COMMENTAIRE

Réponse aux critiques des programmes de planification familiale

Par John Bongaarts et Steven W. Sinding

John Bongaarts est vice-président du Population Council. Steven W. Sinding, directeur général à la retraite de l'International Planned Parenthood Federation, est un associé éminent du Guttmacher Institute.

La flambée des coûts de l'énergie et des denrées a réveillé, une fois encore, le spectre de la population humaine à l'assaut des ressources naturelles de la planète. Depuis Malthus, les pessimistes croient que l'humanité est condamnée à la tourmente de la surpopulation et de la surconsommation, tandis que les optimistes vantent les vertus de l'innovation technologique à améliorer les niveaux de vie et ne voient au plus dans la croissance démographique qu'une problématique mineure.[1,2] À l'heure où le débat renouvelé à l'échelle mondiale fait rage dans les médias, une autre discussion moins visible mais tout aussi importante de l'impact des tendances démographiques et des options politiques occupe les dirigeants des pays les moins développés. Une grande majorité de ces dirigeants conviennent que la croissance démographique et les taux de natalité sont excessifs.[3] Les conséquences adverses potentielles en sont la santé précaire des femmes et des enfants, la lenteur de la croissance économique, la pauvreté, les écoles et les cliniques surpeuplées et une infrastructure surchargée, sans compter l'épuisement des ressources naturelles.[4] De plus, les hauts taux de chômage et l'inégalité entre les populations jeunes en expansion rapide risquent de contribuer à l'explosion de la violence politique et des conflits civils.[5–7]

Dans de nombreux pays en voie de développement, ces préoccupations ont mené à l'action. Depuis les années 1960, parallèlement aux efforts d'accès accru à l'éducation et d'amélioration des conditions sanitaires, la principale réponse politique au problème de la démographie galopante a été la mise en œuvre de programmes de planification familiale volontaire* dans le but d'informer et de donner accès à la contraception. Cette approche a permis aux femmes et aux hommes de maîtriser leur vie génésique et d'éviter la procréation non désirée. Dans quelques rares cas seulement, le plus notoirement en Chine et brièvement en Inde, la contrainte a été utilisée.

Le choix des programmes de planification familiale volontaire en tant que principal instrument politique de réduction de la fécondité a largement reposé sur la documentation d'un niveau considérable de procréation non désirée et d'une demande non satisfaite de contraception.[8,9] Les programmes de planification familiale offrent une solution gagnante pour tous. Le bien-être individuel de chaque femme et enfant s'améliore, tandis que profitent aussi l'économie nationale et l'environnement. Le consensus international sur la question se reflète dans les objectifs du Millénaire pour le développement, et plus spécifiquement dans la cible 5.B, qui préconise l'accès universel à la santé génésique d'ici à 2015 avec, parmi ses indicateurs, la réduction du besoin non satisfait de planification familiale.[10]

Malgré le raisonnement largement accepté, et de longue date, en faveur des programmes de planification familiale volontaire, leur financement s'est réduit, dans une mesure de 30%, depuis la moitié des années 1990.[11] Les causes en sont multiples. Nous citerons ici l'argument (à nos yeux erroné) selon lequel la nécessité de ces programmes a diminué, étant donné les progrès significatifs réalisés vers la réduction de la fécondité, notamment en Asie et en Amérique latine; la lassitude des donateurs; l'opposition persistante des institutions et des gouvernements conservateurs (en particulier le Vatican et le gouvernement Bush); et l'affectation nécessaire des ressources à d'autres problèmes urgents tels que l'épidémie du sida. Malheureusement, cette négligence est encouragée par un petit groupe de critiques influents et résolus de la planification familiale, dont les arguments superficiellement plausibles favorisent la réduction de l'investissement des décideurs et des donateurs dans les services et les approvisionnements contraceptifs.

La réfutation de ces critiques est maigrement documentée, mais la littérature n'en contient pas moins de nombreux arguments relatifs aux bienfaits des programmes de planification familiale.[9,12,13] Notre objectif est de mettre les choses au clair et de dissiper toute confusion possible sur plusieurs questions centrales du débat, de révéler le message trompeur ou erroné des opposants les plus fréquemment cités des programmes de planification familiale et de rendre à la planification familiale son rang prioritaire à l'ordre du jour de la communauté internationale.

***Critique:* Les programmes de planification familiale n'ont, au mieux, qu'un faible effet sur la fécondité.[14,15]**

Réponse: Cet argument repose sur l'opinion de certains économistes, selon laquelle les couples ont le nombre d'enfants qu'ils désirent et qu'ils peuvent se permettre.[14,16,17] Il présume que les parents déterminent le nombre de leurs enfants un peu comme ils choisissent leurs biens de consommation durables. Les hauts taux de fécondité des pays pauvres sont considérés être le résultat du désir des couples d'avoir de nombreux enfants pour

*Depuis l'éminente Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994, la planification familiale s'inscrit dans le concept plus large de la santé génésique. Durant les années écoulées depuis la CIPD, la notion s'est encore élargie pour inclure la santé sexuelle et les droits sexuels et génésiques.

qu'ils aident aux tâches du ménage et aux travaux des champs et qu'ils subviennent aux besoins de leurs parents devenus vieux. Dans cette optique, les coûts de la planification familiale sont souvent traités comme une question mineure dans la décision des parents.

Mais la réalité n'est pas si simple. Dans le monde en développement, 137 millions de femmes qui ne désirent pas se retrouver enceintes ne pratiquent pas la contraception.[13] La raison principale de ce besoin contraceptif non satisfait est que la contraception représente souvent un coût assez élevé au niveau individuel, en termes d'approvisionnement (pilules, préservatifs, stérilets, etc.), de transport et d'honoraires à payer pour les fournitures et les soins, même sous subvention de l'État. À cela s'ajoutent de sérieux coûts non économiques, tels que les préoccupations de santé, la désapprobation sociale et la résistance du conjoint, ainsi que d'inutiles obstacles médicaux (l'exigence de passer par un médecin plutôt que par une infirmière ou un autre prestataire compétent pour l'obtention de certains contraceptifs, par exemple).[8] Ce besoin non satisfait est à son tour responsable de la plupart des 76 millions de grossesses non planifiées qui surviennent chaque année.[13] Environ la moitié de ces grossesses aboutissent sur un avortement et l'autre moitié, sur une naissance: les deux contribuent inutilement aux risques de santé courus par les mères et les enfants, aux coûts encourus pour élever les enfants et à l'impact négatif sur la croissance démographique.

L'existence d'un besoin élevé de contraception non satisfait a convaincu de nombreux décisionnaires de l'utilité et de l'acceptabilité des programmes de planification familiale. Les résultats d'expériences telles que celle conduite dans le district rural de Matlab, au Bangladesh, appuient, certes, cette conclusion.[18] À l'aube de l'expérience dans les années 1970, le Bangladesh était l'un des pays les plus pauvres et les moins développés au monde et beaucoup doutaient de la motivation des couples à désirer des familles moins nombreuses.

Des services complets de planification familiale et de santé génésique ont été proposés dans la zone de traitement soumise à l'expérience. Un vaste choix de méthodes a été offert, dans un contexte de services d'orientation et de suivi de haute qualité, tandis qu'un nouveau cadre de femmes qualifiées (les «Family Welfare Visitors» ou visiteuses pour le bien-être de la famille) venait remplacer les accoucheuses traditionnelles au titre de prestataires de services. La pratique contraceptive est montée en flèche sous l'effet de ces améliorations. Aucun changement comparable n'a été observé dans la zone témoin. Les différences de pratique contraceptive et fécondité se sont maintenues, au fil du temps, entre les deux zones, et ont ainsi convaincu le gouvernement bangladais d'adopter le modèle de Matlab comme stratégie nationale de planification familiale.

Le résultat en a été, pendant 20 ans, une baisse de la fécondité au Bangladesh, de plus de six enfants par femme à presque trois, tandis que la pratique contraceptive passait, durant la même période, de moins de 10% parmi les femmes mariées à plus de 50%. Certaines régions du pays se caractérisent aujourd'hui par une fécondité significativement inférieure à trois naissances par femme.[19] Le succès de l'expérience de Matlab, et celui ultérieur du programme de planification familiale du Bangladesh, démontrent combien des services adéquatement conçus peuvent réduire le besoin de contraception non satisfait et la fécondité, même dans les milieux traditionnels.

Autre illustration probante de l'impact de la planification familiale volontaire, le programme introduit en Iran en 1989 a assuré, par l'intermédiaire d'un vaste réseau d'agents sanitaires dans les villages, l'apport de services contraceptifs gratuits dans tout le pays.[20] La réponse a été immédiate et forte, se traduisant par une baisse de la fécondité de plus de cinq naissances par femme à la fin des années 1980 à juste deux en 2000. Aucun autre pays n'a enregistré un déclin de cette envergure dans les années 1990. S'il est probable qu'une certaine évolution de la fécondité se serait produite en l'absence de ces nouveaux services, la rapidité sans précédent du changement plaide pour l'impact considérable du programme.

Beaucoup d'autres pays ont adopté des programmes de planification familiale depuis les années 1960. Les ressources qui leur ont été consacrées—et donc leur impact sur la fécondité—varient largement. L'effet global de tous les efforts déployés n'en est pas moins considérable: dans le monde en développement, la fécondité s'est réduite de plus de six à moins de quatre naissances par femme entre 1960–1965 et 1985–1990 et près de la moitié du déclin—43%—peut être attribué aux programmes de planification familiale.[21] Les programmes de planification familiale volontaire visent à réduire le nombre de grossesses non planifiées, mais ils légitiment et diffusent aussi l'idée de familles moins nombreuses, accélérant dès lors la transition vers une fécondité moindre. Cela est important dans les pays où les femmes désirent toujours une famille nombreuse. Dans ces populations, il faut encore que se produise le déclin du nombre d'enfants désiré avant que ne puisse s'instaurer un déclin de fécondité durable. Le nombre d'enfants désiré est fortement sensible aux améliorations du développement humain, en particulier l'éducation des femmes et la survie des enfants.[22–24] Le fait qu'une faible fécondité a pu être atteinte dans certaines sociétés extrêmement pauvres, comme Cuba, Sri Lanka et l'état de Kerala en Inde, pose un puissant argument à l'appui de cette conclusion. Bien que pauvres, ces populations présentent de hauts niveaux d'alphabétisme et d'autonomisation de la femme, une faible mortalité néonatale et infantile et un bon accès à la planification familiale. Les politiques publiques les plus efficaces pour la réduction des hauts indices de fécondité ont, dès lors, suivi la double stratégie de l'encouragement du développement humain et du renforcement de leur programme de planification familiale. Dans chaque cas mentionné ci-dessus, l'État a investi lourdement dans les soins de santé primaires et l'éducation publique gratuite des filles et des garçons jusqu'à la fin du cycle secondaire. Deux des plus puis-

sants déterminants de la fécondité sont couverts par cette approche: la réduction de la mortalité infantile et l'autonomisation des femmes.

***Critique:* La fécondité est partout en déclin. Le problème de la démographie est donc largement résolu et les programmes de planification familiale ne sont plus nécessaires.**[15,25,26]

Réponse: Une révolution des comportements génésiques déferle sur la planète depuis les années 1960. Dans le monde en développement, la pratique contraceptive, autrefois rare, est aujourd'hui répandue et le nombre moyen de naissances par femme a diminué de moitié. Dans la plupart du monde industrialisé, la fécondité déjà faible est tombée au-dessous du «niveau de remplacement» de deux enfants par femme.[3] Ces développements ont mené certains à prétendre que le problème de l'explosion démographique mondiale était résolu.[25,26]

En réalité, plutôt que d'approcher la fin de l'expansion démographique sans précédent de ces 50 dernières années, la population humaine continue d'augmenter à une allure de plus de 75 millions d'individus par an, comme elle le fait chaque année depuis 1970. Selon les prévisions de l'ONU, cette croissance devrait se poursuivre jusqu'à 2050 au moins, pour ajouter 2,7 milliards d'individus encore à une population chiffrée à 6,5 milliards en 2005.[3] Presque toute cette croissance à venir se produira dans le monde en développement, où la population passera, selon les projections, de 5,3 à 7,9 milliards d'individus entre 2005 et 2050. (Par contre, dans le monde développé, la population devrait rester pratiquement stable jusqu'à 2050.)

Malgré les indices de fécondité en baisse, une forte croissance démographique est attendue en Afrique (de 1,1 milliard), en Asie (de 1,3 milliard) et en Amérique latine (de 0,2 milliard),[3] et ce pour trois raisons.

La première est que la chute moyenne de six à trois naissances par femme maintient toujours la fécondité nettement au-dessus des deux enfants qui permettraient la stabilisation. Avec plus de deux enfants survivants par femme, chaque génération dépasse en nombre la précédente et, tant que la tendance persistera, l'expansion démographique se poursuivra.

En deuxième lieu, le déclin de la mortalité—cause historique principale de la croissance démographique—va presque certainement se poursuivre aussi. L'amélioration du niveau de vie, une meilleure alimentation, l'expansion des services de santé et de plus grands investissements dans les mesures de santé publique ont fait monter l'espérance de vie de 50% depuis 1950, et la tendance devrait continuer elle aussi.

Enfin, il faut considérer le facteur de «l'élan démographique», qui fait qu'une population continuerait à croître même si l'on pouvait amener immédiatement la fécondité au niveau de remplacement de 2,1 naissances par femme. La raison en est la structure jeune de la population. Ainsi, en Afrique subsaharienne, 43% de la population féminine totale avaient moins de 15 ans en 2005.[3] Cette vaste génération de filles accède actuellement à sa période génitale. Même si ces femmes n'avaient que deux enfants chacune, elles produiraient plus qu'assez de naissances pour alimenter la croissance démographique pendant des dizaines d'années encore.

Dans le monde en développement déjà surpeuplé, de fortes hausses démographiques sont donc virtuellement certaines. En fait, il est même possible que les projections actuelles sous-estiment la croissance à venir car elles reposent sur l'hypothèse d'un déclin continu de la fécondité. Cette hypothèse s'est révélée fausse dans plusieurs pays, d'Afrique surtout (au Kenya et au Ghana, notamment), où le déclin de la fécondité entamé dans les années 1970, 1980 ou 1990 est aujourd'hui au point mort.[27] Même un ralentissement modeste du déclin projeté de la fécondité produira une croissance démographique additionnelle considérable.

***Critique:* L'épidémie du sida, par son nombre de victimes, rend la planification familiale indésirable et inutile.**[28]

Réponse: Fin 2006, un total cumulé d'environ 25 millions de personnes étaient mortes du sida. Le nombre de victimes atteindra de bien plus hauts niveaux encore, car 33 millions d'individus sont actuellement contaminés et parce que beaucoup contractent encore chaque année le virus VIH.[29] L'Afrique australe, où l'on compte environ un adulte infecté sur cinq, est de loin la plus accablée. Les autres continents présentent par contre des taux d'infection atteignant à peine 1%. Parmi les causes de la concentration de l'épidémie dans une région d'Afrique s'inscrivent une fréquence relativement élevée de partenaires sexuels multiples et simultanés, de faibles niveaux de circoncision masculine, une haute prévalence d'autres IST et le faible recours au préservatif.[30]

Un effort mondial massif a été déployé pour réduire la contamination à travers des initiatives de prévention (qui encouragent l'abstinence, la réduction du nombre de partenaires et l'usage accru du préservatif, ainsi que le CDV et le recours à la planification familiale par les femmes infectées) et pour prolonger la vie des personnes infectées par traitement antirétroviral. Ces efforts de prévention expliquent, en partie, un renversement majeur récent de l'épidémie.[30] Après une période de propagation rapide, elle semble s'être stabilisée dans la plupart des pays et la proportion des adultes séropositifs, non plus en hausse, pourrait même bien être en déclin.[29,30]

Malgré l'importance indiscutable de la mortalité imputable au sida, les projections de l'ONU pour toutes les régions en développement, y compris l'Afrique, prédisent une plus grande expansion démographique encore. La raison en est que le nombre annuel de décès attribuables au sida (deux millions) équivaut à 10 jours seulement de croissance démographique dans le monde en développement. En Afrique subsaharienne, la population devrait s'accroître d'un milliard entre 2005 et 2050 (de 0,77 et 1,76 milliard). En fait, la haute mortalité imputable au sida ne devrait causer de baisse démographique dans aucun pays d'Afrique entre 2005 et 2050. Compte tenu même du

déclin à venir régulier de la fécondité présumé par l'ONU, les projections prévoient que la plupart des populations d'Afrique subsaharienne feront plus que doubler, tandis que certaines tripleront et que celle du Niger quadruplera même d'ici 2050.[3]

***Critique:* Les programmes de planification familiale ne sont pas rentables.**[14]

Réponse: Les gouvernements comparent les coûts et les avantages avant de juger si l'investissement dans un programme de planification familiale en vaut la peine. Les coûts incluent les produits contraceptifs, les dotations en personnel et la gestion d'un système de prestation. Quant aux avantages, il s'agit des améliorations apportées en termes de bien-être personnel (permettre à la femme de maîtriser son corps), de santé (protéger les femmes et les enfants des risques médicaux de la grossesse, de l'accouchement et de la période du post-partum; réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant), de développement socioéconomique (favoriser une croissance économique plus rapide et alléger le fardeau des budgets publics) et de réduction de la pression sur les ressources environnementales (eau, terres arables et forêts).

Les données qui permettraient d'estimer avec précision tous ces facteurs font défaut, mais la rentabilité de la planification familiale en tant qu'investissement sanitaire est bien établie. L'impact potentiel est évident quand on sait qu'en 2003, les 76 millions de grossesses non planifiées survenues dans le monde en développement ont donné lieu à 184.000 décès liés à la grossesse et à 1,8 million de morts infantiles.[31] Accroître la pratique contraceptive pour réduire les grossesses non planifiées ne peut qu'éviter une partie de ces décès. Le projet de la Banque Mondiale sur les priorités en matière de contrôle des maladies estime le coût de la planification familiale à 100 dollars par année de vie sauvée.[32] Cette somme s'inscrit dans le même ordre de grandeur que d'autres interventions de santé telles que l'assainissement élémentaire contre la diarrhée, une brève chimiothérapie contre la tuberculose et la distribution du préservatif pour la prévention du VIH. On notera que toutes ces interventions sont environ 10 fois plus rentables que le traitement antirétroviral du sida, auquel une grande proportion de l'aide au développement sanitaire est actuellement consacrée.[32]

Les investissements dans la planification familiale se justifient souvent aussi en termes d'économie et d'environnement. La croissance démographique rapide et les hauts indices de fécondité mènent généralement à une moindre croissance économique et à une pauvreté plus endémique.[4] En revanche, le déclin rapide de la fécondité produit ce que l'on appelle un «dividende démographique», gage de croissance économique mesurée sur plusieurs décennies grâce à l'accroissement de la population active par rapport aux personnes à charge jeunes et âgées, et grâce aussi à la stimulation de l'épargne.

Les gouvernements des pays pauvres largement agricoles comprennent aussi que la demande grandissante de denrées qui résulte de la croissance démographique (renforcée, du reste, par la hausse des salaires, comme on le voit aujourd'hui en Inde et en Chine, notamment) sera difficile à satisfaire face aux contraintes environnementales grandissantes aussi sur la production. Presque partout, les terres les plus productives sont déjà consacrées à l'agriculture ou à l'industrie, les meilleures ressources fluviales sont retenues par des barrages et les pénuries d'eau sont souvent graves. Cela sans compter la flambée des coûts de l'énergie, dernière menace en date à la production alimentaire. L'énergie fait partie intégrante de chaque étape de la production alimentaire, de la culture à la récolte, au transport, à la réfrigération, au conditionnement et à la distribution, et les prix des engrais et pesticides à base d'hydrocarbure sont, eux aussi, montés en flèche. Dans ces circonstances, accroître la production agricole et améliorer le niveau de vie face à une population appelée à doubler ou même plus posent une problématique majeure.

La sécurité nationale représente un autre avantage potentiel d'une moindre fécondité. Dans de nombreux pays d'Afrique et du Moyen-Orient, les hauts indices de fécondité se reflètent dans des structures d'âge extrêmement jeunes, présentant jusqu'à une moitié de la population au-dessous de l'âge de 15 ans. L'incapacité de beaucoup de ces pays à offrir une éducation et des perspectives d'emploi adéquates favorise l'instauration d'un climat socialement et politiquement instable, qui alimente souvent une jeunesse frustrée potentiellement vulnérable aux attraits d'idéologies politiques radicales.[6,7]

***Critique:* Les programmes de planification familiale ont, au mieux, fait des femmes les instruments des politiques démographiques et ont été, au pire, coercitives.**[15,33]

Réponse: Dans les années 1960 et 1970, peu de données encore indiquaient combien les programmes de planification familiale pourraient aider à répondre à une demande existante de contraception et à la réduction de la fécondité. Les projets pilotes entrepris à Taiwan et en Corée, notamment, étaient positifs et les enquêtes menées dans divers pays faisaient état d'une demande de contraception.[34] Les partisans des programmes de planification familiale volontaire en ont été convaincus qu'il serait efficace de procéder à plus grande échelle. Deux grands organismes donateurs internationaux, USAID et UNFPA, préconisaient aussi cette approche. Les sceptiques estimaient toutefois que les couples n'étaient pas suffisamment motivés à adopter la contraception, citant comme exemple les niveaux de fécondité inchangés de nombreux pays en développement, y compris l'Inde et le Pakistan où, mal conçus, les tout premiers programmes de planification avaient été décevants.[35]

Particulièrement en Asie, où l'inquiétude face au risque de l'explosion démographique était la plus aiguë, plusieurs gouvernements nationaux ont cherché à résoudre directement la faiblesse perçue de la demande de familles moins nombreuses. Ils ont adopté à ce titre des mesures allant de la fixation de cibles et quotas de recrutement de

«nouveaux adeptes» de la contraception (une stratégie employée par de nombreux pays d'Asie) à l'offre de primes d'adoption de la planification familiale (Bangladesh et Inde), à la dissuasion active des familles nombreuses (Singapour), à la pression communautaire en faveur de la contraception (Indonésie) et jusqu'à la contrainte pure et simple (Chine et Inde en 1976–1977).

Consternés par de telles politiques, les défenseurs des droits humains et de la santé de la femme, ainsi que de nombreux partisans de la planification familiale volontaire, les ont attaquées avec une passion grandissante tout au long des années 1970 et 1980 et jusqu'aux années 1990. Leur argument était que ces politiques réduisaient les pauvres, de sexe féminin surtout, au rôle de victimes passives des politiques démographiques des élites. Que, plutôt que de chercher à améliorer les conditions fondamentales de la vie des pauvres et mener ainsi naturellement à un moindre désir de familles nombreuses, les décisionnaires prenaient le raccourci des politiques démographiques, faisant fi des droits de la personne humaine et empirant de fait, dans de nombreux cas, les conditions de vie des pauvres et leur chance d'échapper à la misère.

Dès les années 1980, il est d'ailleurs apparu clairement que ces mesures de réduction de la fécondité étaient inutiles. Les résultats de nombreuses études communautaires et de la recherche par enquêtes à grande échelle ont en effet révélé une demande de services de planification familiale suffisante à un déclin considérable de la fécondité.[8,13] Mieux encore, les premiers succès de programmes de planification volontaire de haute qualité se sont révélés dans des pays tels que la Thaïlande, la Corée, la Tunisie, le Maroc, la Colombie, le Mexique et le Costa Rica, où de rapides et importantes baisses de la fécondité se sont produites sans aucune méthode coercitive. Par exemple, entre 1960–1965 et 1980–1985, l'indice synthétique de fécondité est tombé, en Thaïlande, de 6,4 à 3,0 et, en Corée, de 5,6 à 2,2.[3] Nous ajouterons ici qu'à notre avis, l'absence d'accès à la contraception devrait aussi être considérée comme une forme de contrainte, car elle condamne souvent les femmes à avoir des enfants qu'elles ne désirent pas.

Répondant tant à l'indignation causée par les politiques importunes et moralement contestables qu'à l'existence effective d'un profond besoin non satisfait de contraception, la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994 a condamné explicitement ces politiques et réitéré l'appel déjà lancé par les conférences antérieures pour que les programmes de santé génésique, y compris la planification familiale, soient entièrement volontaires. Allant plus loin encore, la conférence du Caire enjoint les pays d'abandonner les cibles démographiques et les quotas d'adoption de la planification familiale. À l'heure actuelle, pratiquement tous les programmes en vigueur dans le monde respectent le droit des couples à arrêter leurs choix génésiques en pleine connaissance de cause, sans efforts de persuasion excessifs ni contrainte. Ainsi, l'Inde, notamment, a décidé peu après la conférence du Caire d'adopter une approche sans cible pour son programme de santé génésique (même si le choix de méthodes demeure limité dans de nombreuses parties du pays). Exception notable, la Chine et sa politique de l'enfant unique demeurent en infraction aux normes de droits génésiques du Caire. La perception persiste cependant que les programmes de planification familiale du monde en développement continuent d'exercer une pression excessive sur les familles, et en particulier sur les femmes, pour qu'elles se conforment aux normes génésiques imposées par les gouvernements—une perception que les faits démentent pourtant aujourd'hui.

CONCLUSION

Depuis l'époque de Malthus, la croissance démographique et la manière de l'aborder sont sujettes à controverse. Peut-être faut-il attribuer à la nature sexuelle de son essence profonde le caractère singulièrement incendiaire du débat de politique publique qu'elle suscite. La polémique n'est pas moins réelle aujourd'hui qu'elle ne l'était à l'heure des écrits de Malthus, voici plus de 200 ans. Or une bonne partie de la discussion actuelle sur les programmes de planification familiale, instrument majeur à travers lequel les politiques démographiques sont mises en œuvre depuis 50 ans, repose sur des perceptions erronées et sur la désinformation. La planification familiale en tant que réponse nationale à grande échelle à des taux de croissance démographique sans précédent est une approche inventée vers le milieu du 20e siècle. Elle a remporté, pour la plupart, un succès remarquable.

D'abord, les programmes de planification familiale ont produit un effet majeur et clair sur les taux de fécondité de nombreux pays. Dans certains, la fécondité est passée de très hauts niveaux à celui de remplacement en l'espace d'une génération seulement, selon un déclin jusque là inédit et qui le serait resté en l'absence des technologies modernes et des systèmes de prestation offerts par ces programmes.[21] Il est aussi probable que le déclin de la fécondité, en l'absence de politiques et programmes de planification familiale, aurait débuté plus tard dans plusieurs pays. La seconde moitié du 20e siècle a été le témoin d'une véritable révolution génésique, favorisée par une coopération sans précédent entre les organismes internationaux et les gouvernements du monde en développement.

Deuxièmement, en dépit de ces succès, les hauts taux de fécondité restent problématiques dans certains pays et certaines régions, où la progression vers de meilleurs salaires et conditions de vie est menacée par l'explosion démographique et par la pression de la population sur de fragiles écosystèmes.[36] En Afrique subsaharienne, région la plus pauvre du monde, notamment, la fécondité moyenne est toujours supérieure à cinq enfants par femme et le déclin est lent à venir. Le déclin observé ailleurs et les faibles indices des pays aujourd'hui les plus riches ne devraient pas nous empêcher d'aider ces nations encore en proie à une fécondité élevée à faire face à l'ampleur de leur besoin de contraception non satisfait.

Troisièmement, bien que l'épidémie du sida ait terrassé

l'avenir de certains pays et de millions de familles et d'individus, son impact sur les taux de croissance démographique mondiaux et même sur ceux des régions les plus touchées est considérablement inférieur à ce que l'on pensait voici 10 ans. De plus, à travers l'apport d'un conseil et dépistage volontaire et en aidant à prévenir la transmission mère-enfant, les programmes de planification familiale représentent un véhicule majeur mais jusque là négligé de prévention de la propagation continue du virus responsable du sida.

Quatrièmement, la planification familiale est extrêmement rentable. Le coût de la prévention est faible par rapport aux économies que les naissances évitées représentent pour les familles et les pays. Rares sont d'ailleurs les interventions de santé plus importantes ou moins onéreuses que la planification familiale en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, périnatales et infantiles. Les programmes de planification représentent une bonne affaire pour le développement.

Enfin, le dilemme auquel les gouvernements se trouvent confrontés entre les besoins sociétaux et la liberté génésique individuelle a été largement résolu. Dans l'ensemble du monde en développement, et particulièrement en Afrique, il existe une demande considérable, empiriquement vérifiée mais encore largement insatisfaite, de services de planification familiale qui aident à espacer aussi bien qu'à éviter les naissances futures. Tout en profitant aux femmes et aux enfants, les programmes de planification familiale volontaire de qualité réduisent efficacement la fécondité, au bénéfice donc, aussi, de la société. L'inutilité des politiques moralement inacceptables qui cherchent à pousser ou contraindre les personnes à limiter leur fécondité a été démontrée. À l'exception de la Chine, ces pratiques ont été abandonnées.

Malheureusement, le financement des programmes de planification familiale est en perte de vitesse depuis plus de 10 ans. Entre 1995 et 2008, tandis que les fonds promis par les donateurs et les pays en développement aux programmes de lutte contre le VIH et le sida augmentaient de près de 300%, ceux consacrés à la planification familiale ont diminué d'environ 30%.[27] Par conséquent, beaucoup de pays sont aujourd'hui moins aptes à assurer leurs services de planification familiale qu'il y a 10 ans, et beaucoup de l'engagement antérieur s'est évanoui. Les signes sont là: le déclin de la fécondité ralentit ou commence même à s'inverser dans certains pays.

Pourquoi faut-il s'en préoccuper? Parce que les femmes et les enfants souffrent et meurent toujours de causes liées à des grossesses non désirées et non planifiées. Mais au-delà même de ces considérations en réapparaissent d'autres liées à diverses questions d'ordre environnemental, à la sécurité des nations et à la stabilité des gouvernements, sans compter les inquiétudes grandissantes au sujet de la sécurité alimentaire et de la pauvreté toujours plus répandue. Face à l'affaiblissement de l'engagement politique et financier au soutien des programmes de planification familiale, il importe d'attaquer de front les critiques erronées qui entravent les efforts de réponse à la demande non satisfaite de services. La fécondité élevée et la démographie galopante continuent à poser une problématique bien réelle, digne d'attention et d'action.

RÉFÉRENCES

1. Ehrlich PR et Ehrlich AH, *One with Nineveh: Politics, Consumption, and the Human Future,* Washington, DC: Island Press, 2005.

2. Lomborg B, *The Skeptical Environmentalist: Measuring the Real State of the World*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2001.

3. ONU, *World Population Policies 2007,* New York: ONU, 2007.

4. Birdsall N, Allen K et Sinding S, eds., *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World,* Oxford: Oxford University Press, 2001.

5. Cincotta R, Engelman R et Anastasion D, *The Security Demographic: Population and Civil Conflict After the Cold War,* Washington DC: Population Action International, 2003.

6. Cincotta R, How democracies grow up, *Foreign Policy,* March/April 2008, pp. 80–82.

7. National Commission on Terrorist Attacks, *The 9/11 Commission Report: Final Report of the National Commission on Terrorist Attacks upon the United States,* New York: W. W. Norton & Company, 2004.

8. Casterline J et Sinding SW, Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy, *Population and Development Review,* 2000, 26(4):691–723.

9. Cleland J et al., Family planning: the unfinished agenda, *Lancet,* 2006, 368(9549):1810–1827.

10. Indicateurs des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement, <http://mdgs.un.org/ unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>, site consulté le 26 février 2009.

11. Speidel J, Funds for family planning and reproductive health, document présenté à l'International Parliamentarians Conference on the Implementation of the ICPD Programme of Action, Bangkok, 21–22 nov. 2006.

12. Campbell White A, Merrick RW et Yazbeck AS, *Reproductive Health: The Missing Millennium Development Goal,* Washington, DC: Banque Mondiale, 2006.

13. Singh S et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care (Santé sexuelle et reproductive: Un investissement qui en vaut la peine),* New York: Alan Guttmacher Institute, 2003.

14. Pritchett L, Desired fertility and the impact of population policies, *Population and Development Review,* 1994, 20(1):1–55.

15. Connelly M, *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*, Cambridge, MA, USA, et London: Belknap Press of Harvard University Press, 2008.

16. Becker GS, An economic analysis of fertility, in: *Demographic and Economic Change in Developed Countries: A Conference of the Universities,* Princeton, NJ, USA: Princeton University Press and National Bureau for Economic Research, 1960, pp. 209–231.

17. Schultz TW, The value of children: an economic perspective, *The Journal of Political Economy,* 1973, 81(2 Part II):S2–S13.

18. Cleland J et al., *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a Challenging Environment,* Washington, DC: Banque Mondiale, 1994.

19. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, et ORC Macro, *Bangladesh Demographic and Health Survey 2004,* 2005, Dhaka, Bangladesh: National Institute of Population Research and Training et Mitra and Associates; et Calverton, MD, USA: ORC Macro.

20. Roudi-Fahimi F, *Iran's Family Planning Program: Responding to a Nation's Needs*, MENA Policy Brief, Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002.

21. Bongaarts J, The role of family planning programmes in contemporary fertility transitions, dans: Jones GW et al., eds., *The*

Continuing Demographic Transition, Oxford: Clarendon Press, 1997, pp. 422–444.

22. Sen A, *Development as Freedom,* New York:Alfred Knopf, 1999.

23. Summers L, The most influential investment, *Scientific American,* 1992, 267(2):108.

24. Schultz TP, Human capital, family planning and their effects on population growth, *American Economic Review,* 1994, 84(2):255–260.

25. Eberstadt N, Doom and demography, *The Wilson Quarterly,* Winter 2006, pp. 27–31.

26. Wattenberg BJ, The population explosion is over, *New York Times Magazine,* Nov. 23, 1997, pp. 60–63.

27. Bongaarts J, Fertility transitions in the developing world: progress or stagnation? *Studies in Family Planning*, 2008, 39(2):106–110.

28. Mosher S, AIDS and population control in Africa, *Population Research Institute Weekly Briefing,* 2000, 2(16):1–3.

29. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Le Point sur l'épidémie de SIDA: Décembre 2007,* Genève: ONUSIDA, 2007.

30. Bongaarts J, Has the AIDS epidemic peaked? *Population and Development Review,* 2008, 14(2):199–224.

31. Vlassoff M et al., Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions, *Occasional Report*, New York: The Alan Guttmacher Institute, 2004, No. 11.

32. Jamison DT et al., *Disease Priorities in Developing Countries,* Oxford, UK: Oxford University Press, 2006.

33. Mosher S, *Population Control–Real Costs, Illusory Benefits,* Edison NJ, USA: Transaction Publishers, 2008.

34. Berelson B et Freedman R, The record of family planning programs, *Studies in Family Planning,* 1976, 7(1):1-40.

35. Wyon JB et Gordon JE, *The Khana Study: Population Problems in the Rural Punjab*, Cambridge, MA, USA: Harvard University Press, 1971.

36. Alexandratos N, Countries with rapid population growth and resource constraints: issues of food, agriculture, and development, *Population and Development Review,* 2005, 31(2):237–258.

Coordonnées de l'auteur: *JBongaarts@popcouncil.org*