

L'importance démographique potentielle du besoin non satisfait

Par Charles F. Westoff et Akinrinola Bankole

La question controversée de l'éventuelle baisse de fécondité qui résulterait de l'élimination du besoin non satisfait de contraception est d'importance cruciale en matière de politique démographique. Les estimations de l'étendue du besoin non satisfait qui pourrait avec réalisme être satisfait—sur la base des données d'Enquêtes démographiques et de santé recueillies dans 27 pays en développement entre 1990 et 1994—suggèrent qu'on peut s'attendre à ce que la fécondité baisse, en moyenne, de 17% dans les 13 pays d'Afrique subsaharienne compris dans l'analyse et de 18% dans les 14 autres pays. Ces baisses représenteraient une moyenne de 30% du parcours vers la fécondité de remplacement dans les pays d'Afrique subsaharienne et couvriraient plus de 50% du parcours dans certains autres pays, ce qui témoigne de la forte répercussion démographique qu'aurait l'élimination du besoin non satisfait.

(Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 1996, pp. 4–8)

L'une des grandes polémiques du débat moderne sur la politique démographique tient à la question de savoir si ce que l'on appelle le «besoin non satisfait de contraception» représente un niveau suffisant pour produire, s'il était satisfait, une réduction sensible de la fécondité. Une école de pensée,¹ mise en valeur aux délibérations du Caire et reflétée dans le Programme d'action de la conférence, prône qu'un nombre considérable de femmes (120 millions) désirent différer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants, sans toutefois pratiquer de méthode contraceptive. La manière de répondre à ce besoin non satisfait n'est pas claire, mais l'impression communiquée est qu'il existe une demande importante et que la réponse

Charles F. Westoff est professeur de sociologie et de démographie et Akinrinola Bankole, membre de l'équipe de chercheurs professionnels de l'Office of Population Research, à la Princeton University, à Princeton, NJ, USA. Les auteurs tiennent à remercier leurs collègues, au service des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), pour leur précieuse assistance, ainsi que John Bongaarts, pour son aimable révision de l'article. Les travaux relatifs au besoin non satisfait ont bénéficié de subventions de l'Agence américaine pour le développement international, de la Rockefeller Foundation et de l'Andrew Mellon Foundation. Cet article est une adaptation du texte intitulé *Unmet Need: 1990–1994*, DHS Comparative Studies, n° 16, Macro International, Calverton, MD, USA, 1995.

doit être trouvée du côté de l'offre.

Une seconde école² prétend que «le besoin non satisfait ne présente pas, de manière empirique, l'immense potentiel que certains aimeraient y voir sur la fécondité», car, entre autres motifs, beaucoup de femmes considérées comme présentant un besoin non satisfait n'ont en réalité pas vraiment «besoin» de planning familial. Certaines sont par exemple opposées aux pratiques contraceptives, ont une activité sexuelle peu fréquente ou se méfient des conséquences médicales de la contraception. Ce n'est par conséquent pas un manque d'accès aux services de planning familial qui explique la prévalence du besoin: il s'agirait plutôt d'un problème de mesure erronée et d'une certaine confusion entre l'offre et la demande.

La vérité se trouve quelque part entre ces deux points de vue. Notre analyse vise à évaluer les niveaux qu'atteindrait la pratique contraceptive si les besoins non satisfaits l'étaient, puis à évaluer les indices de fécondité qui résulteraient de tels niveaux de contraception.

Données et mesures

Cette analyse repose principalement sur les données de la deuxième série d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS),

mais elle inclut également les informations obtenues dans quelques pays soumis aux premiers stades de la troisième série. Toutes les enquêtes, dans les 27 pays considérés, ont été menées dans les années 90. Nos estimations de la demande de planning familial sont limitées aux femmes actuellement mariées.

La première étape de l'analyse consiste à évaluer la pratique contraceptive potentielle—définie comme la somme du besoin non satisfait et de la prévalence contraceptive. Aussi commencerons-nous par la classification du besoin non satisfait. Malgré le raffinement de cette mesure, ces quelques dernières années, les critères d'identification des femmes ayant un besoin non satisfait demeurent similaires à ceux appliqués dans le cadre d'un rapport de comparaison antérieur, réalisé sur la base de la première série d'EDS.³ Les principales modifications concernent la classification des femmes infécondes* et la définition d'une grossesse non désirée pour les femmes actuellement enceintes ou aménorrhéiques.[†] Le principe de base demeure cependant identique: les femmes considérées comme ayant un besoin non satisfait sont celles qui sont fécondes et qui désirent différer leur prochaine grossesse ou ne plus avoir d'enfants, mais qui ne

*La durée depuis les dernières règles a été changée de six semaines à six mois, réduisant le nombre de femmes considérées comme infécondes. De plus, les femmes non classifiées comme infécondes par aucun autre critère comportemental mais ayant déclaré être ménopausées ou ne pas pouvoir concevoir pour d'autres raisons ont également été incluses dans la catégorie des femmes infécondes.

†En raison d'une ambiguïté de formulation de la question relative à la planification de la grossesse en cours, d'importantes proportions de femmes enceintes ou aménorrhéiques ont, dans certains pays, déclaré que leur grossesse n'avait pas été voulue du tout mais qu'elles voulaient encore un enfant. Les grossesses concernées ont été reclassifiées comme «inopportunes» plutôt que «non désirées». Sans affecter l'estimation générale du besoin non satisfait, ce changement reclassifie certaines femmes comme ayant un besoin de méthodes d'espace-ment plutôt que de limitation des naissances.

Tableau 1. Taux de prévalence contraceptive actuelle et taux estimés sous les trois modèles de satisfaction du besoin non satisfait, suivis des indices synthétiques de fécondité associés et des pourcentages de réduction de ces indices, par pays

Pays et année de l'enquête	Prévalence contraceptive				Indice synthétique de fécondité			Pourcentage de réduction de l'indice de fécondité			
	Taux actuel	Besoin satisfait			Taux actuel	Besoin satisfait			Besoin satisfait		
		Maximum	Minimum	Réaliste		Maximum	Minimum	Réaliste	Maximum	Minimum	Réaliste
Afrique subsaharienne											
Burkina Faso (1993)	7.9	33.0	16.9	21.9	6.9	5.2	6.3	6.0	24.7	8.8	13.7
Cameroun (1991)	16.0	30.4	23.5	25.3	5.9	4.6	5.2	5.1	22.4	12.3	15.6
Ghana (1993)	20.3	45.9	38.1	38.4	5.5	4.6	5.2	5.1	16.0	6.3	6.7
Kenya (1993)	32.8	61.1	53.1	53.4	5.3	3.4	3.9	3.9	36.2	25.9	26.2
Madagascar (1992)	16.7	43.5	34.1	36.0	6.1	4.0	4.7	4.5	34.1	23.6	25.7
Malawi (1992)	13.0	40.4	32.5	32.2	6.7	4.8	5.4	5.4	27.9	19.8	19.5
Namibie (1992)	28.9	45.9	37.7	40.1	5.6	4.4	5.0	4.8	20.6	10.6	13.5
Niger (1992)	4.5	18.2	9.9	12.5	7.4	6.4	7.0	6.8	13.1	5.4	7.8
Nigéria (1990)	5.9	22.4	12.3	16.3	6.0	4.9	5.6	5.3	18.6	7.2	11.7
Rwanda (1992)	21.1	50.4	43.9	42.9	6.2	4.2	4.6	4.7	32.3	25.2	24.1
Sénégal (1992–1993)	7.4	29.6	18.5	21.8	6.0	4.5	5.2	5.0	25.7	13.1	16.8
Soudan (Nord) (1989–1990)	8.7	28.5	15.7	24.3	4.7	3.4	4.2	3.7	28.3	9.7	22.2
Tanzanie (1991–1992)	10.4	31.7	20.4	23.7	6.2	4.7	5.5	5.3	23.9	11.4	15.1
Zambie (1992)	15.2	38.8	30.8	31.2	6.5	4.9	5.4	5.4	25.0	16.6	17.0
Afrique du Nord/Proche-Orient											
Egypte (1992)	47.1	66.4	57.9	59.0	3.9	2.6	3.2	3.1	33.9	19.1	21.0
Jordanie (1990)	40.0	58.5	48.2	50.4	5.6	4.0	4.7	4.5	28.6	16.1	18.8
Maroc (1992)	41.5	58.3	50.7	52.7	4.2	3.1	3.6	3.5	26.5	14.1	17.4
Turquie (1993)	62.6	72.5	68.7	69.0	2.5	1.9	2.1	2.1	25.2	15.6	16.4
Asie											
Bangladesh (1993–1994)	44.8	59.5	56.3	55.8	3.4	2.4	2.6	2.7	28.7	22.3	21.3
Indonésie (1991)	49.7	61.2	54.7	56.7	3.0	2.2	2.7	2.5	25.5	10.7	15.2
Pakistan (1990–1991)	11.9	38.1	19.0	26.7	5.4	3.6	4.9	4.4	33.0	8.8	18.6
Philippines (1993)	40.0	61.6	48.5	52.7	4.1	2.6	3.5	3.2	35.9	14.1	21.1
Amérique latine											
Bolivie (1994)	45.3	66.6	56.9	59.8	4.8	3.3	4.0	3.8	30.3	16.5	20.6
Colombie (1990)	66.1	76.2	73.5	73.5	2.9	2.2	2.4	2.4	24.0	17.6	17.6
République dominicaine (1991)	56.4	70.6	66.3	66.6	3.3	2.3	2.6	2.6	30.2	21.3	21.9
Paraguay (1990)	48.4	60.9	54.2	56.1	4.7	3.8	4.3	4.1	18.7	9.0	11.8
Pérou (1992)	59.0	73.1	69.1	69.7	3.5	2.5	2.8	2.8	27.5	19.7	20.8

pratiquent pas la contraception. Les femmes enceintes ou aménorrhéiques sont classifiées parmi celles ayant un besoin non satisfait si elles indiquent que leur grossesse n'a pas été intentionnelle (soit non désirée, soit inopportune).

Pour évaluer la pratique potentielle, nous avons d'abord ajusté les proportions de femmes ayant un besoin non satisfait selon les suggestions de Bongaarts.⁴ Le principal ajustement requis concerne la proportion des femmes définies comme ayant un besoin non satisfait de moyens d'espacement des naissances. La définition de base donne lieu à une surestimation de cette catégorie car elle n'élimine pas les femmes qui choisissent la contraception mais qui l'abandonnent ensuite délibérément pour avoir un autre enfant.* En d'autres termes, les femmes ayant un besoin non satisfait de moyens d'espacement des naissances ne représentent pas une addition permanente au taux de prévalence contraceptive (TPC) potentiel, étant donné qu'elles ne pratiquent pas la contraception en cours de grossesse et de période d'aménorrhée du post-partum. Bongaarts préconise à ce titre une réduction de 30%.⁵

Un faible ajustement (par réduction de 3%) du pourcentage de femmes ayant un be-

soin non satisfait de moyens leur permettant de ne plus avoir d'enfants a également été incorporé au titre de l'exposition réduite au risque d'une naissance non désirée compte tenu du fait que la dernière naissance désirée interviendrait plus tard sous l'effet du recours croissant aux méthodes d'espacement. Les estimations de la demande globale résultent des différents calculs ajustés du besoin de moyens d'espacement des naissances et de celui de moyens d'interruption définitive de la fécondité.

Conscients du caractère hétérogène des différentes formes du «besoin non satisfait», nous avons élaboré trois modèles de types et d'ampleur du besoin qu'il serait théoriquement possible de satisfaire. Ces modèles—définis sur la base d'hypothèses aptes à produire les estimations maximales, minimales et les plus réalistes de l'emploi potentiel—nous ont permis d'évaluer les indices synthétiques de fécondité résultants et les réductions de fécondité associées à ces estimations.

Modèles d'emploi potentiel

Notre premier modèle, fondé sur l'hypothèse (irréaliste) selon laquelle la totalité du besoin non satisfait peut l'être, sert principalement à établir le niveau poten-

tiel maximum de la pratique contraceptive. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence moyenne passerait, selon cette estimation maximale, de la moyenne actuelle de 15% à 37% (la différence, 22%, représentant l'ampleur moyenne du besoin non satisfait). Dans les autres régions, les hausses hypothétiques sont également sensibles, mais relativement moindres étant donné le niveau de base plus élevé, à l'exception notable du Pakistan, où la prévalence contraceptive passerait de 12% à 38% sous l'hypothèse extrême du modèle (tableau 1).

Face au premier modèle, indicateur du niveau maximum de prévalence contraceptive—le niveau qui pourrait être attendu si la totalité du besoin non satisfait pouvait l'être—le deuxième modèle évalue le niveau minimum de cette prévalence. Les intentions déclarées des femmes y sont prises au pied de la lettre, selon le principe suivant: si une femme définie comme ayant un besoin déclare ne pas avoir l'intention de pratiquer de méthode contraceptive dans le futur ou n'être pas certaine quant à son recours futur à la con-

*La proportion des femmes qui pratiquent actuellement une méthode d'espacement des naissances reflète déjà le solde net des entrées et des sorties.

traception, elle ne pratiquera, en fin de compte, aucune méthode. Les estimations résultantes de la demande se limitent par conséquent aux femmes qui pratiquent déjà la contraception et à celles qui présentent un besoin et qui disent avoir l'intention de pratiquer une méthode. Celles qui n'en ont pas l'intention ou qui ne sont pas sûres sont considérées, dans le deuxième modèle, comme ne présentant aucun besoin (au même titre que les femmes qui essaient d'avoir un enfant).

Dans l'ensemble des 27 pays considérés, la proportion des femmes ayant un besoin qui n'ont pas l'intention de pratiquer la contraception (ou qui ne sont pas sûres) est loin d'être négligeable: elle s'étend d'un minimum de 21% au Bangladesh à un maximum de 74% au Pakistan (graphique 1, page 7). (Le contraste témoigne nettement du succès du programme général de planning familial entrepris au Bangladesh et de l'absence de tels efforts au Pakistan.) La proportion moyenne générale des pays considérés est de 45%. Ainsi, en moyenne, près de la moitié des femmes mariées qui prétendent vouloir espacer leurs grossesses futures ou ne plus avoir d'enfants, déclarent aussi n'avoir aucune intention de pratiquer la contraception ou ne pas être certaines de vouloir la pratiquer.

Si les estimations de la pratique contraceptive potentielle du deuxième modèle présentent les hausses les plus faibles par rapport aux taux de prévalence actuels, elles n'en révèlent pas moins de nettes augmentations dans de nombreux pays. Ainsi, la prévalence serait près de doubler dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, passant, en moyenne, de 15% à 28%. Dans les autres pays, la hausse, plus modeste, présente généralement un gain absolu d'environ 8%.

Dans le deuxième modèle, les femmes ayant un besoin qui n'ont actuellement pas l'intention de pratiquer de méthode contraceptive, ne sont pas considérées comme susceptibles de changer d'avis et de recourir, effectivement, à la contraception. Comment expliquer, pourtant, la contradiction entre le désir de maîtriser sa fécondité et l'intention apparente de ne rien y faire? L'EDS-II demande pourquoi aux femmes qui n'ont pas l'intention de pratiquer la contraception. L'une des réponses les plus fréquentes, surtout parmi les femmes classifiées comme ayant un besoin non satisfait de moyens d'espacement des naissances, a trait à la volonté d'avoir encore des enfants. Bien que cette réponse semble contradictoire à la classification de besoin non satisfait et qu'elle soit en fait fort peu révélatrice, elle laisse paraître

certaine ambivalence à l'égard de la procréation et de son moment. Cette réponse émane en effet, pour la plupart, de femmes classifiées comme présentant un besoin non satisfait de méthodes d'espacement, laissant supposer que le moment préféré de la naissance suivante n'est pas fermement déterminé.

Les autres raisons avancées avec une certaine fréquence incluent le manque d'informations sur les méthodes, l'opposition religieuse ou autre, la peur des effets secondaires, la faible fréquence des rapports sexuels ou la difficulté de concevoir et, dans une moindre mesure, le manque de disponibilité (méthodes «difficiles à obtenir», «trop chères» ou «peu pratiques»). Il est intéressant de noter que ces dernières raisons sont le moins souvent invoquées. Divers types de réponses, au niveau du programme, semblent par conséquent indiqués.⁶ L'importance de «l'ambivalence» notée au sujet de la procréation—un sentiment qui pourrait aussi se retrouver parmi les femmes qui disent désirer bientôt un nouvel enfant—est beaucoup plus nette en Afrique subsaharienne que partout ailleurs.

Les deux premiers modèles reposent sur des hypothèses différentes quant au comportement contraceptif futur des femmes ayant un besoin et disant avoir l'intention de pratiquer une méthode. Ils partent du principe que toutes les femmes qui ont l'intention de pratiquer la contraception finissent effectivement par y recourir, ce qui est clairement exagéré. En revanche, une fraction des femmes qui prétendent n'avoir pas l'intention de pratiquer la contraception (ou qui ne sont pas sûres) finiront en fait par y recourir. Le troisième modèle repose sur les hypothèses suivantes: parmi les femmes ayant un besoin de moyens d'espacement des naissances, 20% de celles qui ont l'intention de pratiquer une méthode n'en pratiqueront en fait aucune; parmi les femmes qui ont besoin d'une méthode de limitation des naissances, 10% de celles qui ont l'intention d'en pratiquer une ne le feront pas; les femmes qui présentent un besoin mais qui n'ont pas l'intention de recourir à la contraception parce qu'elles n'estiment pas le risque élevé, ne la pratiqueront en effet pas; et la moitié des femmes restantes qui n'ont pas l'intention de pratiquer de méthode n'en utiliseront en effet aucune. Ces hypothèses représentent notre meilleure estimation, ou la prévision la plus réaliste du besoin apte à être satisfait.

Les hypothèses du troisième modèle produisent des résultats de pratique potentielle estimée proches de ceux du

deuxième modèle (le plus conservateur des trois, tableau 1). Ainsi le troisième modèle s'avère-t-il aussi une évaluation fort conservatrice du niveau que la pratique contraceptive atteindrait si le besoin non encore satisfait l'était. La valeur moyenne, pour les pays d'Afrique subsaharienne, est de 30%; pour tous les autres pays considérés, elle est de 58%.

Implications

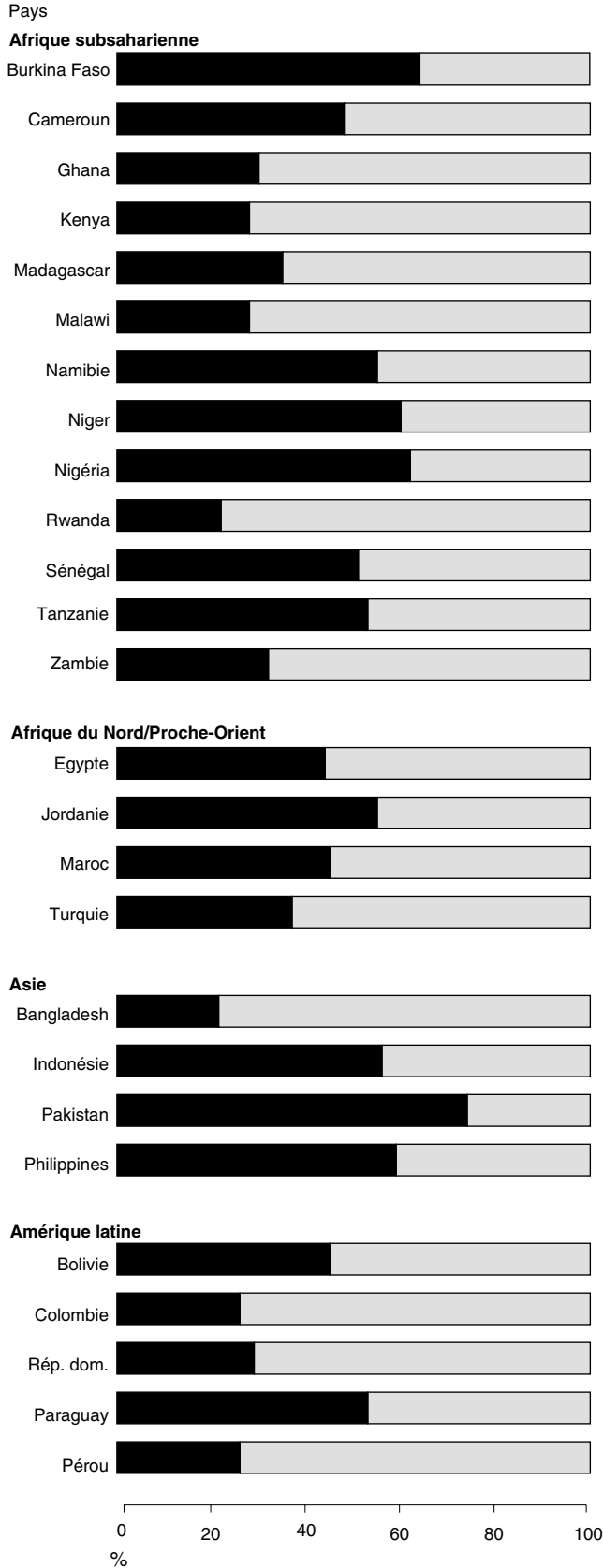
Nous disposons ainsi d'estimations du recours potentiel au planning familial en fonction de trois ensembles d'hypothèses distincts quant à l'ampleur et aux différentes formes du besoin qui, sans l'être actuellement, pourrait être satisfait. Il nous reste à dériver les indices synthétiques de fécondité (ISFs) qui pourraient résulter des niveaux de pratique contraceptive évalués.

Nous avons, pour ce faire, tiré parti du haut degré de corrélation entre la prévalence contraceptive et l'indice synthétique de fécondité, tel que documenté à maintes reprises dans de nombreux pays.⁷ Nous avons rassemblé les estimations, pour ces deux paramètres, des enquêtes nationales les plus récentes de 86 pays. La corrélation générale est de 0,94. Nous avons utilisé l'équation de régression $ISF_i = 7,1789 - 0,0682(TPC_i) + e_i$, et nous y avons substitué nos estimations de prévalence potentielle au TPC.

Cette procédure présente cependant un problème. Pour quelques-unes des 80 et quelques estimations de fécondité que nous avons calculées pour les trois modèles, l'indice synthétique de fécondité, après satisfaction du besoin non satisfait, se révèle plus élevé que l'indice actuel, ce qui est évidemment absurde. Le problème tient au fait que la pratique contraceptive ne représente pas, à elle seule, 12% de la variance globale de fécondité. Cette variance inexplicée est due, en partie, au jeu de déterminants immédiats de fécondité tels que l'âge au mariage, l'insusceptibilité post-partum et l'avortement. Les erreurs de mesure sont aussi en cause: l'indice synthétique de fécondité est sujet aux erreurs de déplacement et d'omission de naissances, et aussi aux erreurs de déclaration de la pratique contraceptive. Qui plus est, le taux de prévalence contraceptive est une mesure d'état actuelle, tandis que l'indice synthétique de fécondité représente une période de trois ou cinq années antérieures à l'interview.

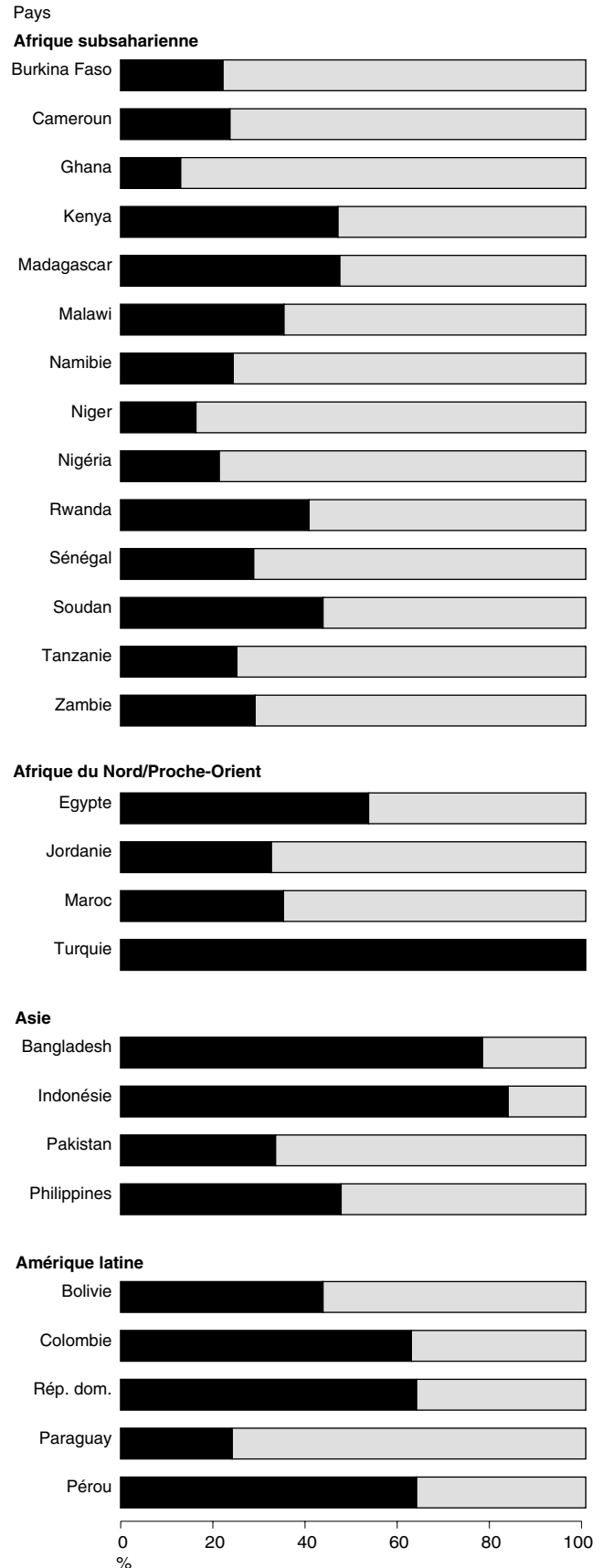
Nous avons résolu le problème par le calcul de l'indice synthétique de fécondité qui résulterait des différentes estimations de pratique potentielle si l'indice observé pouvait être prédit de manière parfaite par le

Graphique 1. Pourcentage des femmes ayant un besoin mais n'ayant pas l'intention de pratiquer la contraception



Remarque: Ces pourcentages incluent les femmes qui ne sont pas sûres de leurs intentions.

Graphique 2. Pourcentage de l'écart, par rapport à la fécondité de remplacement, qui serait comblé si le besoin non satisfait l'était selon les hypothèses du troisième modèle



taux de prévalence contraceptive. L'opération implique l'ajustement des indices synthétiques de fécondité dérivés de notre équation par l'ajout du résidu de régression.

Les résultats, tels que présentés au tableau 1, indiquent que l'élimination du besoin non satisfait donnerait lieu à de nettes réductions de la fécondité, même sous les hypothèses conservatrices de deux de nos modèles. Concernant les pays d'Afrique subsaharienne, d'abord, la réduction la plus probable atteindrait une moyenne de 17%; la baisse maximale, bien qu'irréaliste, serait de 25%. Selon le troisième modèle, l'indice synthétique de fécondité des pays d'Afrique subsaharienne passerait, en moyenne, de 6,1 à 5,1 naissances par femme. Etant donné qu'une très grande proportion de la demande, en Afrique subsaharienne, concerne les moyens d'espacement des naissances plutôt que ceux destinés à mettre fin à la procréation, l'effet net qu'aurait sur la fécondité l'élimination du besoin non satisfait y est vraisemblablement moindre que dans les autres régions du monde.

On observe, en dehors des pays d'Afrique subsaharienne, une plus grande variété dans les niveaux de fécondité, bien que les baisses relatives estimées seraient comparables. Au Pakistan, l'indice synthétique de fécondité pourrait diminuer, de 5,4 à 4,4 (soit un déclin de 18,6%), selon les hypothèses réalistes du troisième modèle. En Turquie, où une nette baisse de la fécondité a déjà été enregistrée, l'indice synthétique actuel de 2,5 pourrait se réduire à 2,1 (soit une réduction de 16%). Dans tous les pays autres que ceux d'Afrique subsaharienne, le déclin prévu sous les hypothèses les plus réalistes serait, en moyenne, de 18%.

Le niveau de remplacement

Une autre façon d'envisager les implications démographiques consiste à examiner le pourcentage d'approche du niveau de fécondité de remplacement (un indice

d'environ 2,1 naissances par femme dans les pays plus développés*) que la réponse au besoin non satisfait permettrait de réaliser selon les hypothèses les plus réalistes (graphique 2, page 7). En Turquie, l'élimination du besoin non satisfait réduirait, en théorie, l'indice synthétique de fécondité à 2,1, et le niveau de remplacement serait ainsi atteint. En Colombie, en République dominicaine, au Pérou et dans les autres pays à faible fécondité, l'écart serait également largement comblé.

Des résultats comparables seraient observés au Bangladesh et en Indonésie, où plus de 75% de l'écart seraient comblés. En Afrique subsaharienne, l'effet moyen se traduirait par la couverture de 30% de l'écart. Ces estimations laissent présager, de manière générale, l'effet démographique potentiel considérable que produirait la satisfaction du besoin existant, même sous les hypothèses conservatrices du troisième modèle.

Conclusions

L'une des grandes questions de politique démographique qui se pose aujourd'hui est de savoir si le besoin non satisfait de contraception dans les pays en voie de développement atteint un niveau suffisant pour produire, si ce besoin était satisfait, un effet significatif sur la fécondité. Nous avons essayé, dans cet article, d'estimer la demande de contraception et d'évaluer l'importance de cette demande en termes de réduction de la fécondité. Refusant de nous limiter à l'hypothèse standard selon laquelle le besoin non satisfait pourrait l'être dans son intégralité, nous avons tenu compte du fait que de nombreuses femmes classifiées comme ayant un besoin déclarent en fait ne pas avoir l'intention de pratiquer la contraception ou ne pas être certaines de vouloir y recourir.

Nous avons élaboré trois ensembles d'hypothèses différents quant à l'envergure du besoin qu'il serait possible de satisfaire. Le modèle le plus réaliste préconise, moyennant satisfaction du besoin estimé, une réduction moyenne potentielle de 18% de l'indice synthétique de fécondité dans les pays considérés. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, l'indice de fécondité ne passerait vraisemblablement que de 6,1 à 5,1, en moyenne, mais dans d'autres pays, la baisse serait probablement beaucoup plus significative. Selon le modèle le plus réaliste, la baisse réalisée couvrirait plus de 50% de l'écart à combler pour atteindre le niveau de fécondité de remplacement dans certains pays, par rapport à une moyenne de 30% dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Les implications politiques paraissent claires. L'ampleur du besoin non satisfait est suffisante pour produire, si ce besoin était satisfait, un effet considérable sur la fécondité, même dans les hypothèses les plus conservatrices. Les réponses requises n'en sont pas moins complexes, et elles s'étendent bien au-delà des simples facteurs d'offre, de coût et d'accès. Ces derniers, selon les raisons avancées par les femmes qui n'ont pas l'intention de pratiquer de méthode contraceptive, représentent en effet aujourd'hui les obstacles les moins importants. Les efforts des programmes de planning familial et la proportion croissante de femmes qui pratiquent la contraception pourraient bien réduire d'eux-mêmes une partie de l'ambivalence observée.

L'argument contraire n'en perd nullement de sa force. Répondre au besoin non satisfait ne suffira pas, en soi, à réduire les très hauts niveaux de fécondité, surtout mais pas exclusivement en Afrique subsaharienne, où la demande d'un nombre moindre d'enfants n'est pas encore apparue. A en juger par l'expérience asiatique et latino-américaine des dernières décennies, cette demande pourrait se développer rapidement.

Références

1. B. Robey et al., «The Reproductive Revolution: New Survey Findings», *Population Reports*, série M, n° 11, 1992, p. 23.
2. L. Pritchett, «Desired Fertility and the Impact of Population Policies», *Population and Development Review*, 20:1-55, 1994.
3. C. F. Westoff et L. H. Ochoa, *Unmet Need and the Demand for Family Planning*, DHS Comparative Studies, n° 5, Macro International, Calverton, MD, USA, 1991.
4. J. Bongaarts, «The KAP-Gap and the Unmet Need for Contraception», *Population and Development Review*, 17:293-313, 1991.
5. J. Bongaarts et J. Bruce, «The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services», *Studies in Family Planning*, 26:57-75, 1995.
6. Ibid.
7. W. P. Mauldin et S. J. Segal, «Prevalence of Contraceptive Use: Trends and Issues», *Studies in Family Planning*, 19:335-353, 1988; et C. F. Westoff, «Reproductive Intentions and Fertility Rates», *International Family Planning Perspectives*, 16:84-89, 1990.

*L'estimation d'environ 2,1, comme indice synthétique de fécondité nécessaire au remplacement des générations, ne convient qu'aux pays à faibles taux de mortalité. Dans beaucoup de pays en voie de développement, et surtout en Afrique, la haute mortalité des filles et des femmes avant et pendant la période de procréation implique la nécessité d'indices de fécondité supérieurs. Nous estimons à 2,6 l'indice moyen nécessaire au remplacement en Afrique subsaharienne. Cette estimation est dérivée des taux de mortalité des enfants de sexe féminin de moins de cinq ans, tels que mesurés dans le cadre des EDS. Ces taux de mortalité servent à la sélection de la table de mortalité correspondante la plus proche parmi les tables modèles, aux fins de la dérivation des estimations de survie des femmes jusqu'à la moitié de leurs années de procréation (calculée sur la base de la répartition des âges effective de la table de fécondité actuelle).