

# Tendances de la demande de limitation des naissances dans les pays en voie de développement

Par Charles F. Westoff et Akinrinola Bankole

**Contexte:** Bien que la plupart des pays en voie de développement aient au moins entamé la transition vers une fécondité faible, le processus se déroule à vitesse fort variable suivant la région. Le rythme de l'évolution en Afrique subsaharienne diffère de celui des autres régions, avec les implications que cela comporte pour les programmes de planning familial de la région.

**Méthodes:** Les données de 108 Enquêtes démographiques et de santé, de l'Enquête mondiale sur la fécondité et des Enquêtes de prévalence contraceptive ont été réunies pour 41 pays en voie de développement, pour la période du milieu des années 1970 à la fin des années 1990.

**Résultats:** Le pourcentage de femmes qui ne désirent plus d'enfants augmente, lentement mais sûrement, depuis les années 70. Les niveaux globaux demeurent cependant fort inférieurs à ceux observés en Asie et en Afrique du Nord, où le niveau de la demande de limitation des naissances figure généralement dans la plage de 40% à 60%. La proportion des femmes qui ne désirent plus d'enfants est également élevée en Amérique latine, où elle présente plus de signes de stabilisation qu'en Asie. Le besoin non satisfait de moyens de limiter les naissances augmente assez uniformément dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. En Asie et en Afrique du Nord de même qu'en Amérique latine et aux Caraïbes, par contre, ce besoin présente un déclin général face à l'adoption de la pratique contraceptive. S'il apparaît que la plupart des femmes d'Afrique subsaharienne qui pratiquent la contraception la pratiquent à des fins d'espacement des naissances plutôt que de limitation, les données de tendance semblent toutefois indiquer un accroissement, ces dernières années, de la proportion des utilisatrices désireuses de limiter leur descendance, au point que la pratique de limitation des naissances représente généralement près de la moitié de la pratique globale. On n'observe en revanche qu'une évolution dans ce rapport en Asie et en Afrique du Nord, pas plus qu'en Amérique latine et aux Caraïbes: la grande majorité des utilisatrices de ces deux régions cherchent à limiter les naissances plutôt qu'à les espacer.

**Conclusions:** Si la demande de contraception s'accroît dans l'ensemble du monde en voie de développement, elle est déjà satisfaite, pour la plupart, en Asie et Afrique du Nord et en Amérique latine, alors qu'elle ne l'est pas encore souvent en Afrique subsaharienne. En Asie et en Amérique latine, où la pratique contraceptive est déjà élevée, les prestataires doivent aider les utilisatrices à continuer leur pratique existante et à en améliorer l'efficacité. En Afrique subsaharienne, où la pratique est faible, les programmes doivent chercher à encourager l'adoption des méthodes modernes.

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 2000, pp. 28–34

La transition vers une fécondité faible suit un rythme fort variable dans les principales régions du monde en voie de développement. La diversité du changement, en Asie, va de la Thaïlande, Sri Lanka et d'autres pays d'Asie de l'Est, où la fécondité s'est réduite, au plus, au niveau de remplacement, au Népal et au Pakistan, où la transition a à peine commencé. De même, en Amérique latine, la fécondité a enregistré un déclin rapide en Colombie et, plus récemment, au Brésil et dans beaucoup d'autres pays d'Amérique du Sud, mais elle demeure plus élevée dans une grande partie de l'Amérique centrale. En contraste avec l'Afrique du Nord, où le déclin de la fécondité est largement entamé, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne se trouvent en-

core au seuil de la transition—on observe toutefois, dans certains pays du sud et de l'est de la région, des indices convaincants d'un déclin significatif.<sup>1</sup>

Si le rythme de la transition varie largement d'une région à l'autre, le modèle même de l'évolution, en Afrique subsaharienne, diffère de celui observé dans les autres régions du monde en voie de développement, de même que de l'expérience antérieure de l'Europe. Le déclin type commence lorsque les couples essaient de limiter le nombre total de leurs enfants; la régulation de la fécondité du ménage apparaît principalement une fois atteint le nombre d'enfants désiré. En revanche, à de rares exceptions près dans le modèle de l'Afrique subsaharienne, l'adoption de la contraception a pour ob-

jectif principal l'espacement des naissances, motivé, essentiellement, par des considérations de santé de la mère et de l'enfant plutôt que par les forces socioéconomiques apparemment à la source des considérations relatives à la taille des familles.<sup>2</sup>

Ainsi, alors que l'adoption de la contraception à des fins de limitation de la taille des familles s'est révélée l'instrument traditionnel principal du déclin de la fécondité presque partout dans le monde, suivie, plus tard, de sa pratique à des fins d'espacement des naissances, le modèle semble inversé dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne. Quand la motivation tient à la limitation des naissances, le déclin de la fécondité se concentre généralement, dans un premier temps, parmi les femmes plus âgées. Par contre, là où l'objectif consiste à espacer les naissances, le déclin apparaît à tous les âges.<sup>3</sup> Le mariage à un âge plus avancé a aussi joué un rôle important dans la baisse générale de la fécondité dans toutes les régions du monde.

Cet article suit les tendances de la demande de limitation de la fécondité dans les pays en voie de développement, tout en documentant les modèles régionaux observés au niveau de la norme du planning familial. Sur la base de données couvrant plus de deux décennies, il examine les tendances de la demande potentielle totale de limitation de la fécondité, de ses éléments constitutifs (besoin «satisfait» et besoin «non satisfait») et de la proportion des utilisatrices qui pratiquent la contraception à des fins de limitation des naissances.

## Données et mesures

Les données rassemblées pour cet article proviennent essentiellement du projet des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et de son prédécesseur, l'Enquête

Charles F. Westoff est professeur émérite de sociologie et démographie à l'Université de Princeton (New Jersey, USA). Akinrinola Bankole est chercheur principal à l'institut Alan Guttmacher, à New York. Cet article est inspiré de conversations avec James Shelton, de l'Office of Population (USAID), avec le support d'USAID à travers son parrainage des Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Les auteurs tiennent à remercier Guillermo Rojas, du projet EDS, pour son assistance au traitement des données, et John Ross, de The Futures Group International, pour ses réactions aux premiers résultats de l'étude.

mondiale sur la fécondité (EMF). Les Enquêtes de prévalence contraceptive (EPC) ont également servi de référence dans quelques cas, au titre de données comparatives. Parmi les principaux critères de sélection, un pays devait avoir participé à au moins deux enquêtes nationales représentatives et ces enquêtes devaient inclure les mesures pertinentes de la demande et de la pratique contraceptive. Au total, 41 pays ont participé à un total de 108 enquêtes actuellement conformes à ces critères. La période couverte par les enquêtes s'étend de la moitié des années 1970 à la fin des années 1990. Le nombre d'enquêtes et l'intervalle entre celles menées dans les pays sélectionnés varient largement pendant la période considérée.

Les 41 pays offrant des données utiles à cette analyse ont été groupés en trois catégories régionales: les 18 pays d'Afrique subsaharienne et les 11 pays d'Amérique latine sont raisonnablement représentatifs de leur région respective, en dépit de l'exclusion de certains pays importants (l'Afrique du Sud, par exemple). Les nations d'Amérique centrale sont également sous-représentées, les données d'enquête utiles disponibles étant limitées au Guatemala.

Le troisième groupe forme une catégorie résiduelle beaucoup plus hétérogène de 12 pays en voie de développement rassemblant plusieurs populations d'Asie, aux côtés de l'Égypte, de la Jordanie, du Maroc, de la Tunisie et de la Turquie. Les estimations incluses pour l'Inde proviennent d'une enquête nationale sur le planning familial publiée en 1980<sup>4</sup> et de l'Enquête nationale de 1991-1992 sur la santé des familles (réalisée sur le modèle de l'EDS). Pour le Pakistan, les estimations récentes sont extraites d'une EPC. La Chine n'est pas incluse pour cause de non-disponibilité de données comparables dans le temps.

L'analyse se concentre sur la demande potentielle de limitation des naissances, telle que répartie en deux groupes: la proportion des femmes mariées qui ne désirent plus d'enfants et qui pratiquent une méthode contraceptive, et celle des femmes qui, ne voulant plus d'enfants et étant présumées fertiles, ne pratiquent cependant aucune méthode,\* pour une raison ou une autre. Ce deuxième groupe est généralement qualifié de composant représentant le besoin non satisfait de planning familial. Il ne représente toutefois ici qu'une mesure brute du besoin, restreinte, pour les besoins de l'analyse, aux femmes désireuses de limiter ou de mettre fin à leur procréation. Ensemble, les deux groupes constituent un indice de la de-

mande potentielle totale de limitation des naissances, définie comme représentant le pourcentage des femmes mariées fertiles qui ne désirent plus d'enfants.

L'analyse se concentre sur la limitation des naissances plutôt que sur leur espacement en raison, d'une part, de son importance historique et, d'autre part, de sa beaucoup plus grande incidence sur les indices de fécondité. Qui plus est, la proportion des femmes ne désirant plus d'enfants s'est révélée une puissante variable prédictive de la prévalence contraceptive et de l'indice synthétique de fécondité.<sup>5</sup> Enfin, les données relatives aux intentions d'espacement ne sont pas comparables entre les différents types d'enquête.

Pour la plupart des enquêtes, les estimations présentées sont calculées sur la base des fichiers de données. Pour les rares enquêtes n'offrant pas ces données, les estimations ont été obtenues d'informations publiées. Les pourcentages de chaque pays sont présentés pour les groupes d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Afrique du Nord, et d'Amérique latine et Caraïbes. Les tendances de la demande potentielle totale de limitation des naissances sont d'abord examinées, suivies du pourcentage de femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants et qui pratiquent la contraception (soit la demande courante réelle, ou «besoin satisfait» de limitation), puis des tendances du pourcentage des femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants mais qui ne pratiquent aucune méthode contraceptive (mesure brute du besoin non satisfait).

L'analyse porte aussi sur le sous-ensemble de femmes fertiles qui ne désirent plus avoir d'enfants, ne pratiquent pas la contraception et courent le risque d'une grossesse non désirée. Sont exclues de ce groupe les femmes enceintes ou aménorrhéiques,<sup>†</sup> indépendamment du désir ou non de la grossesse ou de la naissance concernée. Les femmes incluses présentent ostensiblement un besoin immédiat de planning familial. Il s'agit ici d'un indicateur très étroit du besoin non satisfait, mais présentant, dans tous les pays, une corrélation élevée (coefficient de corrélation de Pearson,  $r=0,85$ ) avec la mesure EDS conventionnelle, qui tient compte du facteur de désir de la grossesse ou de la naissance parmi les femmes enceintes ou aménorrhéiques.

Le dénominateur de toutes les mesures décrites ci-dessus est le nombre total de femmes mariées. Au fil de l'analyse, toutefois, ce dénominateur passe à toutes les femmes mariées qui pratiquent la contraception, l'accent étant alors mis sur la pra-

tique visant à limiter les naissances par rapport à celle destinée à les espacer. Pour souligner les tendances régionales ainsi que les divergences et similarités régionales des différentes mesures, les données des 41 pays sont présentées sous forme de moyennes régionales. Pour assurer l'obtention de moyennes relativement stables pour l'analyse de tendance, la période couverte par l'étude est divisée en trois périodes principales: 1975 à 1979, 1980 à 1989 et 1990 à 1998. Pour chaque région, la moyenne des proportions de chaque mesure est calculée sur chacune de ces trois périodes.<sup>‡</sup>

## Résultats

### *Demande potentielle totale de limitation*

L'Afrique subsaharienne présente les signes d'une augmentation lente mais régulière de la proportion de femmes désireuses de ne plus avoir d'enfants (tableau 1, page 30). La hausse est spectaculaire au Kenya: de 15% en 1977, la proportion est passée à 30% en 1984 et à 46% en 1993 et 1998. (Une tendance similaire aurait pu apparaître au Botswana et au Rwanda si les données antérieures avaient été disponibles.) Des 18 pays de la région, tous sauf un (Madagascar) présentent une certaine hausse de la demande de limitation de la fécondité. Les niveaux ne restent pas moins largement inférieurs à ceux relevés dans les autres régions du monde en voie de développement. L'absence de changement de la demande potentielle au Kenya entre 1993 et 1998 semble indiquer une stabilisation de cette mesure dans ce pays, comme cela avait été le cas dans certains pays des groupes Asie et Afrique du Nord et Amérique latine et Caraïbes.

La demande de limitation du nombre d'enfants a continué d'augmenter dans les

\*Les femmes sous-fertiles sont exclues des numérateurs de tous les taux calculés, mais afin de garder toutes les femmes mariées comme dénominateur standard, elles sont incluses dans les dénominateurs. Dans l'EMF, les femmes sont classées en fonction de leur perception subjective quant à leur capacité de se trouver enceinte et d'avoir encore un enfant. Celles classées comme sous-fertiles n'ont pas été interrogées sur leur désir d'avoir encore des enfants. La procédure de l'EDS est différente: aucune question directe n'a été posée sur la fertilité, mais une mesure comportementale a été développée en fonction de l'exposition de la femme au risque de grossesse, sans pratique contraceptive, pendant au moins cinq ans sans qu'aucune naissance ne soit intervenue (compte tenu d'autres critères aussi, tels que la déclaration de la ménopause comme motif de non-intention de pratique contraceptive).

†L'état d'aménorrhée n'a pas été déterminé directement dans l'EMF; la durée d'allaitement de moins d'un an a été utilisée par substitution.

‡Les moyennes simples sont obtenues par addition des proportions et division de la somme obtenue par le nombre de pays disposant de données.

pays inclus ici dans le groupe Asie et Afrique du Nord (tableau 2). Au Maroc, par exemple, la proportion des femmes qui ne désiraient plus avoir d'enfants est passée de 32% en 1980 à 42% en 1987 et à 51% en 1995. De manière générale, le niveau de la demande de limitation figure, en grappe, dans la tranche de 40% à 60%. Par rapport à l'Afrique subsaharienne, où le niveau de la demande était inférieure à 20%, dans la plupart des pays, dans les années 1980, cette demande était largement supérieure à 20%, dès les années 1970, dans les pays du groupe Asie et Afrique du Nord représentés ici.

Cette tendance à la hausse de la proportion de femmes désireuses de ne plus avoir d'enfants, dans le groupe Asie et Afrique du Nord, est également observée en Amérique latine (tableau 3, page 32). On relève toutefois plus de cas de stabilisation de la tendance dans les pays d'Amérique latine qu'en Asie. Dans cinq des 11 pays de la région, la proportion était supérieure à 60% et, au Brésil, elle avait atteint 75% dès 1996.

#### Contraception visant à la limitation

Le pourcentage de femmes mariées qui ne désirent plus avoir d'enfants et qui pratiquent la contraception (soit le «besoin satisfait» de limitation) est l'élément principal de la demande potentielle totale de limitation. Dans l'ensemble, les groupes Asie et Afrique du Nord et Amérique latine et Caraïbes présentent des courbes et tendances de pratiques contraceptives de limitation similaires, avec l'Afrique subsaharienne à la traîne.

Le tableau 1 révèle, en Afrique subsaharienne, une position avant-gardiste évidente, dans plusieurs pays (le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe, notamment), dans la transition vers les familles moins nombreuses. Ainsi, au Kenya, la proportion des femmes mariées qui ne désirent plus avoir d'enfants et qui pratiquent la contraception est passée, de 3% seulement en 1977, à 10% en 1984, puis à 23% et 25%, respectivement, en 1993 et 1998. (Lorsqu'elles seront disponibles,\* les données comparables de l'Afrique du Sud classeront probablement le pays dans cette catégorie.)

Un deuxième groupe, composé du Ghana, du Rwanda et de l'Ouganda, présente aussi un mouvement naissant. Dans beaucoup des pays de la région, la proportion demeure cependant inférieure à 10%, bien que pour certains, les données d'enquête les plus récentes remontent à près de 10 ans. Il semble que la norme de

**Tableau 1. Mesures de la demande de contraception parmi les femmes mariées, par pays et par année, Afrique subsaharienne, 1977–1998**

Pays et année	Demande totale de limitation (en %)	% pratiquant une méthode de limitation	% présentant un besoin de limitation non satisfait	% exposées au risque d'une grossesse non désirée, sans méthode*	% des utilisatrices qui limitent leurs naissances
<b>Bénin</b>					
1981	5.5	1.8	3.7	2.9	6.8
1996	23.2	5.1	18.1	11.5	31.1
<b>Botswana</b>					
1984	25.2	10.6	14.6	6.7	38.6
1988	36.1	15.2	20.9	10.3	46.1
<b>Cameroun</b>					
1978	6.6	0.3	6.3	4.1	11.7
1994	13.4	5.1	8.3	3.2	31.5
1998	17.0	7.1	10.0	2.2	36.4
<b>Côte d'Ivoire</b>					
1980	4.0	0.3	3.7	1.8	11.5
1994	17.2	3.4	13.8	6.5	29.5
<b>Ghana</b>					
1979	10.6	2.0	8.6	4.9	21.3
1988	20.6	4.9	15.7	7.0	37.9
1993	29.7	9.8	19.9	8.7	48.5
<b>Kenya</b>					
1977	14.9	2.5	12.4	6.1	38.0
1984	30.0	10.0	20.0	10.0	58.7
1989	44.3	18.4	25.9	11.5	68.3
1993	46.2	23.0	23.2	8.7	70.2
1998	45.8	25.4	20.4	5.1	65.3
<b>Madagascar</b>					
1992	34.6	10.3	24.4	4.4	61.4
1997	31.8	11.3	20.4	4.4	58.4
<b>Mali</b>					
1987	10.5	0.7	9.8	4.3	14.5
1995–1996	13.5	2.5	11.0	4.5	36.5
<b>Niger</b>					
1992	5.1	0.7	4.6	0.8	15.0
1998	6.4	1.3	5.1	1.0	16.0
<b>Nigéria</b>					
1981	4.6	0.6	4.0	3.1	13.5
1990	11.2	2.7	8.5	4.0	45.3
<b>Rwanda</b>					
1983	18.6	2.1	16.5	8.0	25.1
1992	33.7	11.0	22.7	5.7	51.9
<b>Sénégal</b>					
1978	5.7	0.5	5.2	2.6	12.9
1986	13.8	2.9	10.9	4.0	25.8
1992–1993	15.6	3.1	12.5	4.9	41.4
1997	18.9	5.0	13.9	6.8	38.5
<b>Soudan</b>					
1978	14.6	1.7	12.9	5.8	38.5
1989–1990	19.8	4.1	15.7	6.5	46.8
<b>Tanzanie</b>					
1991–1992	18.6	4.5	14.1	5.7	43.3
1996	26.1	8.4	17.7	6.2	45.6
<b>Togo</b>					
1988	22.1	9.9	12.2	5.8	29.2
1998	25.1	8.7	16.4	3.1	37.1
<b>Ouganda</b>					
1988–1989	16.4	2.8	13.6	5.2	56.8
1995	29.7	7.9	21.8	7.1	53.4
<b>Zambie</b>					
1992	20.4	6.3	14.1	5.3	41.2
1996	24.5	10.1	14.4	5.8	39.0
<b>Zimbabwe</b>					
1984	18.5	10.4	8.1	3.1	29.3
1988–1989	30.6	15.7	14.9	8.1	36.5
1994	32.3	21.1	11.2	4.2	43.8

\*La différence entre cette colonne et la précédente représente la proportion de femmes enceintes ou aménorrhéiques. †Pour cette colonne, le dénominateur comprend toutes les femmes mariées qui pratiquent la contraception.

limitation des naissances et de familles moins nombreuses pourrait bien gagner rapidement la région.

La croissance régulière continue de la proportion des adeptes de la limitation des naissances est évidente en Asie et Afrique du Nord (tableau 2), bien que le groupe présente une variance considérable. À l'extrême inférieur se trouve le Pakistan, où la proportion des utilisatrices de la contraception à des fins de limitation est passée de 5% en 1975 à 14% en 1994-1995. À l'autre extrême figurent, en hausse continue, le Sri Lanka, la Thaïlande et la Turquie. En Turquie, la proportion est passée de 27% en 1978 à 51% en 1993. Ces pays ont probablement atteint le niveau observé aux États-Unis (environ 52%), tel qu'estimé sur la base de l'Enquête nationale de 1995 sur la croissance des familles.<sup>6</sup>

La tendance à la hausse des adeptes de la limitation dans les populations d'Amérique latine (tableau 3) est similaire à celle décrite plus haut pour le groupe Asie et Afrique du Nord. Haïti seulement ne présente aucun signe de déclenchement: 12% des femmes mariées fertiles ne désiraient plus avoir d'enfants et pratiquaient la contraception en 1977 comme en 1994-1995. Le Guatemala et le Paraguay semblent avoir entamé une lente ascension. Dans les autres pays de la région, par contre, la proportion des adeptes de la limitation est en augmentation rapide: au Pérou, par exemple, elle est passée de 22% en 1977 à 35% en 1986 et à 46% en 1996.

#### *Besoin de limitation non satisfait*

Le besoin non satisfait de moyens de limitation des naissances se définit simplement comme la proportion de toutes les femmes mariées fertiles qui ne désirent plus avoir d'enfants et qui ne pratiquent aucune méthode de contraception. Ce besoin représente le second élément de la demande potentielle totale de limitation des naissances. L'analyse se concentre ici davantage sur la tendance de cette mesure que sur son niveau absolu.

Le besoin de limitation non satisfait augmente de manière assez uniforme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne (tableau 1). Une tendance continue à la hausse paraît évidente au Cameroun, au Ghana et au Sénégal, où les données sont disponibles pour quatre périodes. Il s'agit probablement là du reflet d'une croissance de la préférence de familles moins nombreuses plus rapide que l'adoption du comportement nécessaire à la réalisation de cette préférence. La situation est cependant plus complexe

**Tableau 2. Mesures de la demande de contraception parmi les femmes mariées, par pays et par année, Asie et Afrique du Nord, 1975-1998**

Pays et année	Demande totale de limitation (en %)	% pratiquant une méthode de limitation	% présentant un besoin de limitation non satisfait	% exposées au risque d'une grossesse non désirée, sans méthode*	% des trices qui limitent leurs naissances
<b>Bangladesh</b>					
1979-1980	39.2	9.8	29.4	22.1	78.2
1993-1994	50.2	33.5	16.7	5.6	75.3
1996-1997	52.8	36.3	16.5	5.9	73.8
<b>Egypte</b>					
1980	48.4	19.8	28.6	12.5	82.2
1988-1989	56.1	31.9	24.2	9.8	84.4
1992	61.0	39.3	21.7	10.2	83.4
1995-1996	60.7	39.3	21.4	8.9	82.0
<b>Inde</b>					
1980	44.0	26.5	16.0	u	77.8
1991-1992	56.0	37.5	8.5	3.1	93.5
<b>Indonésie</b>					
1976	32.2	15.1	17.1	10.0	57.5
1987	41.2	29.9	11.3	5.0	62.7
1991	42.9	31.0	11.9	5.4	62.4
1994	45.2	32.2	13.0	5.0	58.8
1997	41.1	32.1	9.0	4.2	56.0
<b>Jordanie</b>					
1976	37.1	16.7	20.4	7.3	66.3
1990	48.9	28.3	20.6	9.8	70.8
1997	47.7	34.3	13.4	5.3	65.3
<b>Maroc</b>					
1980	32.3	13.8	18.5	10.2	72.3
1987	41.7	23.2	18.5	6.5	64.7
1992	46.9	27.4	19.5	7.7	66.0
1995	50.7	33.1	17.6	7.7	65.8
<b>Pakistan</b>					
1975	37.6	4.6	33.0	18.0	88.5
1990-1991	31.5	9.8	21.7	11.4	82.9
1994-1995	44.2	13.5	30.9	20.8	77.9
<b>Philippines</b>					
1978	48.4	24.7	23.7	11.4	68.8
1993	53.0	31.0	22.0	10.4	77.6
1998	52.5	34.7	17.8	8.4	72.6
<b>Sri Lanka</b>					
1975	53.1	25.5	27.6	17.7	80.4
1987	58.4	48.7	9.7	4.1	78.9
<b>Thaïlande</b>					
1975	50.8	24.9	25.9	13.1	75.6
1987	58.9	49.6	9.3	4.3	75.8
<b>Tunisie</b>					
1978	40.7	20.1	20.6	9.7	73.0
1988	53.1	36.3	16.8	5.8	72.9
<b>Turquie</b>					
1978	50.2	27.1	23.1	12.1	71.2
1993	62.3	50.5	12.3	5.4	80.7

\*La différence entre cette colonne et la précédente représente la proportion de femmes enceintes ou aménorrhéiques. †Pour cette colonne, le dénominateur comprend toutes les femmes mariées qui pratiquent la contraception. Note: u=non disponible.

qu'une simple course de l'offre et de la demande, compte tenu de l'ambivalence et des obstacles sociaux à la pratique de la contraception.<sup>7</sup>

Si l'on se base sur les résultats relatifs au Kenya et au Zimbabwe, où le besoin non satisfait semble avoir culminé à 26% et 15%, respectivement, avant que la tendance ne s'inverse, il est peu probable que la tendance à la hausse se poursuive longtemps encore dans la plupart des autres

pays de la région. En raison, peut-être, de leurs programmes de planning familial plus matures, le Kenya et le Zimbabwe pourraient bien avoir accédé à une tendance du besoin non satisfait similaire à celle observée dans la plupart des pays des groupes Asie et Afrique du Nord et Amérique latine.

Le besoin non satisfait de limitation des naissances diminue de manière proportionnelle à l'adoption de la pratique

contraceptive dans la plupart des pays d'Asie et d'Afrique du Nord (tableau 2). Au Bangladesh, la proportion des femmes mariées qui présentent un besoin non satisfait a baissé, de 29% en 1979–1980 à 16% en 1996–1997, tandis qu'il diminuait, en Indonésie, de 17% en 1976 à 9% en 1997. Les seules exceptions, parmi ces pays, sont le Pakistan, où le déclin initial du besoin de limitation non satisfait a été suivi d'une nouvelle hausse, et le Maroc, où ce besoin présente une tendance constante.

Bien que moins apparente que dans le groupe Asie et Afrique du Nord, la même tendance au déclin du besoin non satisfait peut être observée dans la région de l'Amérique latine (tableau 3). En Colombie, par exemple, la proportion des femmes mariées présentant un besoin de limitation non satisfait est passée de 30% en 1976 à 16% en 1986 puis à 10% en 1995. La même tendance paraît évidente en Bolivie, en République dominicaine et au Pérou. La seule exception à la tendance générale reste Haïti, où une légère hausse seulement du besoin non satisfait est apparente.

#### Le risque d'une procréation non désirée

La proportion des femmes effectivement exposées au risque d'une procréation non désirée constitue un indicateur plus étroit que la mesure précédente du besoin total de limitation non satisfait. Son but n'est pas de refléter le niveau total du besoin sous-jacent non satisfait de la population, puisque les femmes enceintes et aménorrhéiques en sont exclues.\* Cette mesure vise simplement à capturer les tendances de la proportion des femmes qui courent le risque immédiat d'une grossesse dont l'issue provoquerait le dépassement du nombre d'enfants qu'elles désirent.

Comme le révèlent les données des pays disposant de plus de deux enquêtes, cette mesure ne présente aucune orientation claire de changement en Afrique subsaharienne (tableau 1). D'une part, le Ghana et le Sénégal présentent une tendance à la hausse de la proportion courant le risque d'une procréation non désirée au moment de l'enquête. Au Ghana, par exemple, la proportion de femmes mariées courant le risque d'une grossesse non désirée et ne pratiquant pas la contraception

est passée de 5% en 1979 à 7% en 1988 et à 9% en 1993. D'autre part, les estimations du Kenya et du Zimbabwe révèlent une hausse initiale, suivie d'un net déclin. Au Kenya, la mesure est passée de 6% en 1977 à 12% en 1989, avant de retomber à 9% en 1993 puis à 5% en 1998.

On observe une baisse prononcée de la proportion de femmes exposées au risque d'une procréation non désirée dans la plupart des populations d'Asie et d'Afrique du Nord incluses dans l'étude (tableau 2). La tendance est particulièrement précipitée au Bangladesh, qui a mis en place un fort solide programme de planning familial et où la proportion s'est réduite, de

22% en 1979–1980 à 6% en 1993–1994. Dans certains des pays à l'étude (l'Égypte, l'Indonésie et le Maroc, surtout), la mesure semble se stabiliser après un déclin initial. Seul le Pakistan présente un déclin initial suivi d'une hausse substantielle.†

Dans les pays de la région d'Amérique latine, la tendance est également principalement à la baisse (tableau 3). Elle est claire en Bolivie, en Colombie, en République dominicaine et au Pérou. En Colombie et au Pérou, la proportion de femmes mariées courant le risque d'une procréation non désirée sans pratiquer la contraception est passée d'environ 16% vers le milieu des années 1970 à moins de

**Tableau 3. Mesures de la demande de contraception parmi les femmes mariées, par pays et par année, Amérique latine et Caraïbes, 1975–1998**

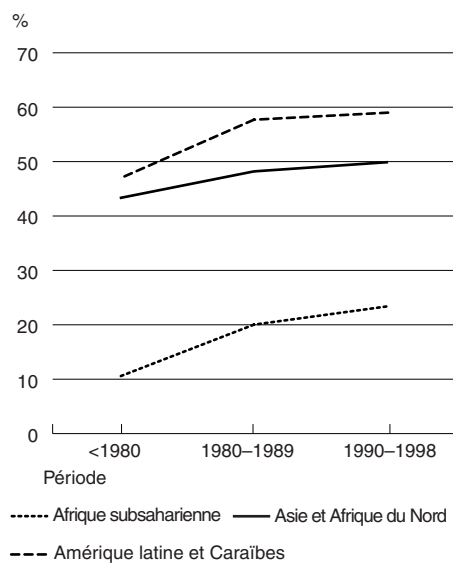
Pays et année	Demande totale de limitation (en %)	% pratiquant une méthode de limitation	% présentant un besoin de limitation non satisfait	% exposées au risque d'une grossesse non désirée, sans méthode*	% des utilisatrices qui limitent leurs naissances†
<b>Bolivie</b>					
1989	63.1	23.8	39.3	15.2	78.5
1993–1994	64.0	34.5	29.5	10.5	76.0
1998	63.7	34.9	28.8	6.4	72.1
<b>Brésil</b>					
1986	62.9	48.8	14.1	5.7	82.5
1996	74.5	62.8	11.7	6.7	81.8
<b>Colombie</b>					
1976	58.0	28.2	29.8	16.3	66.3
1986	65.4	49.6	15.8	6.2	76.5
1990	60.0	46.7	13.3	5.3	70.6
1995	63.7	53.3	10.4	3.3	73.8
<b>Equateur</b>					
1979	51.5	22.4	29.1	13.4	66.5
1987	57.7	32.7	25.0	10.5	73.9
<b>Guatemala</b>					
1987	43.2	18.1	25.1	9.0	78.3
1995	46.0	23.8	22.2	9.1	75.7
<b>Haïti</b>					
1977	40.5	11.5	29.0	12.8	61.0
1994–1995	44.1	11.6	32.5	11.5	64.8
<b>Mexique</b>					
1976	49.4k	19.4	30.0	15.1	64.4
1987	58.7	39.2	19.5	9.3	74.4
<b>Paraguay</b>					
1979	29.4	13.0	16.4	8.7	35.5
1990	39.8	25.0	14.8	6.2	51.6
<b>République dominicaine</b>					
1975	48.0	22.6	25.4	11.9	71.4
1986	56.0	40.1	15.9	6.3	80.7
1991	59.9	45.6	14.3	5.8	80.7
1996	60.3	49.7	10.6	4.0	78.0
<b>Pérou</b>					
1977	54.7	21.5	33.2	16.6	68.4
1986	65.7	34.7	31.0	13.1	75.9
1991–1992	68.1	45.2	22.9	6.5	76.7
1996	63.4	46.0	17.4	4.9	71.6
<b>Trinité-et-Tobago</b>					
1977	44.0	26.0	18.0	12.4	50.7
1987	46.5	33.9	12.6	6.7	64.3

\*Ces deux catégories représentent de larges proportions de femmes dans les pays en voie de développement. Beaucoup s'y trouvent en raison de leur besoin non satisfait avant la grossesse; comme beaucoup ne désirent plus d'enfants, elles seront sous peu de nouveau exposées au risque.

†Les mesures utilisées dans l'EDS du Pakistan et dans l'EPC ultérieure ne sont pas exactement identiques.

\*La différence entre cette colonne et la précédente représente la proportion de femmes enceintes ou aménorrhéiques. †Pour cette colonne, le dénominateur comprend toutes les femmes mariées qui pratiquent la contraception.

**Graphique 1. Moyenne régionale de la demande potentielle totale de limitation des naissances, par période et par région**



5% en 1996. Trois pays (le Brésil, le Guatemala et Haïti) ne présentent, au plus, qu'un faible changement au fil du temps.

#### La limitation ou l'espacement?

Comme indiqué plus haut, la plupart des femmes d'Afrique subsaharienne qui pratiquent la contraception la choisissent à des fins d'espacement plutôt que de limitation des naissances. Les tendances reflétées au tableau 1 semblent toutefois indiquer un revirement de situation: parmi les utilisatrices, la proportion de celles qui pratiquent la contraception à des fins de limitation s'est accrue, bien qu'elle ne dépasse généralement pas encore la moitié. Au Cameroun, au Ghana et au Sénégal, cette proportion a plus que doublé entre la fin des années 1970 et le début des années 1990. Le Kenya est le seul pays ayant atteint et dépassé la moitié: en 1977, la proportion des utilisatrices qui pratiquaient la contraception à des fins de limitation était de 38%; en 1993, cette proportion était passée à 70% avant de retomber à 65% en 1998.

La pratique contraceptive visant à l'espacement des naissances aura été le premier type de pratique introduit dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, l'objectif de limitation étant plus récent. Par contre, en Asie, en Amérique latine et dans le reste du monde, le planning familial a été adopté, dans un premier temps, pour éviter toute nouvelle grossesse une fois qu'un couple avait atteint son nombre d'enfants désiré, et l'objectif d'espacement des naissances commence en fait seulement à émerger dans ces régions.

Etant donné l'adoption initiale de la contraception, hors Afrique subsaharienne, à des fins de limitation plutôt que d'espacement, personne ne s'étonne de l'absence de variation dans l'équilibre observé dans les régions d'Asie et Afrique du Nord et d'Amérique latine et Caraïbes. Dans les deux groupes, la grande majorité des utilisatrices ont pour objectif la limitation (tableaux 2 et 3).<sup>\*</sup> A l'approche des dernières phases de la transition de la fécondité dans ces pays, on peut s'attendre à voir augmenter la proportion des femmes utilisant la contraception à des fins d'espacement, reflet du désir de retarder la première naissance, comme cela a été observé dans les pays industrialisés. Certes, avec le recul du mariage et l'augmentation des relations sexuelles antérieures à cette union, le comportement d'«espacement» interviendra de plus en plus avant le mariage. Il ne serait dès lors pas apparent dans les données présentées ici, puisqu'elles sont limitées aux femmes mariées.

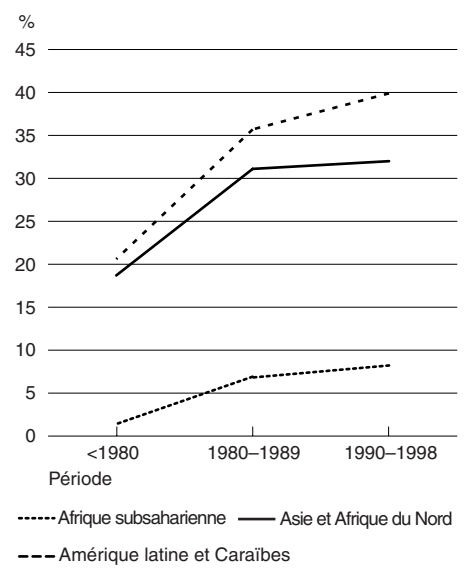
#### Vue d'ensemble

Un trait marquant de la transition à l'utilisation de planning familial, également observé au niveau de la transition générale de la fécondité,<sup>8</sup> se manifeste dans la diversité régionale du rythme d'apparition de la norme. Les raisons de cette diversité, bien qu'extérieures à la portée de cet article, incluent certainement le développement socio-économique, mais elles transcendent aussi ce niveau d'explication. Même en l'absence d'améliorations majeures de la condition économique ou de l'éducation des femmes, l'idée de la limitation de la fécondité peut être «contagieuse» et se répandre à travers les réseaux sociaux,<sup>9</sup> la mobilité des populations et les médias.<sup>10</sup> Les programmes de planning familial qui jouissent d'un solide appui de la part des gouvernements peuvent aussi en favoriser significativement l'expansion.

Les graphiques 1 à 4 récapitulent les moyennes brutes des courbes et tendances régionales des données empiriques rassemblées ici. Les données documentent l'étendue de la demande de limitation de la fécondité dans un grand nombre de pays en voie de développement entre les années 1970 et 1990. Il est important de noter que, contrairement à l'exposé qui précède, pour lequel les tendances sont suivies, d'une période à l'autre, dans les mêmes pays, les moyennes des trois périodes considérées ici sont le produit de trois groupes de pays.

La demande potentielle totale de limitation des naissances (soit la somme de la pratique contraceptive et du besoin non satisfait de limitation) a augmenté, vir-

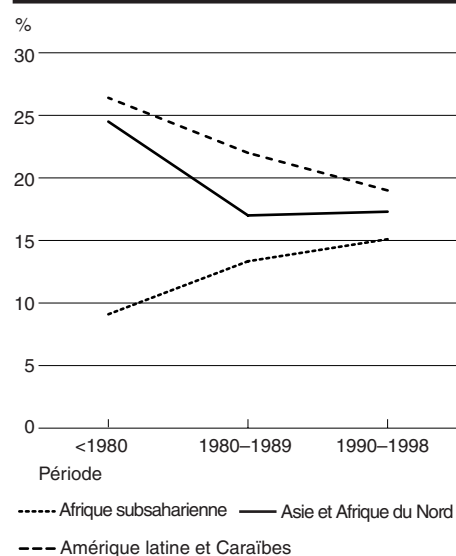
**Graphique 2. Moyenne régionale du pourcentage de femmes pratiquant une méthode à des fins de limitation, par période et par région**



tuellement, dans les trois groupes régionaux. Elle présente les signes indubitables de l'envol en Afrique subsaharienne, et commence à se stabiliser dans les deux autres régions (graphique 1). Pour la période globale couverte par cet article, la demande potentielle totale se révèle nettement plus forte dans les groupes Asie et Afrique du Nord et Amérique latine qu'en Afrique subsaharienne. La hausse relative de la demande en points de pourcentage est néanmoins la plus élevée en Afrique subsaharienne (seule région présentant une augmentation simultanée de la pratique courante de la contraception et du besoin non satisfait).

La pratique effective de la contraception à des fins de limitation augmente presque universellement dans toutes les régions du monde en voie de développement (graphique 2). En revanche, le besoin non satisfait de planning familial à des fins de limitation présente de fortes hausses en Afrique subsaharienne et de fortes baisses dans les autres régions (graphique 3, page 34). Si les données antérieures à 1960 étaient disponibles, la graphique 3 présenterait une courbe en U inversée pour l'Asie et l'Amérique latine, avec le besoin non satisfait de l'époque au niveau approximatif de celui enregistré pour l'Afrique subsaharienne dans les années 1970. Le besoin non satisfait représente ainsi une cible mouvante: ascendante, du-

<sup>\*</sup>Une exception claire et inexplicable apparaît au Paraguay, où la pratique à des fins de limitation est passée de 36% à 52%.

**Graphique 3. Moyenne régionale des femmes présentant un besoin non satisfait de limitation des naissances, par période et par région**

rant les premières phases de la transition, de manière proportionnelle à l'intérêt pour la limitation des naissances, puis descendante, durant les dernières phases, sous l'effet de l'adoption du planning familial. Face à la croissance démographique continue, toutefois, il se peut que, même durant ces dernières phases, le nombre réel de femmes présentant un besoin non satisfait ne diminue pas et qu'il continue même d'augmenter dans certains pays. Cela sans compter que même dans les pays industrialisés, les proportions de femmes présentant ce besoin ne semblent pas devenir négligeables.<sup>11</sup>

La graphique 4 récapitule les tendances du recours à la contraception à des fins de limitation par rapport aux fins d'espace. A partir d'un faible niveau, dans les années 1970, la proportion des femmes pratiquant la contraception à des fins de limitation augmente régulièrement, sur toute la période, en Afrique subsaharienne. En Amérique latine, cette proportion était très élevée, et la période initiale de croissance (jusqu'aux années 1980) est suivie d'une période caractérisée, tout au plus, par une faible variation. En Asie et Afrique du Nord, la proportion, élevée dès le départ, demeure relativement constante entre les années 1970 et 1990.

## Conclusions

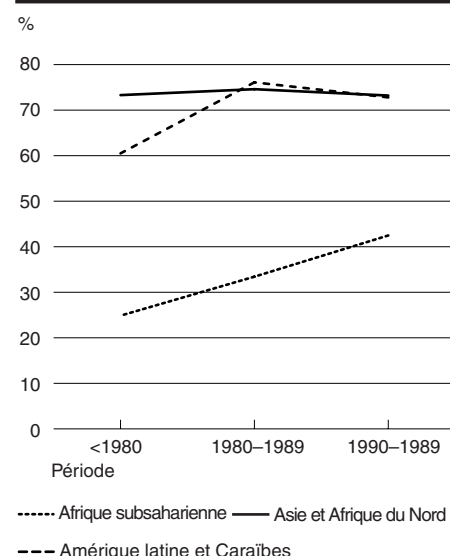
L'analyse qui précède indique clairement une hausse de la demande de contraception à travers le monde en voie de déve-

loppement. Une différence majeure apparaît toutefois entre les trois groupes régionaux considérés: tandis que la demande est déjà satisfaite dans les régions regroupant l'Asie et l'Afrique du Nord, d'une part, et, d'autre part, l'Amérique latine et les Caraïbes, elle est loin de l'être en Afrique subsaharienne. L'expérience du Kenya et du Zimbabwe, deux des quelques pays à l'avant-garde de la transition de la fécondité dans cette dernière région, laisse cependant entendre que l'écart ne devrait pas nécessairement se maintenir indéfiniment. Les tendances de la demande contraceptive et de ses composants (le besoin satisfait et le besoin non satisfait) sont en effet comparables, dans ces deux pays, à celles généralement observées dans les deux autres régions.

Cette constatation implique que les politiques et programmes de promotion de la contraception doivent être renforcés, en Afrique subsaharienne surtout, où la pratique est actuellement faible mais où le besoin non satisfait est en hausse. Les femmes de la région ont identifié l'opposition d'autrui (les maris, surtout) et la crainte des effets secondaires comme obstacles principaux à la pratique de la contraception.

Si la nécessité d'impliquer les hommes dans les programmes de planning familial est aujourd'hui généralement admise, les moyens de procéder demeurent un sujet de discord. Les efforts politiques et programmatiques en faveur de l'adoption de la contraception doivent viser à éliminer ou, pour le moins, mitiger ces obstacles. Ils doivent encourager les hommes à désirer un moindre nombre d'enfants et à soutenir leurs épouses dans leur désir de contraception moderne et efficace. Les politiques doivent favoriser la compréhension et la coopération entre les époux et les partenaires sexuels. Elles doivent souligner que le planning familial permet de limiter la descendance des couples au nombre d'enfants désiré tout en contribuant à la santé des femmes et des enfants.

Les programmes de planning familial doivent par ailleurs s'efforcer d'offrir aux femmes et aux hommes un environnement plus propice à la demande de prestations, en aidant les clientes à choisir la méthode qui leur convient et en leur fournissant les informations aptes à améliorer leur confiance à l'égard de la méthode choisie et de leur aptitude à la pratiquer avec succès. En Asie et en Amérique latine et Caraïbes, où la pratique contraceptive est déjà élevée et le besoin non satisfait en baisse, les prestataires doivent concentrer leurs efforts sur la conti-

**Graphique 4. Moyenne régionale du pourcentage d'utilisatrices de la contraception qui limitent leurs naissances, par période et par région**

nuation de la pratique contraceptive et sur une pratique plus efficace.

## Références

- Mboup G et Saha T, *Fertility Levels, Trends, and Differentials*, DHS Comparative Studies, Calverton, MD, USA: Macro International, 1998, n° 28.
- National Academy of Sciences, *Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa*, Washington, DC: National Academy Press, 1993; et Westoff CF, *Reproductive Preferences: A Comparative View*, DHS Comparative Studies, Calverton, MD, USA: Macro International, 1991, n° 5.
- Caldwell JC, Orubuloye IO et Caldwell P, Fertility decline in Africa: a new type of transition? *Population and Development Review*, 1992, 18(2):211-242.
- Khan ME et Prasad CVS, *Family Planning Practices in India: Second All-India Survey*, Baroda, India: Operations Research Group, 1983.
- Westoff CF, Reproductive preferences and fertility rates, *International Family Planning Perspectives*, 1990, 16(3):84-89.
- Tabulations spéciales du cycle 1995 du National Survey of Family Growth.
- Westoff CF et Bankole A, *Unmet Need: 1990-1994*, DHS Comparative Studies, Calverton, MD, USA: Macro International, 1995, n° 16.
- Cleland J, Different pathways to demographic transition, in Graham-Smith F, éd., *Population: The Complex Reality. A Report of the Population Summit of the World's Scientific Academies*, London: Royal Society; et Golden, CO, USA: North American Press, 1994, pp. 229-247.
- Bongaarts J et Watkins SC, Social interactions and contemporary fertility transitions, *Population and Development Review*, 1996, 22(4):639-682.
- Westoff CF et Bankole A, *Mass Media and Reproductive Behavior in Africa*, DHS Analytical Reports, Calverton, MD, USA: Macro International, 1997, n° 2.
- Klijzing E, Are there unmet family planning needs in Europe? *Family Planning Perspectives*, 2000, 32(2):74-81 & 88.1

## Comportements sexuels...

(suite de la page 18)

MST et SIDA dans un marché frontalier au Cameroun: Enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques et de séroprévalence à Mbaimboum, Yaoundé, Cameroun: OCEAC/ Association française des volontaires du progrès/ Centre Pasteur/ ULS, Projet Fac Nord, 1993; Tchuppo JP et al., Les étudiants des universités de Douala et Yaoundé face au SIDA et aux MST: données qualitatives sur les connaissances, attitudes et pratiques, Yaoundé, Cameroun: AIDSCAP/ Population Services International, 1993; et Cheta C et al., Evaluation du projet de prévention des MST/SIDA à base communautaire dans quatre départements de la province de l'Extrême-Nord du Cameroun, Yaoundé, Cameroun: Institut de recherche et des études de comportement-Save the Children, 1996.

5. Cheta C et Rwenge M, Recension des travaux réalisés au Cameroun dans le domaine de la santé reproductive, study report, Projet AID:N/A/Santé Familiale et Prévention du Sida/OR, Yaoundé, Cameroon: IFORD, 1997.
6. Ilinimugabo A, Walla G et Azombo M, 1996, op. cit. (voir référence 3); Barker G et Rich S, Influences on adolescent sexuality in Nigeria and Kenya: findings from recent focus-group discussions, *Studies in Family Planning*, 1992, 23(3):199-210; Naré C, Katz K et Tolley E, Adolescents' access to reproductive health and family planning services in Dakar (Sénégal), *African Journal of Reproductive Health*, 1997, 1(2):15-25; et Madzouka J, La transmission des normes aux jeunes: quels modes préférentiels? dans: Union pour l'Etude de la Population African (UEPA), *Femme, Famille et Population*, vol. 1. Communications sollicitées, Dakar, Senegal: UAPS, 1991, pp. 193-204.
7. Madzouka J, 1991, op. cit. (voir référence 6).
8. Murdock GP, Culture correlates of the regulation of

premarital sex behavior, dans: Manners RA, éd., *Process and Pattern in Culture*, Chicago, IL, USA: Aldine, 1964, pp. 399-410.

9. Romaniuk A, 1967, op. cit. (voir référence 1); Laurentin R, 1974, op. cit. (voir référence 1); et Sala-Diakanda M, 1988, op. cit. (voir référence 1).

10. Kouton E, Evaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin, Cahiers de l'IFORD, n° 3, Yaoundé, Cameroun: IFORD, 1992.

11. Ilinimugabo A, Walla G et Azombo M, 1996, op. cit. (voir référence 3).

12. Twa-Twa JM, The role of the environment in the sexual activity of school students in Tororo and Pallisa districts of Uganda, *Health Transition Review*, 1997, 7(Supplément):67-82.

13. Caldwell JC et al., African families and AIDS: context, reactions and potential interventions, *Health Transition Review*, 1993, 3(Supplément):1-16.

## NOTE AUX AUTEURS

La revue trimestrielle *International Family Planning Perspectives* publie des articles présentant des résultats de recherche sur les pays en développement et destinés à éclairer les spécialistes en matière de fécondité, planification familiale, protection maternelle et infantile et politiques démographiques. La rédaction invite tout chercheur, dirigeant ou administrateur de programme à soumettre des articles sur les sujets suivants: pratique contraceptive et recherche dans le domaine de la contraception; croissance démographique; niveaux, tendances et facteurs déterminants de la fécondité; espacement des naissances; questions juridiques et d'ordre public influant sur la planification familiale et la procréation; administration, élaboration et évaluation de programmes de planification familiale; activités relatives à l'information, l'éducation et la communication; maladies sexuellement transmissibles; hygiène sexuelle et comportement reproducteur; et protection maternelle et infantile.

Les auteurs devraient envoyer les manuscrits à l'adresse ci-dessous et men-

tionner l'affiliation complète, adresse, numéro de téléphone et numéro de télécopieur (si possible) de la personne avec qui nous devons communiquer.

Les manuscrits ne seront acceptés qu'à la condition qu'ils n'aient été soumis à aucune autre publication, ni déjà publiés. Tous les articles sont évalués par la rédaction et s'ils sont jugés intéressants, seront présentés, à titre anonyme, à l'appréciation de spécialistes. Les manuscrits non publiés ne seront pas renvoyés à leur(s) auteur(s). Une fois acceptés, les manuscrits seront éventuellement révisés afin de les adapter au style et présentation propres à la revue. Les auteurs auront ensuite, à deux reprises, l'occasion de revoir leur article. Ils devront céder les droits d'auteur à la revue.

Certains articles retenus sont également publiés dans la version annuelle de la revue, en espagnol, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, ou en français, *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*.

Tous les manuscrits devraient être préparés de la manière suivante: dactylographiés en double interligne, avec un maxi-

mum de 30-35 pages; chaque feuillet doit être soigneusement paginé. La première page doit fournir les noms de tous les auteurs ainsi que leur affiliation (au moment où travaux ou recherches ont été effectués). Les manuscrits ne doivent pas comporter plus de 7-8 tableaux et doivent inclure un résumé ne dépassant pas une page. L'auteur ne doit soumettre qu'un seul exemplaire.

Tableaux et graphiques devront figurer chacun sur un feuillet séparé. Les auteurs sont priés de consulter les numéros précédents de la revue afin de voir comment les tableaux doivent être présentés. Ils devront également fournir les points de données pour tous diagrammes et graphiques. La rédaction se chargera du dessin graphique.

*International Family Planning Perspectives*  
The Alan Guttmacher Institute  
120 Wall Street  
New York, New York 10005  
Etats-Unis