fécondité est évident. En 1974, année où la politique de population a gagné du terrain au Mexique, près de 60 % des femmes achevaient leur période de procréation avec au moins 6 enfants (la FC de cette période atteignait presque 6 enfants) et passaient près de 40 % de leur période de procréation à élever leurs enfants. Dix ans plus tard, on observe une distribution plus uniforme : la proportion des femmes qui achevaient leur période de procréation avec 3 ou 4 enfants était pratiquement la même que celle qui l'achevaient avec au moins 6 enfants, tandis que près de 40 % de leur période de procréation se passeraient sans enfants.

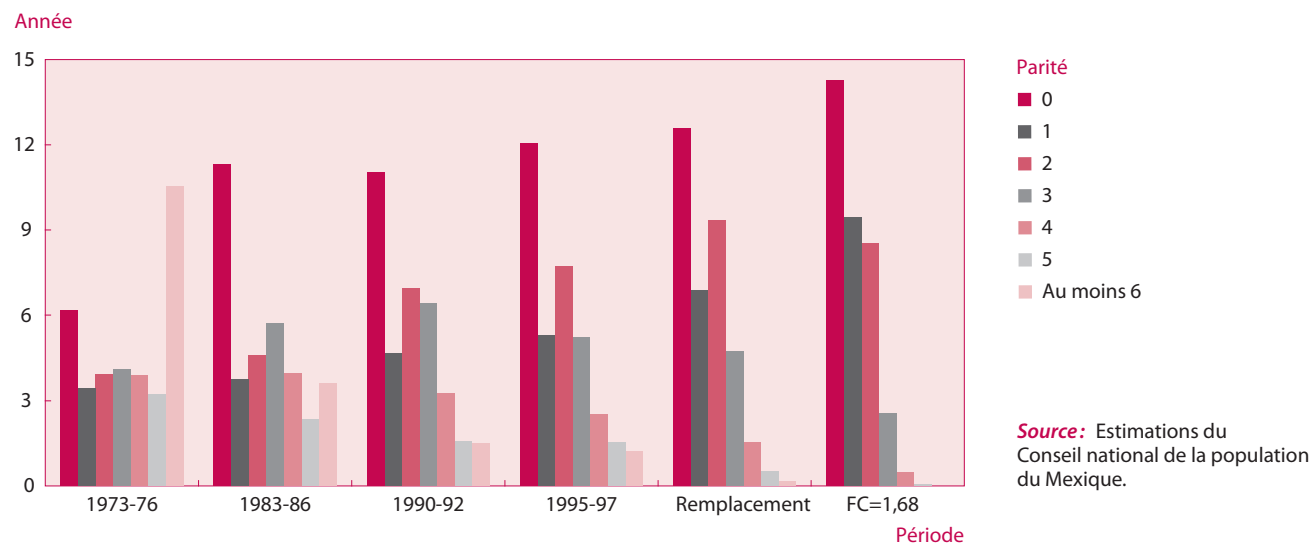
À mesure que la transition de la fécondité progresse, un nombre définitif d'enfants moins élevé est plus fréquent et les femmes consacrent moins de temps à la maternité. De

Figure 4
Distribution des femmes selon la parité, à l'âge de 50 ans, selon la période, Mexique, 1973-1997



Source: Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

Figure 5
Nombre d'années vécues dans chaque parité, entre les âges de 15 à 50 ans, par femme âgée de 15 ans, Mexique, 1973-1997



Source: Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

fait, alors que, entre 1973 et 1976, une femme investissait 22,2 ans de sa vie dans l'éducation de près de 6 enfants jusqu'à ce que le dernier ait 6 ans (soit une moyenne de 3,9 ans par enfant), entre 1995 et 1997, 14,8 années étaient consacrées à élever moins de 3 enfants (soit une moyenne de 5,6 ans par enfant). De la sorte, alors qu'au début des programmes de planification familiale un enfant partageait avec ses frères et sœurs plus jeunes la moitié du temps d'éducation depuis sa naissance jusqu'à ce qu'il ou elle ait 6 ans, vingt-deux ans plus tard le temps d'éducation était consacré presque exclusivement à un seul enfant.

DÉTERMINANTS IMMÉDIATS DE LA FÉCONDITÉ

La diffusion du comportement de prévention et d'espacement des naissances et l'accroissement important de l'utilisation de méthodes contraceptives à taux élevés d'efficacité et de persévérance ont été les principaux déterminants immédiats de la baisse de la fécondité. On pense que la proportion de femmes mariées en âge de procréer qui utilisent des méthodes de régulation de la fécondité est passée de 30 % en 1976 à près de 71 % en 2000, tandis que les besoins non satisfaits descendaient de 25 % à près de 10 % entre 1987 et 2000. Si les tendances observées se maintiennent, nous prévoyons qu'en 2005 près de trois femmes mariées sur quatre en âge de procréer utiliseront une méthode contraceptive, ce qui — selon les estimations du Conseil national de la population — conduirait à la fécondité de remplacement.

Il convient de signaler que les groupes qui ont pris du retard dans la transition de la fécondité présentent des niveaux élevés de besoins en matière de contraception non satisfaits. En 1997, c'était le cas des femmes appartenant à la population autochtone (25,8 % des femmes mariées en âge de procréer), des femmes vivant dans les zones rurales (22,2 %) et des femmes sans instruction (21,8 %), dont les caractéristiques renvoient à des contextes sociaux, culturels et géographiques qui ne leur permettent pas d'exercer pleinement leurs droits en matière de procréation. En vue d'atténuer les inégalités dans ce domaine, la politique de population a prévu de réduire les besoins non satisfaits à court et à moyen termes. Pour y parvenir, il importe d'améliorer l'accès aux services de planification familiale, tout en les inscrivant dans le cadre de stratégies plus générales de développement social et humain et de dépaupérisation⁵. On estime qu'une réduction importante de ce retard permettrait d'obtenir une fécondité nationale moyenne inférieure au seuil de remplacement.

⁵ Pour analyser l'impact à long terme de l'amélioration du bien-être de la population féminine, on a construit (à des fins exploratoires uniquement) un modèle logistique, assorti de certains déterminants socioéconomiques, pour l'utilisation de la contraception. Sur la base des résultats et de l'utilisation des projections actuelles concernant l'urbanisation, les services d'aide domestique, l'instruction et la participation au marché du travail pour 2030, l'utilisation de la contraception pourrait osciller entre 75,6 et 78,3 %, ce qui, d'après le modèle de Bongaarts, donnerait une FC variant entre 1,62 et 1,86 enfant par femme pour cette année-là.

- ⁶ Une étude plus détaillée du comportement des femmes de différentes générations montre que le célibat a été prolongé environ d'un an : l'âge moyen au premier mariage des femmes nées entre 1953 et 1962 était de 20,2 ans; pour la cohorte de naissance 1963-1967, ce chiffre est passé à 20,8 ans et il a atteint 21,3 pour la génération 1968-1972.
- ⁷ Le pourcentage de femmes enceintes ayant déclaré avoir eu au moins un avortement est descendu de 22,7 % en 1987 à 19,6 % en 1992 et à 19 % en 1997. Par ailleurs, le taux général d'avortements, c'est-à-dire le nombre moyen d'avortements qu'une femme aurait à la fin de sa période de procréation, est tombé de 1,2 en 1976 à 0,1 en 1997. La baisse de l'incidence de l'avortement est associée à l'augmentation rapide de l'utilisation des méthodes de contraception au cours de la même période.
- ⁸ L'incidence de l'allaitement maternel est passée de 83 % entre 1972 et 1976 à 85 % entre 1982 et 1987, puis à 90 % entre 1994 à 1997. Néanmoins, la durée moyenne de l'allaitement a été ramenée de 12,4 à 9,8 mois entre la première et la dernière période.

L'évolution des schémas de constitution et de dissolution des familles a également contribué—encore qu'à un moindre degré—à la baisse de la fécondité, essentiellement ces dernières années, qui ont vu un recul progressif de l'âge au premier mariage ainsi qu'une augmentation du nombre des unions consensuelles—lesquelles ont une plus forte probabilité de rupture—et un début d'accroissement des taux de séparation et de divorce⁶, ce qui tend à indiquer qu'à l'avenir cette variable pourrait avoir un impact plus important sur les nouvelles baisses des niveaux de fécondité.

L'impact des avortements sur la baisse de la fécondité n'a, semble-t-il, pas été très important. On ne dispose pas d'informations précises sur l'incidence de cette pratique dans le pays, mais on estime, en s'appuyant sur les dossiers d'hospitalisation des principaux établissements de soins de santé du pays et sur les résultats d'enquêtes sociodémographiques, que le taux d'avortement a baissé au cours des 25 dernières années⁷, ce qui s'explique par la baisse du nombre des grossesses non désirées découlant elle-même de l'augmentation de l'utilisation de la contraception. Nous prévoyons que le développement de services de planification familiale ainsi que les campagnes d'information et de communication ayant pour but d'aider à prendre en connaissance de cause des décisions relevant de la santé en matière de sexualité et de procréation continueront de contribuer à réduire l'incidence des avortements provoqués.

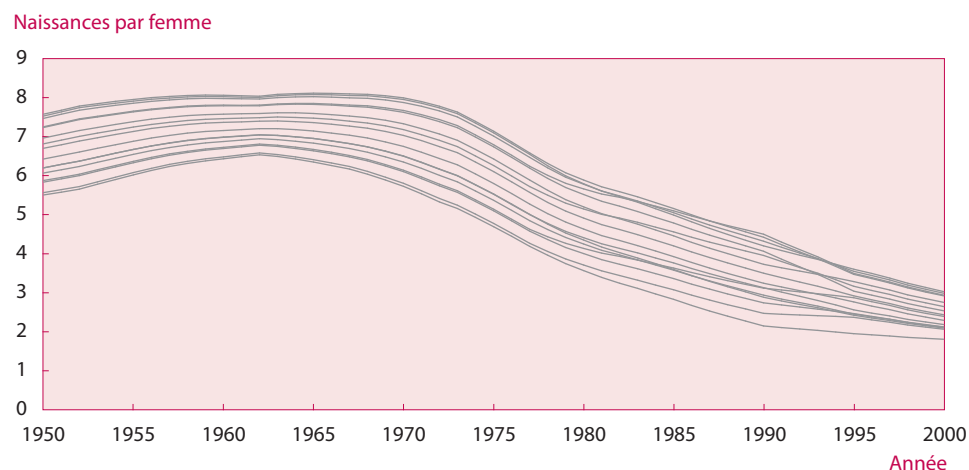
En ce qui concerne la stérilité postpartum, liée à la durée de l'allaitement, nous disposons de suffisamment de données pour pouvoir affirmer que cette pratique n'a pas eu d'effets significatifs sur l'évolution de la fécondité. Son incidence a légèrement augmenté, mais on observe également une réduction de sa durée moyenne⁸.

BAISSE DE LA FÉCONDITÉ AU NIVEAU DES ÉTATS

La baisse de la fécondité au Mexique a commencé dans les États les plus développés du pays, mais elle a gagné rapidement les autres États. Selon les indications disponibles, ces États ont atteint, entre 1962 et 1965, la FC maximale, mais à des niveaux différents, allant de 6,3 enfants par femme dans le District fédéral et dans l'État de Baja California à 8,1 enfants dans les États mexicains de Guerrero, Oaxaca et Zacatecas. La réduction initiale de 5 % de la FC a eu lieu, entre 1968 et 1973, dans *tous* les États, tandis que la baisse de 10 % s'est produite entre 1970 et 1975 (voir tableau 1 et figure 6).

En prenant comme référence l'année pendant laquelle la FC de chaque État a atteint un niveau d'environ 6 enfants par femme, on peut classer les États en cinq groupes (voir tableau 2) :

Figure 6
Fécondité cumulée de 16 États, Mexique, 1950-2000



Source: Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

Tableau 1
Date à laquelle la FC de 1965 a été réduite de 5 et 10 %, par État, Mexique

Réduction de 5 %		Réduction de 10 %	
État	Année	État	Année
En 1968 et 1969		En 1970 et 1971	
Baja California	1968	Baja California	1970
Baja California Sur	1969	Baja California Sur	1971
Coahuila	1969	Coahuila	1971
Chihuahua	1969	Chihuahua	1971
Distrito Federal	1969	Distrito Federal	1971
Nuevo León	1969	Nuevo León	1971
Quintana Roo	1969	Sonora	1971
Sinaloa	1969	Tamaulipas	1971
Sonora	1969	En 1972 et 1973	
Tamaulipas	1969	Campeche	1972
En 1970 et 1971		Colima	1972
Campeche	1970	México	1972
Colima	1970	Morelos	1972
México	1970	Quintana Roo	1972
Morelos	1970	Sinaloa	1972
Veracruz	1970	Nayarit	1973
Yucatán	1970	Tabasco	1973
Aguascalientes	1971	Veracruz	1973
Durango	1971	Yucatán	1973
Guanajuato	1971	En 1974 et 1975	
Hidalgo	1971	Aguascalientes	1974
Jalisco	1971	Chiapas	1974
Nayarit	1971	Durango	1974
Tabasco	1971	Guanajuato	1974
Tlaxcala	1971	Hidalgo	1974
En 1972 et 1973		Jalisco	1974
Chiapas	1972	Michoacán	1974
Michoacán	1972	Queretaro	1974
Queretaro	1972	Tlaxcala	1974
Guerrero	1973	Guerrero	1975
Oaxaca	1973	Oaxaca	1975
Puebla	1973	Puebla	1975
San Luis Potosí	1973	San Luis Potosí	1975
Zacatecas	1973	Zacatecas	1975

Source: Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

- Le premier groupe a franchi ce seuil entre 1967 et 1970; il est composé des États au niveau de développement relatif supérieur, situés au nord (Baja California Sur, Baja California, Nuevo León, Coahuila, Sonora et Tamaulipas) et du centre du pays (District fédéral).
- Le deuxième groupe a atteint ce seuil en 1971 ou 1972; il comprend deux États du nord-ouest (Chihuahua et Sinaloa), un État du centre (État de Mexico) et un État du sud (Quintana Roo).
- Le troisième groupe y est parvenu en 1973 ou 1974; il comprend quatre États du golfe du Mexique (Campeche, Tabasco, Veracruz et Yucatan), un État du centre-ouest (Colima) et un État du centre (Morelos).
- Le quatrième groupe a atteint ce niveau de fécondité en 1975 ou 1976; il se compose de trois États du centre-ouest (Aguascalientes, Guanajuato et Jalisco), d'un État du centre-nord (Durango), d'un État du nord-ouest (Nayarit) et de deux États du centre (Hidalgo et Tlaxcala).

Tableau 2
Date à laquelle la FC a atteint le seuil de 6 et de 3 enfants par femme dans chaque État, Mexique

État	FC en 1965	Dernière année où FC < 6		Dernière année où FC < 3		Baisse moyenne annuelle	FC en 2000
		Année	FC	Année	FC		
México	7,22	1974	6,11	1993	3,04	0,16	2,40
1967-1970	6,44	1968	6,14	1985	3,10	0,18	2,02
Baja California	6,29	1967	6,10	1990	3,05	0,13	2,15
Distrito Federal	6,35	1968	6,04	1983	3,11	0,20	1,80
Nuevo León	6,41	1968	6,11	1985	3,07	0,18	2,06
Baja California Sur	6,57	1970	6,01	1987	3,09	0,17	2,10
Coahuila	6,67	1970	6,14	1992	3,02	0,14	2,39
Sonora	6,64	1970	6,10	1987	3,09	0,18	2,12
Tamaulipas	6,62	1970	6,07	1988	3,00	0,17	2,12
1971-1972	6,86	1972	6,06	1991	3,01	0,16	2,19
Chihuahua	6,72	1971	6,03	1991	3,04	0,15	2,20
Quintana Roo	6,79	1971	6,15	1994	3,01	0,14	2,41
Estado de México	6,95	1972	6,16	1991	3,02	0,17	2,18
Sinaloa	6,83	1972	6,01	1989	3,06	0,17	2,12
1973-1974	7,13	1974	6,03	1992	3,07	0,16	2,29
Campeche	7,10	1973	6,22	1993	3,10	0,16	2,26
Colima	7,06	1973	6,15	1989	3,00	0,20	2,11
Morelos	6,95	1973	6,00	1989	3,02	0,19	2,10
Tabasco	7,25	1974	6,21	1995	3,05	0,15	2,55
Veracruz	7,14	1974	6,04	1992	3,05	0,17	2,29
Yucatán	7,16	1974	6,06	1993	3,04	0,16	2,21
1975-1976	7,58	1976	6,13	1995	3,10	0,16	2,59
Durango	7,48	1975	6,26	1996	3,06	0,15	2,65
Nayarit	7,36	1975	6,10	1994	3,05	0,16	2,43
Aguascalientes	7,50	1976	6,02	1996	3,02	0,15	2,61
Guanajuato	7,60	1976	6,16	1997	3,07	0,15	2,75
Hidalgo	7,64	1976	6,21	1996	3,01	0,16	2,60
Jalisco	7,61	1976	6,17	1995	3,01	0,17	2,51
Tlaxcala	7,61	1976	6,17	1993	3,20	0,17	2,31
1977-1979	8,00	1978	6,16	1998	3,10	0,15	2,89
Querétaro	7,83	1977	6,20	1995	3,04	0,18	2,54
Chiapas	7,85	1978	6,01	1999	3,04	0,14	2,94
Guerrero	8,08	1978	6,25	2000	3,03	0,15	3,03
Michoacán	7,91	1978	6,05	1997	3,12	0,15	2,80
Puebla	8,03	1978	6,20	1999	3,09	0,15	2,98
San Luis Potosí	7,96	1978	6,10	1999	3,04	0,15	2,94
Oaxaca	8,11	1979	6,07	1999	3,02	0,15	2,92
Zacatecas	8,11	1979	6,02	1996	3,10	0,17	2,68

Source: Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

- Le cinquième et dernier groupe a franchi ce seuil entre 1977 et 1979; il comprend deux États du centre (Puebla et Querétaro), deux États du centre-nord (San Luis Potosí et Zacatecas), un État du centre-ouest (Michoacán) et trois États du sud (Chiapas, Guerrero et Oaxaca).

Le tableau 2 et la figure 6 montrent que 12 ans environ se sont écoulés avant que tous les États du pays n'atteignent le seuil—entre 1967 pour la Baja California et 1979 pour les États de Oaxaca, Guerrero et Zacatecas. Le seuil a d'abord été atteint dans la capitale du pays et dans les États bordant la frontière septentrionale du Mexique; il a été atteint peu de temps après par les États bordant le golfe du Mexique et les États du

nord-ouest, l'a été ensuite peu à peu par les États du centre, du centre-nord et du centre-ouest, avant de l'être, pour finir, dans les États du sud du pays (voir carte 1).

Le tableau 2 montre que le rythme de la baisse de la FC a été plus rapide dans les États qui ont entamé leur transition de la fécondité plus tôt. Compte tenu du fait que tous les États du Mexique ont déjà atteint une FC d'environ 3 enfants, on peut calculer la moyenne annuelle de baisse à partir de 6 enfants et déterminer le temps qu'il leur a fallu pour passer d'un niveau à l'autre. Ainsi, les États du premier groupe ont pu passer de 6 à 3 enfants par femme en 17 ans (de 1968 à 1985), soit une baisse moyenne annuelle de 0,18 enfant; le deuxième groupe d'États (de 1972 à 1991), le troisième (de 1974 à 1992) et le quatrième (de 1976 à 1995) ont mis 18 ou 19 ans, soit une baisse moyenne de 0,16 enfant; enfin, le cinquième groupe a mis environ 20 ans (de 1978 à 1998).

Le tableau 2 montre que, selon les estimations du Conseil national de la population, sur les 17 États qui composent les trois premiers groupes, 14 (Baja California, District fédéral, Nuevo León, Baja California Sur, Sonora, Tamaulipas, Chihuahua, Mexico, Sinaloa, Campeche, Colima, Morelos, Veracruz et Yucatan) ont atteint une FC comprise entre 1,8 et 2,3 enfants par femme, c'est-à-dire un niveau inférieur, égal ou légèrement supérieur au seuil de remplacement, tandis que, dans les trois autres États (Coahuila, Quintana Roo et Tabasco), elle oscille entre 2,4 et 2,6 enfants. Dans les deux derniers groupes d'États, la FC atteint un niveau qui varie entre 2,3 et 3,0 enfants.

DÉTERMINANTS STRUCTURELS DE LA FÉCONDITÉ

La baisse de la fécondité au Mexique tient notamment au rôle joué par des variables démographiques et socioéconomiques telles que :

- *La mortalité*, dont on a pu montrer qu'elle était une variable clef pour expliquer la transition en matière de fécondité. Sa baisse entraîne une augmentation du nombre des enfants survivants et, partant, contribue à créer des attitudes favorables à la régulation de la fécondité et à la planification des événements démographiques, ainsi qu'à répandre et à renforcer la réflexion à long terme dans la conscience de chacun.
- *Diverses forces de caractère macrostructural*, parmi lesquelles, surtout, les processus de développement économique et social, l'urbanisation⁹, l'industrialisation, l'extension du système éducatif, la généralisation des relations commerciales, l'extension du travail salarié et le processus continu de croissance de la société de consommation¹⁰. Selon les explications les plus classiques, ces processus — à l'œuvre dans le cadre de différents mécanismes — ont contribué, comme dans beaucoup d'autres contextes, à accroître les coûts directs et les coûts d'opportunité des enfants et à diminuer les avantages économiques de ces derniers pour les parents, réduisant d'autant les avantages d'une famille nombreuse.
- *Un modèle de développement fondé sur l'exclusion et la divergence*¹¹, qui donne lieu à des inégalités sociales et à des contrastes démographiques patents, car la vitesse de la baisse de la mortalité et de la fécondité est tributaire de la capacité de la société de répartir les avantages du développement entre les différents secteurs¹². On le voit à la coexistence de groupes intégrés au processus de développement et de groupes marginalisés. Ainsi, les premiers ont-ils enregistré, au cours de la période 1995-1997, une FC déjà égale ou inférieure au seuil de remplacement, tandis que les seconds étaient à la traîne dans le processus de transition démographique. Dans le premier cas, on rencontrait des femmes qui avaient fait au moins 12 ans d'études (et avaient une fécondité de 1,85 enfant), ainsi que des cadres, professionnelles ou artistes qui avaient une fécondité de 1,66 enfant par femme. En revanche, les femmes sans instruction avaient 4,7 enfants par femme pendant la même période et les femmes vivant dans des villes rurales de moins de 2 500 habitants avait une fécondité de 3,5 enfants par femme¹³.

⁹ Le Système urbain national comprend aujourd'hui 364 villes réparties dans toutes les régions du pays et où vivent environ 65 millions de personnes. Les villes du pays sont devenues l'axe essentiel de l'activité économique, au point qu'elles génèrent environ 96% de la valeur globale de la production industrielle, du commerce et des services.

¹⁰ L'intégration croissante de segments toujours plus importants de la population au marché des biens et des services a modifié les coûts directs et les coûts d'opportunité associés à la procréation, tout en les rendant plus visibles en renforçant les calculs économiques en tant que schéma d'orientation des pratiques et comportements des individus dans des environnements très divers.

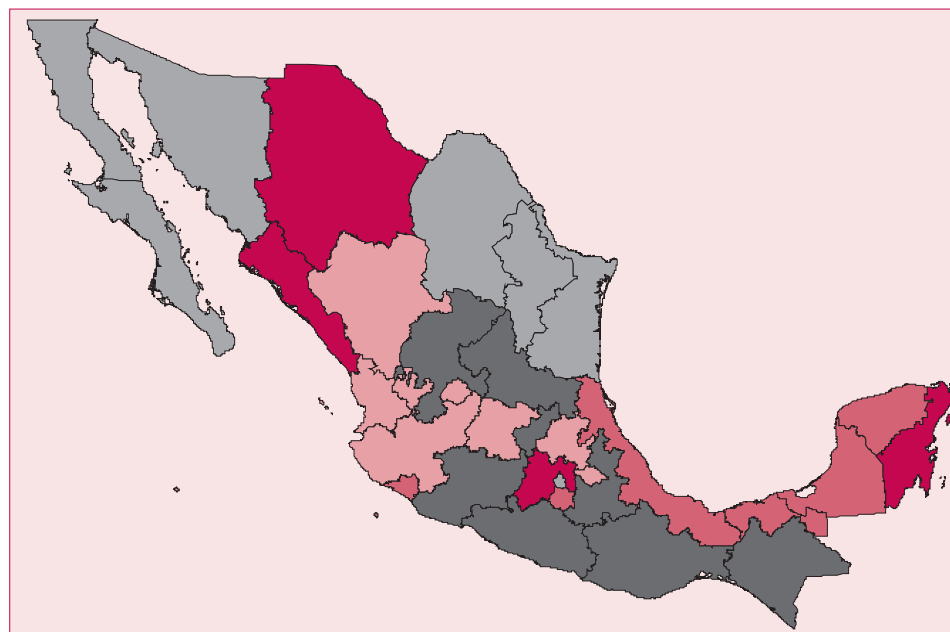
¹¹ *L'exclusion*, car ce modèle met hors circuit un nombre important d'individus qui ne sont pas en mesure d'accumuler, et *la divergence*, parce que les écarts entre les plus pauvres et les plus riches ne cessent de se creuser.

¹² L'une des variantes de la théorie classique de la transition (*Social Justice and Demographic Transition*) formulée par Ratcliffe affirme, par exemple, que le comportement démographique des différents groupes sociaux correspond au degré auquel les institutions économiques, sociales et politiques encouragent la justice sociale.

¹³ En dépit des différences, on observe une convergence des niveaux de fécondité des différents groupes et régions du pays. La figure 7 montre que l'écart de 2,4 enfants observé en 1984 entre les femmes vivant dans les zones urbaines et celles vivant dans les zones rurales avait diminué de moitié en 1996. On constate des niveaux analogues avec des variables telles que la scolarisation et la participation au marché du travail.

Carte 1
Période au cours de laquelle la FC a atteint le seuil de 6 enfants par femme dans chaque État, Mexique

1967-1970 ■
1971-1972 ■
1973-1974 ■
1975-1976 ■
1977-1979 ■



Source : Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

¹⁴ Faria, V. E., « Government Policy and Fertility Regulation : Unintended Consequences and Perverse Effects », *Brazilian Journal of Population Studies*, V.I. 1997/1998.

¹⁵ À cet égard, on peut dire, par exemple, que la proportion de naissances médicalisées a considérablement augmenté au cours des dernières décennies, passant de 55 % pendant la période 1974-1976 à 66 % entre 1985 et 1987 et à 82 % pendant la période 1994-1997. L'extension des services de santé a réduit l'écart entre les zones rurales et les zones urbaines. Pendant la période 1985-1987, 37,8 % des femmes rurales avait un accouchement médicalisé, mais cette proportion est passée à 58,9 % pendant la période 1994-1997. Dans les zones urbaines, ces pourcentages ont été de 84 et 91 %, respectivement.

¹⁶ La disponibilité d'articles tels que la radio et la télévision s'est généralisée dans le pays au cours des trois dernières décennies. En 1970, 31 % seulement des ménages possédaient une télévision et 76 % une radio. En 2000, ces figures étaient de 86 et 85 %.

Plus récemment, la recherche dans ce domaine a contribué à identifier certains des liens de causalité entre les forces macrostructurales importantes et les autres processus de transformation de la société¹⁴. Ces liens de causalité aident à expliquer pourquoi la baisse de la fécondité a pu se répandre sur l'ensemble du territoire mexicain en l'espace de quelques décennies et progresser aussi vite dans différents contextes socioéconomiques, parmi lesquels nous pouvons mentionner les suivants :

- *Le contact de plus en plus fréquent de la population mexicaine avec la culture et l'autorité médicales.* Ce processus de changement a contribué à la vulgarisation de diverses normes et pratiques relevant de la culture médicale. Il a également créé les conditions de légitimation de pratiques telles que l'intervention consciente et planifiée dans les processus biologiques. Cela a amené de plus en plus les intéressées à se faire donner des soins pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum¹⁵. Ce contact plus fréquent a également permis de répandre des valeurs et des normes qui considèrent souhaitable la distinction entre l'activité sexuelle et la procréation. Il a aussi contribué à affaiblir l'autorité de divers agents qui ont toujours exercé une influence dans les domaines de la sexualité et de la procréation. Il a enfin aidé à diminuer les coûts psychologique et culturel de la régulation de la fécondité et à légitimer au plan social les méthodes modernes de planification familiale.
- *Le développement de la sphère d'influence des médias et la diffusion de modèles de la famille peu nombreuse.* Les médias, et en particulier la radio et la télévision, ont contribué à diffuser des idées, notions, technologies, modes de vie et modèles de comportement nouveaux dans des domaines liés à la sexualité, à la procréation, à l'organisation familiale et à la division du travail selon le sexe, présidant tout à la fois à l'apparition et à la consolidation d'attitudes et de valeurs favorables à la régulation des naissances¹⁶.
- *L'amélioration de l'accès de la population mexicaine à la sécurité sociale et aux réseaux de protection sociale.* Le renforcement des institutions mexicaines de sécurité sociale parmi les secteurs intégrés au développement national a impliqué que c'est à présent au gouvernement qu'incombe la responsabilité de fournir à des millions de familles les moyens de faire face à des événements imprévus tels

que la maladie, l'incapacité ou le décès¹⁷. De même, plus récemment, l'action déployée par le gouvernement pour promouvoir le développement social et régler le problème de la pauvreté a accru le nombre des bénéficiaires des filets de protection sociale. Elle a également renforcé la formation de capital humain parmi les segments de la population traditionnellement exclus du développement¹⁸. Dans tous ces cas, ce type de transformation contribue, entre autres choses, à diminuer l'utilité économique des enfants.

- *L'amélioration de la situation sociale des femmes et la transformation de leurs rôles domestiques et non domestiques.* Diverses études ont montré que la promotion de la femme dans les domaines de l'instruction, de la santé, de la participation au marché du travail et du degré de contrôle qu'elles peuvent exercer sur les ressources économiques conduit à leur autonomisation et à l'institution de relations plus égalitaires avec les hommes, ainsi qu'à une nouvelle organisation de leur vie¹⁹. Toutes ces transformations influent, par le biais de divers mécanismes, sur le pouvoir décisionnel des femmes dans les domaines de la sexualité et de la procréation et augmentent les coûts d'opportunité liés au mariage et à la procréation.
- *L'adoption d'une politique de population officielle et l'impulsion donnée par elle.* Le changement de politique de population intervenu au Mexique en 1974 a donné une vigoureuse impulsion à la baisse de la fécondité. À compter de cette année-là, cette politique a reconnu le droit de toute personne de choisir, en toute liberté, de façon responsable et en connaissance de cause, le nombre des enfants qu'elle souhaite avoir et le moment de les avoir. Elle a également stipulé que chaque personne doit avoir accès aux informations et aux moyens dont elle a besoin pour concrétiser ses préférences en matière de procréation. Ce changement a contribué à légitimer et à institutionnaliser la demande de moyens de régulation de la fécondité, et à sensibiliser davantage le public et à lui donner librement accès aux services de planification familiale, mettant ainsi ces derniers à la portée de la majorité des Mexicains.

LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ DANS LES MUNICIPALITÉS DU PAYS

La question principale à laquelle nous essayons de répondre est celle de savoir si la population mexicaine instaurera un régime de fécondité égal ou inférieur au seuil de remplacement. Avant de pouvoir faire des spéculations sur cette question, il est utile d'étudier les données concernant les municipalités, qui nous permettent de classer ces dernières selon leur niveau de fécondité, l'effectif de leur population et leurs principales caractéristiques socioéconomiques (voir figures 7, 8 et 9).

La carte 2 présente la FC des municipalités du Mexique classées en cinq catégories (au moyen de la méthode de Dalenius). On y observe de grands ensembles géographiques continus et quelques tendances régionales. D'un côté, les zones de fécondité faible et très faible sont situées dans le nord du Mexique et dans la région d'interconnexion de Mexico et d'autres zones métropolitaines, ainsi que dans le golfe du Mexique et les zones constituées par les municipalités de l'ouest du pays. En revanche, les municipalités à fécondité élevée et très élevée sont situées dans l'immense corridor qui abrite les principales zones de concentration de la population autochtone et qui relie le sud du littoral du Pacifique à la région du centre-nord.

L'analyse exploratoire des données disponibles au niveau des municipalités montre que les 2 443 unités politico-administratives qui composent le pays peuvent être classées en trois groupes :

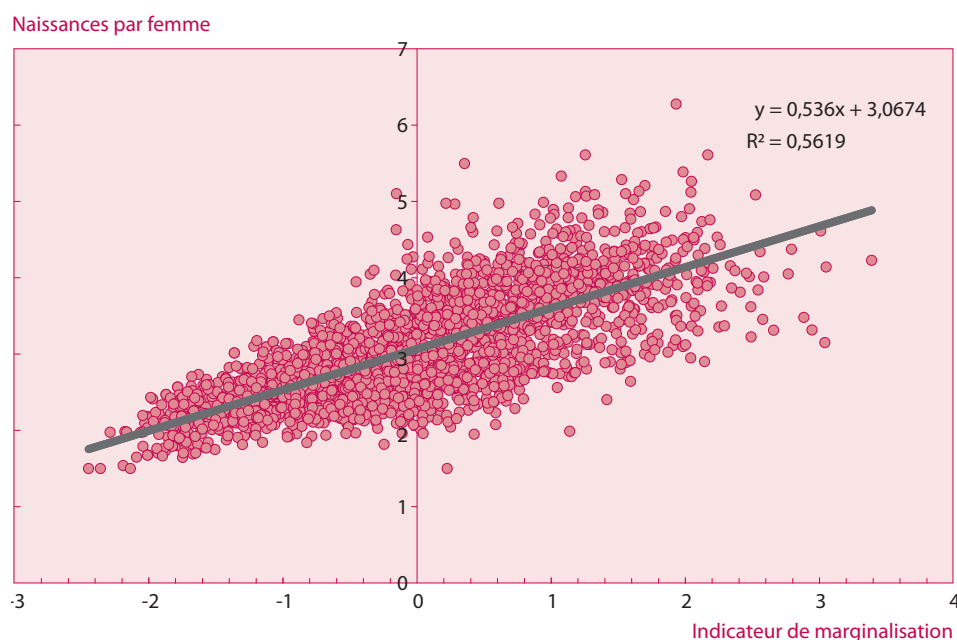
- 224 municipalités regroupent 43 % de la population mexicaine et ont une FC égale ou inférieure à 2,2 enfants par femme. Ce groupe de municipalités se compose d'unités politico-administratives : i) qui sont essentiellement urbaines et

¹⁷ Ainsi, par exemple, le nombre des personnes assurées par l'Institut mexicain de sécurité sociale est passé de 9,8 millions en 1970 à près de 47 millions en 2000, la proportion de la population couverte passant donc de 19,3 % à 46,7 % de la population nationale.

¹⁸ Le Programme national en faveur de l'éducation, de la santé et de l'alimentation (PROGRESA) a porté le nombre des familles bénéficiaires d'environ 300 000 en 1997 à 3,2 millions en 2001.

¹⁹ On estime que les femmes mexicaines, dont l'espérance de vie à la naissance était d'environ 65 ans en 1970-1974, consacraient environ 4,2 années aux études et 10 ans au marché du travail. Vingt ans plus tard, en 1990-1994, les femmes, dont l'espérance de vie était passée à 75 ans, investissaient environ 7,4 ans dans les études et près de 20 ans à des activités professionnelles. On prévoit que ces tendances se maintiendront au cours des prochaines années, de sorte qu'en 2005, avec une espérance de vie de 78,9 ans, la durée des études pourrait atteindre 9,6 ans et la participation correspondante au marché du travail 25,5 ans.

Figure 7
Fécondité cumulée selon l'indicateur de marginalisation pour toutes les municipalités, 2000

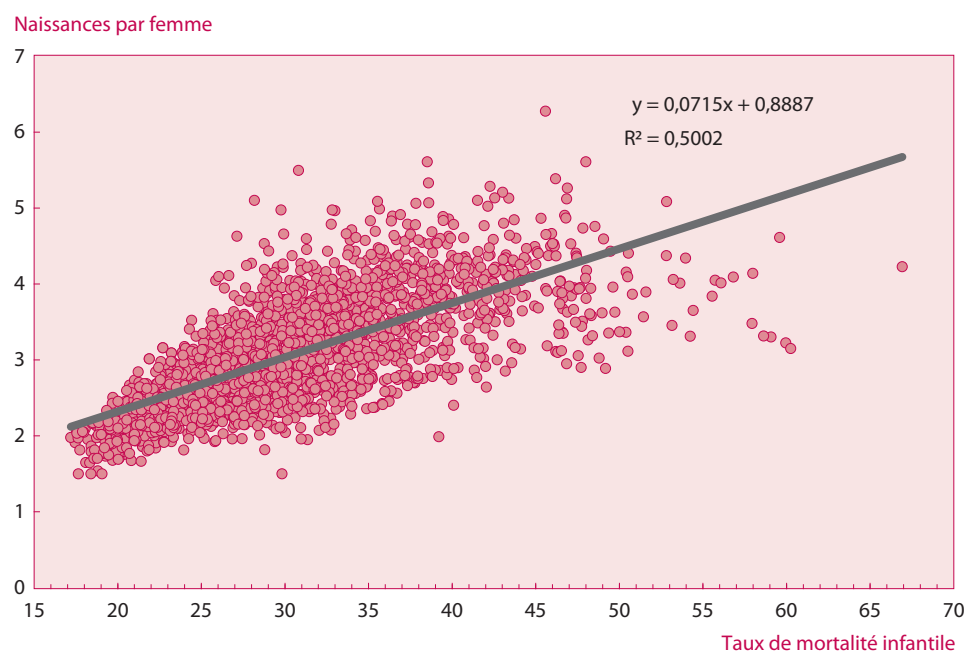


métropolitaines; ii) qui ont un faible taux de mortalité infantile par rapport aux normes nationales (d'environ 22 décès pour 1 000 naissances vivantes); iii) qui ont souvent atteint un niveau élevé de développement humain; iv) où presque tous les ménages (95 %) ont la radio et/ou la télévision; v) où l'alphabétisation des femmes en âge de procréer est quasi universelle (96 %) et où les femmes ont fait en moyenne 8,6 années d'études; vi) où les taux de participation des femmes aux activités économiques est d'environ 40 %; vii) où la moitié des femmes âgées de 20 à 24 ans demeurent célibataires; viii) où près de la moitié (47 %) de la population est membre du système national de sécurité sociale; ix) où moins d'un cinquième des ménages (17 %) bénéficient de transferts fédéraux; et x) où une très large proportion de la population active (75 %) a des revenus supérieurs au salaire minimal.

- 1036 municipalités, qui regroupent environ 38 % de la population du Mexique, ont une FC comprise entre 2,21 et moins de 3,0 enfants. Les unités territoriales entrant dans cette catégorie: i) présentent des caractéristiques et ont une situation différentes selon leur superficie et leur degré d'urbanisation; ii) ont une mortalité infantile moyenne de 27 décès pour 1 000 naissances; iii) ont un niveau de développement humain qui est le plus souvent moyennement élevé; iv) ont une forte proportion de ménages (90 %) possédant une radio et/ou un poste de télévision; v) ont un taux d'alphabétisation des femmes de 92 % et ces dernières ont fait près de 7 années d'études; vi) ont des taux de participation des femmes au marché du travail légèrement inférieurs à la moyenne nationale (30 %); vii) ont environ 44 % de célibataires parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans; viii) ont plus d'un individu sur quatre (27 %) bénéficiant de la sécurité sociale; ix) ont un ménage sur trois bénéficiant de transferts fédéraux; et x) ont six employés sur 10 gagnant plus que le salaire minimal.
- 1183 municipalités regroupent près de 19 % des Mexicains et ont une FC égale ou supérieure à 3 enfants par femme²⁰. Les unités politico-administratives qui composent ce groupe présentent les caractéristiques suivantes: i) elles sont essentiellement petites et rurales; ii) elles ont un taux de mortalité infantile net-

²⁰ Quelques-unes de ces municipalités, pour la plupart rurales, ont un niveau de fécondité analogue à ceux observés dans le pays pendant les années 70 (au moins 5 enfants); par ailleurs, 271 municipalités ont un niveau de fécondité analogue à ceux observés pendant les cinq premières années des années 80 (entre 4 et moins de 5 enfants); et, enfin, 893 municipalités ont un niveau de fécondité analogue à celui qui existait dans le pays à la fin des années 80 et au début des années 90 (entre 3 et moins de 4 enfants).

Figure 8
 Fécondité cumulée selon le taux de mortalité infantile pour toutes les municipalités, 2000



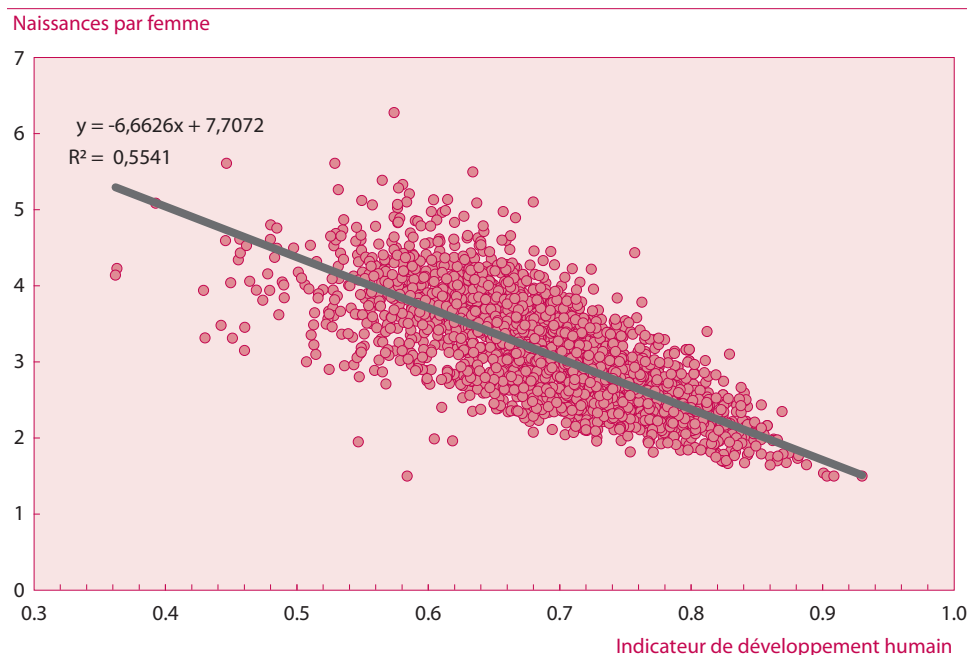
tement supérieur à la moyenne nationale (34,9 décès pour 1 000 naissances vivantes); iii) les indicateurs du développement humain sont essentiellement faibles et moyennement faibles; iv) trois ménages sur quatre possèdent une radio et/ou un poste de télévision (74,9%); v) le taux d'alphabétisation des femmes âgées de 15 à 44 ans est de 80 %, et le nombre moyen d'années d'études est de 5,2; vi) une femme sur quatre seulement est économiquement active; vii) 38 % environ des femmes âgées de 20 à 24 ans demeurent célibataires; viii) l'accès à la sécurité sociale est très limité (11 %); ix) plus de la moitié des ménages (55 %) bénéficient de transferts fédéraux; et x) une personne employée sur trois seulement gagne plus que le salaire minimal.

Comme on peut le voir, les situations socioéconomiques de ces trois groupes de municipalités font apparaître des structures d'opportunité et des niveaux de développement humain sensiblement différents. Les deux extrêmes sont très représentatifs de deux mondes différents: le Mexique urbain, moderne et métis, d'un côté, et le Mexique rural, pauvre et essentiellement autochtone, de l'autre. L'évolution démographique future du pays dépendra dans une large mesure de l'intensité et de l'efficacité des efforts faits pour jeter un pont entre les deux extrêmes et réduire les écarts existants en matière de développement humain. Il faut pourtant garder à l'esprit que la moitié des Mexicains vivent dans le premier groupe de municipalités, tandis qu'un sur cinq seulement vit dans l'autre groupe.

Les données présentées montrent que la population mexicaine avance rapidement sur la voie de la transition démographique. Même dans les municipalités qui sont à la traîne (avec une FC d'au moins 3 enfants), la fécondité baisse rapidement: la FC a diminué de 22 % entre 1990 et 2000 (passant de 4,8 à 3,6 enfants par femme), soit une baisse d'environ 0,11 enfant en moyenne annuelle. La vitesse de cette baisse a été très importante dans le reste du pays: environ 30 % dans les municipalités à fécondité plus faible (la FC y est tombée de 2,9 à 2,0 enfants, soit une baisse de 0,09 enfant par an) et 28 % dans les municipalités à fécondité intermédiaire (la FC y est tombée de 3,7 à 2,6 enfants, soit une baisse d'environ 0,11 enfant par an).

Dans les municipalités qui ont pris du retard dans le processus de transition en matière de fécondité, les programmes sociaux actuellement destinés à renforcer la for-

Figure 9
Fécondité cumulée selon l'indicateur du développement humain pour toutes les municipalités, 2000



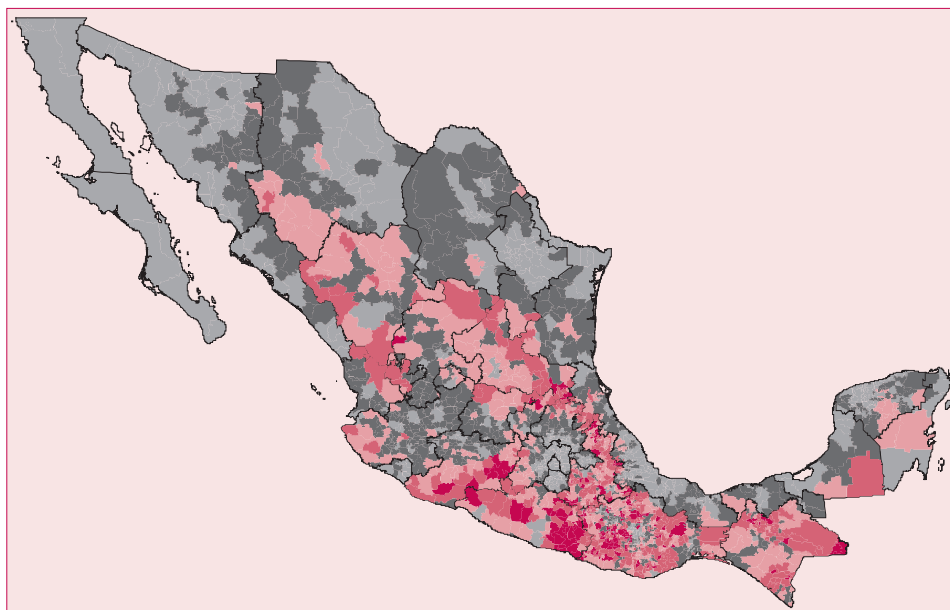
mation de capital humain et à fournir un appui et une protection sociale aux groupes marginalisés qui vivent dans une extrême misère (par le jeu de transferts directs et la promotion d'activités productives) constituent un investissement qui, en plus de combattre les symptômes et les causes de l'arriération sociale, peut contribuer à accélérer le changement démographique. Si elles sont déployées au cours des années qui viennent, des initiatives de ce genre pourraient aider à lever bien des obstacles socioéconomiques à une baisse supplémentaire de la fécondité dans les municipalités les plus arriérées et donner au rythme de la baisse une impulsion analogue à celle qu'ont enregistrée les municipalités à niveaux de fécondité intermédiaire.

Les municipalités à niveau de fécondité intermédiaire présentent des conditions socioéconomiques permettant d'impulser la baisse de la fécondité (faible mortalité, taux d'alphabétisation et de scolarisation des femmes élevés, contact important avec les médias et processus d'urbanisation avancé). Par ailleurs, un grand nombre de ces municipalités incorporent rapidement les processus de diffusion des modes de vie et d'adoption par les femmes de rôles non traditionnels, comme en témoignent le fort pourcentage de femmes célibataires âgées de 20 à 24 ans (44%) et le fait que plus d'un cinquième de toutes les femmes demeurent sans enfants entre 25 et 29 ans. On escompte que la fécondité continuera de baisser dans ces municipalités, bien que cela puisse se faire à un rythme plus lent que dans un passé récent. Si cela se produit, la FC de ces municipalités pourrait descendre d'une moyenne actuelle de 2,6 à 2,2 dans les 10 prochaines années.

Dans les municipalités dont la FC approche ou est déjà au-dessous du seuil de remplacement, les facteurs socioéconomiques qui favorisent les faibles niveaux de fécondité se sont généralisés, allant dans le sens d'une amélioration de la condition sociale des femmes et de l'entrée en scène d'une organisation de l'existence dans laquelle le mariage et la maternité ne sont pas la seule destinée des femmes.

On remarquera que la diffusion de la planification familiale par le biais de campagnes médiatiques et les activités des agents du système de santé ont contribué à répandre et à généraliser la connaissance des méthodes contraceptives dans toutes les régions et parmi tous les groupes du Mexique. On estime également que, dans les zones urbaines, presque toutes les femmes en âge de procréer (98%) connaissent au moins une méthode

Carte 2
 Fécondité cumulée par municipalités, Mexique 2000



Source : Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

contraceptive, tandis que la proportion est de 90 % dans les zones rurales. On a également des raisons de penser que les campagnes institutionnelles menées à travers les médias ont contribué non seulement à diffuser des informations sur les caractéristiques et les avantages de la planification familiale, mais aussi à forger et à renforcer des attitudes favorables à cette pratique.

À cet égard, on ne sera pas surpris de constater que, tandis que la demande non satisfaite de méthodes de régulation de la fécondité au niveau national représente près de 10 % des femmes en âge de procréer, pour divers autres groupes, tels que les paysannes, les femmes les plus pauvres, les moins instruites, les plus jeunes et les femmes autochtones, la demande non satisfaite oscille entre 20 et 25 %.

LE MEXIQUE : VERS UN RÉGIME DE FÉCONDITÉ DE REMPLACEMENT ?

La politique de population du Mexique s'est fixé officiellement pour objectif d'avoir atteint en 2005 le seuil de remplacement²¹. On estime qu'à l'heure actuelle environ 71,4 % des femmes mariées en âge de procréer utilisent des méthodes contraceptives. Pour que le seuil de remplacement puisse être atteint, il faudra porter l'utilisation de la contraception à environ 73,5 %, ce qui requiert une augmentation moyenne annuelle de près de 0,5 %, ce qui est moins que le chiffre de 0,7 % enregistré au Mexique pendant la période 1997-2001²². On voit que l'augmentation requise de l'utilisation de la contraception est réalisable. Le Mexique dispose d'un programme de planification familiale vigoureux et renforcé qui est déterminé à répondre à la demande non satisfaite de méthodes contraceptives.

L'effet sur la baisse de la fécondité de l'augmentation de l'utilisation de la contraception pourrait être renforcé par les changements qui affectent les schémas de constitution et de dissolution des familles. Ainsi, après des années pendant lesquelles il n'avait pas changé, on observe au Mexique un report progressif de l'âge au mariage. À quoi il convient d'ajouter un accroissement de la proportion des unions consensuelles et des taux de séparation et de divorce.

²¹ Cet objectif a été proposé en 1995, au moment de la présentation du Programme national de la population 1995-2000. Cet objectif a été repris par le Programme national de la population 2001-2006.

²² On estime qu'entre 1996 et 2001 la FC a baissé d'environ 0,39 enfant, ce qui correspond à une baisse annuelle de 0,08 enfant. Pour atteindre le seuil de remplacement d'ici à 2005, il faudra obtenir une baisse annuelle de la FC plus lente (0,06 enfant).

La figure 10 présente trois scénarios concernant l'évolution future de la FC, en fonction de l'année au cours de laquelle le seuil de remplacement sera atteint. Dans une perspective à long terme, la prévision selon laquelle ce seuil sera atteint en 2005 cadre mieux avec les tendances antérieures que les scénarios qui le repoussent à 2015 ou 2025, lesquels créent une rupture brutale du profil descendant de la courbe.

D'une façon générale, les méthodes appliquées par le Conseil national de la population du Mexique et la Division de la population du Secrétariat de l'ONU pour établir des projections de fécondité au Mexique sont analogues. La principale différence réside dans l'hypothèse concernant la date à laquelle le seuil de remplacement pourrait être atteint. La Division de la population suppose, dans son hypothèse moyenne, qu'il le serait pendant la période 2020-2025. S'il devait en être ainsi, l'utilisation de la contraception atteindrait 75,1 % à ce moment-là²³; cela impliquerait une augmentation de seulement 0,3 % par an à partir de 1997, ce qui est une pente négligeable par rapport aux tendances des années antérieures.

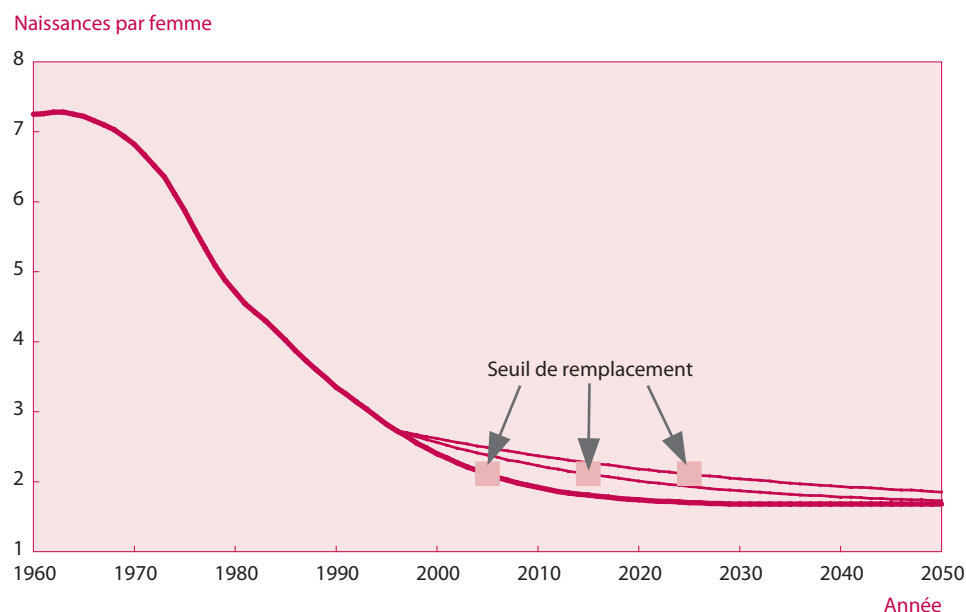
En quoi le comportement procréateur changerait-il une fois le seuil de remplacement atteint? Les figures 9 et 10 présentent les statistiques de familles à la fin et au cours de la période de procréation. Lorsque la nouvelle politique de population a été mise en place (1973-1976), près de 60 % des femmes avaient au moins six enfants à la fin de leur période de procréation. Toutefois, une fois le seuil de remplacement atteint, une proportion de femmes encore plus importante auraient deux enfants au plus à la fin de leur période de procréation. Une femme sur huit seulement aurait une nombreuse progéniture (au moins 4 enfants). L'ajournement du premier mariage et, partant, de la naissance du premier enfant permettrait en moyenne à chaque femme de passer plus d'un tiers de sa période de procréation sans enfants (35 %) et d'en consacrer 40 % à l'éducation de deux enfants, séparés par un intervalle de 6,7 ans.

Contrairement à l'hypothèse selon laquelle le seuil de remplacement, une fois atteint, demeure constant, l'expérience de nombreux pays développés montre que la baisse de la fécondité se poursuit même en dessous du seuil de remplacement. De même, parmi les pays en développement qui ont entamé leur transition de la fécondité dans les années 60, huit sur 39 ont une FC égale ou inférieure au seuil de remplacement²⁴. C'est la

²³ En appliquant le modèle de Bongaarts, nous postulons en l'occurrence que l'âge au mariage, l'efficacité moyenne de la contraception et les pratiques d'avortement et d'allaitement observées demeurent constantes entre 1997 et 2020-2025.

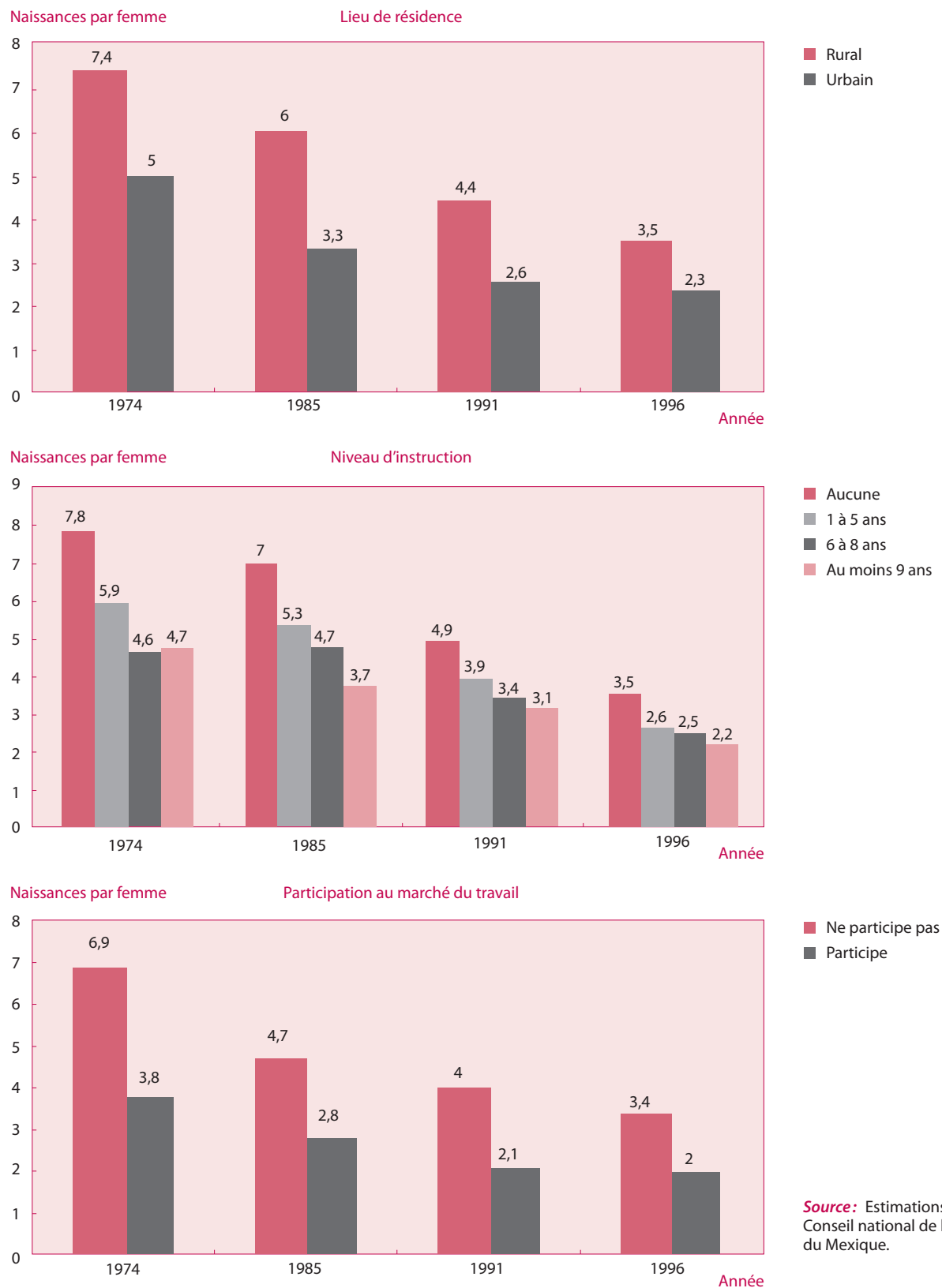
²⁴ John Bongaarts, « La fin de la transition en matière de fécondité dans le monde en développement ». Document présenté à la Réunion du Groupe d'experts des Nations Unies sur l'achèvement de la transition de la fécondité, 11-14 mars 2002.

Figure 10
Projection de la fécondité cumulée selon l'année au cours de laquelle est atteint le seuil de remplacement, Mexique, 1960-2050



Source: Estimations du Conseil national de la population du Mexique.

Figure 11
 Fécondité cumulée selon le lieu de résidence, le niveau d'instruction et la participation au marché du travail, 1974-1996



raison pour laquelle nous avons incorporé cette trajectoire comme réaliste dans les projections concernant le Mexique. Ainsi, selon les prévisions démographiques pour le pays, la FC pourrait descendre même jusqu'à 1,68 enfant en 2030 (taux analogue à ceux qui ont été récemment enregistrés en Europe de l'Ouest et du Nord) et demeurer à ce niveau pendant les 20 années suivantes.

Cette situation extrême impliquerait un scénario complètement différent de celui qu'ont connu les Mexicaines pendant la période 1973-1976. Selon ce nouveau scénario, quatre femmes sur cinq (82 %) aurait deux enfants au plus à la fin de leur période de procréation; on rencontrerait souvent des familles à un enfant (30 %) et à deux enfants (40 %), et il n'y aurait presque plus de familles nombreuses (4 %). Les femmes passeraient 40 % de leur période de procréation sans enfants et elles ne consacraient que 12 ans (35 %) à l'éducation de leurs enfants, dont les naissances seraient espacées de 7,4 ans en moyenne (même si cet espacement ne se produirait pas dans le cas de 42 % des femmes qui, à la fin de leur période de procréation, n'auraient pas d'enfants ou n'en auraient qu'un).

La transition de la fécondité au Nigéria : évolution et perspectives

Bamikale J. Feyisetan et Akinrinola Bankole***

INTRODUCTION

La présente étude a trois objectifs principaux. Le premier consiste à montrer qu'une transition soutenue de la fécondité a commencé au Nigéria. Le deuxième est de recenser certains des facteurs qui ont pu contribuer à la baisse et le troisième de plaider en faveur de nouvelles baisses de fécondité et de suggérer le niveau de fécondité qui aura été atteint lorsque la transition de la fécondité sera achevée. Le manque de données représentatives comparables au niveau national complique la réalisation de chacun de ces objectifs.

Le comportement procréateur est conditionné à la fois par des facteurs biologiques et des facteurs sociaux. Et, comme dans les autres sociétés africaines traditionnelles, plusieurs facteurs ont contribué à maintenir des niveaux de fécondité relativement élevés au Nigéria. Ces facteurs sont notamment les taux élevés de mortalité infantile et postinfantile, le mariage précoce et universel, la maternité précoce et les maternités à répétition durant une bonne partie de la période de procréation, la faible prévalence de la contraception et le prix élevé que la société attache à la maternité. Face à ce qui est perçu comme une mortalité infantile et postinfantile élevée, la peur de l'extinction a joué dans le sens d'une forte procréation, car on se disait que certains des enfants nés survivraient pour perpétuer la lignée. Le prix élevé attaché depuis toujours au mariage garantissait non seulement son universalité, mais aussi sa survenance à un stade précoce de la vie, ce qui avait pour conséquence que la procréation commençait de bonne heure et, dans la plupart des cas, se poursuivait jusqu'à un stade avancé de la période de procréation. L'institution de la polygynie, qui mettait parfois les coépouses en concurrence pour ce qui est de la procréation, contribuait également à maintenir la fécondité à un niveau élevé. L'utilisation des méthodes modernes de contraception était traditionnellement inacceptable car elle allait à l'encontre du processus naturel de la procréation. La période traditionnellement longue d'allaitement et de continence postpartum garantissait un espacement suffisant entre les naissances. Les données dont on dispose tendent à indiquer que ces facteurs socioculturels ont évolué avec le temps. L'âge au mariage a reculé, bien que dans des proportions infimes rapportées au niveau national. L'utilisation de la contraception moderne s'est développée et l'élévation du niveau d'instruction (en particulier parmi les femmes) a progressivement fait baisser en partie le prix attaché à la maternité.

Dans la présente étude, on a utilisé les données d'enquêtes nationales et infranationales pour mettre en évidence les tendances de la fécondité et de ses déterminants. Les enquêtes nationales sont l'enquête mondiale sur la fécondité (EMF) de 1981/82 et les enquêtes démographiques et sanitaires nationales (EDSN) de 1990 et de 1999. Les enquêtes infranationales sont celles qui ont été menées par des chercheurs individuels dans certaines parties du pays. La qualité des ensembles de données a été analysée ailleurs et on n'y reviendra pas ici¹. Toutefois, nous mentionnerons certaines des faiblesses de ces données dans la mesure où elles se rapportent à notre analyse et à nos conclusions.

* Fondation David et Lucile Packard, Los Altos, Californie (États-Unis d'Amérique).

** Associé de recherche principal, The Alan Guttmacher Institute, New York (États-Unis d'Amérique).

¹ Voir Dudley Kirk et Bernard Pillet (1998) pour des analyses récentes des faiblesses des données des EMF et de l'EDSN de 1990, et l'enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria de la Commission nationale de la population (2000), Abuja (Nigéria) pour une analyse de la qualité de l'EDSN de 1999. Certaines de ces faiblesses avaient été constatées antérieurement par Makinwa-Adebusoye et Feyisetan (1994) et certaines mesures avaient été prises pour en réduire au minimum l'impact sur l'analyse de l'évolution de la fécondité.

Le reste de l'étude comprend trois sections. L'introduction est immédiatement suivie de la présentation de certaines données empiriques destinées à montrer qu'une baisse soutenue de la fécondité a d'ores et déjà commencé au Nigéria. Dans la deuxième section, nous analysons certains des facteurs qui ont pu expliquer cette baisse et examinons le lien entre ces facteurs et la fécondité au Nigéria. Une fois établis les schémas de corrélations, on peut prévoir les tendances futures de la fécondité sur la base de l'évolution future de ces facteurs. Dans la dernière section, on procède à une évaluation de l'avenir de la fécondité au Nigéria. Nos projections sont fondées sur les changements escomptés des facteurs qui ont soutenu la baisse de la fécondité jusqu'ici.

TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

La fécondité est relativement élevée au Nigéria depuis plusieurs années. L'enquête démographique nationale par sondage menée dans les zones rurales a indiqué un taux brut de natalité de 50 pour 1 000 et un nombre moyen d'enfants par famille complète de 5,6 [Bureau fédéral de statistique (FOS), Lagos 1968]. Les estimations de la FC pour les années 1965, 1970, 1971-1973 et 1975 sont 6,6, 6,5, 7,3 et 7,0, respectivement (tableau 1). Ces chiffres font apparaître une augmentation entre 1965 et 1975 ou, au mieux, une stabilité de la fécondité à des niveaux élevés. La hausse de la fécondité entre le début et le milieu des années 70 peut s'expliquer en partie par la hausse spectaculaire des recettes tirées de l'exportation de pétrole, qui a entraîné une forte augmentation de l'importation de produits alimentaires et des salaires (Bankole et Bamisaye, 1985). L'enquête sur la fécondité du Nigéria (EFN) de 1981/82 a relevé une FC de 5,94 pour le Nigéria pour la période 1980-1982 (Bureau national de la population, Lagos/EMF, 1984) et l'enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria de 1990 a abouti à une FC de 6,01 pour la période 1988-1990 (FOS, Lagos et IRD/Macro International, 1992). Par la suite, une baisse de la FC a été relevée pour la période 1992-1994 par une enquête sentinelle de 1994 (5,4) et pour la période 1995-1999 par l'enquête démographique et sanitaire de 1999 (5,2). La baisse est patente non seulement au niveau national, mais aussi parmi les différents sous-groupes (tableau 2).

La comparaison des FC de 1970 et de 1988-1990 révèle une baisse de la fécondité entre les deux dates, mais les FC des périodes 1980-1982 et 1988-1990 signalent une

Tableau 1
Estimations de la fécondité du Nigéria, 1965-1999

Période couverte	FC ^a	Source de données et méthodologie	Source
1965-1966	TBN=50/1000 DFC ^b =5,6	Enquête démographique nationale sur les zones rurales	Bureau fédéral de statistique, Lagos (Nigéria), 1968
1965 ^c	6,60	Enquête mondiale sur la fécondité, 1981/82	Cochrane et Farid, 1989
1970	6,50	Enquête mondiale sur la fécondité, 1981/82	Cochrane et Farid, 1989
1971-1973	7,30	Enquête nationale sur la fécondité, 1981/82	Department of Commerce des États-Unis, 1979
1975	7,00	Enquête mondiale sur la fécondité, 1981/82	Cochrane et Farid, 1989
1978-1982	6,43	Enquête mondiale sur la fécondité, 1981/82	Bureau national de la population, Lagos (Nigéria), et EMF, 1984
1983-1986	7,40	Enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria, 1990	Makinwa-Adebusoye et Feyisetan, 1994
1987-1990	6,20	Enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria, 1990	Makinwa-Adebusoye et Feyisetan, 1994
1986-1990	6,30	Enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria, 1990	Commission nationale de la population, Abuja, 2000
1992-1994	5,40	Enquête menée sur les sites sentinelles	Commission nationale de la population (Nigéria), 1994
1995-1999	5,20	Enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria, 1999	Commission nationale de la population, Abuja (Nigéria), 2000

^a sauf indication contraire

^b dimension de la famille complète

^c Les estimations de Cochrane sont tirées de Foote, Hill et Martin (dir.), 1993. Demographic Change in Sub-Saharan Africa.

stagnation des niveaux de fécondité dans les années 80. Toutefois, il y a trois raisons de faire valoir que la FC de la période 1980-1982 sous-estime gravement les naissances de la période et ne peut donc pas constituer un bon point de départ pour déterminer les tendances de la fécondité dans les années 80. Premièrement, la baisse imprévue de la FC de 7 en 1975 à 6,34 pendant la période 1980-1982 ne peut se justifier au sein d'une population où la fécondité désirée en 1981/82 était supérieure à la fécondité effective de 1975². Deuxièmement, il est impossible d'atteindre une réduction d'environ 15 % de la fécondité en cinq ans si seulement 2,6 % des femmes ont jamais utilisé une méthode de contraception efficace³. Troisièmement, il n'y a pas eu à la fin des années 70 d'activités de régulation du mouvement de la population ni de politiques socioéconomiques⁴ qui auraient provoqué une baisse aussi importante de la fécondité entre 1975 et 1980. La FC enregistrée pour 1981/82 a donc été une sous-estimation, qui explique l'absence de changement observable de la fécondité pendant les années 80. Nous soutenons ici qu'une baisse soutenue de la fécondité a démarré après le milieu des années 80, lorsque les responsables ont commencé à se pencher sérieusement sur les questions de régulation du mouvement de la population avant de formuler, en 1988, une politique nationale de population (République fédérale du Nigéria, 1988)⁵. Cette affirmation est corroborée par une étude des tendances s'appuyant sur les données tirées des EDSN de 1990 et de 1999.

Il ressort des estimations de la fécondité obtenues pour les périodes 1983-1986 et 1987-1990 à partir de l'EDSN de 1990 et pour les périodes postérieures à 1990 à partir d'autres enquêtes, en particulier l'EDSN de 1999, que la fécondité baisse depuis quelque temps après le milieu des années 80, au moins parmi certains groupes de population. Dans le cadre de l'analyse du quantum et du calendrier de la fécondité au Nigéria, Makinwa-Adebusoye et Feyisetan (*op. cit.*) ont obtenu des FC de 5,8 et de 6,9 pour les femmes âgées de 15 à 44 ans pour les périodes 1987-1990 et 1983-1986, respectivement. Pour les femmes âgées de 15 à 49 ans, les chiffres correspondants sont 6,2 et 7,4, respectivement⁶. Ces chiffres impliquent une baisse de près de 17 % parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et de 16 % parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans pendant une période de quatre ans. Nous constatons également que l'ampleur de la baisse dans la période de quatre ans est invraisemblablement importante, ce qui tient sans doute à une surestimation des naissances pour la période 1983-1986 et à une sous-estimation pour la période 1987-1990.

Tableau 2
Fécondités cumulées pour les femmes âgées de 15 à 49 ans dans les cinq ans ayant précédé l'enquête sur la fécondité au Nigéria (EFN) de 1981/82 et les enquêtes démographiques et sanitaires sur le Nigéria (EDSN) de 1990 et 1999, selon les caractéristiques de leur milieu d'origine

Caractéristiques du milieu	EFN	EDSN 1990	EDSN 1999
Lieu de résidence			
Zones urbaines	6,2	5,3	4,5
Zones rurales	6,4	6,6	5,4
Région			
Sud-est	6,0	6,8	4,6
Sud-ouest	6,6	6,5	4,5
Nord-est	6,4	6,0	6,8
Nord-ouest	6,8	5,9	6,5
Niveau d'instruction			
Aucune instruction		6,7	6,1
Études primaires		6,8	5,5
Études secondaires & supérieures		4,6	4,1
Total	6,3	6,3	5,2

² Il n'est pas logique que la fécondité baisse autant alors que la dimension désirée de la famille n'a pas été réalisée. La baisse n'était pas motivée.

³ Au moment de l'enquête de 1981/82, 0,7 % seulement des femmes exposées au risque de maternité utilisaient des méthodes efficaces de contraception.

⁴ En fait, l'instruction primaire universelle gratuite instituée à cette époque et la prospérité nationale croissante rendue possible par la hausse des recettes tirées de l'exportation du pétrole encourageaient la procréation.

⁵ Cette politique poursuit notamment les objectifs suivants : réduire la proportion de femmes qui se marient avant l'âge de 18 ans de 50 % en 1995 et de 80 % en 2000 ; étendre le bénéfice des services de planification familiale à 50 % des femmes en âge de procréer en 1995 et à 80 % en 2000 ; et faire descendre la FC de 6 enfants par femme à 4 en 2000. Malheureusement, rien n'était prévu pour garantir la réalisation de certains objectifs influant directement sur la fécondité ou sur les facteurs connexes, par exemple l'âge au mariage et le nombre d'enfants par femme.

⁶ On a adopté une période de référence de quatre ans pour réduire au minimum l'impact d'erreurs découlant du changement de dates de naissance, en particulier de la substitution de 1984 à 1985. La période de quatre ans adoptée réduit également au minimum l'erreur d'attraction des nombres ronds pour les années se terminant par un chiffre pair en ayant un nombre égal d'années se terminant par un chiffre pair ou impair. Les différences constatées entre les naissances déclarées et estimées étaient minimes pour chaque période de quatre ans retenue. Les naissances estimées sont des moyennes mobiles de trois ans des naissances déclarées (voir Makinwa-Adebusoye et Feyisetan, *op. cit.*).

Toutefois, nous avons des raisons de penser que les FC des deux périodes n'étaient pas sensiblement différentes de leurs valeurs réelles et qu'il y a eu une baisse réelle de fécondité peu avant 1990. Tout d'abord, on observe une forte concordance entre les FC et la fécondité désirée dans les deux périodes. La FC de 7,42 estimée pour la période 1983-1986 concorde davantage avec la dimension de la famille désirée de 8,25 en 1981/82 que la FC de 5,94 pour 1980-1982, et il existe une forte concordance entre la FC de 6,02 pour la période 1987-90 et la dimension de la famille désirée de 5,82 en 1990. Ensuite, la baisse de la dimension de la famille désirée entre 1981/82 et 1990 tend à confirmer la validité de la thèse d'une baisse réelle de la FC; une diminution de la dimension de la famille désirée indique généralement une incitation à réduire la propension à procréer⁷. Enfin, le programme d'ajustement structurel adopté en 1986 a été associé à une situation économique qui accroît la part du coût de l'éducation des enfants à la charge de la famille. Il est donc possible qu'une partie de la baisse du taux de fécondité du moment s'explique par un ajustement du comportement procréateur à des changements inopinés du climat économique jusqu'alors favorable.

⁷ La dimension de la famille désirée en 1990 a pu être sous-estimée en raison d'un biais de sélection dans les données de 1990, mais l'écart de dimension de la famille désirée entre les deux périodes est trop important pour que ce facteur puisse en rendre totalement compte.

La comparaison des données fournies par les EDSN de 1990 et de 1999 indique que la tendance à la baisse de la fécondité s'est maintenue dans les années 90 (tableau 3). Selon l'EDSN de 1990, la FC des femmes âgées de 15 à 49 ans pendant la période de cinq ans précédant l'enquête (1986-1990) est de 6,3. Celle de 1999 montre que la FC des femmes du même groupe d'âges pendant la période de cinq ans précédant l'enquête (1995-1999) est de 5,2. Cela implique une baisse de 17,5 % entre les deux périodes. Cela étant, cette baisse s'est produite à des degrés différents selon les groupes de population. Par exemple, des baisses de 15,1 % et de 18,2 % ont été enregistrées dans les zones urbaines et les zones rurales, respectivement. Un examen par région montre que la baisse n'est évidente que dans les deux régions méridionales (sud-est et sud-ouest). S'agissant du niveau d'instruction, la baisse était d'environ 9 % pour les femmes sans instruction, de 19,1 % pour les femmes ayant fait des études primaires et de 10,9 % pour les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures. Les mêmes facteurs qui expliquent la baisse de la fin des années 80 restent opérants pendant les années 90 et sont très probablement responsables de l'essentiel de la baisse survenue pendant cette décennie-là. Le fait que la plupart des groupes de population aient connu une certaine baisse de la fécondité tend à montrer l'existence de certains stimulants sous-jacents allant dans le sens d'un ajustement du comportement procréateur auxquels les individus ont réagi. Comme indiqué plus haut, étant donné que le début de la baisse de la fécondité avait coïncidé avec la période de ralentissement de l'activité économique au Nigéria (caractérisée par des taux de chômage élevés, des difficultés s'agissant de répondre aux aspirations en matière d'instruction pour ses propres enfants à la suite de l'augmentation de la part des dépenses d'instruction à la charge des parents, la dévaluation de la monnaie qui avait entraîné une augmentation des prix des biens essentiels, et un retrait partiel des subventions de l'État à la santé et à un grand nombre de services sociaux), Makinwa-Adebusoye et Feyisetan (*op. cit.*) avaient conclu que les crises économiques aux niveaux sociétal et individuel avaient dû contribuer à la décision d'ajourner les naissances ou de mettre fin à la procréation. Dans son étude des Yoruba du sud-ouest du Nigéria, Orubuloye (1998) a également cité les difficultés économiques comme principal facteur déterminant la baisse de la fécondité. Le fait que la baisse s'observe davantage dans le sud que dans le nord tient peut-être au fait que le rythme des changements des facteurs qui provoquent la baisse ou les réactions des individus à leur impact contribue davantage à la baisse de la fécondité dans le premier que dans le second.

⁸ L'ajournement de la naissance suivante a été déduit d'une tendance à l'allongement de la durée moyenne des intervalles génésiques au cours des périodes précédant l'enquête de 1990. Makinwa-Adebusoye et Feyisetan (*op. cit.*) ont noté que dans les périodes de 16 à 20 ans et de 11 à 15 ans précédant l'enquête de 1990, la probabilité de passage d'un rang de naissance à un autre était élevée et les courbes de probabilité étaient assez ouvertes, ce qui s'expliquait par une absence de régulation délibérée de la fécondité. Toutefois, dans les cinq ans précédant immédiatement l'enquête, on observait une réduction de la proportion de femmes effectuant le passage d'une parité à la suivante, surtout après la cinquième naissance. La réduction de la proportion effectuant le passage d'une naissance à la suivante était plus forte dans les zones urbaines, dans le sud, parmi les individus instruits et parmi les contracepteurs.

Les stimuli ont provoqué deux réponses: la première est l'ajournement de la naissance suivante, en particulier par les jeunes femmes, et la seconde est la réduction de la proportion de femmes effectuant le passage d'une parité à la suivante (tableau 4)⁸. Au niveau national, la fécondité baissait plus rapidement parmi les jeunes femmes de moins de 20 ans et les femmes âgées d'au moins 35 ans. Ce schéma de baisse selon l'âge confirme la validité de la thèse d'un ajournement des naissances par les jeunes femmes de

Tableau 3
Taux de fécondité par âge (pour 1 000 femmes) et fécondités cumulées pour la période de cinq ans précédant les EDSN de 1990 et de 1999

Caractéristiques du milieu		Âge de la femme						FC 15-44	FC 15-49	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44			45-49
Lieu de résidence										
Zones urbaines	1999	75	193	231	211	114	53	21	4,4	4,5
	1990	90	216	278	225	144	66	41	5,1	5,3
	Variation en %	-16,7	-10,6	-16,9	-6,2	-20,8	-19,7	-48,8	-13,7	-15,1
Zones rurales	1999	126	233	243	233	150	78	25	5,3	5,4
	1990	167	285	280	235	174	103	74	6,2	6,6
	Variation en %	-24,6	-18,2	-13,2	-0,9	-13,8	-24,3	-66,2	-14,5	-18,2
Région										
Sud-est	1999	50	165	233	250	145	64	22	4,5	4,6
	1990	106	268	302	230	174	78	48	5,8	6,0
	Variation en %	-52,8	-38,4	-22,8	8,7	-16,7	-17,9	-54,2	-22,4	-23,3
Sud-ouest	1999	57	198	241	204	114	57	27	4,4	4,5
	1990	69	223	293	238	189	82	82	5,5	5,9
	Variation en %	-17,4	-11,2	-17,7	-14,3	-39,7	-30,5	-67,1	-20,0	-23,7
Nord-est	1999	204	282	277	272	182	117	27	6,7	6,8
	1990	202	299	277	242	156	120	61	6,5	6,8
	Variation en %	1,0	-5,7	0,0	12,4	16,7	-2,5	-55,7	3,1	0,0
Nord-ouest	1999	206	296	244	258	150	90	46	6,2	6,5
	1990	216	269	243	219	145	116	86	6,0	6,5
	Variation en %	-4,6	10,0	0,4	17,8	3,4	-22,4	-46,5	3,3	0,0
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	1999	222	292	251	222	143	74	23	6,0	6,1
	1990	213	283	270	225	172	102	68	6,3	6,7
	Variation en %	4,2	3,2	-7,0	-1,3	-16,9	-27,5	-66,2	-4,8	-9,0
Études primaires	1999	115	250	265	242	148	69	20	5,4	5,5
	1990	142	310	325	264	164	82	68	6,4	6,8
	Variation en %	-19,0	-19,4	-18,5	-8,3	-9,8	-15,9	-70,6	-15,6	-19,1
Études secondaires et supérieures	1999	37	146	209	220	112	54	38	3,9	4,1
	1990	65	187	250	204	104	27	79	4,2	4,6
	Variation en %	-43,1	-21,9	-16,4	7,8	7,7	100,0	-51,9	-7,1	-10,9
Utilisation de la contraception										
Jamais utilisé	1999	114	232	242	232	139	74	24	5,2	5,3
	1990	152	281	278	233	170	98	71	6,1	6,4
	Variation en %	-25,4	-17,4	-13,1	-0,6	-18,2	-25,2	-66,9	-14,8	-17,2
Utilisée à un moment ou à un autre	1999	138	248	275	195	233	29	**	5,6	5,6
	1990	146	189	308	196	184	89	**	5,6	5,6
	Variation en %	-6,0	31,1	-10,8	-0,5	27,0	-67,9	**	0,0	0,0
Total										
	1999	111	220	239	226	138	71	24	5,0	5,1
	1990	145	267	279	232	167	96	68	5,9	6,3
	Variation en %	-23,4	-17,6	-14,3	-2,6	-17,4	-26,0	-64,7	-15,3	-19,0

moins de 20 ans et d'une augmentation de la proportion de femme d'au moins 35 ans qui cessaient de procréer (ou une réduction de la proportion de femmes passant d'une parité à la suivante dans les cinq ans). Le fait que la fécondité baisse parmi tous les groupes d'âges renforce la thèse de Caldwell *et al.*, (1992) selon laquelle la transition africaine de la fécondité sera caractérisée par des baisses de fécondité à tous les âges, chez les femmes mariées ou non. La raison en est que les jeunes femmes adultes essaient d'éviter la gros-

sesse et le mariage et que les efforts accomplis par les femmes plus âgées pour espacer les naissances continueront d'être un élément moteur important dans la transition. Le rythme de la baisse de la fécondité était presque le même dans les zones urbaines et les zones rurales (tableau 3). Parmi les régions, la baisse a été la plus rapide dans le sud-ouest et la plus lente dans le nord-ouest et le nord-est. On a observé une corrélation positive entre la réduction de la fécondité et le niveau d'instruction. La présente étude doit retenir l'observation selon laquelle la fécondité est plus faible dans les zones urbaines, parmi les contraceptrices et les femmes instruites dans les deux périodes considérées. L'apparition d'écart socioéconomiques marqués de fécondité est considérée comme un catalyseur de la baisse de la fécondité, sinon comme une condition préalable à cette baisse. Il convient toutefois de noter que la baisse générale de la fécondité correspond pour l'essentiel à la baisse observée dans le sud.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ AU NIGÉRIA

En dépit de la pénurie de données, nous avons tenté de démontrer qu'une baisse soutenue de la fécondité avait commencé, même si elle était encore limitée à certains segments de la population, peu avant 1990. Quels sont les facteurs qui ont contribué à la baisse de la fécondité et comment ces facteurs sont-ils susceptibles d'évoluer avec le temps? Quelles pourraient être les conséquences de cette évolution pour le Nigéria? Telles sont les questions auxquelles la présente section est consacrée.

Souhais en matière de fécondité

Pour que les baisses de fécondité soient durables, des changements doivent se produire au niveau des normes de fécondité dans le sens d'une réduction de la dimension de la famille. Les normes de fécondité, qui correspondent généralement à la demande d'enfants,

Tableau 4
Durée moyenne des intervalles génésiques selon l'âge à la naissance de l'enfant précédent et la période précédant l'enquête pendant laquelle l'enfant précédent est né, Nigéria, 1990^a

Âge en années à la naissance de l'enfant précédent	Période précédant l'enquête pendant laquelle l'enfant précédent est né	Passage d'une parité à la suivante				
		1-2	2-3	3-4	4-5	5-6
Moins de 15 ans	0-3 ans	31,82	^b	^b	^b	^b
	4-7 ans	30,98	^b	^b	^b	^b
	Au moins 8 ans	28,10	^b	^b	^b	^b
15-19	0-3 ans	31,42	32,80	31,29	^b	^b
	4-7 ans	29,98	28,88	31,73	29,96	^b
	Au moins 8 ans	27,02	26,87	26,02	26,04	^b
20-24	0-3 ans	29,18	31,57	32,03	32,44	29,73
	4-7 ans	28,77	29,17	27,95	30,25	31,03
	Au moins 8 ans	27,44	27,46	26,91	27,29	25,86
25-29	0-3 ans	34,60	42,13	33,83	35,87	32,92
	4-7 ans	39,96	32,17	29,76	31,37	30,73
	Au moins 8 ans	28,86	28,33	28,07	28,78	27,39
30-34	0-3 ans	^b	32,98	31,83	35,26	36,62
	4-7 ans	^b	48,64	35,09	34,52	36,47
	Au moins 8 ans	^b	26,62	29,85	28,72	30,18
Au moins 35 ans	0-3 ans	^b	^b	45,00	39,75	42,63
	4-7 ans	^b	^b	26,71	32,14	37,41
	Au moins 8 ans	^b	^b	32,15	25,25	34,48

Source: Makinwa-Adebusoye et Feyisetan.

- ^a Les durées médianes ont été obtenues en ajustant les données d'EDSN à l'aide des modèles de survie.
- ^b Indique une cellule où les cas sont trop peu nombreux

sont le plus souvent évaluées par le nombre d'enfants désiré dans le contexte social et économique du moment. Cette demande est parfois influencée par le nombre d'enfants vivants, mais les schémas de changements et les écarts de fécondité fournissent parfois des indications fort utiles sur l'évolution probable de la fécondité. Conformément à la théorie de la transition démographique, on peut s'attendre à une baisse future de la fécondité lorsque les souhaits en matière de fécondité diminuent et deviennent très inférieurs à la fécondité effective. Les changements de la fécondité désirée expriment des changements qui seraient apparus au niveau de la fécondité réalisée si les souhaits s'étaient concrétisés dans un comportement. Pour formuler des prévisions sur l'avenir de la fécondité au Nigéria, il importe d'étudier les schémas de changement des normes de fécondité.

Le tableau 5 montre le pourcentage de femmes actuellement mariées qui ne voulaient pas avoir d'autres enfants ainsi que le nombre idéal moyen d'enfants en 1981/82, 1990 et 1999. Parmi les femmes ayant au moins trois enfants, le pourcentage par parité de femmes ne voulant plus avoir d'enfants a augmenté entre 1981/82 et 1999. Par exemple, le pourcentage de femmes ayant quatre enfants qui ne voulaient plus en avoir est passé de 5,4 en 1981/82 à 16,9 en 1990, (soit une augmentation d'environ 300 %) et à 22,6 en 1999 (soit une augmentation de plus de 400 %).

La tendance à la baisse de la demande d'enfants, que révèlent les pourcentages de femmes ne voulant plus d'enfants en 1981/82 et en 1990, a été renforcée par les données sur le nombre idéal moyen d'enfants (tableau 5), en particulier si l'on compare les données de 1981/82 et celles de 1999. Non seulement le nombre idéal moyen global d'enfants était plus faible en 1999 (6,7 en 1999 contre 8,36 en 1981/82), mais le nombre idéal moyen d'enfants par parité était inférieur toutes parités confondues en 1990. En ce qui concerne le niveau de 1990, il y a des raisons de penser qu'il s'agit d'un élément artificiel dû aux données. À la différence de 1981/82 et de 1999, dans l'EDSN de 1990, une nette majorité de femmes (61 %) ont donné une réponse non chiffrée à la question concernant le nombre idéal d'enfants. En revanche, dans l'EDSN de 1999, 18 % seulement des femmes ont donné une réponse non chiffrée à la question (CNP, 2000). Étant donné que la moyenne est calculée pour les femmes qui ont donné une réponse chiffrée et que la dimension de la famille désirée par les femmes qui ont donné une réponse non chiffrée semble devoir être supérieure à la moyenne de la population (Bongaarts, 1992), le niveau moyen observé en 1990 est une sous-estimation de la valeur véritable.

En l'absence du biais de sélection associé à l'EDSN de 1990 dont il a été question plus haut, il est très probable que les données de 1990 et de 1999 auraient fait apparaître une baisse du nombre idéal d'enfants entre les deux périodes. Deux observations militent

Tableau 5
Pourcentage de femmes actuellement mariées ne voulant plus avoir d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Pourcentage de femmes ne voulant plus avoir d'enfants			Nombre idéal moyen		
	EMF 1981-82	EDSN 1990	EDSN 1999	EMF 1981-82	EDSN 1990	EDSN 1999
0	3,6	1,4	2,2	7,7	5,5	6,6
1	2,5	3,3	1,0	7,9	5,6	6,2
2	2,2	5,1	5,1	7,6	5,7	6,2
3	4,4	8,8	11,0	8,1	6,1	6,2
4	5,4	16,9	22,6	8,3	6,0	6,5
5	6,7	24,0	32,5	9,0	7,1	7,1
6 ^a	6,7	44,3	53,0	9,5	7,2	7,8
7	8,8			9,9		
8	23,0			10,6		
9+	24,4			12,6		
Total	5,0	15,4	19,6	8,4	6,2	6,7

Source : Données sur 1981-1982 tirées de BNP/EMF, 1984, L'enquête sur la fécondité au Nigéria, 1981/82: Rapport principal, vol. 1, Méthodologie et conclusions, tableaux 6.3 et 6.8; données sur 1990 tirées de FOS/IRD/Macro, 1992, Enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria, 1990, tableaux 6.3 et 6.5; données sur 1999 tirées de Commission nationale de la population, 2000, Enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria, 1999, tableaux 6.4 et 6.6

^a Les données pour les EDSN de 1990 et 1999 correspondent à un nombre d'enfants au moins égal à 6.

en faveur d'une baisse continue de la demande d'enfants entre 1990 et 1999. La première est la concordance de la relation entre le pourcentage de femmes ne voulant plus d'enfants et le nombre idéal moyen d'enfants aux deux dates considérées. La seconde est que les fécondités cumulées voulues (FCV) ont baissé d'un enfant ou de 17 % entre les deux périodes — passant de 5,8 à 4,8 (tableau 6). Par ailleurs, la baisse de la FCV est observée parmi les résidents des zones urbaines et des zones rurales et pour toutes les régions, à l'exception du nord-est.

Les micro-études révèlent une diminution du nombre d'enfants désiré après 1990, en particulier dans le sud-ouest, en montrant que le nombre moyen était inférieur à cinq entre 1996 et 1997 (Orubuloye, *op. cit.*; Feyisetan, 1998). À Ado-Ekiti, Orubuloye a constaté que le nombre moyen d'enfants désiré est de 4,5 (2,4 garçons et 2,1 filles). Au sujet de la question du nombre idéal d'enfants par femme, Feyisetan a constaté que la moyenne de l'État d'Ondo est de 4,3⁹ et Orubuloye a constaté que la moyenne d'Ado-Ekiti était de 4,6. Ces chiffres sont nettement inférieurs au nombre moyen d'enfants souhaité par les femmes du sud-ouest en 1990.

On s'attend à ce que les baisses de fécondité désirée diminuent la fécondité effective (Sathar et Casterline, 1998), surtout si ces baisses sont associées à une augmentation de l'utilisation de la contraception. Même s'il n'y a pas encore eu de baisse considérable de la fécondité, la tendance observée à la baisse de la dimension de la famille désirée¹⁰ donne des raisons de prévoir de futures baisses de la fécondité au Nigéria.

Mariage

Le rôle du mariage dans la détermination des niveaux de fécondité dans les sociétés où la procréation est pour l'essentiel confinée dans le mariage est bien établi¹¹. Les changements de la proportion des femmes mariées ainsi que l'augmentation de l'âge au mariage ont été présentés comme l'un des facteurs responsables de la baisse de la fécondité dans certains pays d'Afrique du Nord (Fargues, 1989; National Research Council, 1982). En analysant les facteurs responsables des écarts de fécondité observés entre groupes de population au Nigéria, Makinwa-Adebusoye et Feyisetan (*op. cit.*) ont, en utilisant le cadre de Bongaarts (Bongaarts, 1978), conclu que le mariage était le deuxième facteur par ordre d'importance. Pour l'ensemble du pays, l'effet d'inhibition de la fécondité exercé par le mariage est de 25 %. Là encore, la valeur nationale masque de grandes différences selon les régions (45 % dans le sud-ouest, 41 % dans le sud-est, 9 % dans le nord-ouest et 8 % dans le nord-est), selon le niveau d'instruction (9 % parmi les femmes non instruites; 29 % parmi les femmes ayant fait des études secondaires; et 54 % parmi les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures) et entre les zones rurales et les zones urbaines

⁹ Le nombre idéal moyen déclaré par les maris est de 4,1.

¹⁰ La tendance observée à la baisse de la fécondité ne semble pas devoir s'inverser, à moins que la mortalité postinfantile n'augmente. Le ralentissement de l'activité économique au Nigéria a constitué la justification de la réduction de la dimension de la famille.

¹¹ On a observé qu'un très fort pourcentage de maternités ont lieu en dehors du cadre légal du mariage dans les sociétés africaines (Lesetedi *et al.*, 1989) et qu'il est parfois difficile de connaître le moment où un mariage a été effectivement consommé (Feyisetan et Pebley, 1989; Meekers, 1992).

Tableau 6
Écart entre les fécondités cumulées et les fécondités cumulées voulues dans les EDSN de 1990 et de 1999

Caractéristiques du milieu	EDSN de 1990				EDSN de 1999			
	FC	FC voulues	Variation absolue	Variation en %	FC	FC voulues	Variation absolue	Variation en %
Lieu de résidence								
Zones urbaines	5,0	4,8	-0,2	-4,0	4,5	4,2	-0,3	-6,7
Zones rurales	6,3	6,1	-0,2	-3,2	5,4	5,1	-0,3	-5,6
Région								
Sud-est	5,6	5,2	-0,4	-7,1	4,6	4,2	-0,4	-8,7
Sud-ouest	5,5	5,2	-0,3	-5,5	4,5	4,2	-0,3	-6,7
Nord-est	6,5	6,2	-0,3	-4,6	6,8	6,4	-0,4	-5,9
Nord-ouest	6,6	6,6	0,0	0,0	6,5	6,0	-0,5	-7,7
Total	6,0	5,8	-0,2	-3,3	5,2	4,8	-0,4	-7,7

(21 % dans les premières et 36 % dans les secondes)¹². En dépit de l'augmentation des grossesses d'adolescentes et de la fécondité des adolescentes, la majorité des naissances se produisent encore au sein du mariage.

On peut alors s'interroger sur l'évolution des schémas de nuptialité au Nigéria. En premier lieu, la proportion des femmes mariées décroît. Pour l'ensemble des femmes, elle a baissé de 10,6 % (descendant de 78,4 % à 70,1 %) entre 1990 et 1999. En deuxième lieu, la prévalence des unions polygynes¹³ diminue et les modes de vie sont en train de changer. La proportion des femmes vivant dans le cadre d'une union polygyne a baissé de 5,4 % pour l'ensemble des femmes entre 1990 et 1999. Mais cette différence est très supérieure pour certains groupes de population : elle est de 33,6 % pour les femmes du sud-est et de 18,9 % pour celles du nord-est. À la différence du passé, un nombre considérable d'hommes ayant au moins deux épouses ne les gardent plus sous le même toit. C'est particulièrement le cas des hommes vivant dans les centres urbains, qui logent leurs épouses dans des endroits différents d'une même ville ou dans des villes différentes. Ce mode de vie pourrait entraîner une diminution de la fréquence des rapports sexuels et, de ce fait, une réduction de la fécondité. En troisième lieu, l'âge au mariage tend à augmenter : parmi les femmes âgées de 25 à 49 ans, l'âge médian au mariage a augmenté de 1 an ou de 7 % entre 1990 et 1999. Là encore, la moyenne nationale masque de grandes différences parmi les régions et entre les zones urbaines et les zones rurales. L'âge au mariage est plus avancé dans les zones urbaines et parmi les femmes des régions méridionales. Ces exemples d'écart donnent lieu de penser que l'on peut s'attendre à une nouvelle augmentation de l'âge au mariage à mesure que la population s'urbanisera davantage¹⁴ et que le niveau d'instruction des femmes s'améliorera. On a également constaté que la situation économique actuelle au Nigéria, dont l'amélioration pourrait ne pas se concrétiser immédiatement par une amélioration de la vie d'une plus grande proportion de la population, favorisait une augmentation de l'âge au mariage. Les crises économiques ont rendu plus difficile (que cela n'était le cas dans les années 70 et 80) pour les hommes de mobiliser les ressources nécessaires pour remplir leurs obligations au titre du mariage et de la procréation. Orubuloye (*op. cit.*) a relevé une prolongation générale du célibat, beaucoup de garçons et de filles ajournant leur mariage afin de consolider leur carrière et leur capacité de gagner leur vie. En outre, la volonté affirmée de s'instruire contribue à la prolongation du célibat parmi de nombreux garçons et filles.

Utilisation de la contraception

L'effet d'inhibition de la fécondité exercé par la contraception a été mis en évidence par plusieurs études (voir Westoff et Bankole, 2001). Quoique assez peu important à l'heure actuelle en raison d'une faible prévalence et de l'utilisation fréquente de méthodes moins efficaces, conformément à l'expérience d'autres pays (Westoff, 1990, Ross et Frankenberg, 1993, Cohen, 1998), cet effet devrait augmenter à mesure que se développera l'utilisation de la contraception¹⁵, surtout si l'on passe à des méthodes plus efficaces.

L'utilisation de la contraception, et en particulier des méthodes modernes, se développe au Nigéria depuis le début des années 80. Au moment de l'EMF de 1981/82, 6,2 % des femmes exposées au risque de procréation utilisaient la contraception; 0,7 % seulement d'entre elles utilisaient des méthodes modernes (efficaces). En 1990, 7,5 % de toutes les femmes et 6 % des femmes actuellement mariées utilisaient la contraception; parmi ces deux groupes, 3,8 % et 3,5 %, respectivement, utilisaient les méthodes modernes. En 1999, l'utilisation de la contraception avait sensiblement augmenté : 15,7 % de toutes les femmes utilisaient une méthode quelconque et environ 9 % utilisaient des méthodes modernes. Parmi les femmes mariées, l'utilisation de la contraception a augmenté de 155 % entre 1990 et 1999 : elle est passée de 6 % à 15,3 % (tableau 7). Par ailleurs, en 1999, environ 9 % des femmes mariées utilisaient des méthodes modernes. L'utilisation de la contraception a généralement été plus importante dans le sud (en particulier le sud-ouest), dans

¹² L'effet d'inhibition est plus marqué parmi les groupes de population où l'âge au mariage est plus élevé.

¹³ Comme on l'a indiqué plus haut, il arrive que la polygynie contribue à entretenir une fécondité élevée en mettant les coépouses en concurrence en ce qui concerne la procréation. La concurrence tend à devenir plus vive lorsque la proportion des biens léguables par le mari à une épouse et à ses enfants dépend du nombre d'enfants, en particulier de garçons (Feyisetan et Togunde, 1988).

¹⁴ La population urbaine du Nigéria s'est développée au fil des ans et continuera de le faire du fait de la surconcentration des établissements industriels et des infrastructures sociales dans les centres urbains. Le recensement réalisé en 1963 au Nigéria a indiqué que 19 % de la population vivaient dans les zones urbaines et l'EDSN de 1990 a donné le chiffre de 24,9 %, tandis que l'EDHS de 1999 a indiqué 31 %. Les femmes des centres urbains sont généralement plus instruites que les femmes rurales car les types d'emploi auxquels elles ont accès exigent des qualifications plus importantes. Comme elles restent plus longtemps à l'école, elles se marient généralement plus tard.

¹⁵ Cela sera vrai si la contraception est utilisée pour limiter les naissances et non pas simplement comme substitut d'autres méthodes traditionnelles ayant permis d'obtenir des intervalles génésiques adéquats.

¹⁶ Les exemples d'écart entre groupes de population montrent qu'au Nigéria l'utilisation de la contraception est en corrélation inverse avec la dimension de la famille souhaitée. Il découle de cette conclusion qu'une baisse soutenue de la fécondité souhaitée créera une augmentation de l'utilisation de la contraception, et surtout de ses méthodes plus efficaces. Ainsi, la demande de contraception devient-elle fonction davantage de la demande d'enfants (limitation) que de leur espacement.

les zones urbaines et parmi les femmes instruites¹⁶. Mais une augmentation de l'utilisation de la contraception a été constatée chez la plupart des groupes de population entre 1990 et 1999. Par exemple, l'utilisation de la contraception a augmenté de 233 % dans les zones rurales et de 76,6 % dans les zones urbaines. De même, une augmentation oscillant entre 55 et 167 % a été enregistrée dans les différentes régions (tableau 7).

Certains développements concernant la prestation de services de planification familiale devraient élargir l'accès à ces services. En premier lieu, la distribution de contraceptifs à l'échelon des établissements de soins est complétée par un programme de distribution à l'échelon de la collectivité, ce afin d'atteindre un plus grand nombre de personnes. Ce programme est exécuté dans de nombreuses régions du Nigéria, y compris au nord, qui manifeste la plus forte résistance aux services de planification familiale. En deuxième lieu, la participation des organisations non gouvernementales à la sensibilisation, à l'information et à la fourniture de conseils dans le domaine de la planification familiale et à la prestation des services correspondants s'est développée ces dernières années. En sus de répondre aux nombreux besoins non satisfaits en matière de contraception déjà recensés dans le pays, ces activités devraient permettre de créer une nouvelle demande de contraception. Par ailleurs, plusieurs ONG mettent des services de santé en matière de procréation à la disposition des adolescents et leur activité devrait avoir un impact sur les grossesses et la fécondité chez les adolescentes. En troisième lieu, l'intégration des services de planification familiale et de santé maternelle et infantile dans le cadre du système de soins de santé primaires multiplie les chances d'atteindre des clients potentiels. En quatrième lieu, des programmes ont été ou sont actuellement conçus, en particulier par des organisations non gouvernementales, pour associer les hommes aux activités de planification familiale. On a établi l'existence de niveaux assez élevés de participation des hommes à la planification familiale dans le sud-ouest et le sud-est (Feyisetan *et al.*, 1998). Avec la participation des hommes à la planification familiale, un obstacle de taille à l'adoption de la contraception aura été levé et on peut s'attendre à une augmentation de l'utilisation de la contraception. De plus, on a pu constater que l'utilisation des médias pour promouvoir la planification familiale était

Tableau 7
Déterminants immédiats de la fécondité et leurs indices, Nigéria, 1990 et 1999

Caractéristiques du milieu	Année	Lieu de résidence		Région de résidence				Total
		Urbain	Rural	Sud-est	Sud-ouest	Nord-est	Nord-ouest	
Pourcentage de femmes mariées	1999	55,4	60,9	41,2	55,7	79,3	73,3	70,1
	1990	67,5	82,0	65,0	67,2	92,6	92,5	78,4
	Variation en %	-17,9	-25,7	-36,6	-17,1	-14,4	-20,8	-10,6
Pourcentage de polygynie	1999	30,9	37,7	20,2	34,6	40,3	41,0	38,7
	1990	33,6	42,9	30,4	38,4	49,7	43,6	40,9
	Variation en %	-8,0	-12,1	-33,6	-9,9	-18,9	-6,0	-5,4
Âge médian au premier mariage ^a	1999	19,4	17,3	20,2	20,2	14,7	15,1	18,3
	1990	19,0	16,3	18,3	19,7	15,4	15,2	17,1
	Variation en %	2,1	6,1	10,4	2,5	-4,5	-0,7	7,0
Pourcentage utilisant la contraception	1999	23,4	12,0	23,5	26,2	3,2	3,1	15,3
	1990	14,8	3,6	8,8	15,0	1,2	2,0	6,0
	Variation en %	58,1	233,3	167,0	74,7	166,7	55,0	155,0
Durée moyenne de l'immunité postpartum	1999	12,4	16,7	12,9	13,8	17,2	16,1	15,5
	1990	15,1	19,9	15,9	17,0	19,9	21,2	19,0
	Variation en %	-17,9	-16,1	-18,9	-18,8	-13,6	-24,1	-18,4
Indice d'aménorrhée postpartum (Ci) ^b	1990	0,52	0,48	0,52	0,5	0,47	0,48	0,49
Indice de contraception (Cc) ^b	1990	0,86	0,97	0,92	0,86	0,99	0,98	0,95
Indice de mariage (Cm) ^b	1990	0,64	0,79		0,55	0,91	0,92	0,75

^a Calculé pour les femmes âgées de 25 à 49 ans.

^b Obtenu de Makinwa-Adebusoye et Feyisetan (*op. cit.*).

efficace pour ce qui est de modifier le comportement procréateur au Nigéria (Bankole *et al.*, 1999). Ainsi, l'utilisation continue des médias aux fins de l'information, l'éducation et la diffusion dans le domaine de la planification familiale est-elle susceptible de déboucher sur de nouveaux progrès dans l'utilisation de la contraception dans le pays.

Variables postpartum : allaitement, aménorrhée postpartum et continence postpartum

L'allaitement est universel au Nigéria et les femmes allaitent leurs enfants et s'abstiennent de tous rapports sexuels pendant une assez longue période. Le plus souvent, les mères n'ont pas de rapports sexuels pendant l'allaitement¹⁷. On sait que l'allaitement et l'ajournement de la reprise des rapports sexuels allongent la durée de l'aménorrhée. L'étude des facteurs responsables des écarts de fécondité entre groupes de population au Nigéria révèle que la stérilité postpartum a l'effet d'inhibition sur la fécondité cumulée le plus important (Makinwa-Adebusoye et Feyisetan, *op. cit.*). Malheureusement, à la différence du mariage et de la contraception, il existe une corrélation négative entre la durée de l'immunité postpartum et le niveau d'instruction, et cette durée est plus faible en milieu urbain. Ainsi peut-on présumer que la durée de l'immunité postpartum diminuera avec la modernisation. Jusqu'à présent, on n'a pas constaté de diminutions importantes de cette durée et les campagnes récentes en faveur d'une longue période d'allaitement pour mieux garantir la santé de l'enfant pourraient même inverser toute tendance à la baisse¹⁸. Entre 1990 et 1999, la durée moyenne de l'immunité postpartum a baissé de 3 mois, cette différence ne semblant pas varier beaucoup entre les zones rurales et les zones urbaines ou selon les régions (tableau 7). De plus, l'augmentation de l'utilisation de la contraception aux fins de limitation des naissances (et non pas seulement en tant que substitut des méthodes traditionnelles d'espacement) pourrait rendre négligeable l'effet d'accroissement de la fécondité exercé par la diminution de la période d'immunité postpartum¹⁹.

Avortement

L'impact de l'avortement sur la fécondité a lui aussi été établi. Une augmentation du taux d'avortements s'est le plus souvent accompagnée d'une baisse de la fécondité, en particulier parmi les populations à fécondité élevée ou moyenne. Les données relatives à l'avortement sont très fragmentaires au Nigéria car cette intervention est illégale. Henshaw *et al.* (1998) ont calculé l'incidence de l'avortement provoqué au Nigéria en 1996. Les résultats montrent que, chaque année, les Nigériennes vont pratiquer quelque 610 000 avortements, soit un taux de 25 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. On estime qu'environ 40 % des avortements sont pratiqués par des médecins dans des établissements de santé, tandis que les autres sont pratiqués par des non-médecins. Il est difficile de préciser exactement l'incidence de l'avortement au Nigéria, mais les données tirées d'études réalisées dans les établissements de santé tendent à indiquer qu'elle a augmenté avec le temps. Malheureusement, parce qu'il s'agit d'une intervention illégale excepté sous certaines conditions, un fort pourcentage d'avortements sont pratiqués par des personnes non qualifiées qui n'encouragent leurs clientes à obtenir des soins médicaux modernes qu'en cas de complications. Nous n'avons aucune raison de penser que l'incidence de l'avortement baissera au Nigéria dans un avenir proche, qu'il soit légalisé ou non. Bien au contraire : la réduction continue de la dimension de la famille créera une demande supérieure de services d'avortements à moins que les services de planification familiale ne soient sensiblement améliorés pour pouvoir répondre à la demande.

Autres facteurs

Quels sont les autres facteurs de nature à orienter l'avenir de la fécondité au Nigéria? On a recensé plusieurs facteurs socioéconomiques ayant un effet indirect sur la fécondité. On fera brièvement ici un sort particulier à deux d'entre eux : le niveau d'instruction des

¹⁷ Voir Feyisetan (1990) pour une analyse des croyances traditionnelles sur la lactation et la continence postpartum chez les Yoruba du Nigéria.

¹⁸ Un retour à la pratique d'un allaitement de longue durée peut être rendu inévitable par le fait que beaucoup de mères n'ont pas les moyens d'acheter des substituts du lait maternel.

¹⁹ Selon les deux EDSN, la proportion des femmes actuellement mariées qui utilisent la contraception aux fins de limitation des naissances a augmenté, passant de 2,7 % en 1990 à 4,6 % en 1999.

femmes et l'emploi des femmes. Des études ont montré que l'influence de l'instruction sur la fécondité varie beaucoup entre pays à niveaux d'instruction différents (Jejeebhoy, 1995; Ian Diamond *et al.*, 1999). Toutefois, dans la plupart des cas, il existe une corrélation négative entre le niveau d'instruction des femmes et la fécondité et l'on a recensé plusieurs modalités selon lesquelles le niveau d'instruction des femmes influe sur la fécondité. Au Nigéria, des études ont uniformément fait état d'une fécondité plus faible parmi les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures, ce qui implique qu'une augmentation importante du niveau d'instruction des femmes à ces niveaux d'enseignement s'accompagnera d'une baisse de la fécondité. La scolarisation des femmes à tous les niveaux d'enseignement a augmenté au fil des ans (FOS, 1997), et il n'y a aucune raison de s'attendre à une inversion de la tendance. Toutefois, on constate que l'augmentation est très variable selon les régions.

La participation des femmes au marché du travail a également progressé au Nigéria. Toutefois, l'amenuisement des perspectives d'emploi réduit l'impact de l'emploi sur la fécondité. On a le plus souvent constaté que les femmes ayant un emploi dans le secteur structuré avaient moins d'enfants²⁰, mais on relève également une corrélation entre le chômage et la fécondité faible. Comme dans le cas des hommes, le fait d'être au chômage dénie aux femmes l'accès aux ressources qui leur permettraient de penser au mariage et aux enfants dès la fin de leurs études. Elles sont donc contraintes de prolonger leur célibat et d'ajourner la procréation afin de consolider leur capacité de gagner leur vie. Les ressources des hommes leur permettant de moins en moins de faire face aux besoins du ménage, ceux-ci sont de plus en plus nombreux à présent à rechercher comme partenaires des femmes ayant un emploi, ce qui réduit les chances de mariage pour les femmes au chômage.

Que nous réserve l'avenir? On a procédé à une analyse approfondie des tendances récentes de la fécondité et de ses déterminants afin de guider notre évaluation de l'avenir de la fécondité au Nigéria. Jusqu'à présent, notre analyse a semblé indiquer une conclusion: une baisse soutenue de la fécondité a démarré au Nigéria et une nouvelle baisse est imminente. Mais certaines questions pertinentes n'ont pas encore trouvé de réponses: « À quelle vitesse la fécondité va-t-elle baisser, jusqu'où descendra-t-elle avant de se stabiliser et en combien de temps atteindra-t-elle le point de stabilisation? Pour répondre à ces questions, nous allons évaluer deux projections récentes concernant le Nigéria.

L'AVENIR DE LA FÉCONDITÉ AU NIGÉRIA

Quand peut-on dire qu'une transition en matière de fécondité est achevée? Combien de temps faut-il pour y parvenir? Qu'est-ce qui détermine le niveau auquel la fécondité se stabilise en fin de transition? Habituellement, on considère que la transition en matière de fécondité est achevée lorsqu'il y a ralentissement de la baisse de fécondité ou stabilisation du niveau de fécondité après des années de baisse continue. On présume généralement qu'un seuil de remplacement d'environ 2,1 naissances par femme finira par s'imposer à long terme, les théories démographiques n'ont pas précisé le niveau de fécondité qui sera atteint en fin de transition²¹. Les niveaux de fécondité avaient atteint le seuil de remplacement de 2,1 naissances par femme dans plusieurs pays développés lorsque les transitions en matière de fécondité s'y sont achevées. En fait, dans plusieurs de ces pays, les niveaux de fécondité sont inférieurs à ce seuil. À propos de la question de savoir combien de temps il faut pour achever une transition en matière de fécondité, l'expérience des pays développés a montré que la durée est fonction du rythme de la baisse de la fécondité et du niveau auquel la fécondité finit par se stabiliser. Le rythme de la baisse dépend de la vitesse de l'évolution des facteurs immédiats et sociaux analysés plus haut, tandis que le niveau auquel la fécondité finit par se stabiliser est fonction de la valeur que la société et l'individu accordent aux enfants en eux-mêmes, valeur qui est déterminée par ce qu'ils considèrent être les coûts et avantages relatifs des enfants.

En tentant d'établir le niveau auquel nous pensons que la fécondité au Nigéria va se stabiliser lorsque la transition en cours sera achevée, nous avons bien conscience que,

²⁰ On explique généralement ce phénomène en mettant en avant l'incompatibilité entre leur travail et l'éducation des enfants.

²¹ Dans la mesure où le nombre de naissances nécessaires pour atteindre le seuil de remplacement dépend aussi de la table de mortalité, il est plus approprié de considérer le seuil de remplacement comme 2,1 enfants survivants par femme.

comme dans plusieurs sociétés africaines, la fécondité au Nigéria plonge ses racines dans des convictions et pratiques culturelles. Elle est également influencée par la situation en matière de mortalité. Il faut examiner plusieurs questions avant de pouvoir procéder à une évaluation adéquate de son niveau futur. L'observation faite par Wolfgang (1996, p. 46) selon laquelle il est difficile de prévoir ce que sera le niveau de la fécondité au moment de l'achèvement d'une transition en matière de fécondité dans les pays en développement s'applique au Nigéria. Il est difficile non seulement de connaître à l'avance ce niveau final, mais aussi de prévoir la vitesse de la baisse avec un degré d'exactitude élevé.

Ce n'est pas la première fois que l'on tente d'établir des projections concernant la fécondité future du Nigéria. On a établi des projections de fécondité pour ce pays et elles ont fait l'objet de révisions selon les besoins. On ne se propose pas ici de présenter de nouvelles séries de projections de fécondité. Notre propos est plutôt d'évaluer deux projections de fécondité récemment établies pour le Nigéria (tableau 8). La première est la révision de 1998 de la projection de l'Organisation des Nations Unies et la seconde est la projection établie en 1997 par la Commission nationale de la population (NPC) à Lagos (Nigéria). Comme à l'accoutumée, les projections de l'Organisation des Nations Unies proposaient trois scénarios pour le Nigéria, fondés sur un taux de fécondité élevé, moyen et faible. Les trois scénarios diffèrent par le niveau de fécondité au début de la période de projection et par le rythme de baisse postulé. À partir d'une FC de 5,55 pour la période 1995-2000, le scénario de l'ONU reposant sur la variante élevée prévoit que la FC sera descendue à 2,6 en 2050, date à laquelle un seuil de remplacement n'aura pas été atteint. Selon le scénario reposant sur la variante moyenne, généralement censée se rapprocher le plus de l'expérience d'un pays en matière de fécondité, la fécondité du Nigéria aura atteint un seuil de remplacement correspondant à une FC de 2,20 en 2040. À partir d'une FC de 5,00 pour la période 1995-2000, le scénario reposant sur la variante de fécondité faible prévoit que la fécondité aura atteint un seuil de remplacement correspondant à une FC de 2,28 vers 2030 et que la fécondité descendra au-dessous du seuil de remplacement avant que la transition ne s'achève (Organisation des Nations Unies, 1998).

En ce qui concerne les projections de la Commission nationale de la population, les données relatives à la fécondité étaient fondées sur les taux bruts de reproduction (TBR)

Tableau 8
Projections de la fécondité du Nigéria

Période	Organisation des Nations Unies, 1998			Commission nationale de la population, 1997		
	Élevée	Moyenne	Faible	Élevée	Moyenne	Faible
1990-1995				5,73	5,71	5,68
1995-2000	5,55	5,15	5,00	5,45	5,39	5,29
2000-2005	5,16	4,74	4,55	5,18	5,07	4,91
2005-2010	4,76	4,34	4,09	4,91	4,74	4,52
2010-2015	4,37	3,93	3,64	4,63	4,42	4,13
2015-2020	3,98	3,52	3,19	4,35	4,09	3,74
2020-2025	3,58	3,12	2,73 (1,15)	4,07	3,77	3,35
2025-2030	3,19	2,71 (1,18)	2,28 (0,99)	3,8	3,45	2,97
2030-2035				3,52	3,13	2,54
2035-2040	2,70	2,20 (0,99)	1,71 (0,77)	3,24	2,8	2,19
2040-2045				2,97	2,48	
2045-2050	2,60 (1,20)	2,10 (0,97)	1,60 (0,74)	2,96	2,16	
2050-2055				2,41		
2055-2060				2,13		

obtenus en appliquant un rapport de masculinité de 1,002 aux FC calculées à partir de l'enquête de vérification du recensement de 1991 (NPC, 1997). Trois scénarios de fécondité ont également été prévus et la projection a commencé avec la période 1990-1995. Selon la variante élevée, la FC, établie à 5,73 pour la période 1990-1995, devait atteindre 5,45 au cours de la période 1995-2000 et un seuil de remplacement de 2,13 au bout de 70 ans (vers 2060). Selon le scénario reposant sur la variante moyenne, la FC, de 5,39 pendant la période 1995-2000, atteindrait un seuil de remplacement correspondant à 2,16 naissances par femme au bout de 60 ans (vers 2050). Selon la projection établie à partir de la variante faible, la fécondité devrait atteindre un seuil de remplacement correspondant à une FC de 2,19 au bout de 50 ans (vers 2040). Des projections ont également été établies pour chaque État du Nigéria.

En sus de la différence de période de projection initiale, les deux projections diffèrent essentiellement par le rythme de baisse postulé. En ce qui concerne la NPC, les projections postulaient un rythme de baisse plus lent pour tous les scénarios, ce qui explique pourquoi leurs dates cibles d'atteinte du seuil de remplacement étaient plus éloignées du début de la période de projection que dans le cas de l'ONU : les périodes calculées par la NPC au bout desquelles la fécondité devait atteindre les seuils de remplacement avaient 10 années de retard sur celle de l'ONU.

Ces projections présentent des fourchettes plausibles des niveaux futurs de fécondité. Selon les projections établies sur la base des variantes moyennes, la fécondité au Nigéria aura atteint un seuil de remplacement en 2040 ou 2050²². L'hypothèse d'une baisse continue de la fécondité, que l'on retrouve dans les deux projections, est amplement justifiée : les trois conditions préalables de la baisse de fécondité sont réunies : les couples connaissent à présent la contraception; les méthodes sont « de plus en plus » disponibles; et le ralentissement de l'économie, avec pour corollaire l'augmentation du coût de l'éducation d'un enfant, a contribué à justifier une diminution de la taille des familles. Le redressement futur de l'économie ne semble pas devoir inverser la tendance à la diminution de la taille de la famille désirée car les couples et les individus en seront venus à mieux apprécier les avantages des familles peu nombreuses. La tendance à la baisse de la demande d'enfants ainsi que l'évolution des déterminants immédiats et sociaux analysés plus haut continueront de faire baisser la fécondité. Comme nos données l'ont montré pour le passé récent, la proportion de couples souhaitant avoir quatre enfants au maximum continuera de grossir.

Mais pouvons-vous présumer que le niveau général de la fécondité au Nigéria baissera aussi rapidement que l'impliquent les projections vu l'environnement socioculturel et politique dans lequel ces baisses sont attendues? S'il ne s'agit pas de nier que le seuil de remplacement finira par être atteint, il est en revanche hautement improbable que le Nigéria ait atteint un seuil de remplacement aux dates cibles impliquées par les deux projections. Il est plus réaliste, pour les raisons indiquées ci-après, de considérer que la FC concernant l'ensemble du pays oscillera en 2050 entre 2,6 et 3.

Incertitudes concernant la survie de l'enfant

Les liens théoriques entre la mortalité infantile et postinfantile et la fécondité sont bien connus. L'accroissement des chances de survie de l'enfant est censé faire reculer la propension à « accumuler » ou « remplacer », deux mécanismes au moyen desquels les familles étaient considérées comme ayant garanti la réalisation de la dimension de la famille désirée. Tandis que l'accumulation, ou effet d'assurance, est conditionnée par l'idée générale que la société se fait des risques de mortalité, le remplacement correspond à la réaction des familles à l'expérience effective de la mortalité infantile (ou postinfantile). La validité des liens théoriques a assurément été difficile à confirmer dans l'analyse empirique; toutefois, les baisses de fécondité qui ont accompagné des réductions de la mortalité infantile et postinfantile dans plusieurs pays ont donné du crédit à ces hypothèses. En outre, le Groupe de travail sur les facteurs affectant l'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne (1993) a notamment noté ce qui suit :

²² Nous penchons plutôt pour la projection établie sur la base de la variante moyenne par la Commission nationale de la population car elle semble plus réaliste, en raison en particulier de son rythme de baisse plus lent. Toutefois, il est peu réaliste de supposer que la fécondité baissera à raison d'une proportion de naissances constante par période de projection à chaque niveau de fécondité. Vu le prix culturellement attaché à la procréation, il pourra être plus difficile d'enregistrer de nouvelles baisses une fois que la FC sera descendue à 3 que cela n'est le cas à présent, à moins que l'on ne mette en place des programmes destinés à rendre la liberté et la satisfaction individuelles plus importantes que la survie du groupe. En outre, le degré d'inégalité socioéconomique entre les régions ne saurait confirmer la validité de l'hypothèse selon laquelle la fécondité atteindra le seuil de remplacement simultanément dans toutes les régions.

« Si l'existence de corrélations positives entre la mortalité infantile et la fécondité ne prouve pas celle d'un lien de cause à effet, en raison de la possibilité d'une cause commune, nous considérons que les incertitudes qui pèsent sur la survie des enfants en Afrique reste l'une des plus fortes incitations à la fécondité élevée ».

Assurément, plusieurs pays ont obtenu des réductions importantes des niveaux de fécondité sans avoir enregistré une amélioration considérable des chances de survie des enfants. Dans ces pays, toutefois, les deux ont diminué simultanément. On ne peut, en revanche, citer aucun pays qui ait atteint un seuil de remplacement d'environ 2,1 naissances par femme tout en affichant des taux élevés de mortalité infantile. Tous les pays qui ont atteint (voire franchi) le seuil de remplacement avaient contrôlé les risques de mortalité infantile et les avaient maintenus à des niveaux peu élevés. Dans ces pays, les familles sont convaincues que leurs enfants ont de fortes chances de survivre, ce qui ôte sa raison d'être à la propension à accumuler.

Malheureusement, la situation au Nigéria est différente. Certaines familles sont encore aux prises avec des risques élevés de mortalité infantile et postinfantile et les données récentes ne permettent pas d'escompter une amélioration sensible dans ce domaine à l'avenir. Les projections de l'ONU font état d'une baisse continue de la mortalité infantile et postinfantile, mais les informations provenant d'autres sources ne permettent pas d'être aussi optimistes. Comme on peut le déduire du tableau 9, la baisse initiale de la mortalité infantile et postinfantile, qui semble avoir commencé dans les années 60, a cessé de progresser à des niveaux élevés. Les estimations du PNUD montrent que la mortalité des moins de cinq ans est supérieure à 190 pour 1 000 naissances depuis le début des années 90. Ces estimations confirment l'impression générale d'une augmentation de la mortalité infantile et postinfantile au Nigéria. Tandis que la baisse observée entre les années 60 et les années 80 pourrait avoir entraîné une réduction de l'accumulation jugée nécessaire par les familles pour réaliser la dimension de la famille désirée, l'absence de nouvelles baisses pourrait bloquer toute nouvelle réduction de l'accumulation et, par tant, de la fécondité. Un niveau élevé de mortalité infantile et postinfantile crée la peur de l'extinction, compensée par un grand nombre de naissances. Tant que les familles ne considéreront pas que leurs enfants ont de fortes chances de survie, elles continueront à avoir un excédent de naissances, retardant ainsi le moment où le seuil de remplacement pourra être atteint.

Tableau 9
Mesures de la mortalité au Nigéria

	Taux brut de mortalité	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité postinfantile	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Source
1965-1966	26,9	178			FOS, Lagos, Enquête nationale démographique par sondage sur les zones rurales, 1965-1966
1965-1969		109,7	202,2		NPB, Lagos, Enquête sur la fécondité au Nigéria, 1981/82
1970-1974		96,6	178,7		NPB, Lagos, Enquête sur la fécondité au Nigéria, 1981/82
1975-1979		84,8	144,5		NPB, Lagos, Enquête sur la fécondité au Nigéria, 1981/82
1986-1990		87,2	115,2	192,4	FOS, Lagos et IRD/Macro International Enquête démographique et sanitaire sur le Nigéria, 1990
1990-1995		86		147	ONU, Perspectives démographiques mondiales, 1998
1994		82		191a	PNUD, Rapport sur le développement humain, 1997
1996		114		19 ¹	PNUD, Rapport sur le développement humain, 1998
1995-1999		75,2	70,3	140,2	Commission nationale de la population, Lagos, Enquête démographique et sanitaire au Nigéria, 1999

^a Depuis 1995.

On ne sait pas sur quelles améliorations on pourrait compter dans le domaine de la survie de l'enfant au cours des prochaines années. La balle est dans le camp des politiques publiques. Face à la diminution du financement extérieur, le gouvernement doit accroître le pourcentage de ses dépenses de santé.

Épidémie de VIH/sida

L'apparition du VIH/sida a ajouté une nouvelle dimension à la situation. On n'a pas encore établi quel impact la maladie aura sur la fécondité. Selon des données initiales en provenance de l'Ouganda, l'infection pourra faire baisser la fécondité en raison de son impact sur les femmes en âge de procréer (Ntozi *et al.*, 2001). Selon cet argument, la mort et la maladie associées au VIH/sida parmi les femmes pourront faire baisser les taux de natalité. On a également indiqué que l'augmentation de la mortalité des adultes et des enfants liée au sida dans certains pays d'Afrique subsaharienne pourrait amener les couples à prendre conscience de la nécessité de limiter la procréation. Dans une étude qualitative réalisée auprès de Zimbabwéens et de Zimbabwéennes, « la plupart des personnes interrogées ont indiqué qu'elles auraient moins d'enfants du fait de ce qui était perçu comme une augmentation de la mortalité infantile et postinfantile » (Grieser *et al.*, 2001, p. 225). Par ailleurs, un grand nombre de personnes interrogées ont indiqué qu'elles voulaient limiter la procréation car elles s'inquiétaient de leur propre mortalité et de son impact sur les enfants. Mais, d'un autre côté, on peut soutenir que la peur de mourir du sida ou de perdre un enfant à cause du sida peut augmenter la fécondité, au moins à court terme.

Aussi, les jeunes qui pensent pouvoir contracter le VIH ou mourir du sida peuvent-ils décider de se marier de bonne heure et d'avoir des enfants le plus tôt possible. Par ailleurs, les couples qui craignent de perdre certains de leurs enfants à cause du sida peuvent décider d'avoir d'autres enfants à titre de stratégie d'assurance pour le cas où certains d'entre eux viendraient à mourir. Selon l'étude réalisée au Zimbabwe dont il a été question plus haut, cette possibilité a également été exprimée par les personnes interrogées. On s'est également aperçu au Zimbabwe et en Ouganda que certaines personnes peuvent décider d'avoir des enfants afin d'établir leur sérologie VIH (Ankrah, 1991). Encore relativement faible comparée à la situation de certains pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH au Nigéria semble augmenter. Une analyse récente des estimations de la prévalence du VIH au Nigéria [Panchaud *et al.*, (2000)] a indiqué que la prévalence nationale est passée de 1,4 % en 1991-1992 à 3,8 % en 1993-1994, à 4,5 % en 1995-1996 et à 5,4 % en 1999. Bien qu'ils ne soient pas faciles à obtenir, le nombre des décès dus au sida et le nombre des orphelins du sida doivent avoir régulièrement augmenté depuis le début des années 90 et devraient continuer de le faire, au moins dans un avenir prévisible. Encore que plus improbable que l'autre éventualité, le fait que la fécondité soit encore élevée dans le pays et que la perspective d'avoir au moins un enfant survivant y soit encore forte pourraient bloquer ou ralentir le processus de baisse.

Appui insuffisant du gouvernement au programme de planification familiale

Le fait que l'importance de la baisse future de la fécondité dépende de l'augmentation de la prévalence de la contraception ne fait aucun doute²³. Dans la quasi-totalité des pays qui ont enregistré une baisse importante des niveaux de fécondité (ou ont atteint les seuils de remplacement), le gouvernement avait apporté un soutien important aux programmes de régulation de la fécondité. Malheureusement, on ne peut pas en dire autant de celui du Nigéria aujourd'hui. Les services de planification familiale au Nigéria ont été largement tributaires des donateurs. La participation du gouvernement a été limitée à la fourniture de centres de distribution et de personnel technique (Feyisetan, 1998). La situation est compliquée par le fait que les organisations non gouvernementales participant à la

²³ Soulignons une fois de plus qu'il faut en finir avec le mode actuel d'utilisation de la contraception comme substitut des méthodes traditionnelles d'espacement dans les pays d'Afrique (Bledsoe *et al.*, 1998). La contraception doit être utilisée davantage pour limiter les naissances que pour les espacer.

prestation des services de planification familiale sont elles aussi fortement tributaires du financement extérieur, de sorte que les aires d'extension de leurs services peuvent dans une certaine mesure être influencées par l'intérêt manifesté par les organismes donateurs pour telle ou telle région.

Un programme national ne peut pas dépendre longtemps du soutien extérieur. À moins d'adopter des mesures radicales pour se procurer les ressources nécessaires au niveau national, compte notamment tenu de la diminution de l'appui extérieur, il pourra s'avérer difficile de maintenir à son niveau actuel la prestation des services de planification familiale. Avec le ralentissement de l'activité économique, on peut douter que le gouvernement mette des ressources suffisantes à disposition pour soutenir le rythme actuel des activités dans ce domaine. Malheureusement, le renforcement de la participation du secteur privé est tout aussi incertain dans la mesure où la prestation de services de planification familiale et la distribution des produits connexes peuvent ne pas procurer un rendement rapide des investissements consentis, à moins qu'elles ne soient commercialisées. Comme Orubuloye (1998) l'a noté, l'utilisation de la planification familiale pourra à l'avenir être limitée non pas tant par l'absence d'acceptation que par l'impossibilité d'acquitter le coût des services. Dans l'état actuel des choses, il serait donc contraire au but recherché d'augmenter beaucoup le coût des produits. Pour maintenir le niveau actuel d'utilisation, à plus forte raison pour l'augmenter, il faut fournir des services de meilleure qualité à un coût abordable. La participation du secteur privé étant incertaine et le retrait (ou l'insuffisance) du financement extérieur étant inévitable, le rythme d'accroissement de l'utilisation de la contraception pourrait diminuer; l'effet d'inhibition de la fécondité exercé par la contraception deviendra alors moins important que prévu dans les projections actuelles. L'absence d'appui concret et ciblé du gouvernement à la planification familiale pourrait être l'une des principales raisons pour lesquelles la politique nationale de population publiée en 1988 n'a atteint pratiquement aucun de ses objectifs. C'est ainsi, par exemple, que la politique prévoyait d'« avoir porté le nombre de femmes en âge de procréer bénéficiant de services de planification familiale à 50 % en 1995 et à 80 % en 2000 » (République fédérale du Nigéria, 1988, p.15). Il ne fait aucun doute que l'accélération de l'augmentation de l'utilisation de la contraception peut accélérer le rythme de la baisse de la fécondité. Comme l'impliquent les tableaux 5 et 6, il existe une demande latente de contraception et cette demande s'accroît. Toutefois, comme le montre également le tableau 6, l'écart se creuse entre la FC et la FCV, ce qui tend à indiquer qu'il est de plus en plus difficile pour les femmes de réaliser leur souhait d'avoir moins d'enfants. Cela devrait inciter le gouvernement à appuyer et financer plus activement la planification familiale.

L'inégalité de la baisse de la fécondité selon les régions

La baisse de fécondité actuellement observée au niveau national est pour l'essentiel celle du sud du pays, et en particulier du sud-ouest. Il y a eu peu de changement dans le nord, qui reste caractérisé par la réalité d'un grand nombre de femmes passant d'une parité à la suivante (Makinwa-Adebusoye et Feyisetan, *op. cit.*). Afin d'atteindre un seuil de remplacement aux dates cibles prévues, les projections de la NPC ont postulé un rythme supérieur de baisse dans le nord. La validité de cette hypothèse est d'autant plus fragile que les conditions d'une baisse rapide de la fécondité ne sont actuellement pas réunies dans cette région : le niveau d'instruction des femmes et l'utilisation de la contraception sont généralement faibles et le statut des femmes (en particulier en ce qui concerne les décisions en matière de procréation) est généralement peu élevé.

Étant donné que plus de la moitié des femmes en âge de procréer vivent dans le nord, de nouvelles baisses dans le sud (en particulier dans le sud-ouest, où résident moins d'un quart des femmes) auront, en l'absence d'accélération de la baisse dans le nord, peu d'impact sur le niveau général. Le niveau général de la fécondité n'enregistrera une baisse importante que lorsque la fécondité baissera sensiblement parmi

une majorité de la population. Il faut concevoir des programmes destinés à créer les conditions d'une baisse de la fécondité, surtout dans le nord. Il faudrait développer l'instruction des fillettes et élaborer des programmes visant à la prolongation du célibat et à l'utilisation de la contraception. La tendance actuelle aux disparités régionales en matière de baisse de la fécondité ne peut pas être maintenue longtemps, ce pour les raisons présentées ci-après.

Peur de la domination exercée par un groupe ethnique ou une organisation politique

À la différence de l'expérience de plusieurs pays développés, le Nigéria est composé d'importants groupes ethniques rivalisant depuis quelques années pour le contrôle du pouvoir central. Les populations ayant des liens très étroits avec leurs groupes ethniques et compte tenu du retour de la politique partisane, la force numérique joue un rôle essentiel dans la détermination du groupe qui contrôle ce pouvoir. Comme il a été indiqué ci-dessus, la baisse de la fécondité observée au niveau national dérive essentiellement du sud, en particulier du sud-ouest. Les hommes politiques auront tôt fait de se rendre compte de l'impact des écarts régionaux de fécondité sur les populations de leurs régions respectives ainsi que des conséquences qui peuvent en découler pour leur capacité d'accéder au pouvoir central. Si la baisse de la fécondité ne s'accélère pas dans les autres régions du pays et s'il ne se produit aucun recentrage ou restructuration politique en faveur d'une réflexion non plus locale, mais nationale, les hommes politiques, en particulier ceux du sud, pourraient formuler des politiques de réduction du coût de l'éducation des enfants afin de bloquer toute nouvelle baisse de la fécondité.

L'impact éventuel de la politique politicienne sur le rythme de la baisse est aggravé par certaines dispositions de caractère économique. À l'heure actuelle le facteur population est un élément important de la formule d'allocation de recettes aux États et, partant, aux régions. Le montant des ressources nationales affectées à une région par les États et les administrations locales dépend en partie de l'effectif de la population de la région en question. En tant que déterminant essentiel de l'accroissement de la population, la fécondité pourrait voir sa diminution bloquée par des administrations régionales qui entendent veiller à ce que les populations de leurs régions respectives ne le cèdent en rien, en effectifs, à celles des autres régions.

CONCLUSION

On peut s'attendre à voir juger très controversable l'affirmation selon laquelle une transition soutenue de la fécondité a démarré dans un pays comme le Nigéria, pour lequel on manque d'enquêtes nationales multiples comparables. Qui plus est, pareille affirmation risque fort de ne pas être prise au sérieux par plusieurs chercheurs, au motif que la baisse de la fécondité générale tient essentiellement à l'expérience d'une seule partie du pays. Pourtant, nous soutenons que, comme dans le cas d'autres sociétés ayant fait l'expérience d'une transition de la fécondité, la situation du Nigéria n'est pas exceptionnelle. La transition de la fécondité a toujours commencé parmi certains segments de la population avant de se répandre dans les autres. Ainsi peut-on considérer les femmes du sud, et en particulier du sud-ouest, comme des innovatrices démographiques. On espère que la transition en cours, qui a commencé, en particulier dans le sud-ouest, gagnera les autres parties du pays afin d'accélérer la vitesse de la baisse.

Nous avons montré dans la présente étude que la fécondité désirée a baissé avec le temps. Dans le sud-ouest, où existent des enquêtes multiples comparables, on a observé une baisse régulière de la dimension de la famille désirée. Cette baisse (qui est une réaction au ralentissement de l'activité économique à la fin des années 80) a été un puissant moteur de la transition en matière de fécondité en cours. Les autres facteurs associés à

la baisse de la fécondité sont notamment l'augmentation de l'utilisation de la contraception, l'évolution des schémas de nuptialité, en particulier de la proportion des femmes se mariant avant l'âge de 20 ans, et le développement de l'instruction des femmes. On s'attend à ce que de nouvelles baisses de la dimension de la famille désirée, associées à une augmentation de l'utilisation de la contraception aux fins de la limitation des naissances et non plus à titre de substitut des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances, à l'accroissement de l'âge au mariage et au développement de l'instruction des femmes, contribuent à faire encore baisser la fécondité.

Il ne fait aucun doute que la baisse de la fécondité va se poursuivre au Nigéria et l'on ne peut pas considérer que la fécondité n'atteindra jamais un seuil de remplacement. Toutefois, la vitesse de la baisse impliquée par les projections est trop rapide et, de ce fait, peu réaliste au vu de l'environnement socioéconomique et politique dans lequel une nouvelle évolution de la fécondité est attendue. Nous avons recensé cinq problèmes susceptibles de ralentir le rythme de la baisse, voire de bloquer cette dernière avant que le seuil de remplacement ne puisse être atteint. Ces problèmes doivent être réglés d'urgence si l'on escompte des baisses importantes à l'avenir. Il ne semble pas possible d'atteindre le seuil de remplacement dans les 48 années à venir dans le cadre socioéconomique et politique actuel.

BIBLIOGRAPHIE

- Bankole, Akinrinola et Olajire A. Bamisaye (1985). The Impact of Petroleum Production on the Political Economy of Food in Nigeria Since Independence. *AMAN*, vol. 4, n° 2, p. 125-132.
- Bledsoe, C.H., F. Banja et A. G. Hill (1998). «Accidents reproducteurs et contraception occidentale: un défi africain à la théorie de la fécondité», *Population and Development Review*, vol. 24, n° 1, p. 15-57.
- Bongaarts, John (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, vol. 4, n° 1, p. 105-132.
- (1992). Do reproductive intentions matter. *International Family Planning Perspective*, vol. 18, n° 3, p. 102-108.
- Bureau fédéral de statistique, Lagos (1968). *Rural Demographic Sample Survey 1965/66*. Lagos.
- (1997). *Socio-economic Profile of Nigeria*. Lagos.
- et IRD/Macro International Inc. (1992). *Nigeria Demographic and Health Survey 1990*. Columbia, MD.
- Bureau national de la population, Lagos, et enquête mondiale sur la fécondité/Institut international de statistique (1984). L'enquête sur la fécondité au Nigéria, 1981/82: Rapport principal, vol. 1: Méthodologie et conclusions.
- Caldwell, John C., I. O. Orubuloye et Pat Caldwell (1992). Fertility decline in Africa: A new type of transition? *Population and Development Review*, vol. 18, n° 2, p. 211-242.
- Cohen, Barney (1998). The emerging fertility transition in sub-Saharan Africa. *World Development*, vol. 26, n° 8, p. 1431-1461.
- Commission nationale de la population [Nigéria] (2000). *Nigeria Demographic and Health Survey 1999*. Calverton, Maryland: National Population Commission and ORC/Macro.
- Diamond, Ian, Margaret Newby et Sarah Varle (1999). Female education and fertility: Examining the links». In *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, Caroline Bledsoe, John B. Casterline, Jennifer A. Johnson-Kuhn et John G. Haaga (dir.). Washington, DC.: National Academy Press.
- Feyisetan, Bamikale J. (1998). Spousal communication, fertility desires and contraceptive use among the Yoruba of Southwestern Nigeria (à paraître).
- , A. K. Oyediran et G.P. Ishola (1998). The Role of Men in Family Planning in Nigeria. Report submitted to Population Research Fund, NISER, Ibadan, Nigeria.
- (1990). Postpartum sexual abstinence, breastfeeding and childspacing among Yoruba women in Nigeria. *Social Biology*, vol. 37, nos 1-2, p. 110-127.

- et Anne Pebley (1989). Premarital sexuality in urban Nigeria. *Studies in Family Planning*, vol. 20, n° 6, p. 343-354.
- et O. Togunde (1988). Indices of women's status and fertility in Nigeria. *Genus*, XLIV, nos 1-2, p. 229-247.
- Grieser, Mira *et al.* (2001). Reproductive Decision Making and the HIV/AIDS Epidemic in Zimbabwe. *Journal of African Studies*, vol. 27, n° 2, p. 225-243.
- Henshaw, Stanley K., Susheela Singh, Boniface A. Oyediran, Isaac F. Adewole, Ngozi Iwere et Yvette P. Cuca (1998). The incidence of induced abortion in Nigeria. *International Family Planning Perspectives*, vol. 24, n° 4 (décembre), p. 156-164.
- Jejeebhoy, Shireen J. (1995). *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press.
- Kirk, Dudley et Bernard Pillet (1998). Fertility in Sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s. *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 1, p. 1-22.
- Lesetedi, L. T., G. D. Mompoti, P. Khulumani, G. N. Lesetedi, et N. Rutenberg (1989). *Botswana Family Health Survey II, 1988*. Central Statistics Office, Ministry of Finance and Development Planning and Family Health Division, Ministry of Health, Gaborone, Botswana and IRD/Westinghouse, Columbia, MD.
- Makinwa-Adebusoye, Paulina K. et Bamikale J. Feyisetan (1994). The quantum and tempo of fertility in Nigeria. In Macro International Inc. *Fertility Trends and Determinants in Six African Countries*, DHS Regional Analysis Workshop for Anglophone Africa, 41-86.
- Meekers, D. (1992). The process of marriage in African societies: A multiple indicator approach. *Population and Development Review*, vol. 18, n° 1, p. 61-78.
- Ntozi, James P. M. et Fred E. Ahimbisibwe (2001). Prospects for fertility decline in the face of HIV/AIDS in Uganda. Communication présentée lors de l'Atelier du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies sur les perspectives de la baisse de la fécondité dans les pays à fécondité élevée, New York, 9-11 juillet.
- Organisation des Nations Unies (1998). *World Population Prospects: the 1998 Revision*, vol. 1: *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.00.XIII.9).
- Orubuloye, I. O. (1998). Fertility transition in southwest Nigeria in the era of structural adjustment. Communication présentée lors du Séminaire de l'UIESP intitulé «Reproductive Change in sub-Sahara Africa», Nairobi, Kenya. 2-4 novembre.
- Panchaud, Christine *et al.* (2001). Questions concernant la mesure de la prévalence du VIH: le cas du Nigéria. (soumis aux fins de publication).
- Programme national de lutte contre le sida et les MST, Département de la santé publique, Ministère fédéral de la santé (2001). *HIV/AIDS in Nigeria: 2001*.
- République fédérale du Nigéria (1988). *National Policy on Population for Development, Unity, Progress and Self-reliance*. Lagos, Nigéria: Ministère fédéral de la santé.
- Ross, J. A. et E. Frankenberg (1993). *Findings from Two Decades of Family Planning Research*. New York: The Population Council.
- Sathar, Zeba A. et John B. Casterline (1998). The Onset of Fertility Transition in Pakistan. Policy Research Division Working Paper 112. Population Council.
- Westoff, C. F. (1990). Reproductive intentions and fertility rates. *International Family Planning Perspectives*, vol. 16, n° 3, p. 84-96.
- Wolfgang, Lutz (1996). The Future Population of the World: What Can We Assume Today? Preamble to Part II, p. 45.
- Working Group on Factors Affecting Contraceptive Use (1993). *Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: National Academy Press.

La baisse de la fécondité aux Philippines : situation actuelle et perspectives futures

Marilou Palabrica-Costello* et John B. Casterline**

Les démographes observent de près l'évolution de la fécondité aux Philippines depuis les années 60. La première enquête nationale qui comportait une évaluation détaillée des comportements procréateurs et des souhaits en matière de procréation a été l'enquête démographique nationale (EDN) de 1968. De façon quasi simultanée, et nullement par hasard, la réduction du taux d'accroissement de la population a été exposée sous la forme d'une politique nationale avant que ne soit instituée, peu de temps après, la prestation de services de planification familiale dans des centres ouverts par le gouvernement au début des années 70. Des enquêtes démographiques nationales ont ensuite été conduites tous les cinq ans, l'EDN de 1968 étant suivie par l'EDN de 1973, et ainsi de suite jusqu'à l'enquête démographique et sanitaire nationale (EDSN) de 1998, soit sept enquêtes au total. Peu de pays du monde — en développement ou développé — ont procédé à des évaluations périodiques et complètes du comportement procréateur et de ses composantes sur une période aussi longue. La trajectoire de la baisse de la fécondité est mieux comprise, et d'une façon plus précise, aux Philippines que dans la plupart des autres pays.

La surabondance de données démographiques n'a nullement calmé le débat sur les niveaux et les tendances de la fécondité aux Philippines. Dans les premières années, les données démographiques tendaient à indiquer que les Philippines pourraient suivre la trajectoire de baisse rapide de la fécondité des pays de l'Asie de l'Est tels que la Corée et Taiwan : les estimations de fécondité tirées de l'enquête nationale de 1978 ont montré que la baisse de la fécondité s'était accélérée pendant les années 70, en phase avec l'extension des services de planification familiale intervenue dans la première moitié de la décennie. Mais les enquêtes ultérieures ont révélé qu'un rythme rapide de baisse n'était pas maintenu. Au lieu de cela, de brèves périodes de baisse rapide ont précédé des phases plus longues de baisse languissante (Zablan, 2000). Au total, on a une transition de la fécondité qui a avancé beaucoup plus lentement que dans la plupart des pays voisins d'Asie de l'Est et du Sud-Est et, au début de la présente décennie, la FC était d'environ 3,5 naissances par femme, ce qui est encore loin du seuil de remplacement. Une analyse des trois dernières décennies montre que, lorsque la politique du gouvernement a inclus des objectifs clairement affirmés, l'importance de la baisse de la fécondité est toujours restée en deçà de ces objectifs (Zablan, 2000). Dans cet ordre d'idées, les questions qui ont alimenté un débat vieux de vingt ans sont les suivantes : pourquoi la fécondité n'a-t-elle pas diminué plus vite aux Philippines ? Qu'est-ce qui distingue l'expérience des Philippines de celle des pays voisins, tels que l'Indonésie, la Malaisie, la Thaïlande, la Corée du Sud et le Vietnam ?

Ces questions sont rétrospectives. Dans la présente étude, nos préoccupations sont prospectives : Que va-t-il advenir de la fécondité au cours des prochaines décennies ? Quand les Philippines atteindront-elles la fécondité de remplacement, à supposer qu'elles y parviennent jamais ? Nous centrons notre analyse sur le fait que les projections les plus récentes de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU — à savoir la *Révision de 2000* (Organisation des Nations Unies, 2001) — prévoient que le pays atteindra la

* Associée de programme, Division des programmes internationaux, Conseil de la population, Manille (Philippines).

** Associé principal, Policy Research Division, Population Council, New York (États-Unis d'Amérique).

Les auteurs tiennent à remercier de ses conseils Mme Zelda Zablan, de l'Institut de la population de l'Université des Philippines.

fécondité de remplacement (FC = 2,1) pendant la période 2015-2020, c'est-à-dire dans environ 15 ans. La présente étude se propose d'évaluer le bien-fondé de cette projection et, plus concrètement, de se pencher sur la question de savoir quels facteurs (sociaux, économiques, culturels, programmatiques) pourraient favoriser ou entraver la progression de la fécondité entre son niveau actuel de plus de trois naissances par femme à une moyenne nationale de deux naissances par femme.

TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

La fécondité aux Philippines a connu une baisse continue depuis les années 50 jusqu'à l'époque actuelle. C'est ce que montre le tableau 1, qui présente les FC tirées des estimations et projections de l'ONU ainsi que les estimations directes fournies par les enquêtes démographiques nationales. On s'accorde à reconnaître que la FC était supérieure à six naissances par femme dans les années 60 et est descendue en dessous de cinq naissances par femme dans les années 80, puis en dessous de quatre naissances par femme pendant les années 90. La baisse de la fécondité a été monotone (et relativement régulière selon l'ONU, au rythme irrégulier selon les estimations des enquêtes non ajustées), mais, à l'exception du milieu des années 80, elle a rarement été rapide, avec une moyenne annuelle de 1 ou 2 % pendant la plus grande partie des trois décennies allant des années 70 à aujourd'hui. Il s'ensuit que, tandis que la FC des Philippines était supérieure à 3,5 au milieu des années 90, les FC de la Malaisie et de l'Indonésie étaient, à peu près au même moment, de 3,2 et de 2,8 respectivement et celles du Viet Nam, de la Thaïlande et de Singapour de 2,3, 2,0 et 1,7 respectivement (Organisation des Nations Unies, 2001).

Le tableau 1 précise ce qui doit se produire si l'on veut que les Philippines se conforment au scénario décrit dans les projections de l'ONU : en pourcentage, le rythme de la baisse doit s'accélérer au cours des 15 prochaines années. Les estimations non ajustées des EDN montrent bien plutôt un ralentissement du rythme de baisse en pourcentage pendant les années 90 par rapport aux années 80; ce ralentissement doit être inversé si l'on veut confirmer la validité de la projection de l'ONU. La présente étude va examiner si cela est plausible compte tenu de ce que l'on sait du comportement procréateur philippin et de ses déterminants.

Tableau 1
Fécondités cumulées : tendances et estimations

Organisation des Nations Unies (2001) ^a			Enquêtes démographiques nationales		
Période	FC	Variation en pourcentage	Période	FC	Variation en pourcentage
1950-1955	7,29				
1955-1960	7,13	-2,2			
1960-1965	6,85	-3,9	1958-1962	6,49	-
1965-1970	6,50	-5,7	1963-1967	6,34	-2,3
1970-1975	6,00	-7,7	1968-1972	5,97	-5,8
1975-1980	5,50	-8,3	1973-1977	5,24	-12,2
1980-1985	4,95	-10,0	1978-1982	5,08	-3,0
1985-1990	4,55	-8,1	1983-1987	4,26	-16,1
1990-1995	4,14	-9,0	1990-1992	4,09	-4,0
1995-2000	3,64	-12,1	1995-1997	3,73	-8,8
2000-2005	3,24	-11,0			
2005-2010	2,79	-13,9			
2010-2015	2,33	-16,5			
2015-2020	2,10	-9,9			
2020-2025	2,10	0,0			

Source : Organisation des Nations Unies; Organisation des Nations Unies, 2001. EDN : de Guzman, 1994; Banque mondiale, 1991; Bureau national de statistique et Macro International, 1994 et 1999.

^a Pour 2000-2020, variante moyenne.

Une analyse comparative des FC aide à comprendre le défi que représente l'objectif consistant à atteindre la fécondité de remplacement en 15 ans. L'EDS sur l'Indonésie de 1997 montre une FC dans les zones urbaines de 2,4, c'est-à-dire pas très loin au-dessus du seuil de remplacement. En revanche, l'EDSN de 1998 sur les Philippines montre une FC dans les zones urbaines de 3,0, ce qui représente certes une baisse d'une demi-naissance par rapport à l'estimation de 1993, mais encore près d'une naissance au-dessus du seuil de remplacement. En somme, même dans le segment de la population que l'on penserait plus enclin à avoir des familles peu nombreuses, la fécondité reste nettement supérieure au seuil de remplacement. La comparaison entre les FC dans les zones rurales révèle un contraste encore plus saisissant : 3,0 dans l'EDS de 1997 sur l'Indonésie, contre 4,7 dans l'EDSN de 1998 sur les Philippines. Qui plus est, la FC rurale tirée de l'EDSN de 1998 n'est inférieure que d'un dixième de naissance à la FC rurale de l'EDSN de 1993; en d'autres termes, la fécondité rurale des années 90 est relativement stagnante à un niveau élevé. Enfin, nous constatons des différences importantes de niveaux de fécondité selon les régions. Par exemple, la fécondité est plus de deux fois plus élevée dans les régions de l'est des Visayas et de Bicol (qui ont des fécondités cumulées nettement supérieures à cinq naissances par femme) que dans l'agglomération de Manille (ou la FC est de 2,5 naissances par femme); les deux premières régions ont des taux de développement relativement faible.

Avant d'évaluer les perspectives futures, nous présentons également au tableau 2, à titre d'information, des estimations concernant les tendances de deux principaux déterminants immédiats de la fécondité : la nuptialité et la pratique de la contraception. Chose surprenante, l'âge au premier mariage n'a guère changé. C'est là un autre aspect qui distingue l'expérience des Philippines au cours des quatre dernières décennies de celle de la plupart des autres sociétés asiatiques. Dans les années 60, l'âge moyen au premier mariage était plutôt tardif par rapport aux autres pays asiatiques. Cependant, comme il est resté stable, l'âge au premier mariage est actuellement inférieur en moyenne aux Philippines à ce qu'il est dans certains pays asiatiques voisins, en particulier dans ceux du Nord (Chine, Corée), ce qui tend à indiquer qu'il est possible de prolonger un peu le célibat au cours des décennies à venir afin de faire baisser la fécondité, point sur lequel nous reviendrons. Le tableau montre également l'évolution de la prévalence de la contraception parmi les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans pendant la période allant de 1968 à 1998. On remarquera surtout qu'il y a eu un triplement de la prévalence de la contraception en l'espace de trois décennies, dont l'essentiel est dû à l'augmentation de l'utilisation des méthodes modernes. Il ne fait aucun doute que cela a été la principale cause directe de la baisse de la fécondité dont le tableau 1 fait état. Il convient de signaler qu'aux Philippines on a très souvent recours aux méthodes contraceptives traditionnelles (continence périodique et retrait). Dans l'EDSN de 1998, le taux total de prévalence de la contraception est estimé être 46,5 %, dont environ 40 % peuvent être attribués au recours aux méthodes traditionnelles.

Tableau 2
Évolution de l'âge au premier mariage et de l'utilisation de la contraception, Philippines, 1968-1998

Enquêtes	Nuptialités		Prévalence de la contraception ^a	
	Âge moyen au premier mariage ^b	Méthodes modernes	Méthodes traditionnelles	Total
EDSN de 1968	23,4	2,9	11,5	15,4
EDSN de 1973	23,8	10,7	6,7	17,4
EFRP de 1978	24,5	17,2	21,3	38,5
EDSN de 1983	23,3	18,9	13,1	32,0
EDSN de 1988	23,8	21,6	14,5	36,1
EDSN de 1993 ^c	23,4	24,9	15,1	40,0
EDSN de 1998 ^c	23,5	28,2	18,3	46,5

Source : Banque mondiale, 1991; Bureau national de statistique et Macro International, 1994 et 1999.

- a Femmes actuellement mariées âgées de 15 à 44 ans.
- b Âge moyen des célibataires au mariage.
- c Femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans.

Le reste de la présente étude est consacré aux perspectives futures et, en particulier, à la probabilité de voir la fécondité descendre jusqu'au seuil de remplacement (c'est-à-dire à environ deux naissances par femme en moyenne) au cours des décennies à venir. Nous examinerons en premier lieu l'évolution probable de la fécondité désirée, avant de nous pencher sur deux facteurs qui pourraient aller à l'encontre de la réalisation des niveaux désirés de fécondité: la fécondité non désirée, qui aura tendance à élever la fécondité au-dessus des niveaux désirés, et l'évolution de la nuptialité, qui pourrait faire baisser ou monter la fécondité, mais qui semble bien devoir la faire baisser.

FÉCONDITÉ DÉSIRÉE

Il est improbable que la fécondité des Philippines descende jusqu'au seuil de remplacement si la fécondité désirée ne s'en approche pas également. Dans la présente section, nous examinons les souhaits moyens en matière de fécondité tels qu'ils apparaissent dans les enquêtes nationales conduites dans les années 90, avant d'analyser un ensemble de facteurs qui, à notre sens, sont des déterminants clés des tendances futures de la fécondité désirée.

Selon l'EDSN de 1998, le taux de fécondité voulue pour l'ensemble du pays était de 2,7 enfants par femme au milieu des années 90, soit plus d'un demi-enfant au-dessus du seuil de remplacement. Même dans les zones urbaines, où environ la moitié des femmes actuellement mariées utilisaient une méthode contraceptive, le taux de fécondité voulue était légèrement supérieur (2,3) au seuil de remplacement, mais un peu inférieur au taux de 1993 (2,6). Pour les femmes ayant fait des études supérieures, le taux était estimé à 2,5 en 1998 et à 2,4 en 1993. En d'autres termes, à l'heure actuelle, ni la fécondité désirée des Philippines urbaines ni celle des Philippines ayant fait des études supérieures n'est descendue jusqu'au seuil de remplacement. À titre de comparaison, l'EDS de 1997 sur l'Indonésie montre un taux de fécondité désirée de 2,0 dans les zones urbaines et de 2,2 pour les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures. Dans les zones rurales des Philippines, la fécondité désirée demeure assez éloignée du seuil de remplacement: le taux de fécondité désirée en 1998 était de 3,3, exactement le même qu'en 1993.

En dépit de la persistance jusqu'à la fin des années 90 de taux de fécondité désirée très supérieurs à deux naissances par femme dans la plupart des segments de la population, on ne peut pas écarter d'entrée de jeu l'éventualité que la fécondité désirée atteigne le seuil de remplacement au cours des deux prochaines décennies. À notre avis, trois ensembles de facteurs exercent une influence des plus déterminantes sur les tendances des souhaits en matière de fécondité. Chacun mériterait une longue analyse, mais, faute de place, nous devons nous contenter de quelques brèves observations.

Économie

Les liens complexes existant entre l'accroissement de la population et le développement économique ont fait l'objet d'analyses pénétrantes dues à d'autres auteurs (Orbeta et Pernia, 1999). Il ne fait aucun doute que la relation fonctionne dans les deux sens: les paramètres démographiques influencent le changement économique et les facteurs économiques les taux démographiques. Ici, nous nous intéressons plus précisément aux incidences de l'économie sur la fécondité. D'une façon générale, la situation économique des Philippines soutient mal la comparaison avec beaucoup d'autres pays asiatiques depuis les années 70. Le PNB par habitant a subi le contrecoup de taux de croissance faibles, et parfois négatifs. L'inégalité de revenus, le chômage et le sous-emploi et les disparités de perspectives économiques entre zones urbaines et rurales et entre régions ont abouti à perpétuer une pauvreté généralisée. Cette situation économique aide, à notre sens, à expliquer pourquoi les femmes rurales ont continué de préférer avoir trois enfants en moyenne pendant les années 90. L'une des hypothèses le plus largement acceptée concernant le lien entre l'économie et la fécondité désirée est que l'élévation du revenu des

ménages rend les enfants économiquement moins abordables, ce qui tend à diminuer la demande d'enfants et à augmenter la demande d'enfants « de meilleure qualité » — c'est la « corrélation négative entre la qualité et la quantité ». Dans d'importants segments de la population philippine, toutefois, le désir d'avoir plus de deux enfants tient au fait, lié à la culture, que l'on s'attend à ce que les enfants soient une source d'aide financière. On attache du prix aux enfants pour l'aide qu'ils apportent à la maison, leur contribution au revenu familial (par exemple en travaillant à la ferme) et la sécurité financière des parents au soir de leur vie. Si l'économie philippine n'en vient pas à offrir des possibilités et une sécurité nettement accrues, nous nous attendons à ce que des segments importants de la population souhaitent en moyenne avoir plus de deux enfants pendant encore quelques années [dans cet ordre d'idées, Orbeta et Pernia (1999) concluent que de nouvelles baisses de la dimension de la famille désirée pourront requérir des investissements en capital humain bien ciblés ainsi qu'une croissance économique génératrice d'emplois, en particulier des emplois dans le secteur structuré pour les femmes].

La participation des femmes au marché du travail est un facteur économique auquel il convient de faire un sort particulier. En général, ce facteur fait baisser la fécondité désirée. Aux Philippines, le pourcentage de femmes qui travaillent, que ce soit à plein temps ou à mi-temps, est relativement élevé (environ 37 % selon l'EDSN de 1998). Toutefois, la majorité de ces femmes travaillent dans le secteur non structuré, où la maternité est moins incompatible avec le travail. De plus, dans la société philippine, il est beaucoup plus facile qu'ailleurs de faire appel à l'aide peu onéreuse ou gratuite (parents proches) de domestiques, ce qui rend relativement bas le coût d'opportunité de la maternité. Par ailleurs, comme une fraction relativement réduite de femmes travaillent dans le secteur structuré, la participation au marché du travail n'a pas l'effet d'autonomisation (en ce qui concerne les décisions en matière de procréation et décisions connexes) auquel on aurait pu s'attendre. La participation des femmes au marché du travail n'a donc pas eu aux Philippines sur les souhaits en matière de fécondité l'impact global que les taux d'emploi relativement élevés auraient pu faire escompter.

Culture, valeurs et idées

Une forte majorité de la population philippine est de confession catholique romaine. Il y a aussi une importante minorité musulmane dans le sud du pays. On attribue souvent la lenteur du rythme de la baisse de la fécondité aux Philippines par rapport aux autres pays asiatiques à ce qu'on appelle le natalisme de ces deux religions. Nous pensons que la religion n'exerce pas une influence directe marquée sur les souhaits en matière de fécondité, mais qu'elle est bien un facteur avec lequel il faut compter pour ce qui est de la politique et des programmes de population. L'opposition de l'Église catholique à la contraception a joué un rôle important en empêchant le gouvernement — qu'il s'agisse du gouvernement central ou des administrations locales — d'engager des fonds au titre des programmes de population. Il en résulte un climat social qui s'oppose à toute communauté de vues au sujet d'une norme de limitation à deux enfants clairement affirmée. Qui plus est, la société philippine désapprouve le fait de n'avoir qu'un enfant, car la plupart des parents estiment qu'il n'est pas sain de grandir seul sans frères et sœurs. Les jeunes mariés ou les couples sans enfants sont souvent un objet de curiosité ou de plaisanteries : on présume que quelque chose ne va pas dans la vie du couple si le mariage ne produit pas d'enfants. Il n'existe pas de préférence pour des fils ou des filles ; on préfère plutôt avoir un fil et une fille, ce à quoi beaucoup de couples ne parviendront pas s'ils se limitent à deux enfants. Tous ces facteurs culturels militent contre une baisse de la fécondité désirée et devraient relâcher leur emprise ou disparaître pour qu'une norme de limitation à deux enfants puisse s'imposer au cours des décennies qui viennent.

Surtout, peut-être, il n'y a pas encore beaucoup de gens qui soient convaincus que la limitation de la procréation à deux enfants (ou moins) est une condition préalable à la satisfaction de divers besoins (financiers ou autres) des ménages et à l'auto-accomplisse-

ment. Cette conviction, que nous présumons indispensable si l'on veut que les souhaits en matière de fécondité descendent jusqu'au seuil de remplacement, se rencontre parmi les citadins et les personnes instruites, mais nous avons le sentiment que, même parmi ces sous-groupes, il s'agit d'une opinion qui manque de fermeté. Et il est clair que ce n'est pas l'opinion dominante sur la maternité dans la plupart des sous-groupes les plus importants de la population philippine.

Facteurs institutionnels et instruments d'intervention

Selon la politique générale du gouvernement philippin, les couples doivent décider en connaissance de cause du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leur naissance. Ce qui n'existe pas, en revanche, ce sont des institutions qui encourageraient les couples à souhaiter n'avoir que deux enfants. À l'heure actuelle, il existe peu d'éléments faisant obstacle à la procréation aux Philippines: ceux qui existent sont souvent peu dissuasifs, à supposer même que les couples s'aperçoivent de leur existence. On peut en mentionner deux: l'augmentation de l'âge légal du mariage sans autorisation parentale, passé à 21 ans, et l'absence d'exonérations fiscales au-delà du quatrième enfant. En fait, il existe des dispositions qui encouragent les familles nombreuses, parmi lesquelles les congés de maternité et de paternité pour les employés du secteur structuré, la gratuité de l'instruction primaire et secondaire et les programmes de réforme agraire et de logement. On peut également considérer que l'absence d'une politique d'assurance maladie nationale et d'un système de sécurité sociale a des effets natalistes. En bref, les principales caractéristiques du cadre institutionnel actuel ne sont pas favorables à la norme de limitation du nombre d'enfants par famille.

Ce tour d'horizon sélectif des facteurs influençant les souhaits en matière de fécondité montre bien qu'au sein de la société philippine beaucoup de forces poussent à vouloir trois enfants, voire davantage. Il serait risqué d'affirmer de façon péremptoire que ces facteurs vont maintenir leur emprise au cours des deux décennies à venir, mais nous estimons qu'il ne faudrait pas les sous-estimer pour autant, et une baisse de la fécondité désirée jusqu'au seuil de remplacement est beaucoup plus difficile à obtenir que les observateurs extérieurs pourraient le présumer. Il serait encore plus difficile de faire baisser la fécondité désirée jusqu'à des niveaux inférieurs au seuil de remplacement, alors que cela pourrait bien être une condition préalable à l'obtention de taux de fécondité de remplacement si la fécondité non désirée demeure importante, sujet que nous allons aborder maintenant.

FÉCONDITÉ NON DÉSIRÉE

Les données d'enquêtes sur la fécondité non désirée montrent que la fraction des naissances qui n'étaient pas désirées a augmenté pendant les années 90, passant de 15,9% en 1993 à 18,2% en 1998. Selon l'EDSN de 1998, au cours des trois années ayant précédé l'enquête, 27% de naissances supplémentaires ont été mal calculées (elles étaient désirées pour une date ultérieure), ce qui s'est traduit par un total de 45% de naissances non prévues. L'élément essentiel de cette analyse est la fécondité non désirée. Si ces naissances non prévues avaient été éliminées et que les autres aspects de la procréation aient été maintenus constants, la FC aurait été d'environ une naissance de moins au milieu des années 90 — ce qui reste très supérieur au seuil de remplacement —, soit 2,7 naissances par femme. On ne voit pas comment la fécondité aux Philippines pourrait descendre jusqu'au seuil de remplacement au cours des prochaines décennies si ce nombre important de naissances non désirées n'est pas en grande partie éliminé.

L'avortement provoqué est à la fois illégal et d'accès relativement difficile aux Philippines, et nous ne nous attendons pas à ce qu'il en soit autrement dans un avenir prévisible. En conséquence, les principaux déterminants de la fécondité non désirée sont, tout d'abord, la prévalence de la contraception parmi les femmes qui veulent éviter la grossesse et, ensuite, l'efficacité de l'utilisation de la contraception.

La prévalence de la contraception est passée de 40,0 % en 1993 à 46,5 % en 1998 (voir tableau 2) et, pendant la même période, les besoins non satisfaits ont diminué, passant de 26,2 % à 19,8 %. L'augmentation de la prévalence s'est produite dans les zones tant urbaines que rurales, même si elle a été plus importante dans les premières. Ces chiffres dénotent un progrès important en matière de protection contraceptive pour les couples qui ne veulent pas concevoir.

Néanmoins, on constate l'existence de sérieux obstacles programmatiques, sociaux, culturels et économiques à l'utilisation de la contraception. En premier lieu, le programme de population des Philippines reste confronté au problème de l'inaccessibilité des services. La décision de retirer la gestion du programme de planification familiale du Ministère de la santé pour la confier à l'administration locale, conformément au Code de l'administration locale de 1991, a entraîné des défaillances au niveau de l'engagement politique et de l'appui financier et technique au programme. Les problèmes de gestion liés à cette décentralisation ont été aggravés par l'opposition déjà indiquée de l'Église catholique à la pratique de la contraception. Cette opposition a notamment eu pour conséquence l'insuffisance des fonds affectés par certains représentants locaux du gouvernement à la planification familiale, insuffisance aggravée par la baisse de l'appui des donateurs extérieurs. Pour cette raison et pour d'autres, le programme connaît toujours de graves problèmes de durabilité et de logistique. On signale l'absence de fournitures contraceptives dans certains endroits, comme dans les régions difficiles d'accès de Mindanao. On a bien lancé récemment des programmes qui, tel le Philhealth Indigency Program, sont conçus pour améliorer l'accès à la planification familiale, mais ils en sont encore à la phase pilote dans quelques endroits du pays seulement. Enfin, en raison des préjugés des prestataires de services, les services de contraception sont en grande partie inaccessibles aux jeunes et aux célibataires.

Ces lacunes dans la fourniture de produits et de services de planification familiale ont notamment pour corollaire le fait que les taux d'abandon de la contraception demeurent élevés, lesquels ont en fait augmenté entre 1993 et 1998. Les principales raisons d'abandon indiquées dans l'EDSN de 1998 sont la défaillance des méthodes et la peur des effets secondaires. En fait, la part des abandons dus à la défaillance des méthodes n'a pas changé entre 1993 et 1998, ce que l'on pourrait considérer comme impliquant qu'une attention plus soutenue est accordée à la qualité des soins dans le cadre de la prestation de services de planification familiale. L'une des initiatives prises dans ce domaine est l'élaboration récente du programme Sentrong Sigla (centres de mieux-être) du Ministère de la santé. Néanmoins, la défaillance des méthodes demeure l'une des causes d'abandon les plus fréquentes, ce qui amène à considérer le problème de la faible efficacité de la contraception. Aux Philippines, la pratique de la contraception est caractérisée par une combinaison de méthodes modernes et « traditionnelles » (et moins efficaces), ces dernières méthodes représentant une proportion de la combinaison très supérieure (de l'ordre de 40 % selon l'EDSN de 1998) à ce qu'elle est dans la plupart des autres pays (voir tableau 2). Les deux principales méthodes traditionnelles sont la continence périodique et le retrait, qui sont toutes les deux relativement peu efficaces. Le renchérissement des contraceptifs et la diminution de leur distribution gratuite sont deux raisons qui favorisent le recours très fréquent à ces deux méthodes gratuites. Un programme de mise en route de l'utilisation de la méthode des jours standard, qui relève de la planification familiale naturelle et qui pourrait servir à améliorer l'efficacité de cette dernière, a récemment été lancé dans certaines zones expérimentales du pays. Il faut espérer que cette nouvelle méthode connaîtra un certain succès. À défaut, le fait que l'on compte beaucoup sur la planification familiale naturelle sans voir son efficacité s'améliorer implique le maintien d'un niveau relativement élevé de fécondité non désirée et/ou le recours à un avortement clandestin, avec tous les risques que cela comporte pour la santé et le bien-être des femmes.

Si la fécondité désirée devait effectivement tomber jusqu'au seuil de remplacement (voire plus bas encore), les couples philippins seraient exposés à des périodes de risque de grossesse non désirée encore plus longues que ce n'est le cas actuellement (pour autant que les rapports sexuels ne diminuent pas en fréquence). Il est mis fin par un avorte-

ment provoqué à certaines grossesses non désirées aux Philippines, mais cela demeure une option peu pratique pour la plupart des femmes et dangereuse pour leur santé. Nous pensons qu'il est très improbable que l'avortement provoqué devienne bientôt un moyen courant d'éviter une naissance non désirée. La prévention des naissances non désirées dépend donc de l'utilisation de méthodes efficaces de planification familiale par les couples souhaitant éviter une grossesse. Comme on l'a brièvement rappelé ici, il existe divers obstacles—d'ordre programmatique, social, culturel et économique—à la pratique d'une contraception efficace. Qui plus est, la plupart de ces obstacles sont depuis des décennies des éléments bien connus de l'environnement décisionnel dans le domaine de la contraception aux Philippines. Si l'on veut que la fécondité non désirée tombe à un niveau compatible avec la réalisation d'une fécondité de remplacement, il faudra radicalement changer la pratique de la contraception, en commençant par lever en grande partie les obstacles qui s'opposent actuellement à la pratique d'une contraception efficace.

ÉVOLUTION DES SCHÉMAS DE NUPTIALITÉ

L'évolution de la nuptialité aux Philippines au cours des prochaines décennies pourrait faire baisser la fécondité; de fait, si cette évolution allait assez loin, elle pourrait très bien faire en sorte que la fécondité effective tombe au-dessous de la fécondité désirée, comme cela a été observé dans beaucoup de pays à fécondité faible. Nous allons examiner trois aspects de la nuptialité qui réduisent le risque de procréation: le célibat définitif, l'accroissement de l'âge au premier mariage et la dissolution des mariages et la séparation temporaire.

Niveaux du célibat définitif

Par rapport aux autres pays d'Asie, une fraction importante des Philippines restent célibataires, de l'ordre de 6 ou 8 % des femmes à la fin de leur période de procréation selon les recensements réalisés depuis 1970 jusqu'à aujourd'hui. Une fraction correspondante relativement élevée de femmes demeurent sans enfants, de l'ordre de 9 ou 10 % (contre 3 ou 4 % au maximum dans les autres pays asiatiques). Il semble improbable que le célibat définitif augmente dans les prochaines décennies aux Philippines. En fait, les données de recensement font état d'une légère tendance à la baisse depuis 1970.

Âge au premier mariage

L'âge moyen au premier mariage aux Philippines se situe actuellement entre celui des pays situés au nord (Chine, Corée, Japon—au moins 25 ans en moyenne) et les pays situés au sud (Indonésie, Viet Nam—21 ans au maximum). Comme le montre le tableau 2, l'âge moyen au premier mariage est relativement stable aux Philippines depuis plusieurs décennies. On considère le plus souvent que l'âge au premier mariage est tout particulièrement sensible à l'évolution des taux de scolarisation, mais aux Philippines le niveau d'instruction des femmes est relativement élevé depuis quelque temps déjà et il ne semble pas qu'il puisse s'élever beaucoup en moyenne. En bref, il est difficile d'évaluer les perspectives de recul de l'âge au premier mariage: un recul de deux ou trois ans qui le ferait rejoindre le schéma de l'Asie de l'Est est concevable, mais rien ne permet actuellement d'envisager un changement dans cette direction. Si un tel recul de l'âge au mariage devait se produire, il y aurait sans doute une augmentation correspondante des conceptions et naissances pré-nuptiales qui compenserait au moins partiellement la baisse de la fécondité induite par la prolongation du célibat.

Dissolution des mariages et séparation temporaire des conjoints

L'augmentation de l'instabilité conjugale et de la séparation des conjoints pourrait avoir pour effet de réduire la fécondité. Les données relatives à la dissolution des mariages font apparaître une légère augmentation pendant les années 90, mais le niveau demeure trop

faible pour avoir une incidence significative sur la fécondité. Beaucoup plus important à nos yeux est l'impact éventuel de la séparation des conjoints, en particulier celle qui est due au phénomène des travailleurs philippins à l'étranger. Pour donner une idée de l'ampleur du phénomène, les statistiques officielles montrent qu'entre avril et septembre 2000 il y avait 978 000 travailleurs à l'étranger (Bureau national de statistique, 2000) sur une population nationale totale d'environ 75 millions. Nous nous attendons à ce que la dissolution des mariages et la séparation temporaire des conjoints augmentent au cours des décennies à venir, mais nous ne prévoyons pas d'augmentations qui soient suffisamment importantes pour exercer une influence notable sur les tendances de la fécondité.

CONCLUSIONS

Les prévisions concernant les tendances de la fécondité sur une période de vingt ans — la période durant laquelle, selon les projections de l'ONU, les Philippines atteindront la fécondité de remplacement — sont par nature risquées. Notre but principal ici a été, non d'établir des prévisions solides, mais d'appeler l'attention sur la grande distance qui sépare la réalité actuelle et le régime de fécondité qu'impliquent les projections établies par l'ONU pour la période 2015-2020. En bref,

- La FC est actuellement d'environ 1,5 naissance au-dessus du seuil de remplacement. Le rythme de la baisse observé au cours de la décennie écoulée a été plus lent que celui qu'indiquent les projections de l'ONU pour les 15 prochaines années.
- La fécondité désirée demeure au-dessus du seuil de remplacement dans tous les principaux segments de la population. Surtout, rien ne permet de penser que la conviction selon laquelle la limitation du nombre d'enfants à deux (ou moins) est indispensable au bien-être du ménage et de l'individu ait fait son chemin parmi la population.
- La fécondité non désirée est relativement élevée. Les insuffisances constatées au niveau de l'accès aux produits et services de planification familiale restent un problème pour une grande partie de la population, problème compliqué durant la décennie écoulée par le transfert de la responsabilité des services de planification familiale aux autorités locales. De plus, les Philippines sont partisans de méthodes contraceptives dont l'efficacité est relativement faible. Enfin, il est hautement improbable que l'avortement provoqué devienne une option facilement accessible aux couples aux prises avec une grossesse non désirée.
- Il existe certaines perspectives d'évolution de la nuptialité qui pourraient faire baisser la fécondité, offertes en particulier par l'accroissement de l'âge au premier mariage. Cela étant, il ne ressort pas des données récentes qu'une telle évolution se profile à l'horizon.

Nous en concluons qu'il est peu probable que nous assistions à une réduction de la fécondité jusqu'au seuil de remplacement pendant les deux décennies qui viennent — réduction qui entraînerait une accélération de la baisse de la fécondité des deux dernières décennies. Pour qu'une telle réduction se produise, il faudrait que l'on assiste au cours des deux prochaines décennies à deux changements essentiels au niveau des attitudes et du comportement philippins en matière de procréation : en premier lieu, l'entrée en scène d'une norme de limitation à deux enfants clairement affirmée et, en second lieu, la réalisation des préférences en matière de fécondité par le biais d'une pratique de la contraception efficace. En toute justice, il nous faut reconnaître que d'autres observateurs jugent plus plausible que la fécondité descende jusqu'au seuil de remplacement aux Philippines d'ici à 2020 (Zablan, 2002).

Il existe une autre caractéristique de la fécondité aux Philippines que nous avons évoquée en passant et qui mérite que l'on s'y arrête lorsque l'on se penche sur les perspectives concernant les deux prochaines décennies. Les Philippines sont un pays des plus divers,

caractérisé par de très importantes inégalités socioéconomiques et régionales. Il en découle des variations infranationales substantielles de la FC et d'autres aspects de la procréation (souhaits en matière de fécondité, prévalence de la contraception, nuptialité) — variations selon la région, le lieu de résidence (urbaine ou rurale), la scolarisation, la classe sociale, etc. Nous ne prévoyons pas qu'aucun groupe important de la population parvienne à la fécondité déficitaire au cours des deux décennies à venir. Il en découle nécessairement que la fécondité de remplacement pour l'ensemble de la population ne pourra être atteinte que si les écarts importants observés aujourd'hui sont très nettement réduits ou éliminés totalement. Certes, on ne peut pas écarter purement et simplement une telle éventualité, mais ce ne sera pas une mince affaire en une période de 15 ou 20 ans. Nous avons signalé, par exemple, que la fécondité effective et la fécondité désirée sont toutes deux relativement élevées dans les zones rurales et qu'elles n'ont pratiquement pas changé pendant les années 90. Depuis, la reprise économique est languissante et le pays continue de se débattre dans de très graves difficultés sociales et économiques. La tiédeur de l'appui offert par les dirigeants locaux de nombreuses parties du pays à l'amélioration des services de planification familiale aggrave le rôle des inégalités sociales et économiques dans la création de variations infranationales de la fécondité. Toute évaluation des perspectives futures doit tenir compte non seulement des moyennes nationales, mais aussi de l'hétérogénéité du comportement procréateur aux Philippines, qui tient elle-même à la très grande diversité et au caractère parfois fragmenté de cette société.

BIBLIOGRAPHIE

- Banque mondiale (1991). *New Directions in the Philippines Family Planning Program*. Report No. 9579-PH. Washington, DC: World Bank.
- Bureau national de statistique (BNS) [2000]. *Survey of Overseas Filipinos (SOF)*, Manila, Philippines: NSO. Consultable en ligne à l'adresse suivante: <http://www.census.gov.ph/data/pressrelease/2001/of00tx.html>
- [Philippines] and Macro International Incorporated (MI) [1994]. *National Demographic Survey 1993*. Maryland, USA: NSO and MI, 1994.
- , Ministère de la santé (Philippines) et Macro International Incorporated (MI) (1999). *National Demographic and Health Survey 1998*. Manila, Philippines: BNS et MI.
- De Guzman, Eliseo A. (1994). Fertility and mortality in the Philippines: estimates from recent data. In *Population, Human Resources, and Development*, A.H. Herrin (dir.). Quezon City: University of Philippines Center of Integrative and Development Studies, p. 191-278
- Orbeta, Aniceto C. et Ernesto M. Pernia (1999). Population growth and economic development in the Philippines: what has been the experience and what must be done? *Discussion Paper Series No. 99-22*. Makati, Philippines: Philippine Institute for Development Studies.
- Organisation des Nations Unies (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. I: *Comprehensive Tables* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.01.XIII.8).
- Zablan, Zelda C. (2000). The longterm perspectives in Philippine fertility. Communication présentée lors de la sixième Conférence internationale d'études philippines, Quezon City, 10 juillet 2000.
- Zablan, Zelda C. (2002). Communication personnelle. 5 mars 2002.

La transition de la fécondité en Afrique du Sud et ses incidences sur les quatre principaux groupes de population

Leon Swartz*

INTRODUCTION

On s'accorde généralement à penser que la fécondité a commencé à baisser parmi tous les principaux groupes de la population sud-africaine avant la fin de l'apartheid. Elle l'a fait à un rythme nettement plus rapide pour les Blancs et les Asiatiques que pour les Africains et les Métis. Elle l'a fait alors que des millions de personnes (en particulier des Africaines) étaient appauvries, les inégalités flagrantes et les femmes privées de tous moyens d'action. L'Afrique du Sud a connu une transition politique remarquable au cours de la décennie écoulée, mais un grand nombre des distorsions et la dynamique découlant de l'apartheid continuent de reproduire la pauvreté et de perpétuer l'inégalité. D'après la politique de population sud-africaine (Ministère de la protection sociale, 1998), les facteurs démographiques de base (la fécondité, la migration et la mortalité) font partie intégrante de la prévalence de la pauvreté en Afrique du Sud. Ils ne peuvent pas être envisagés indépendamment des facteurs sociaux que sont, par exemple, l'éducation, le chômage, le mauvais état de santé et la qualité des logements, ni de leurs liens avec la pauvreté. Ainsi, d'un côté, la pauvreté perdure, tandis que, de l'autre, la fécondité baisse. On a là un contraste saisissant avec l'expérience d'autres parties de l'Afrique subsaharienne, où la pauvreté va généralement de pair avec la fécondité élevée. La présente étude examine les questions concernant l'abaissement de la fécondité, les facteurs qui y contribuent, son impact sur les différents groupes de population ainsi que les politiques adoptées pour faire face à cet impact.

* Directeur adjoint, Collaboration intergouvernementale à la recherche sur le VIH/sida, Direction principale de la population et du développement, Ministère du développement social, République d'Afrique du Sud.

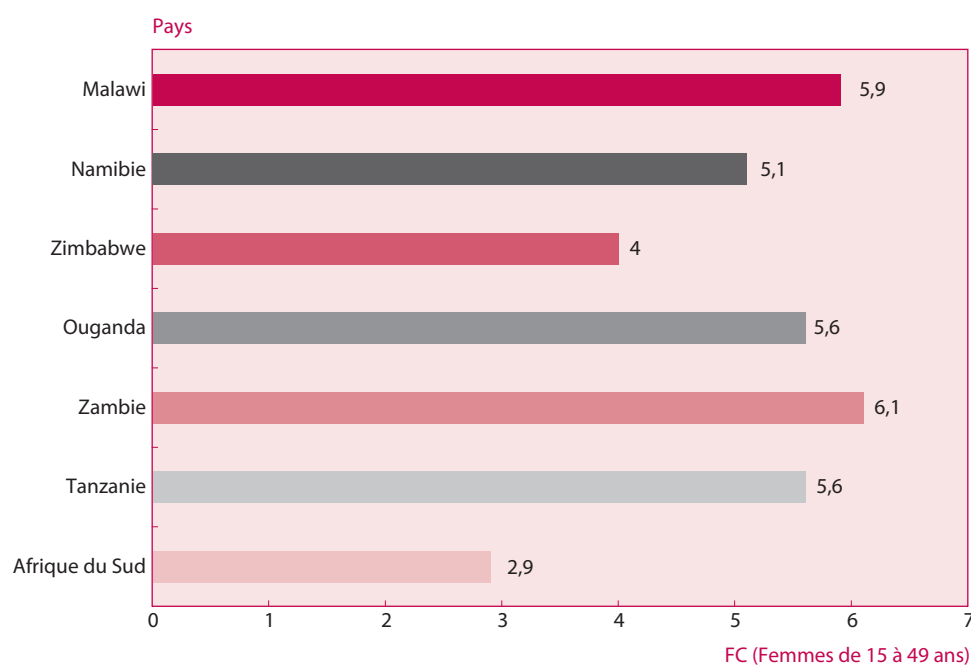
La fécondité de l'Afrique du Sud par rapport à celle de l'Afrique subsaharienne

La figure I montre clairement que le taux de fécondité sud-africain est nettement plus bas que celui des autres pays d'Afrique australe et d'Afrique de l'Est. Une baisse régulière de la fécondité des pays en développement s'est produite à la fin des années 80 et pendant les années 90, en particulier dans les régions de l'Asie et de l'Amérique latine. En revanche, l'Afrique, et plus particulièrement l'Afrique subsaharienne, reste en retard en matière de fécondité. Les raisons expliquant la faible fécondité de l'Afrique du Sud par rapport à ses voisins sont très diverses; nous y reviendrons en détail plus loin.

TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ DE L'AFRIQUE DU SUD

L'expérience acquise par l'Afrique du Sud dans la transition de la fécondité est parmi les plus avancées d'Afrique subsaharienne. L'Afrique du Sud présente des régimes démographiques typiques à la fois du monde développé et du monde en développement. Ils sont générale-

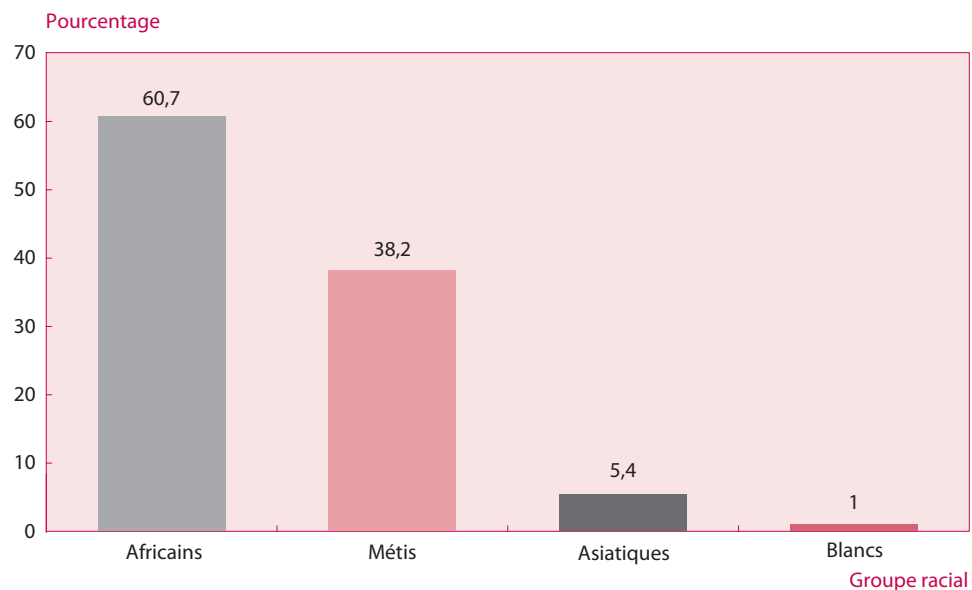
Figure I
Niveaux comparatifs de la fécondité en Afrique australe et en Afrique de l'Est



Source: Population Reference Bureau, World Population Data Sheet, 2000 (Washington: PRB, 2000).

ment liés aux divisions socioéconomiques entre les races et entre la ville et la campagne. Il existe en Afrique du Sud une corrélation étroite entre le niveau de vie et la race. La pauvreté n'est pas limitée à un groupe racial particulier, mais elle frappe surtout les Africains. Un grand nombre des mesures d'apartheid, comme le vaste système de protection sociale à la disposition des Blancs, la qualité supérieure de l'instruction dispensée aux Blancs et les emplois réservés officiellement ou non aux travailleurs blancs, avaient été spécialement conçues pour éviter la pauvreté à la population blanche. Comme le montre la figure II, la pauvreté

Figure II
Taux de pauvreté parmi les groupes de population



Source: Poverty and Inequality in South Africa (PISA). Fishwicks, Durban. 1998.

parmi les Blancs est pratiquement nulle. En revanche, la pauvreté parmi les « Africains », le groupe le plus défavorisé, atteint 60,7 %, contre 38,2 % parmi les Métis et 5,4 % parmi les Asiatiques. Chose intéressante, toutefois, les très rares Asiatiques et Blancs pauvres semblent également se situer à une distance considérable en dessous du seuil de pauvreté.

Les Africains composant 77 % de la population, la forte proportion de pauvres parmi eux et le caractère extrême de cette pauvreté font qu'ils représentent 95 % de l'écart de pauvreté, tandis que les Métis en représentent 3 %, les Asiatiques 1 % et les Blancs 1 % (figure III).

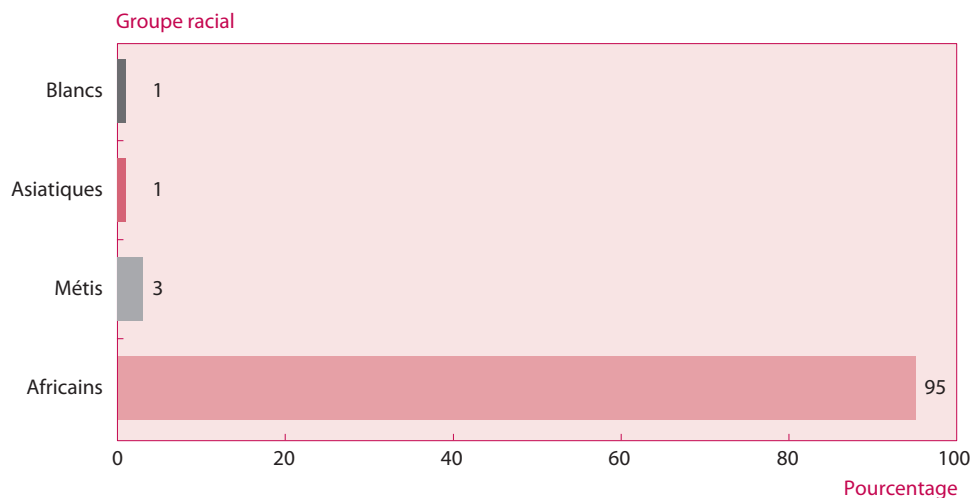
Par ailleurs, les écarts de pauvreté selon la race contribuent à la répartition de la pauvreté selon le lieu de résidence car les groupes raciaux étaient inégalement répartis dans le pays. En même temps, parmi les Africains — le groupe comprenant presque tous les pauvres du pays —, l'existence d'une pauvreté beaucoup plus marquée dans les zones rurales et la concentration de la pauvreté dans les anciens homelands et certaines des provinces restent inchangées. Les tendances de la fécondité parmi les groupes de population correspondent à celles de la pauvreté. La composante africaine de la population, qui est la plus pauvre au regard du revenu par habitant, a le taux de fécondité le plus élevé, tandis que la population blanche, qui a le revenu par habitant le plus élevé, a le taux de fécondité le plus faible, comme on l'explique plus loin.

Une baisse de la fécondité a été observée parmi les quatre principaux groupes raciaux d'Afrique du Sud dès le début des années 60. La figure IV montre que la baisse la plus rapide s'est produite parmi les Métis, suivis des Africains.

Pour l'ensemble de l'Afrique du Sud, la fécondité a été élevée et stable entre 1950 et 1970, estimée à 6 à 7 enfants par femme en moyenne. Elle est tombée à une moyenne de 4 à 5 enfants par femme au cours de la période 1980-1995 (Organisation des Nations Unies, 1995). À l'heure actuelle, la fécondité cumulée de l'Afrique du Sud se situe à 2,9 (SADHS, 1999).

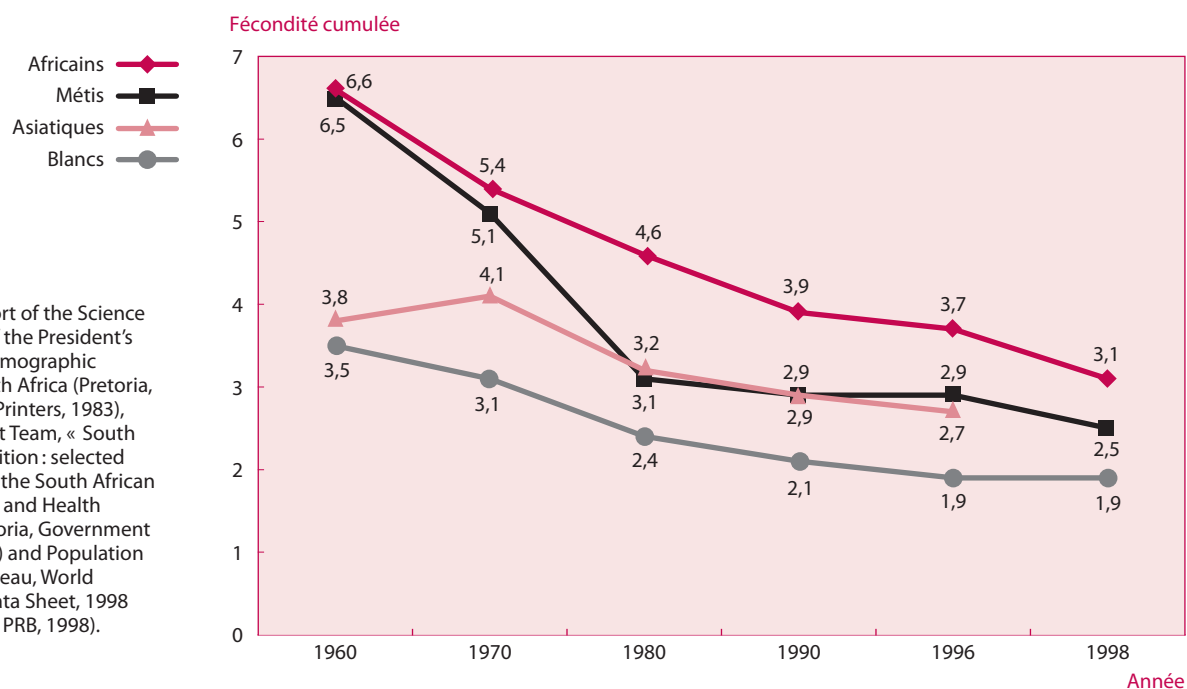
Les Blancs ont connu une longue période de baisse soutenue de la fécondité depuis la fin du XIX^e siècle avant d'atteindre, en 1989, un niveau de fécondité déficitaire (FC = 1,9) [O. Chimere-Dan, 1993]. La fécondité des Asiatiques a elle aussi baissé régulièrement, la FC tombant d'environ 6 dans les années 50 à 2,7 à la fin des années 80. La fécondité des Métis a connu une baisse remarquablement rapide, puisqu'elle est descendue de 6,5 à la fin des années 60 à environ 3 à la fin des années 80. On estime que la fécondité des Africains est tombée d'une pointe de 6,8 à un creux d'environ 3,9 entre le milieu des années 50 et le début des années 90. Elle continue de baisser, mais elle reste sensiblement supérieure à celle des autres groupes raciaux.

Figure III
Écart de pauvreté



Source: Poverty and Inequality in South Africa (PISA). Fishwicks, Durban. 1998.

Figure IV
Écarts de fécondité cumulée selon la race, Afrique du Sud, 1960-1998



Source: Report of the Science Committee of the President's Council on demographic trends in South Africa (Pretoria, Government Printers, 1983), SADHS Project Team, « South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey » (Pretoria, Government Printers, 1998) and Population Reference Bureau, World Population Data Sheet, 1998 (Washington: PRB, 1998).

Raisons de la baisse de la fécondité ?

En dépit de cette baisse spectaculaire de la fécondité, la majorité de la population africaine, et en particulier les femmes, vivent toujours dans la pauvreté. La question que nous devons poser est celle-ci: « Comment cette transition de la fécondité a-t-elle pu se produire? »

Politiques de population antérieures de l'Afrique du Sud

On répondra à cette question en examinant les politiques de population antérieures du gouvernement sud-africain. Ce dernier a commencé à soutenir fermement la planification familiale dans les années 60. Il y était poussé par la crainte de voir l'accroissement rapide de la population compromettre la prospérité et le développement économique de l'Afrique du Sud, mais aussi par la préoccupation suscitée parmi les dirigeants politiques et administrateurs blancs du fait que l'accroissement rapide de la population africaine risquait de submerger les Blancs nettement moins nombreux. Dès 1963, le gouvernement d'apartheid a fourni un financement important au titre des services publics de planification familiale et s'est mis à distribuer gratuitement les contraceptifs. En 1974, il a lancé le Programme national de planification familiale, doté de moyens de financement importants.

Les résultats ont été impressionnants et sans précédent en Afrique subsaharienne. En 1983, plus de la moitié des femmes remplissant les conditions requises pratiquaient la contraception. Tout en cherchant à diminuer l'effectif de la population africaine, le gouvernement préconisait un accroissement de la population blanche par le biais de l'immigration. Le programme a donc été très critiqué, tant pour son orientation idéologique que pour l'insuffisance de ses services. Au milieu des années 80, sa direction s'était distancée du but démographique du Programme d'évolution de la population (PEP) et s'occupait de promouvoir les avantages sanitaires du programme et d'intégrer la planification familiale aux autres services de soins de santé primaires.

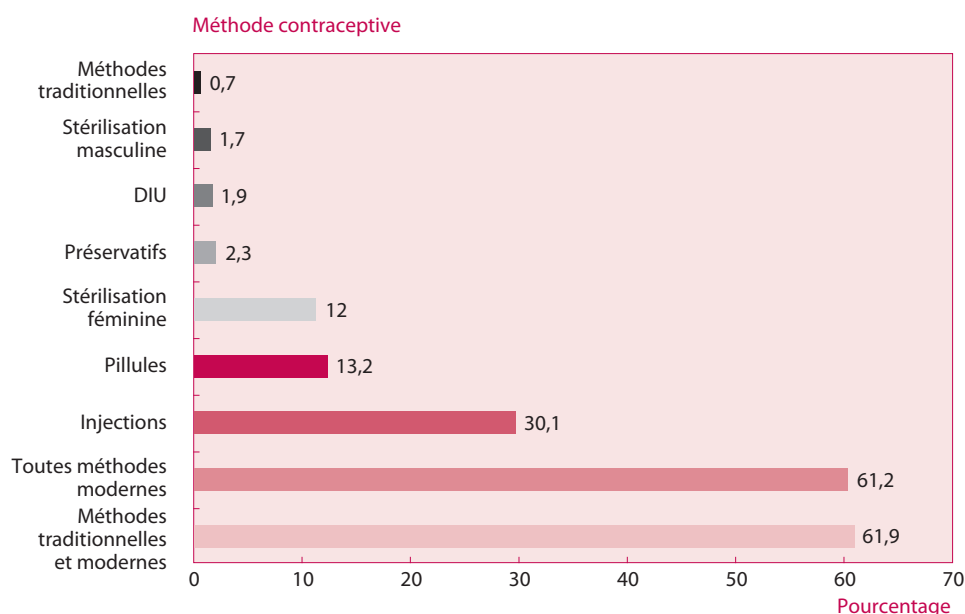
Le lancement en 1984 du Programme d'évolution de la population (PEP) visait expressément à faire baisser le taux d'accroissement élevé de la population nationale parce que les ressources du pays (l'eau, en particulier) ne permettraient pas de le maintenir. Ironie des choses, la population africaine soit se voyait refuser l'accès aux terres arables aux ressources hydriques abondantes, soit était transférée sur des terres aux ressources hydriques insuffisantes. Ainsi, la population minoritaire possédait-elle la plupart des terres aux ressources hydriques abondantes du pays ou en prenait-elle systématiquement possession. Le PEP est intervenu dans d'autres domaines ayant un impact sur les niveaux de fécondité, à savoir l'éducation, les soins de santé primaires, le développement économique, la valorisation des ressources humaines et le logement. Toutefois, il n'a rien fait pour améliorer la situation économique de la population africaine et il a éludé la question du renforcement des moyens d'action des femmes africaines.

Sans parvenir à atteindre ses objectifs originels, le programme n'en a pas moins considérablement étendu les services de planification familiale. À la fin de la décennie, environ 61,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans (dont environ la moitié étaient des Africaines mariées) utilisaient une méthode de contraception (voir figure V).

L'ironie veut donc que le programme de planification familiale de l'Afrique du Sud ait été conçu et exécuté par un gouvernement minoritaire blanc soucieux de ralentir l'accroissement de la population africaine majoritaire; les communautés africaines se sont opposées à cette approche. Il convient toutefois de préciser qu'un grand nombre d'Africaines ont adopté la planification familiale malgré l'intention politique du programme.

La plupart de ces femmes étaient les seuls soutiens de famille et, dans ce sens, n'ont pu faire autrement que d'adopter la contraception. On peut en juger au fait qu'elles ont pris en mains la gestion de leur fécondité parce qu'elles se sont trouvées dans des situations de plus en plus précaires. Bien des facteurs — culturels, politiques et sociaux — conjuguent leurs effets pour priver les Africaines de toute sécurité financière et familiale. Cette situation les a obligées à limiter la procréation et à pratiquer la planification familiale, avec ou sans le consentement de leur mari ou partenaire. L'utilisation très fréquente de la contraception par injection montre que beaucoup de femmes ne peuvent pas discuter librement des questions liées à la procréation, y compris celle de

Figure V
Utilisation actuelle des contraceptifs parmi les femmes sexuellement actives



Source: SADHS Project Team, «South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey» (Pretoria, Government Printers, 1998).

l'utilisation de la contraception, avec leur mari ou partenaire. Cela tend à indiquer que la majorité des Sud-Africaines ne peuvent toujours pas exercer leurs droits en matière de procréation.

De plus, un grand nombre d'Africaines des zones rurales vivaient sans leurs maris pendant de longues périodes, car ces derniers étaient employés dans les villes comme travailleurs migrants. Leur absence prolongée obligeait les femmes à se débrouiller toutes seules avec leurs enfants. Beaucoup de ces maris migrants cessaient d'envoyer de l'argent à la maison ou gagnaient trop peu pour pouvoir le faire. Compte tenu également de la privation de terres et du chômage associés au système des homelands, beaucoup d'Africaines en étaient réduites à prendre elles-mêmes les décisions concernant l'entretien de la famille et la procréation. Le programme moderne de planification familiale lancé par le régime d'apartheid blanc au début des années 70 veillait à ce que leurs besoins en matière de régulation de la fécondité soient satisfaits.

Fécondité illégitime en Afrique du Sud

Le mariage et l'utilisation de la contraception sont deux des plus puissants déterminants de la fécondité. Dans la plupart des populations, la fécondité est directement liée au mariage; les femmes mariées ont généralement plus d'enfants que les femmes célibataires du même âge. De tout temps, les enfants nés de femmes célibataires n'ont pas été acceptés dans la plupart des sociétés; aussi les femmes commençaient-elles à avoir des enfants après le mariage et continuaient-elles à en avoir tout au long de leur période de procréation aussi longtemps qu'elles demeuraient mariées. En Afrique, le mariage était naguère quasi universel et la fécondité des mariages était très élevée et la fécondité illégitime très faible.

Dans le contexte sud-africain, le mariage semble avoir perdu de son importance en tant que déterminant de la fécondité. On le voit d'abord à l'écart insignifiant entre la fécondité légitime et la fécondité illégitime des Africaines en Afrique du Sud: en 1996, la FC moyenne des Africaines qui n'avaient jamais été mariées ou qui vivaient en cohabitation était de 3,9, tandis que celle des Africaines mariées était de 4,3 (O. Chimere-Dan, 1999). On le voit ensuite au taux élevé de grossesses d'adolescentes, célibataires pour la plupart.

On assiste à une baisse générale de la fécondité, mais les grossesses d'adolescentes restent un sujet de préoccupation majeur comme le montre le tableau 1. L'EDSAS de 1998 a constaté que 35 % des adolescentes avaient été enceintes ou avaient eu un enfant à l'âge de 19 ans. Cela représente un taux de fécondité des adolescentes très élevé et est un grave sujet de préoccupation pour le gouvernement, les communautés et les chercheurs. La prévalence des grossesses d'adolescentes est plus importante parmi les Métisses et les Africaines, en particulier celles qui ont une instruction minimale ou nulle. La proportion des adolescentes qui ont eu une grossesse est passée de 2,4 % à 35,1 avec chaque année d'âge supplémentaire, comme on peut le voir dans la troisième colonne du tableau 1.

Le taux élevé de grossesses d'adolescentes est lourd de conséquences, surtout pour les Africaines et les Métisses qui sont les groupes les plus pauvres et les plus défavorisés du pays. La majorité de ces grossesses ne sont ni planifiées ni désirées. Il est rare que le père de l'enfant reconnaisse ce dernier et assume la responsabilité de son soutien financier, affectif et pratique. Il est fréquent que la mère abandonne l'école, renonçant à ses chances de développement personnel, ce qui la rend vulnérable à la pauvreté, aux relations sexuelles fondées sur l'exploitation et à la violence ainsi qu'à une piètre estime de soi.

D'un autre côté, le fait de tomber enceinte dans une communauté africaine n'implique pas nécessairement la perte des possibilités d'instruction. Lorsqu'une écolière se trouve enceinte, elle peut être obligée de quitter l'école, mais c'est souvent seulement pour le reste de l'année scolaire. On attache tellement d'importance à la scolarisation et à la formation postérieure qu'il n'est pas question que la grossesse vienne les remettre en cause. Il ne semble pas que les grossesses d'adolescentes parmi les Africaines et les Métisses soient considérées dans la même optique négative que dans le cas des Blanches et des Asiatiques.

Tableau 1

Grossesse et maternité chez les adolescentes (pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans qui sont mères ou qui ont été enceintes, selon les caractéristiques générales, Afrique du Sud, 1998)

Caractéristiques générales	Pourcentage qui	
	sont mères	ont été enceintes
Âge		
15	2,0	2,4
16	5,2	7,9
17	10,7	14,2
18	19,8	24,6
19	30,2	35,1
Lieu de résidence		
Zones urbaines	10,5	12,5
Zones rurales	16,3	20,9
Races		
Africaines	14,2	17,8
Africaines urbaines	11,6	13,7
Africaines non urbaines	16,4	21,1
Métisses	15,7	19,3
Blanches	2,2	2,2
Asiatiques	2,9	4,3
Total	13,2	16,4

Source : SADHS Project Team, « South Africa in transition : selected findings from the South African Demographic and Health Survey » (Pretoria, Government Printers, 1998).

Dans la plupart des cas, la fille n'épouse même pas le père de son premier enfant. Les Africaines comme les Africains attachent une très grande importance à la fécondité dans la communauté africaine. On ne sera donc pas surpris de constater que, même pour les femmes célibataires et les adolescentes, la grossesse se voit attribuer une valeur positive qu'elle n'a généralement pas dans les communautés blanches (Preston-White *et al.*, 1990).

Les grossesses d'adolescentes n'en demeurent pas moins l'une de nos plus graves préoccupations en matière de population, qui affecte surtout les communautés des provinces du Cap-Ouest, du Gauteng et du Kwazulu-Natal. C'est un défi à relever d'une manière constructive, compte tenu surtout de la pandémie de VIH/sida et du fait qu'il est porté atteinte aux droits fondamentaux de nombreuses adolescentes par la violence sexuelle et le viol.

On a pu dire que le taux de fécondité plus élevé que l'on observe parmi les mères célibataires est une réaction rationnelle de la part des femmes, en particulier des Africaines et des Métisses, aux systèmes économiques, sociaux et culturels patriarcaux qui les oppriment et les privent de tout moyen d'agir. Parmi les Africains et, dans une certaine mesure, les Métis, le mariage est loin d'être une institution sociale précoce et universelle. La prévalence des mariages est uniformément faible parmi les Africaines de tous âges. Les niveaux élevés de migration des hommes des zones rurales vers les zones urbaines ont abaissé les taux de nuptialité parmi les Africains. Cela dit, la maternité est quasi universelle parmi les Africaines. Il s'ensuit que les ménages dont le chef est une femme sont très courants dans les zones rurales et les zones urbaines périphériques défavorisées. Le fait qu'elles assument seules la responsabilité de ces enfants fait peser sur ces femmes un fardeau accablant. Les implications négatives de cette situation prennent la forme de grossesses non désirées, d'avortements, d'abandons d'enfants et d'enfants des rues, d'abandon moral et de maltraitance d'enfants.

Une question qui tient une grande place dans le schéma de fécondité africain en Afrique du Sud est celle de la responsabilité des hommes dans la prise de décisions et de la santé en matière de procréation, ainsi que dans la maternité et l'éducation des enfants. Les femmes doivent se charger d'élever les enfants et souvent, aussi, gagner de quoi le faire.

Cette situation a d'abord été créée par le système de main-d'œuvre migrante sud-africain; elle a été renforcée par la création des homelands dépourvus de bases économiques viables et le contrôle strict des entrées dans les villes et dans les zones « blanches ». Les hommes devaient s'en aller gagner leur vie; les femmes restaient à la maison dans les zones rurales, où elles devaient s'occuper des enfants. Souvent, les pères absents cessaient d'envoyer de l'argent à leur famille et les femmes devaient élever les enfants sans l'appui de leur père. Cette situation a fini par s'imposer également dans les *townships* en dehors des homelands, les femmes assumant la responsabilité principale, voire exclusive, des enfants.

Le mariage a perdu son rôle de domaine exclusif de la maternité légitime en Afrique du Sud. Dans l'ensemble, la fécondité illégitime y a diminué davantage que la fécondité légitime tant au niveau national qu'à celui des principaux groupes de population (Mencarani, 1999). Cette maîtrise intensive de la fécondité illégitime est la force dominante au sein de la transition de fécondité à l'œuvre en Afrique du Sud. La baisse de la fécondité totale illégitime a davantage tendance à être entraînée par l'utilisation de la contraception. En outre, à mesure que s'aggravera la situation du VIH/sida en Afrique du Sud, on peut s'attendre à ce que la tendance à la baisse de la fécondité adopte un rythme beaucoup plus rapide. L'impact du VIH/sida sur la fécondité devrait être triple: le nombre de femmes mourant jeunes avant d'avoir achevé leur période de procréation augmentant, la fécondité totale diminuera; le sida réduit la fertilité de femmes qui, dans d'autres circonstances, auraient eu davantage d'enfants; et l'augmentation de l'utilisation du préservatif masculin découlant de l'information du public sur la prévention de l'infection par le VIH pourra imprimer un élan à l'utilisation de la contraception.

Utilisation de la contraception

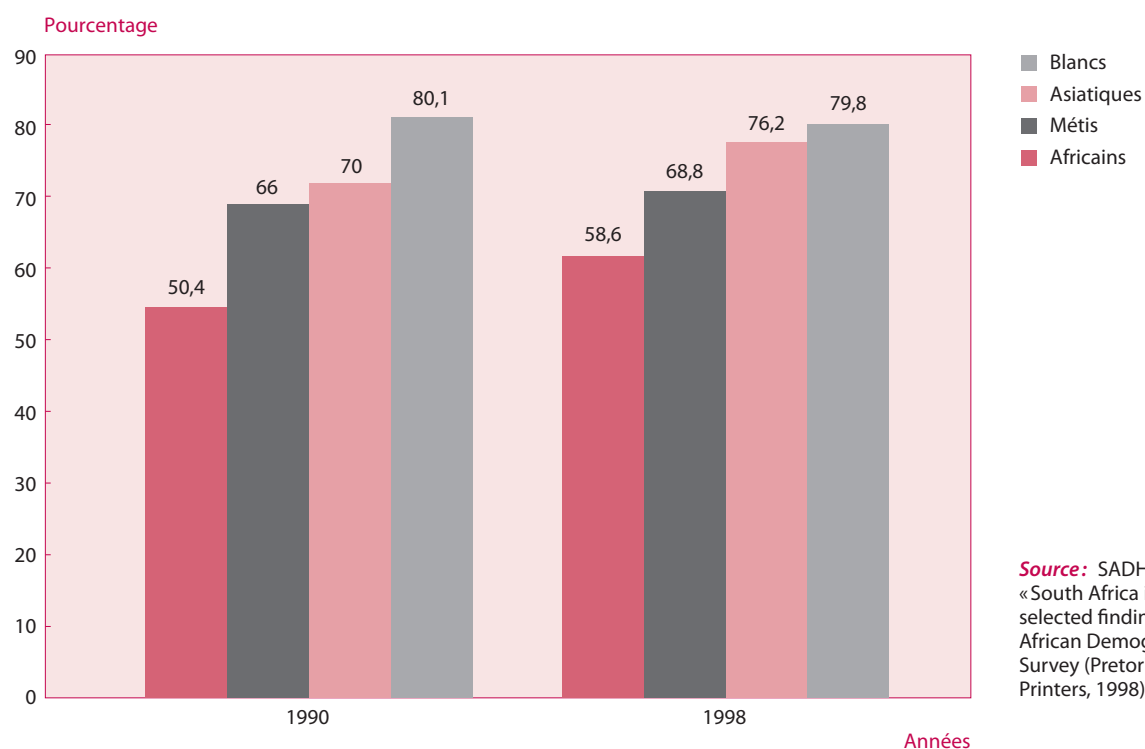
L'Afrique du Sud ayant su instituer de bonne heure des services de planification familiale et des services de santé facilement accessibles et mieux implantés que dans le reste de l'Afrique subsaharienne, le taux de fécondité faible peut également s'expliquer par l'utilisation élevée de la contraception. L'EDSAS a révélé que presque toutes les femmes connaissent au moins une méthode de contraception. Les trois quarts des femmes interrogées ont indiqué avoir utilisé une méthode de contraception à un moment donné de leur vie, tandis que 61 % des femmes sexuellement actives ont signalé recourir actuellement à la contraception (figure V). Le niveau national moyen d'utilisation de la contraception est plus élevé dans les zones urbaines (66 %) que dans les zones rurales (52,7 %).

S'agissant des méthodes utilisées par les femmes sexuellement actives, les contraceptifs injectables comptent pour 30 %, la pilule 13 % et la stérilisation féminine 12 %. L'utilisation du préservatif masculin est faible (2,3 %) [EDSAS, 1999]. La très faible prévalence des méthodes traditionnelles (0,7 %) est des plus significatives, car les méthodes modernes de contraception sont plus efficaces pour prévenir la grossesse. Se situant à 98,8 % de l'ensemble des méthodes de contraception utilisées, l'utilisation des méthodes modernes est très forte par rapport à celle des autres pays d'Afrique subsaharienne. Cette forte utilisation de la contraception moderne montre que les Sud-Africaines peuvent généralement accéder facilement aux services de planification familiale et qu'elles font généralement confiance aux méthodes contraceptives modernes pour ce qui est d'atteindre leur objectif, à savoir espacer ou limiter le nombre des enfants qu'elles ont l'intention d'avoir.

La comparaison de l'utilisation de la contraception selon le groupe racial présentée à la figure VI fait clairement apparaître une augmentation indéniable de la prévalence de la contraception parmi tous les groupes, à l'exception de la population blanche qui, à 80 %, avait en tout état de cause atteint le niveau de saturation.

La préférence pour certaines méthodes contraceptives a beaucoup évolué: certaines femmes sont davantage enclines à recourir à la contraception que d'autres et elles utilisent des types de méthodes différents. L'utilisation de la contraception est très

Figure VI
Comparaison de l'utilisation de la contraception selon le groupe racial entre 1990 et 1998



Source: SADHS Project Team, «South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic Health Survey (Pretoria: Government Printers, 1998).

répandue parmi les citadines, y compris les Africaines (voir le tableau 2), et les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur (voir tableau 3).

En Afrique du Sud, le choix de la méthode contraceptive correspond à la stratification raciale. Les Blancs, qui sont ceux qui utilisent le moins les services publics de planification familiale, ont à leur disposition un plus large éventail de méthodes contraceptives. Les Africains et les Métis, qui constituent la masse des clients des services publics organisés de planification familiale, utilisent le plus souvent les contraceptifs injectables

Tableau 2
Utilisation de la contraception selon le lieu de résidence, Afrique du Sud 1998

Lieu de résidence	Toutes méthodes
Zones urbaines	66,0
Zones rurales	52,7
Total	61,2

Source: SADHS Project Team, «South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey» (Pretoria, Government Printers, 1998).

Tableau 3
Utilisation de la contraception selon le niveau d'instruction, Afrique du Sud 1998

Niveau d'instruction	Toutes méthodes
Aucune instruction	33,1
Classes 1 à 5	43,7
Classes 6 à 7	53,6
Classes 8 à 11	64,6
Classe 12	73,1
Enseignement supérieur	78,1
Total	61,2

Source: SADHS Project Team, «South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey» (Pretoria, Government Printers, 1998).

(35 % et 27 %, respectivement). Cette situation amène à se poser la question du partage de l'information et celle de l'élargissement des choix en matière de procréation, ainsi que celle de la possibilité pour les femmes de prendre en charge leur propre corps et leur propre sexualité.

Comme le montre la figure IV, la fécondité des Africains est tombée de 6,6 en 1960 à 3,1 en 1998. C'est une fécondité exceptionnellement faible par rapport aux autres pays d'Afrique subsaharienne. Elle est à replacer dans le contexte qui a amené les Africaines à prendre en main la gestion de leur fécondité parce qu'elles se trouvaient dans une situation de plus en plus précaire. Bien des facteurs — culturels, politiques et sociaux — conjuguent leurs effets pour priver les Africaines de toute sécurité financière et familiale. Cette situation les a obligées à limiter la procréation et à pratiquer la planification familiale, avec ou sans le consentement de leur mari ou partenaire. L'utilisation très fréquente des contraceptifs injectables montre que beaucoup de femmes ne peuvent pas discuter librement des questions liées à la procréation, y compris celle de l'utilisation de la contraception, avec leur mari ou partenaire.

En tout état de cause, la régulation de la fécondité est loin d'être idéale en Afrique du Sud, comme l'atteste le fait qu'environ 50 % des femmes actuellement mariées ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Il existe une corrélation inverse entre le besoin non satisfait de planification familiale et le niveau d'instruction : le pourcentage de femmes sans instruction qui ont un besoin non satisfait de planification familiale est six fois plus élevé que le pourcentage de femmes parmi les plus instruites qui manifestent un tel besoin (Du Plessis, 1999). Cela confirme que la majorité des Sud-Africaines n'ont pas encore pu suffisamment prendre en main leur procréation. Pour régler la question du besoin non satisfait de planification familiale, il faut non seulement faciliter l'accès aux services de contraception, mais aussi améliorer le statut des femmes par l'instruction et l'emploi et faire évoluer les structures sociales qui influencent le degré d'autonomie des femmes.

Espacement des naissances et avortement

Les jeunes Sud-Africaines préfèrent espacer la naissance de leurs enfants, tandis que les femmes plus mûres préfèrent limiter le nombre des naissances (Du Plessis, 1996). La tendance générale par âge montre que les jeunes femmes africaines, métisses et blanches considèrent leurs grossesses comme trop rapprochées, tandis que les femmes plus mûres considèrent que quelques-uns seulement de leurs enfants sont nés à des dates trop rapprochées. On peut en déduire que les grossesses non prévues et mal calculées sont courantes parmi les jeunes femmes d'Afrique du Sud. L'écart existant entre les préférences déclarées en matière de fécondité et les niveaux de fécondité observés est révélateur des obstacles mis à l'exercice de l'autonomie des femmes en ce qui concerne la prise des décisions en matière de procréation. À cet égard, l'EDSAS a révélé que, dans la plupart des cas, le nombre idéal d'enfants qu'une femme voulait avoir est inférieur au nombre d'enfants vivants qu'elle avait en réalité. Cela montre, une fois de plus, que les maternités non désirées sont monnaie courante parmi les Sud-Africaines.

L'avortement pour raisons socioéconomiques a été légalisé en Afrique du Sud en 1996. Avant cette légalisation, l'interruption d'une grossesse non désirée augmentait souvent le risque de décès et de complications découlant d'avortements non médicalisés. L'avortement est à présent légal, mais des obstacles d'ordre moral et religieux continuent, dans certains segments de la société sud-africaine, de dissuader les femmes d'exercer ce droit. Le besoin le plus pressant d'accès aux services d'avortement légaux existe parmi les femmes défavorisées.

L'augmentation du nombre de cas d'infection par le VIH parmi les femmes et le risque que la grossesse fait courir à leur enfant et à elles-mêmes pourraient multiplier le nombre de femmes souhaitant se faire avorter. En l'état actuel des choses, on ne sait pas quel effet l'avortement légalisé aura sur la fécondité cumulée, bien que les travaux publiés

à ce sujet tendent à indiquer que, dans les pays où l'avortement légal est couramment pratiqué, il existe généralement une corrélation entre une faible fécondité et une forte prévalence combinée de l'avortement et de l'utilisation de la contraception (Rossouw et Du Plessis, 1999).

POLITIQUE ET INTERVENTIONS

La politique de population sud-africaine

La politique de population sud-africaine adoptée par le gouvernement démocratique de 1994 n'entend pas se cantonner dans les méthodes de planification familiale. Elle inscrit la population dans le cadre théorique du développement, comme le préconisait la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994. Il s'agit d'intégrer pleinement les problèmes de population à l'ensemble des stratégies, plans, décisions et budgets de développement, afin de répondre aux besoins et d'améliorer la qualité de la vie des générations actuelles et futures.

L'accent est mis en particulier sur le statut des femmes, en particulier des Africaines et des femmes rurales, la santé des adolescents en matière de procréation et les questions concernant la pauvreté. L'objectif poursuivi consiste à tenter de régler ces problèmes d'une manière intégrée.

La politique de population vise donc avant tout à faire en sorte que les responsables de toute planification prennent en considération les facteurs associés aux naissances, décès et migrations. C'est ainsi qu'une enquête a été menée en 2000 pour faire le point de l'exécution de la politique en question. Elle a montré que la plupart des services gouvernementaux appuyaient les stratégies proposées dans le cadre de la politique et que la planification des politiques était en train d'évoluer. On a élaboré un programme destiné à renforcer le système gouvernemental au service de l'évolution de la population. Ce programme associe le Ministère du développement social, Statistiques d'Afrique du Sud, le Système gouvernemental de communications et d'information (GCIS) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP).

Programme phare en faveur des femmes et des enfants de moins de 5 ans

Le Département du développement social intervient au point d'intersection des besoins des femmes et des enfants. Pour bien mettre en évidence son adoption de nouvelles priorités dans le domaine du bien-être social au service du développement, il a lancé un Programme phare intitulé « Programmes de développement en faveur des chômeuses ayant des enfants de moins de cinq ans ». Il s'agit d'élaborer et/ou d'appuyer des programmes de développement qui facilitent l'autonomisation des bénéficiaires. Les objectifs sont notamment de renforcer la capacité des femmes d'accéder à l'indépendance économique et à l'autonomisation et de dispenser aux enfants de la naissance à cinq ans une instruction adaptée aux besoins de leur développement. Le lancement des programmes pilotes a été financé dans chacune des neuf provinces et 1 448 femmes y ont participé. Dans sept provinces, le programme s'est adressé à 1 323 enfants. Le Programme phare a également organisé des activités de développement du jeune enfant. Les enfants sont placés dans les centres de développement du jeune enfant existants où certaines femmes reçoivent une formation appropriée et s'occupent de ces enfants sur le lieu du projet.

Le Programme phare a pour principal objectif de réduire la pauvreté en mettant à la disposition des femmes des activités génératrices de revenus. Les objectifs spécifiques sont les suivants : promouvoir les capacités humaines, pourvoir à l'autonomie et au bien-être de la population cible, venir en aide aux chômeuses et à leurs enfants de moins de cinq ans et ménager aux femmes et à leurs enfants des possibilités d'emploi, d'instruction et de forma-

tion leur permettant de pourvoir aux besoins fondamentaux de leur famille et, ce faisant, en finir avec le cycle de la vulnérabilité et de la pauvreté et de dépendance vis-à-vis de l'État.

Santé en matière de procréation

Initiative nationale des dispensaires adaptés aux besoins des adolescents (NAFCI)

La NAFCI est un projet étalé sur cinq ans qui a été lancé en septembre 1999 et dont la fin est prévue pour 2004. Elle relève de l'Unité de recherche sur la santé en matière de procréation (RHRU) de l'Université du Witwatersrand, implantée dans l'hôpital Chris Hani/Baragwanath. Il s'agit d'un programme d'habilitation fondé sur l'amélioration de la qualité des services fournis qui vise notamment :

- À élargir l'accès aux services de santé adaptés aux besoins des jeunes, notamment dans les domaines de la prévention de l'infection par le VIH et des MST et de l'information aux jeunes sur la santé en matière de procréation;
- À fournir des services de dépistage de VIH/sida et de conseils dans ce domaine;
- À fournir des services de soins et d'appui.

En tant que composante de Love Life, la NAFCI concourra à la réalisation de l'objectif de Love Life consistant à susciter un changement positif de comportement parmi les jeunes Sud-Africains afin de réduire le nombre des grossesses d'adolescentes et l'incidence des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida.

Le principal objectif de la NAFCI est de contribuer à rendre les établissements de santé plus accessibles et acceptables pour les adolescents.

Elle s'emploie également :

- À promouvoir une approche intégrée de la gestion des besoins sanitaires des adolescents par les prestataires de soins de santé;
- À définir des normes nationales concernant les soins de santé que les dispensaires du pays doivent fournir aux adolescents;
- À instaurer dans les dispensaires un environnement propice à la fourniture de services de santé aux adolescents.

Gestion de l'eau

L'application de politiques de population, d'environnement et de développement a appris à l'Afrique du Sud que les initiatives exécutées à l'échelon des collectivités, qui sont mieux à même de répondre aux besoins fondamentaux de la population, peuvent vraiment faire changer les choses pour les communautés pauvres. En 1998, un programme relatif à l'environnement et à la santé en matière de procréation à l'échelon des collectivités a été lancé dans deux districts ruraux par le gouvernement, en collaboration avec le FNUAP, l'Association sud-africaine pour la planification familiale et le Programme « Du travail contre de l'eau ». Ce programme se caractérise par le lien direct entre les interventions dans le domaine de la population et un programme d'environnement et de développement dont les avantages pour les collectivités concernées sont la fourniture d'eau salubre, la création d'emploi et la promotion de l'information et de services dans le domaine de la santé en matière de procréation, y compris sur le VIH/sida. Lancé pour reconstituer le débit des rivières et cours d'eau, le programme a créé beaucoup d'emploi, en particulier pour les femmes, avant d'être rattaché à la prestation de services de santé en matière de procréation dans le cadre du programme.

Sécurité alimentaire

Le Ministère de la santé a lancé en 1995 un Programme nutritionnel intégré (PNI) pour tenter de remédier au problème de la malnutrition et de le prévenir. Un processus à trois volets (évaluation, analyse et intervention) est engagé pour évaluer la situation, analyser les causes du problème et mettre en place les services et interventions visant à le régler. Le dosage des services et des interventions dépend des conclusions de l'évaluation et de l'analyse ainsi que de la disponibilité des ressources nécessaires. Il est généralement prévu de combiner des interventions nutritionnelles directes et indirectes avec la prestation de services et la modification des comportements.

Les interventions nutritionnelles directes sont, par exemple, l'information et la promotion nutritionnelles; l'addition de micronutriments; l'enrichissement des produits alimentaires; et la fourniture de conseils et d'un appui nutritionnels en rapport avec certaines maladies. Les interventions nutritionnelles indirectes peuvent être la lutte contre les parasites; les mesures pour améliorer l'accès aux produits alimentaires; la prestation de services de soins de santé; et l'approvisionnement en eau salubre.

Le Ministère de la santé œuvre au niveau national dans le cadre d'une direction de la nutrition et, au niveau de chaque province, d'une sous-direction ou sous-division. Il existe également aux niveaux de la région, du district et de la communauté locale des structures de gestion du PNI qui reposent sur diverses équipes et divers comités.

Pour faire vraiment reculer la malnutrition, il importe de collaborer avec les services spécialisés du Ministère de la santé ainsi qu'avec d'autres ministères. Le PNI coopère avec un certain nombre de services, parmi lesquels ceux des Ministères de l'éducation, de l'agriculture, de la protection sociale et des travaux publics; divers établissements universitaires et de recherche; des ONG, des associations locales et des comités de projets communautaires; des associations professionnelles, des organisations de consommateurs, des entreprises et des organisations internationales.

Plan intégré au service des enfants affectés et infectés par le sida

Il s'agit d'un projet commun aux Ministères de la santé, du développement social, de l'éducation et de l'agriculture. Il a pour objectif de lancer des interventions dans le domaine du VIH/sida et comprend quatre volets :

- Compétences pratiques essentielles
- Soins et soutien à domicile
- Accès à des services de conseils confidentiels et de dépistage volontaire
- Extension des services à la communauté

Il n'est officiellement question que des enfants, mais le projet s'adresse aux segments les plus vulnérables de la société, à savoir les femmes, les enfants et les personnes âgées. Le volet consacré aux compétences pratiques essentielles met l'accent sur l'éducation sexuelle et vise en particulier les jeunes non scolarisés.

Commission nationale de la jeunesse

Ce programme a pour objet d'associer la jeunesse à la reconstruction et au développement de l'Afrique du Sud. On a recours aux services des jeunes pour sensibiliser d'autres jeunes aux risques associés aux rapports sexuels sans protection. Le sous-programme intitulé « Les jeunes ambassadeurs de la vie positive » est un programme de lutte contre le VIH/sida qui consiste à avoir recours aux services des jeunes pour sensibiliser d'autres jeunes aux risques associés aux rapports sexuels sans protection, en particulier au risque lié au VIH/sida.

CONCLUSION

La transition de fécondité vécue par l'Afrique du Sud a été exceptionnelle en Afrique subsaharienne, sinon dans le reste du monde. La fécondité a sensiblement baissé pendant l'époque de l'apartheid pour tomber à une FC de 2,9, ce qui est sans précédent en Afrique. La transition visant à combler l'écart entre les aspirations à une fécondité faible et une faible dimension de la famille complète est allée beaucoup plus loin en Afrique du Sud que dans le reste de l'Afrique subsaharienne. Toutefois, cette transition s'est opérée dans un contexte de bouleversement social affectant surtout les Africains et d'appauvrissement de millions d'individus, dont une proportion importante d'Africaines et de leurs enfants, et alors que s'étaient au grand jour des inégalités flagrantes et la pratique consistant à priver systématiquement les femmes de tous moyens d'agir.

On a cherché à donner les raisons de cette baisse spectaculaire de la fécondité en dépit de niveaux élevés de pauvreté et de faibles niveaux de développement parmi les quatre principaux groupes raciaux. On a analysé les questions liées à la fécondité illégitime élevée en Afrique du Sud et au taux élevé d'utilisation de la contraception afin de mieux comprendre le caractère insolite d'une baisse de la fécondité dans une situation marquée par le faible statut des femmes et la misère noire. Nous avons constaté que divers facteurs conjuguent leurs effets pour créer la situation dans laquelle les femmes devaient accepter d'assumer pratiquement seules la responsabilité de l'éducation des enfants sans avoir accès à des ressources productives. Elles ont fait face en prenant en mains leur fécondité, non pour satisfaire des aspirations inspirées par l'instruction et l'activité professionnelle ou par un mode de vie confortable, mais en tant que stratégie de survie. Les droits des Sud-Africaines défavorisées en matière de procréation et de sexualité n'ont cessé d'être bafoués et violés du fait, d'une part, de la désintégration de la vie familiale causée par le contrôle des entrées et le système des homelands et, d'autre part, de leur faible statut et de l'absence d'amélioration de leur condition. Néanmoins, elles ont accepté la contraception parce qu'elle leur offrait le moyen de prendre au moins partiellement en charge leur propre corps.

Ce qui différencie, au fond, les schémas de fécondité de l'Afrique du Sud et ceux des autres pays d'Afrique subsaharienne n'est pas que la fécondité y soit valorisée différemment—l'Afrique du Sud lui attache toujours un grand prix—, mais plutôt le fait de ne pas avoir accès à la terre et la désintégration totale du mode de vie traditionnel, sur les plans tant social qu'économique, qui ont fait que la régulation de la fécondité a constitué un choix rationnel pour les Sud-Africaines.

Toutefois, les niveaux élevés de grossesses non désirées et de grossesses d'adolescentes ainsi que l'ampleur des besoins non satisfaits en matière de contraception restent très préoccupants. Ils témoignent du fait que les femmes, et en particulier les Africaines et les Métisses, n'ont toujours pas la maîtrise de leurs choix en matière de procréation et font encore l'expérience d'un choc émotionnel en ce qui concerne la fécondité. Par ailleurs, elles n'ont pas la possibilité de se développer de façon à renforcer leurs moyens d'action, ce qui leur permettrait de prendre en main leur vie génésique, comme l'a préconisé la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994. Le VIH/sida et ses conséquences abaisseront indubitablement le taux de fécondité dans un avenir proche et l'on ne mesure pas encore toute l'ampleur de son impact.

Tant que la pauvreté, l'inégalité entre les races et entre les sexes et le morcellement de la société persisteront, nous ne pourrons, nous, Sud-Africains, tirer aucune fierté des remarquables progrès que nous avons accomplis en ce qui concerne la baisse de la fécondité. Aussi longtemps que les Sud-Africaines ne pourront pas librement prendre en charge leur propre corps avec le soutien de leur mari ou partenaire, les problèmes de population liés à la fécondité demeureront un grave sujet de préoccupation nationale.

Il conviendrait d'axer spécifiquement les efforts sur des programmes d'autonomisation des adolescents et des femmes rurales africaines vulnérables afin qu'ils puissent maîtriser leurs choix en matière de procréation. Le fait que les hommes n'assument aucune

responsabilité, facteur qui, comme nous l'avons déjà dit, explique pourquoi les Africaines ont besoin de pouvoir maîtriser leur fécondité, a des implications importantes pour les programmes et services de santé en matière de procréation. Parmi les interventions indispensables figurent l'élévation du statut des femmes par le biais de l'instruction et de l'activité professionnelle, une mutation fondamentale des structures sociales qui influent sur l'autonomie des femmes et l'élimination de la pauvreté.

L'auteur est convaincu que la fécondité continuera de baisser pour les populations africaine, asiatique et métisse et atteindra le seuil de remplacement d'ici à 2020-2025. Toutefois, compte tenu de l'impact futur du VIH/sida sur l'accroissement de la population sud-africaine, notre seuil de remplacement pourrait même être atteint beaucoup plus tôt que prévu.

BIBLIOGRAPHIE

- Chimere-Dan, O. (1993). Population Policy in South Africa. *Studies in Family Planning*, n° 24, p. 31-39.
- (1999). Marriage and the Fertility Transition in South Africa. Communication présentée lors de la troisième Conférence africaine sur la population, organisée sur le thème: La population africaine au XXI^e siècle. Durban, 6-10 décembre 1999.
- Du Plessis, G. E. Reproductive choice and motivation in South Africa. *South African Journal of Demography* (Pretoria), vol. 6, n° 1, p. 33-48.
- Équipe de projet de l'enquête démographique et sanitaire sur l'Afrique du Sud (EDSAS) [1999]. *South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic Health Survey, 1998*. Pretoria: Government Printers.
- Mencarani, L. (1999). An analysis of fertility and infant mortality in South Africa based on 1993 LSDS data. Communication présentée lors de la troisième Conférence africaine sur la population, organisée sur le thème: La population africaine au XXI^e siècle. Durban, 6-10 décembre 1999.
- Ministère de la protection sociale (1998). *Population for South Africa*. Pretoria: Government Printers.
- Organisation des Nations Unies (1995). *Perspectives démographiques mondiales 1994*. New York
- Preston-White, E., M. Zondi, G. Mavundla et H. Gumede (1990). Teenage pregnancy, whose problem? Realities and prospects for action in Kwazulu-Natal. *South African Medical Journal*, (Johannesburg), vol. 77, n° 3, p. 11-20.
- Rossouw, J. P. H. et Du Plessis, G. E. (1994). Unwanted fertility, contraception and induced abortion in South Africa (Pretoria), vol. 4, n° 1, p. 12-28.

Les perspectives de baisse indéfinie de la fécondité en Asie du Sud

*Alaka Malwade Basu**

Dans les publications démographiques, la sémantique de la baisse de la fécondité a entraîné une confusion intéressante. Cela a été notamment le cas de la tendance à utiliser de façon interchangeable les expressions « baisse mondiale de la fécondité » et « convergence mondiale de la fécondité ». Or, les deux expressions ne sont pas du tout synonymes. Il est vrai que le monde entier a engagé un processus de baisse de la fécondité, mais il ne s'ensuit pas que le monde entier soit destiné à atteindre partout le même niveau de fécondité ni que toutes les sociétés y parviennent ou doivent y parvenir de la même façon. Il existe des variations suffisamment importantes jusque dans les pays actuellement en phase de « post-transition » pour contredire cette conclusion.

Deux constatations empiriques ont probablement contribué à créer cette confusion entre « baisse mondiale » et « convergence mondiale ». En particulier, on sait maintenant de source sûre que les non-spécialistes n'ont jamais entendu parler de « fécondité de remplacement » et, de ce fait, ne la prennent pas en considération lorsqu'ils planifient leur fécondité au niveau familial. Dans tous les pays du monde industrialisé, la fécondité a dégringolé bien au-dessous du seuil de remplacement, infligeant au passage un démenti à une bonne partie des plans échafaudés sur la base des projections de population antérieures. Les auteurs de ces projections antérieures ont depuis été largement critiqués pour avoir considéré la fécondité de remplacement comme une sorte de point terminal sacro-saint de la transition de fécondité. À présent, on ne conteste plus guère que la fécondité cumulée (FC) magique d'environ 2,1 n'est guère plus qu'un outil d'analyse commode. Cela étant acquis, les projections de population récentes n'ont pas peur de postuler, à l'issue du processus, des niveaux de fécondité qui auraient rendu un peu ridicules les prophètes de la catastrophe démographique du siècle dernier.

Une fois rejetée la logique qui voudrait faire de la fécondité de remplacement un point terminal plausible de la transition de fécondité pour le monde développé, il s'ensuit tout naturellement que ce point terminal n'est pas plus sacro-saint pour le monde en développement. Cette intuition a été renforcée ces dernières années par la seconde constatation empirique, à savoir celle selon laquelle le processus de baisse de la fécondité s'explique beaucoup mieux par les théories de la diffusion (qui sont, au fond, les théories du comportement inspiré par celui des autres) que par les théories échafaudées à partir des facteurs structurels influant sur les coûts et les avantages de la procréation. Le large éventail de conditions dans lesquelles la fécondité s'est mise à chuter partout dans le monde en développement et les corrélats les plus puissants de cette baisse—le niveau d'instruction, l'expérience des médias, le contact avec les idéologies de la modernisation (et non ses attributs matériels)—tendent nettement à indiquer que le désir de maîtriser la fécondité et d'avoir moins d'enfants que ses parents découle dans une large mesure de la volonté de faire comme les autres.

Mais les explications de la baisse de la fécondité fondées sur la diffusion et le manque de pertinence de la notion de fécondité de remplacement impliquent-elles vraiment que, en fin de processus, les niveaux de fécondité stables seront les mêmes partout dans

* Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge, Massachusetts, États-Unis d'Amérique.

le monde? Les caractéristiques structurelles et culturelles de chaque société n'ont-elles pas leur mot à dire sur les modalités de la baisse de la fécondité? En ce qui me concerne, j'ai tendance à penser que la convergence est possible « en fin de processus », à condition de donner à cette expression un sens suffisamment ouvert, mais qu'à l'horizon relativement court de quelques décennies, même jusqu'à cinq décennies, les variations géographiques et culturelles freineront quelque peu la marche vers la convergence mondiale.

Ce scepticisme à l'endroit de la convergence mondiale est corroboré par les écarts encore importants de fécondité observables dans le monde développé. Même si tous ces pays ont à présent atteint des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement, ils n'en présentent pas moins un éventail de niveaux de fécondité déficitaire; la descendance finale de la cohorte de naissance de 1960 variait entre 2,10 en France en 1994 à 1,65 en Allemagne en 1992 et en Italie en 1996 (Bongaarts, 2001). Un écart d'une demi-naissance n'est pas négligeable, vu les faibles niveaux de base auxquels cet écart s'observe.

Le scepticisme au sujet des perspectives de la convergence mondiale se nourrit également de la grande diversité de mesures que suscitent les déterminants immédiats de la fécondité dans le monde développé. Les variations constatées en ce qui concerne le mariage, l'utilisation de la contraception et l'avortement sont assez répandues pour donner à penser, même vaguement, que la similitude des niveaux de fécondité en fin de processus pourrait relever de la coïncidence. Certes, pareille conclusion serait exagérée (étant donné que les idées que l'on se fait de la dimension de la famille complète sont un important déterminant de la dimension de la famille complète), mais elle ne serait pas entièrement fausse.

Dans la présente étude, j'entends utiliser les enseignements tirés de ces variations des déterminants immédiats pour examiner certaines des raisons plausibles¹ pour lesquelles la fécondité future en Asie du Sud pourrait ne pas descendre à des niveaux aussi bas que celui de nombreuses parties du monde développé d'aujourd'hui. Comme nous l'avons déjà indiqué, c'est d'un futur à assez court terme que traite la présente étude; à la fin du siècle, il se pourrait bien que nous vivions tous dans un monde qui non seulement mangera des hamburgers et boira du coca, mais où tous les groupes se marieront exactement au même taux, utiliseront le même type de contraception et voudront et auront exactement le même nombre d'enfants.

Dans les sections qui suivent, j'examine deux des déterminants immédiats de la fécondité, à savoir le célibat et l'absence d'enfants au sein ou en dehors du mariage. Le cadre des déterminants immédiats était l'instrument le plus courant d'étude de la fécondité dans les années 70 et 80, mais, avec le temps, nous en sommes venus à nous concentrer presque exclusivement sur l'un d'entre eux, l'utilisation de la contraception, car nous avons présumé que c'est la principale variable permettant d'expliquer les écarts de fécondité. Mais je voudrais dire ici qu'une notion modifiée de « fécondité naturelle » peut rester un élément important de l'explication de la fécondité déficitaire dans beaucoup de pays aujourd'hui. Et enfin, dans une section très brève, je spécule à propos de la stagnation actuelle de la baisse de la fécondité dans certaines parties de l'Asie du Sud.

CÉLIBAT

Les tentatives d'explication de la baisse de la fécondité dans les pays en développement distinguent en général l'impact du recul de l'âge au mariage et la baisse de la fécondité dans le mariage. De nombreux travaux ont été publiés pour expliquer comment le recul de l'âge au mariage peut faire baisser aussi bien la fécondité naturelle (en raccourcissant la durée de l'exposition au risque de grossesse) que la fécondité volontaire (le report du mariage s'accompagnant d'un certain nombre d'autres choses qui réduisent la demande d'enfants).

Mais l'expérience des pays développés tend à indiquer que, en ce qui concerne le mariage, ce qui pourrait en dernière analyse avoir un impact plus profond sur les FC n'est pas tant le report du mariage en tant que tel que le *célibat*. Le report du mariage ne devrait, toutes choses étant égales par ailleurs, qu'élever l'âge moyen à la maternité et modifier les taux de fécondité du moment².

¹ Il est important d'insister sur le mot « plausibles »; étant donné la façon dont les événements imprévus sont devenus à l'époque récente des éléments de plus en plus déterminants du monde, il se pourrait fort bien que toutes les prévisions du comportement futur ne doivent pas être prises au sérieux.

² Certes, le monde n'est pas « toutes choses étant égales par ailleurs ». Le recul de l'âge au mariage est associé, dans la plus grande partie du monde en développement, à des souhaits réduits en matière de fécondité (Jejeebhoy, 1994); ce n'est pas notre propos ici: nous nous occupons du recul de l'âge au mariage en tant que facteur de réduction des naissances du premier et du deuxième rang.

Mais dans de nombreuses parties du monde à fécondité déficitaire, et en particulier dans les pays où (comme l'Italie et l'Espagne) la FC est tombée à des niveaux inférieurs à ceux généralement observés dans les pays à fécondité déficitaire, l'augmentation des niveaux du célibat est une importante raison de ces faibles FC. En d'autres termes, la question n'est pas tant que les niveaux de fécondité légitime sont descendus jusqu'à des creux sans précédent que le fait qu'il y a moins de femmes qui contribuent à ces FC parce qu'un nombre croissant de femmes ne se marient pas. Naturellement, les niveaux élevés de célibat sont importants dans les baisses de fécondité observées surtout dans les sociétés qui désapprouvent la maternité en dehors du mariage, comme en Italie et en Espagne. De fait, des données récentes montrent que même la cohabitation en dehors du mariage (et non pas seulement la maternité en dehors du mariage) est rare dans les pays méditerranéens (et au Japon), pour des raisons en partie économiques et en partie culturelles.

Pour illustrer mon propos, j'examine certains des chiffres présentés dans le cadre d'une réunion antérieure de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU (Organisation des Nations Unies, 1999) consacrée aux perspectives de la fécondité dans les pays à fécondité déficitaire. Les niveaux absolus comme les tendances du célibat dans un grand nombre de ces pays sont frappants. En Allemagne, par exemple, plus de 90 % des membres des cohortes nées pendant les années 30 et 40 se sont mariés au moins une fois; ce chiffre devrait tomber à 70 ou 80 % pour la cohorte née en 1960 (Dorbritz et Hohn, 1999). En Espagne, au moins 80 % des femmes nées pendant les années 40 et auparavant étaient mariées, veuves ou divorcées, contre environ 68 % de la cohorte née en 1961 (Frejka et Ross, 2001). Au Japon, la proportion de femmes âgées de 30 à 34 ans n'ayant jamais été mariées est passée de 7,2 en 1970 à 19,7 en 1995 (Kaneko, 1999).

Toutefois, d'importantes variations subsistent dans le monde développé en ce qui concerne le célibat. C'est ainsi qu'environ 8 % des femmes âgées d'au moins 45 ans en Norvège et en Suède n'avaient jamais été mariées en 1997, contre 11 % en Italie et en Espagne et 5 % seulement aux États-Unis (Organisation des Nations Unies, 1997). À l'heure actuelle, les cohortes les plus jeunes feront probablement monter ces pourcentages. L'impact de ces écarts de FC est gonflé ou réduit par leurs écarts de fécondité hors mariage, ce qui permet aux États-Unis de continuer de tourner autour du seuil de remplacement (comme le font la Norvège et la Suède, mais dans l'autre sens, c'est-à-dire un peu au-dessous du seuil de remplacement), tandis que l'Espagne, l'Italie et le Japon ont des FC d'environ 1,4.

J'aborde brièvement certaines des raisons expliquant ces tendances à la fin de la présente étude. Il suffira pour le moment de souligner qu'en l'absence de maternités prénuptiales il n'est pas difficile de comprendre comment la fécondité déficitaire peut apparaître même si les taux de fécondité légitime et les niveaux de fécondité désirée ne changent guère.

Quels enseignements peut-on tirer de ces taux de célibat pour l'Asie du Sud? Les variations de cet indicateur dans le monde à fécondité faible tendent à indiquer qu'il ne faut guère s'attendre non plus à ce que le célibat devienne courant dans toutes les parties du monde en développement. Peut-on, en Asie du Sud, prévoir semblable « recul devant le mariage » (Becker, 1981)? S'il devait se produire, il entraînerait une baisse des FC plus rapide que celle que l'on peut prévoir d'après l'évolution de la fécondité légitime.

Étant donné l'affirmation générale selon laquelle il est dangereux de se risquer à toute prévision, quelle qu'elle soit, des tendances sociales, et vu l'enthousiasme extraordinaire avec lequel on a accueilli jusqu'à présent tout ce qui est « occidental » dans bien des régions du monde en développement (on ne s'étonnera pas de constater que la popularité des théories de la diffusion a tellement grandi ces dernières années), toute hypothèse que l'on se sentirait en droit d'avancer risque de nous faire faire fausse route, mais vaut quand même la peine d'être avancée. Et mon hypothèse est qu'il faudra encore attendre très longtemps pour que l'Asie du Sud enregistre des niveaux de célibat un tant soit peu importants. Pour commencer, le célibat n'a pas d'antécédents dans cette région, contrairement au cas de l'Europe de l'Ouest, par exemple, où le fait qu'une certaine proportion

de femmes restent célibataires à vie est un fait social attendu et acceptable (Hajnal, 1965). S'agissant des pays d'Asie du Sud (et, soit dit en passant, de la Chine), on a toujours dit, en manière de plaisanterie, qu'il n'existe aucun empêchement à un mariage—physique ou économique. Quels que soient les défauts d'une femme, elle trouvera toujours un mari « qui lui convienne ». Et des problèmes d'ordre purement pratique tels que la pénurie de logements ou le chômage n'ont jamais non plus empêché le système de mariage de l'Asie du Sud de fonctionner.

Non seulement il n'y a dans cette région aucun véritable précédent d'un nombre significatif de femmes célibataires, mais rien ne permet de dire que ce type de précédent serait en train de se produire. Dans l'EDS et la NFHS les plus récentes, par exemple, seules 1,4 % les femmes âgées de 30 à 49 ans en Inde « n'[avaient] jamais été mariées » en 1998-1999 et seules 2 % des Pakistanaïses âgées de 35 à 39 ans ne l'avaient jamais été en 1990-1991. Il est difficile de voir dans des chiffres aussi faibles l'indication d'une « tendance » à la hausse des taux de célibat.

ABSENCE D'ENFANTS VOULUE

Il est vrai que le célibat n'empêche pas nécessairement les femmes d'avoir des enfants. Et la fécondité pré-nuptiale n'est pas absente dans beaucoup de sociétés affichant des niveaux élevés et croissants de célibat. Mais : *a*) les niveaux de fécondité illégitime atteignent rarement ceux de la fécondité légitime, même dans les sociétés les plus industrialisées; et *b*) les niveaux de fécondité pré-nuptiale sont extrêmement faibles dans les pays dont la FC est parmi les plus faibles. Par exemple, les naissances pré-nuptiales représentent une proportion relativement faible des naissances totales dans les pays du monde industrialisé dont la fécondité est parmi les plus faibles [8 % en Italie en 1995 (Golini, 1999) et 13,7 % en Allemagne en 1996 (Dorbritz et Hohn, 1999)]. Ce sont là des proportions faibles par rapport à la France et au Royaume-Uni, par exemple, [entre 32 et 35 % en 1995 (Golini, 1999)] et à la Suède [52 % en 1995 (Golini, 1999)], mais sensiblement plus élevées que dans un pays à très faible fécondité comme le Japon [1,2 % en 1995 (Kaneko, 1999)].

On voit que la contribution de l'absence d'enfants hors mariage à la fécondité totale est variable selon les pays. En outre, il est certainement justifié d'ajouter les niveaux et les tendances de l'absence d'enfants *en général* (qu'elle soit voulue ou non ou déterminée par l'interdiction de la cohabitation et des grossesses pré-nuptiales ou par un ajournement trop long des essais de maternité, ou qu'elle soit voulue dans le mariage) aux prévisions de la fécondité future dans d'autres parties du monde. En tout état de cause, au plan analytique, mieux vaut habituellement considérer l'absence d'enfants en général, non en fonction de l'état matrimonial. Ce dernier est si fluide et change si souvent avec le comportement procréateur qu'il est difficile de démêler réellement la maternité dans le mariage et hors mariage.

Les tendances de l'absence d'enfants dans le monde développé sont frappantes. En Allemagne de l'Ouest, par exemple, alors que 10 % de la cohorte née en 1940 est restée sans enfants, cette proportion est passée à 23 % dans le cas de la cohorte de 1960 (Dorbritz et Hohn, 1999). Au Japon, vu la quasi-absence de maternités pré-nuptiales, les proportions de femmes demeurant sans enfants sont au moins aussi fortes que les fortes proportions de femmes n'ayant jamais été mariées indiquées dans la section précédente. En Italie, 18 % des femmes de la cohorte née en 1963 est demeurée sans enfants (Golini, 1999). En Norvège, s'agissant des femmes âgées d'au moins 35 ans, la proportion des femmes sans enfants est passée de 11,6 % pour la cohorte de 1950 à 16,5 % pour celle de 1963 (Lappagard, 2000). D'un autre côté, dans des pays comme les États-Unis, où les niveaux de fécondité sont plus proches du seuil de remplacement, l'absence d'enfants est moins courante et est probablement en baisse.

Pour examiner la contribution de l'absence d'enfants aux fécondités cumulées, on peut, par exemple, partir de la distribution des FC dans les différents pays au moment où ils atteignent la fécondité de remplacement. Si le passage au seuil de remplacement

s'explique surtout par l'extinction des naissances de rang supérieur, les implications à long terme peuvent être différentes de ce qu'elles seraient si ce passage était causé par une absence d'enfants de fortes proportions. En d'autres termes, si la tendance à long terme est l'homogénéisation des taux de fécondité, le niveau de stabilisation sera différent de ce qu'il serait si la tendance était à une division des populations nationales en groupes présentant des niveaux de fécondité radicalement différents (beaucoup de femmes sans enfants et beaucoup de femmes avec au moins deux naissances).

Il est vrai que la majeure partie de la baisse de fécondité du régime démographique moderne est due à la diminution des naissances de rang supérieur, mais les données en provenance d'Europe et du Japon indiquent qu'une fécondité totale déficitaire importante et durable a besoin d'un niveau important d'absence d'enfants. Pareille absence d'enfants est possible si le mariage doit être indéfiniment repoussé pour un certain nombre de raisons économiques et sociales *et* que la maternité pré-nuptiale ne soit pas acceptable (comme en Italie ou en Espagne), mais elle est également possible s'il existe une tendance croissante à l'absence complète d'enfants *dans* le mariage.

Tout porte à croire que si l'on ne tient pas compte de l'absence d'enfants, les FC d'environ 2 restent courantes; autrement dit, la majorité des femmes qui ont un enfant en ont un deuxième: même dans les sociétés à fécondité déficitaire, c'est la proportion des naissances de troisième rang qui a continué de diminuer régulièrement. Par exemple, en Norvège, s'agissant des femmes qui avaient un premier enfant, 80 % en ont eu un deuxième (Ronson, 2001). De même, la FC actuelle de 1,77 en Australie découle du fait que 22 % des femmes demeurent sans enfants, 15 % en ont un, 35 % deux, 20 % trois et 7 % au moins 4 (Caldwell et Caldwell, 1999). Ces femmes sans enfants comptent pour une part importante dans la faible fécondité de l'Australie; si elles n'existaient pas, la FC aurait été plus proche de 2,2, selon le calcul approximatif auquel je me suis livré.

J'ai déjà indiqué mon scepticisme en ce qui concerne les perspectives immédiates de niveaux significatifs de célibat en Asie du Sud. Qu'en est-il des perspectives immédiates de niveaux significatifs d'absence d'enfants voulue dans le mariage dans cette région? La question peut être posée autrement: Comment un niveau donné de FC a-t-il plus de chances d'être atteint dans les pays d'Asie du Sud? Une FC de deux enfants implique(ra)-t-elle plus souvent que la variation autour de cette moyenne est faible ou cette FC a-t-elle plus de chances de s'expliquer par le fait que les différents sous-groupes de la population ont des régimes procréateurs fort différents?

L'exemple australien peut-il nous aider à comprendre ce que sera le comportement futur du monde en développement? L'absence d'enfants pourrait-elle devenir courante dans un ou plusieurs sous-groupes de la population? Si l'on veut spéculer sur cette question, on peut, par exemple, essayer de comprendre les raisons de l'absence d'enfants dans le monde industrialisé. S'agit-il d'une situation voulue ou est-ce, comme suggéré dans Caldwell et Caldwell (2000), le résultat d'un ajournement des naissances jusqu'à ce qu'il soit trop tard? S'il s'agit de cette dernière possibilité, il est plausible que, dans le monde en développement (qui a en général montré qu'il apprenait vite une fois qu'il avait décidé de reproduire l'expérience des pays développés — le meilleur exemple en étant, naturellement, la vitesse relative de la baisse de mortalité dans les deux régions), les femmes feront preuve d'une grande souplesse pour ce qui est de mener de front activité professionnelle et procréation. De la sorte, non seulement il y aura moins de femmes sans enfants qu'actuellement en Australie, mais il se pourrait également que l'écart entre la fécondité du moment et la fécondité des cohortes, du type de celui contre lequel Bongaarts et Feeney (1998) mettent en garde, soit moins important. En fait, la fécondité australienne elle-même pourrait, en fin de compte, augmenter à mesure que cet impact non désiré de l'ajournement des naissances serait plus clairement anticipé.

Mais si l'absence d'enfants représente un choix délibéré —, ce qui est aussi possible alors que nous sommes de plus en plus sensibles à la réalité d'un monde peu hospitalier pour les enfants (en d'autres termes, les femmes peuvent décider de ne pas avoir d'enfants aussi souvent pour leur épargner ce monde ou pour leur convenance person-

nelle) —, il nous faut bien formuler des hypothèses concernant l'augmentation de l'absence d'enfants voulue dans le monde en développement. Et, si nous nous basons sur les impératifs culturels de la plupart des pays développés, nous pouvons présumer qu'il est improbable que l'absence d'enfants voulue devienne la caractéristique déterminante de tout sous-groupe important du monde en développement d'aujourd'hui, au moins pendant les quelques décennies à venir. Elle a assurément très peu de chances d'être une composante importante de la baisse de la fécondité en Asie du Sud. Le changement idéologique qui accompagne le passage d'une fécondité élevée à une fécondité faible est souvent compatible avec les normes en vigueur concernant la vie familiale et la vie en général, mais le changement culturel et normatif requis pour passer d'une situation où l'on veut peu d'enfants à une situation où l'on n'en veut aucun est trop considérable pour que l'on puisse sérieusement s'attendre à le voir naître des trajectoires actuelles du développement, de l'éducation et de la modernisation. Nous ne disposons pas pour l'Asie du Sud des séries de données tirées des enquêtes sur les valeurs mondiales effectuées dans le monde développé. Mais, intuitivement, la sensibilité « postmoderne » qui s'exprime au travers de ces enquêtes ne semble pas devoir être transposable dans un avenir proche dans le monde en développement de l'Asie du Sud (voir, par exemple, Van De Kaa, 2001).

La validité de ces conclusions est également confirmée par les faibles niveaux d'absence d'enfants voulue observés dans les pays à faible fécondité d'Asie. Au Japon, par exemple, même si la procréation commence plus tard qu'aux États-Unis, les niveaux d'absence d'enfants voulue sont nettement plus faibles qu'aux États-Unis (Morgan, Rindfuss et Parnell, 1989). De même, dans la Chine urbaine elle-même, qui représente la région chinoise ayant la fécondité la plus faible, cette faible fécondité a été obtenue par le biais d'une homogénéisation croissante de la population — pratiquement « tout le monde » se marie et pratiquement « tout le monde » a un premier enfant. La faible fécondité ne s'explique pas par le fait que certains couples resteraient sans enfants pendant que d'autres en auraient au moins deux (Zhao, 2001). Le mariage peut être repoussé, mais il n'est pas abandonné; et le mariage conclu mène automatiquement à une première naissance; au début des années 90, 98 % environ des femmes de moins de 30 ans étaient « mariées, veuves ou divorcées » et 97 % d'entre elles ont eu depuis un premier enfant.

On retrouve cette tendance « asiatique » à la non-absence d'enfants dans les pays à taux de fécondité intermédiaire d'Asie du Sud. Dans la NFHS sur l'Inde réalisée en 1998-1999, 2,9 % seulement des femmes alors mariées âgées de 35 à 39 % n'avaient eu aucun enfant, ce qui tendait à indiquer qu'il ne s'agissait de rien d'autre que d'une stérilité involontaire. En 1990-1991, le chiffre correspondant pour le Pakistan était de 2,7 % et de 1,3 % pour le Bangladesh; il était de 1,2 % pour le Népal en 1996 et de 4,2 % pour Sri Lanka en 1987. Et les rares études sur l'absence d'enfants disponibles dans cette région indiquent que des efforts épiques sont faits pour la surmonter lorsqu'elle se produit (voir, par exemple, Unisa, 1999).

Lorsqu'on extrapole à partir de l'expérience du monde développé pour prévoir les tendances de la fécondité des pays en développement, il faut donc décomposer les FC des pays contemporains à faible fécondité avant d'en tirer un enseignement quelconque. Dans le type particulier de décomposition dont il vient d'être question, l'enseignement à tirer pourrait bien être que, toute compte fait, nous sommes inconsidérément optimistes dans nos prévisions concernant les tendances futures de la fécondité dans le monde en développement et trop pessimistes au sujet des chances de la fécondité de demeurer tellement en dessous du seuil de remplacement dans de nombreuses parties du monde développé. Si l'absence d'enfants occupe une place aussi importante dans cette fécondité déficitaire et si elle décroît progressivement, il en ira de même pour la fécondité déficitaire. La convergence qui se produira alors pourrait bien nous ramener à l'hypothèse des projections de population initiale — un désir universel et la réalisation de la fécondité de remplacement!

LA « VITESSE » DE LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ

Il convient de noter que même si la baisse de la fécondité a été régulière et linéaire dans les pays développés et dans ceux des pays en développement où la transition de la fécondité a commencé, il ne s'ensuit pas qu'elle gardera sa belle régularité jusqu'au moment où elle sera déficitaire ou même atteindra le seuil de remplacement. Là encore, nous n'en savons pas suffisamment sur les hypothèses sur lesquelles nous appuyer pour établir nos projections de population. Nous acceptons le fait que la FC doit baisser d'environ 10 % pour que la baisse soit irréversible et se poursuive, mais nous n'admettons pas ouvertement que la baisse puisse faire une autre pause ou deux avant d'atteindre le seuil de remplacement. Ce « noyau dur » de la fécondité qu'il faut davantage de temps et d'efforts pour surmonter peut devoir être incorporé dans les projections de population selon des modalités différentes de la méthode actuelle consistant à postuler trois résultats de fécondité différents. On ne peut pas non plus en donner une représentation suffisante en examinant la « vitesse » de la baisse. On présume que même si deux populations atteignent la fécondité de remplacement au même moment, leurs effectifs seront différents si l'une d'elles y est parvenue à la suite d'une baisse linéaire de la fécondité tandis que l'autre a accompli la moitié du chemin et est restée plusieurs années à ce niveau intermédiaire avant que sa fécondité ne chute à nouveau pour rejoindre la FC de sa voisine. Quant à la question de savoir si cette seconde population finirait par être plus petite ou plus importante que la première, cela dépend de la phase de la transition où elle a marqué un arrêt pour se reposer.

Ce point prend toute son importance pour les pays qui ont un niveau de base de fécondité désirée qui est au-dessus du seuil de remplacement. On pense en particulier à l'Inde à cet égard. On est fondé à considérer que, si les personnes interrogées en Inde sont parfaitement disposées à ne pas avoir 4 ou 5 enfants à mesure que la mortalité décroît et que les services de contraception deviennent facilement accessibles, elles ne sont pas disposées à le faire indéfiniment. En particulier, elles ne sont pas disposées à se passer du (et, de préférence, des deux) fils qu'elles considèrent comme indispensables à leur salut économique, spirituel et social. On voit que la FC pourrait bien stagner autour de 3 pendant plusieurs années avant que l'instruction et la modernisation nécessaires pour faire évoluer cette idéologie particulière de la procréation ne puissent produire leurs effets. La récente stagnation de la baisse de la fécondité au Bangladesh (et peut-être aussi en Inde) tend assurément à indiquer qu'il ne s'agit pas là d'une idée extravagante.

Quelles recommandations formuler au sujet d'hypothèses de fécondité qui permettraient d'établir des projections plus réalistes? Doit-on adopter davantage de points terminaux décomposés? Ou davantage de vitesses de baisse différentes? En particulier, on peut juger nécessaire de considérer que les traînants ne diffèrent pas seulement par la date du début de la baisse et sa vitesse. Il n'y a pas seulement un noyau dur de résistance à la baisse de la fécondité dans certaines populations: une fois que ces populations récalcitrantes entament leur transition de la fécondité, il se peut que, dans un premier temps, elles entendent ne pas aller au-delà d'un certain niveau. Il importe de s'interroger sur la façon d'incorporer ce « temps de repos » dans les projections de population.

ANALYSE

La présente étude court le risque sérieux de devenir une tribune des « valeurs de l'Asie du Sud ». Cela n'est assurément pas son intention, surtout si une telle tribune implique que les valeurs de l'Asie du Sud doivent être célébrées comme modèle de comportement démographique. Pour autant qu'on puisse en juger, une bonne partie de ce qui est propre à l'Asie du Sud dans les régimes démographiques qui pourraient finir par caractériser cette région pourrait bien être ce qui l'amènera à se conformer à l'expérience universelle en matière de fécondité déficitaire. Par exemple, la présente étude donne à entendre que les schémas sud-asiatiques de patriarcat et d'inégalité entre les sexes et d'impératifs culturels selon lesquels les femmes doivent devenir des épouses et des mères pourraient

déboucher sur une stabilisation de la fécondité au seuil de remplacement ou légèrement au-dessus. Mais je suis également bien conscient que ces mêmes facteurs pourraient bien être ce qui favorisera la fécondité déficitaire, sauf que cette fécondité déficitaire ne sera pas rigoureusement semblable à celle du monde industrialisé. Ce pourrait être plutôt une fécondité déficitaire obtenue par le biais de la technologie médicale qui répond aux exigences du patriarcat sud-asiatique. En d'autres termes, les baisses de fécondité pourraient bien s'avérer rapides et faciles et proches des niveaux occidentaux parce que cette technologie tient compte des préférences sud-asiatiques en permettant aux fils de naître en plus grand nombre.

BIBLIOGRAPHIE

- Becker, G. (1981). *A Treatise on the Family*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bongaarts, J. (2001). The end of the fertility transition in the developed world. New York, Population Council Working Paper No. 152.
- et G. Feeney (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*.
- Caldwell, J. C. et B. K. Caldwell (1999). Is fertility in developing countries likely to fall and stay below long-term replacement level? Precedents and mechanisms in developed and developing countries. Document de travail établi pour le Groupe des projections de population du National Research Council.
- (2001). The globalization of fertility behavior. *Population and Development Review*, supplément au volume 27.
- Dorbritz, J. et C. Höhn (1999). Avenir de la famille et tendances futures de la fécondité en Allemagne. *Bulletin démographique des Nations Unies: Fécondité en dessous du niveau de remplacement*, numéro spécial 40/41 (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.99.XIII.13).
- Golini, A. (1999). Opportunité et durabilité des niveaux et des tendances de la fécondité en Italie. *Bulletin démographique des Nations Unies: Fécondité en dessous du niveau de remplacement*, numéro spécial 40/41 (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.99.XIII.13).
- Frejka, T. et J. Ross (2001). Paths to sub-replacement fertility: The empirical evidence. *Population and Development Review*, supplément au volume 27.
- Hajnal, J. (1965). European marriage patterns in perspective. In *Population in History*, D. V. Glass et D. E. C. Eversley (dir.). Londres: Arnold.
- Jejeebhoy, S. (1995). *Women's education, autonomy and reproductive behaviour: experience from developing*. Oxford: Clarendon Press.
- Kaneko, R. (1999). La fécondité déficitaire au Japon: tendances, facteurs et perspectives. *Bulletin démographique des Nations Unies, Fécondité en dessous du niveau de remplacement*, numéro spécial 40/41 (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.99.XIII.13).
- Morgan, S. P. (1996). Characteristic features of modern American fertility: A description of late twentieth century United States fertility trends and differentials. *Population and Development Review*.
- Organisation des Nations Unies (1999). *Bulletin démographique des Nations Unies: Fécondité en dessous du niveau de remplacement*, numéro spécial 40/41 (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.99.XIII.13).
- Rindfuss, Ronald R. et Allan M. Parnell (1989). The varying connection between marital status and childbearing in the United States. *Population and Development Review*.
- Rønsen, M. (2001). Fertility and family policy in Norway: Is there a connection. Actes du Séminaire de l'UIESP sur les perspectives internationales de la fécondité faible: tendances, théories et politiques, Paris, UIESP.
- Unisa, S. (1999). Childlessness in Andhra Pradesh, India: Treatment seeking and consequences, *Reproductive Health Matters*, vol. 7.
- Van De Kaa, K. (2001). Postmodern fertility preferences: From changing value orientation to new behavior. *Population and Development Review*, supplément au volume 27.
- Zhao, Z. (2001). Low fertility in Urban China. Actes du Séminaire de l'UIESP sur les perspectives internationales de la fécondité faible: tendances, théories et politiques, Paris, UIESP.

