

# Les programmes de planification familiale peuvent-ils réduire le désir de famille nombreuse en Afrique subsaharienne?

Par John Bongaarts

John Bongaarts est vice-président et erudit distingué du Population Council, New York (USA).

Ces 50 dernières années, l'Asie et l'Amérique latine ont enregistré un déclin de fécondité généralisé. Entre le début des années 1950 et celui des années 2000, l'indice synthétique de fécondité – nombre moyen de naissances vivantes qu'aurait une femme durant sa vie sous taux de fécondité constants – est tombé de 5,7 à 2,4 naissances par femme en Asie et de 5,9 à 2,3 en Amérique latine.<sup>1</sup> Dans ces régions, quelques pays seulement présentent encore des indices de fécondité supérieurs à quatre naissances par femme. En Afrique subsaharienne pourtant, la fécondité reste élevée dans la grande majorité des pays. Malgré l'enregistrement d'un certain déclin, l'indice synthétique de fécondité moyen durant la période 2005–2010 demeure supérieur à 5,1 naissances par femme, soit plus du double des niveaux observés en Asie et en Amérique latine.

Plusieurs facteurs contribuent à la hauteur de cet indice en Afrique subsaharienne. Par rapport aux populations d'Asie et d'Amérique latine, les populations du continent africain sont en moyenne plus pauvres, moins instruites et plus vulnérables à la mortalité infantile. Ces facteurs contribuent à un désir de familles nombreuses, qui explique à son tour les hauts indices de fécondité. À cela s'ajoute, à quelques exceptions près, la faible priorité accordée par les gouvernements d'Afrique subsaharienne aux programmes de planification familiale.<sup>2,3</sup> Le maintien d'une fécondité élevée, combinée à une mortalité inférieure à celle attendue de l'épidémie du sida, donne lieu à une croissance démographique galopante. D'ici 2050, l'Afrique subsaharienne comptera d'après les projections moyennes de l'ONU un milliard d'habitants de plus qu'en 2005.

Ces tendances posent un dilemme aux décideurs politiques. La première et plus évidente mesure de résolution de la fécondité élevée consiste à instaurer des programmes de planification familiale qui apportent aux femmes information et accès à la contraception. Le niveau de besoin non satisfait de contraception est élevé dans toute la région, également sujette à de nombreuses grossesses non planifiées.<sup>4–6</sup> La prévention de ces grossesses serait bénéfique aux femmes, aux familles et à la société.

Or les familles nombreuses désirées dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne entravent le déclin de la fécondité. Même si le besoin de contraception actuellement non satisfait pouvait être comblé, la fécondité resterait largement supérieure aux niveaux de remplacement. La question suivante se pose donc: les préférences de fécondité sont-elles influençables et, si oui, comment?<sup>7</sup> Réduire les préférences est une faible priorité en Asie et en Amérique latine,

où le nombre d'enfants désiré a diminué et approche aujourd'hui les niveaux de remplacement. Mais la situation est différente en Afrique subsaharienne. Bien que le développement socioéconomique puisse aider à réduire le nombre d'enfants désiré dans la région, le processus pourrait prendre plusieurs décennies. Une croissance démographique gigantesque paraît donc inéluctable.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le rôle potentiel des services de planification familiale et des messages médiatiques dans le changement des préférences de fécondité. Les données existantes sur la question ne sont guère concluantes. Une analyse de la littérature par Freedman<sup>8</sup> a produit des résultats mixtes: certaines études révèlent des préférences réduites mais pas d'autres, sans compter que la plupart des évaluations sont axées sur le rôle de la planification familiale dans la résolution de la demande non satisfaite de contraception et non sur les préférences de fécondité en soi.

Notre étude commence par une discussion des diverses mesures des préférences de fécondité. Elle recourt ensuite aux analyses transnationales pour examiner le rôle potentiel des programmes de planification familiale dans la réduction des nombres d'enfants désirés.

## Mesures de préférences de fécondité

Les enquêtes contemporaines telles que les EDS (Enquêtes démographiques et de santé) comportent plusieurs questions destinées à évaluer les préférences de maternité des femmes.<sup>9–14</sup>

• **Nombre d'enfants idéal ou désiré.** L'EDS pose aux femmes la question suivante: «Si vous pouviez revenir en arrière dans le temps, au moment où vous n'aviez pas encore d'enfants, et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous aimeriez avoir durant votre vie, quel serait ce nombre?» Les estimations de nombre d'enfants idéal ou désiré moyen basées sur ce type de question sont largement utilisées, en partie parce qu'elles sont faciles à interpréter. Elles présentent toutefois deux sources potentielles de biais: la non-réponse et la rationalisation. Dans les années 1970, dans certains pays, plus de 25% des femmes donnaient à cette question une réponse non numérique («Dieu en décidera», par exemple), mais ces réponses ont diminué avec le temps, représentant désormais moins de 5% dans une majorité des enquêtes EDS. Le nombre idéal d'enfants déclaré peut aussi refléter l'hésitation de la femme à donner un nombre idéal inférieur à celui de ses enfants actuellement en vie. Cette rationalisation est la plus fréquente parmi les femmes plus âgées

mères de nombreux enfants en vie.

• **Fécondité désirée.** La procédure EDS standard d'estimation de l'indice synthétique de fécondité désirée (selon l'état de désir ou non des naissances) répartit le nombre de naissances observées entre celles survenues avant et après l'accès au nombre désiré: les premières sont considérées désirées (même si parfois survenues à un moment inopportun), les secondes comme non désirées. L'indice synthétique de fécondité désirée s'obtient selon la même procédure standard que celle utilisée pour calculer l'indice global à partir des taux de fécondité par âge, si ce n'est que seules les naissances désirées sont incluses dans les numérateurs. L'indice synthétique de fécondité désirée est utile en ce qu'il estime la fécondité qui serait observée si toutes les maternités non désirées étaient éliminées. Cet indice est cependant problématique en tant qu'indicateur de préférences, et ce pour plusieurs raisons. D'abord, il est dérivé du nombre d'enfants désiré et incorpore donc tous les biais afférents. Il peut ensuite dévier considérablement du nombre d'enfants désiré pour de nombreuses raisons sans rapport aucun avec les préférences. Par exemple, la fécondité totale désirée ne peut atteindre le nombre d'enfants désiré si une proportion appréciable des femmes ne se marie jamais ou devient stérile avant d'atteindre la fécondité désirée. De même, l'indice synthétique de fécondité désirée peut dépasser le nombre d'enfants désiré lorsque les femmes remplacent les enfants morts par de nouvelles maternités pour atteindre le nombre d'enfants survivants désiré.

• **État de désir des naissances récentes.** En principe, le moyen le plus simple d'estimer la fécondité désirée consiste à demander aux femmes si leurs dernières maternités avaient été désirées. Par exemple, l'EDS leur demande, pour chacune des naissances survenues durant les cinq dernières années: «Juste avant de vous retrouver enceinte de \_\_\_\_, désireriez-vous encore avoir des enfants à ce moment-là, désireriez-vous attendre plus longtemps ou ne désireriez-vous plus avoir d'enfants?» Le problème de cette approche est que les femmes hésitent à admettre qu'un enfant (qui vit vraisemblablement avec elles) n'était pas désiré. L'EDS n'utilise pas cette information pour calculer les indices de fécondité désirée, car il est présumé que cette approche produit une surestimation de la fécondité désirée.

• **Désir d'avoir encore des enfants.** Demander aux femmes si elles désirent avoir encore des enfants est une question directe, sans raison évidente pour lesquelles leurs réponses seraient biaisées. L'information collectée présente toutefois deux problèmes. D'abord, il n'existe pas de simple formule permettant de convertir les estimations de la proportion des femmes qui désirent encore avoir des enfants par âge ou parité en une estimation de cycle de vie comparable au nombre d'enfants désiré ou à l'indice synthétique de fécondité désirée.<sup>10,11</sup> Ensuite, la proportion de femmes qui désirent avoir encore des enfants est affectée par des facteurs autres que les préférences de nombre d'enfants. En particulier, pour un nombre d'enfants désiré

donné, une population caractérisée par un large espacement des maternités présente une proportion de femmes désireuses d'avoir encore des enfants supérieure à celle d'une population présentant le même nombre d'enfants désiré mais de plus brefs intervalles de maternité.

En somme, aucune des options d'estimation des préférences de fécondité n'est sans inconvénients. Dans l'analyse qui suit, le nombre d'enfants désiré est le principal indicateur utilisé car il s'avère le moins problématique aux fins qui nous occupent. Pour minimiser le biais de rationalisation et de non-réponse, l'estimation moyenne du nombre d'enfants désiré est basée sur les femmes âgées de 20 à 35 ans.

### Niveaux et tendances du nombre d'enfants désiré

Des estimations de tendances du nombre d'enfants désiré sont disponibles pour 43 pays d'Afrique subsaharienne et du Nord, du Moyen-Orient, d'Asie et d'Amérique latine dans lesquels au moins deux enquêtes EDS ont été réalisées (voir l'annexe).

La graphique 1 présente les tendances du nombre d'enfants désiré moyen non pondéré dans chaque région. Les valeurs indiquées dans cette figure représentent la moyenne des nombres d'enfants désirés pour tous les pays de chaque région en deux points: à la dernière et à l'avant-dernière enquête EDS de chaque pays. Les années moyennes de ces deux enquêtes sont 2005 et 1999, respectivement (voir l'annexe).

Au moment de la dernière enquête, le nombre d'enfants désiré moyen pour l'Afrique subsaharienne (5,1 enfants par femme) est supérieur aux moyennes calculées pour l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient (3,2), l'Asie (2,7) et l'Amérique latine (2,7). Les baisses enregistrées dans ces moyennes sont modestes. En particulier, le déclin dans les pays d'Afrique subsaharienne est, en moyenne, de 0,13 enfant par femme seulement. À ce rythme, il faudra plus d'un siècle pour atteindre un nombre d'enfants désiré limité à deux.

Dans un souci de perspective à plus long terme, nous avons examiné les tendances du nombre d'enfants désiré dans 10 pays (Sénégal, Ghana, Kenya, Égypte, Jordanie, Bangladesh, Indonésie, Colombie, République dominicaine et Pérou) pour lesquels cinq enquêtes successives sont disponibles (<http://www.guttmacher.org/pubs/ipsrh/appendix/3720911-web-appendix.pdf>). Pour chaque pays, la première enquête, une enquête mondiale sur la fécondité (World Fertility Survey), remonte à la fin des années 1970. Les quatre suivantes (enquêtes EDS) datent de 1990, 1995, 2000 et 2005. Les baisses du nombre d'enfants désiré sont plutôt fortes avant les années 1990; elles ralentissent cependant ou sont au point mort depuis la moitié des années 1990. Le ralentissement du déclin à l'approche de la fin de la transition de la fécondité semble logique, mais son arrêt presque complet dans les pays à la mi-transition – Sénégal, Ghana, Kenya et Jordanie – est surprenant.

Pour des raisons évidentes, les tendances des préférences de nombre d'enfants désiré ont d'importantes implications sur celles de la fécondité. La pleine discussion

de la relation complexe entre le nombre d'enfants désiré et l'indice synthétique de fécondité dépasserait la portée de cette étude, mais quelques points valent la peine d'être soulignés. Compte tenu du nombre d'enfants élevé et presque constant désiré en Afrique subsaharienne, on y attendrait un indice synthétique de fécondité élevé et relativement stable. Une analyse des tendances de fécondité en Afrique subsaharienne le confirme effectivement, concluant que plus de la moitié des pays de la région n'ont pas enregistré de déclin significatif de fécondité entre les enquêtes disponibles les plus récentes.<sup>15</sup> Quand bien même une réduction de la fécondité non désirée pourrait amoindrir significativement l'indice synthétique de fécondité, la transition de la fécondité dans cette région ne pourra progresser vers le niveau de remplacement tant qu'on ne verra pas baisser largement le nombre d'enfants désiré. Ce nombre élevé et pour ainsi dire stable représente donc un obstacle au déclin continu de la fécondité. Dans les autres régions du monde en développement, les préférences de nombre d'enfants sont largement inférieures, mais le déclin de la fécondité a ralenti aussi avec le temps, laissant entendre que les réductions prochaines de l'indice synthétique se produiront à un rythme modeste.

#### Déterminants du nombre d'enfants désiré

Selon la théorie démographique conventionnelle, le développement socioéconomique est censé réduire le nombre d'enfants désiré durant la transition de la société agricole traditionnelle à la société industrielle moderne.<sup>16-17</sup> À mesure du développement, la théorie veut que le coût des enfants augmente tandis que diminuent les avantages de la famille nombreuse, menant les parents à désirer une moindre progéniture. De plus, le déclin de la mortalité infantile réduit le nombre de naissances nécessaires pour atteindre un nombre d'enfants donné, tout en amoindrissant aussi l'incertitude de survie; les parents

peuvent donc planifier leur famille avec plus de confiance.

La corrélation négative entre les préférences de nombre d'enfants désiré et les mesures standard de développement socioéconomique n'est donc pas surprenante. Ainsi, pour les 62 pays disposant d'au moins une enquête EDS, la corrélation entre le nombre d'enfants désiré et le pourcentage de femmes scolarisées ( $p < 0,000$ ), le pourcentage d'enfants survivant jusqu'à l'âge de cinq ans ( $p < 0,000$ ) et le produit national brut (PNB) par habitant en dollars constants ( $p < 0,000$ ) est inverse et fort significative.

Malheureusement, la multicollinéarité ne permet pas de tirer de conclusions de causalité de ces résultats. L'analyse de régression multivariée, avec le nombre d'enfants désiré comme variable dépendante et les trois indicateurs de développement comme facteurs explicatifs, éclaire davantage la situation (tableau 1). Une variable nominale est incluse pour les pays d'Afrique subsaharienne. Toutes les variables sont estimées en fonction de l'EDS à l'exception du PNB par habitant, extrait de Heston et al.<sup>18</sup>

Les effets des indicateurs socioéconomiques vont dans la direction attendue: scolarisation plus avancée, meilleurs résultats de survie et revenus supérieurs sont associés au désir de familles moins nombreuses. Si les effets de la scolarisation et de la survie sont statistiquement significatifs, celui du PNB par habitant ne l'est pas et le coefficient est très faible. Cette observation donne à penser que les pays pauvres peuvent atteindre de plus faibles nombres d'enfants désirés en relevant les niveaux d'instruction et de survie. Par exemple, Sri Lanka et l'état indien de Kerala ont suivi cette filière du développement.

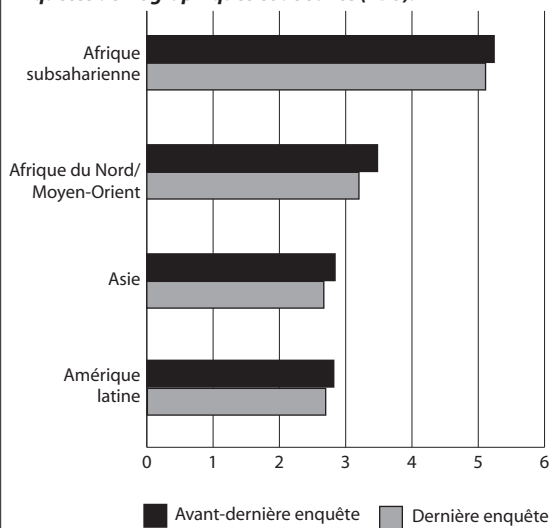
Importante et hautement significative, la variable nominale pour l'Afrique subsaharienne indique que le nombre d'enfants désiré dans la région est en moyenne de 1,1 enfant supérieur à celui relevé ailleurs dans le monde en développement compte tenu de l'effet des variables socioéconomiques. La recherche antérieure avait déjà annoncé ce résultat, les sociétés africaines y étant reconnues comme particulièrement natalistes.<sup>19</sup>

Ces observations corroborent largement la sagesse conventionnelle concernant les déterminants du nombre d'enfants désiré. Mais elles ne disent pas tout, comme va le montrer ce commentaire.

#### Programmes de planification familiale et nombre d'enfants désiré

Les programmes de planification familiale procurent aux femmes information et accès à la contraception. De nombreux pays en développement ont mis ces programmes en œuvre en vue de réduire les taux de natalité élevé, d'amoindrir la mortalité maternelle et infantile et de soutenir le droit des femmes à décider du nombre d'enfants qu'elles désirent. La principale justification des programmes de planification familiale volontaire réside dans le besoin substantiel de contraception non satisfait, documenté pour la première fois durant les années 1960. Ce besoin non satisfait est la cause, chaque année, de 76 millions de grossesses non planifiées; environ la moitié de ces

**GRAPHIQUE 1. Nombre d'enfants moyen désiré par région dans 43 pays disposant de données d'au moins deux Enquêtes démographiques et de santé (EDS).**



N.B.: Toutes les moyennes sont non pondérées. Source: Voir l'annexe.

grossesses aboutissent sur un avortement et l'autre moitié, sur une naissance.<sup>5</sup> L'efficacité des programmes en place a été démontrée dans le cadre d'expériences avec groupe témoin, comme celle menée dans le district rural de Matlab, au Bangladesh, dès la fin des années 1970.<sup>20</sup>

Les programmes de planification familiale varient largement en termes de couverture et de qualité des services. Dans certains pays, les prestations sont minimales et l'engagement financier et politique fait défaut; dans d'autres, les services sont exhaustifs, les prestataires sont bien formés et l'engagement financier et politique est ferme. Malheureusement, la mesure de l'effort programmatique de planification familiale d'un pays n'est pas simple et directe. En particulier, la collecte d'information sur les programmes auprès des femmes individuelles dans le cadre d'enquêtes telles que l'EDS n'est pas utile. Les femmes peuvent répondre aux questions relatives à leur pratique contraceptive et à leurs sources d'approvisionnement, mais cette information ne produit pas un tableau intégral sans biais de l'offre. Une meilleure approche consisterait à collecter l'information par observation et interviews directs des prestataires de la contraception. De telles enquêtes seraient cependant onéreuses et ne sont donc pas praticables dans la plupart des pays en développement.

Une autre approche de mesure de l'effort programmatique de la planification familiale a été proposée au début des années 1970, produisant de l'intérêt naissant pour la surveillance des programmes.<sup>21,22</sup> Cette approche identifie quelques observateurs bien informés dans chaque pays et leur pose environ 125 questions ayant trait à diverses caractéristiques des programmes. Les réponses obtenues sont combinées pour produire une cote d'effort programmatique globale, généralement exprimée sous forme de pourcentage de la cote maximale possible: en 1999, la cote la plus élevée était de 82% pour l'Indonésie et la plus faible, de 35% pour le Congo. Ces trois dernières décennies, des évaluations de ce type ont été effectuées tous les cinq ans. Notre analyse repose sur les résultats du cycle 1999 car il précède la grande majorité des enquêtes EDS dont les mesures de fécondité sont extraites tout en étant aussi suffisamment proche des enquêtes les plus récentes pour rester pertinentes.

Un avantage de la méthode de l'expert-répondant est le coût relativement faible, essentiel à la collecte d'information dans de nombreux pays. L'approche n'est cependant pas sans inconvénients. Dans certains pays, seuls deux ou trois experts contribuent à l'effort, avec un degré peu clair de précision et d'objectivité. De plus, les experts consultés d'un passage à l'autre ne sont souvent pas les mêmes. Les estimations de l'effort programmatique sont dès lors sujettes à des erreurs et biais d'envergure inconnue. Les études d'évaluation de la validité et de la fiabilité de cet indice l'ont néanmoins généralement jugé utile.<sup>22</sup>

L'impact des programmes de planification familiale (tels que mesurés par la cote d'effort) sur la fécondité ou la pratique contraceptive a été démontré sous contrôle des variables socioéconomiques.<sup>22-24</sup> Nous menons ici le même

**TABEAU 1. Résultats de l'analyse de régression des moindres carrés examinant les effets des variables socioéconomiques sur le nombre d'enfants désiré dans 59 pays**

Variable	Effet (ET)
Femmes scolarisées (%)	-0,018 (0,006)**
Survie des enfants (% à 5 ans)	-0,085 (0,039)*
PNB par habitant (log, constante USD)	-0,126 (0,479)
Afrique subsaharienne	1,094 (0,292)**
Intercept	12,71 (3,227)**
R <sup>2</sup>	0,706

\*p<0,05. \*\*p<0,01. N.B.: ET= erreur type.

type d'analyse, en utilisant toutefois le nombre d'enfants désiré plutôt que la fécondité ou la pratique contraceptive comme variable dépendante.

Dans une seconde régression des moindres carrés, nous ajoutons la cote d'effort programmatique comme variable explicative (tableau 2, page 36). Les effets des variables socioéconomiques et de la variable nominale pour l'Afrique subsaharienne ne sont pas significativement différents de ceux estimés plus haut. L'observation principale est que l'effort programmatique produit un effet important et hautement significatif sur le nombre d'enfants désiré.

#### Études de cas

Nous comparons maintenant les expériences et les cotes d'effort programmatique de quatre paires de pays – Bangladesh et Pakistan, Iran et Jordanie, Kenya et Ouganda, et Indonésie et les Philippines – pour démontrer plus avant l'impact potentiel des programmes de planification familiale sur les préférences de fécondité. Le niveau de développement (tel que mesuré par l'indice de développement humain) des deux pays de chaque paire est similaire.<sup>25</sup>

Des programmes robustes et bien financés, prestataires de services de contraception subventionnés à l'échelle nationale, ont été mis en œuvre par les gouvernements du Bangladesh (cote d'effort programmatique de 74% du maximum), du Kenya (62%),\* d'Iran (71%) et d'Indonésie (82%). De vigoureuses campagnes d'information, d'éducation et de communication transmettent aussi dans ces pays les avantages de la contraception et des familles peu nombreuses. En revanche, le Pakistan (57%), la Jordanie (47%), l'Ouganda (54%) et les Philippines (54%) se caractérisent par des programmes de planification familiale relativement faibles dénués du financement et de l'engagement politique nécessaires.

Les pays de chaque paire présentent donc des caractéristiques sociales, économiques et culturelles similaires, mais un seul a mis en œuvre un solide programme de planification familiale. Chaque paire représente dès lors une expérience naturelle d'évaluation de l'influence des programmes de planification familiale sur le comportement reproducteur.

\*Le programme du Kenya s'est affaibli ces 10 dernières années.

**TABEAU 2. Résultats de l'analyse de régression des moindres carrés examinant les effets des variables socioéconomiques et de l'effort de planification familiale sur le nombre d'enfants désiré dans 59 pays**

Variable	Effet (ET)
Femmes scolarisées (%)	-0,018 (0,006) **
Survie des enfants (% à 5 ans)	-0,077 (0,037) *
PNB par habitant (log, constante USD)	-0,011 (0,433)
Afrique subsaharienne	-1,028 (0,283) **
Cote d'effort de planification familiale (%)	-0,039 (0,012) **
<i>Intercept</i>	<i>13,66 (2,959) **</i>
<i>R<sup>2</sup></i>	<i>0,768</i>
<i>N</i>	<i>50</i>

\*p<0,05, \*\*p<0,01. N.B.: ET= erreur type.

Nous présentons plusieurs indicateurs de fécondité et préférences de fécondité pour chaque paire de pays (graphiques 2-5). Les résultats vont dans la direction attendue dans toutes les comparaisons et sur l'ensemble des quatre paires. Bien que la fécondité en soi ne soit pas l'élément central de cette étude, elle apporte un point de référence utile. L'indice synthétique de fécondité des pays dotés de programmes faibles excède celui des pays dotés de programmes solides dans une mesure significative, avec une différence moyenne de 1,4 naissance par femme (graphique 2). La différence émane d'une combinaison de moindre fécondité désirée et moindre fécondité non désirée dans les pays dotés de programmes solides (graphiques 3 et 4). Enfin, le nombre moyen d'enfants désiré est de 2,8 dans les pays dotés de programmes solides, par rapport à 4,1 dans ceux où les programmes sont faibles (graphique 5, page 38). La plus grande différence se révèle dans les paires Jordanie-Iran et Pakistan-Bangladesh; la plus faible, dans la paire Philippines-Indonésie.

Une autre comparaison informative apparaît entre le Rwanda et le Burundi, deux pays pauvres à forte densité de population d'Afrique orientale (non indiqué). Jusqu'à l'an 2000, ces deux pays se caractérisaient par des niveaux

de fécondité supérieurs à six enfants par femme et de faibles programmes de planification familiale. Vers le milieu de la décennie, toutefois, le gouvernement rwandais a renouvelé son engagement envers la planification familiale et, avec l'appui vigoureux des donateurs internationaux, a renforcé considérablement l'accès à la contraception dans tout le pays.<sup>26,27</sup> Les responsables de l'État ont exprimé ouvertement la nécessité de réduire la fécondité et un programme national d'information, d'éducation et de communication a été instauré. Le comportement reproducteur n'a pas tardé à changer: entre les enquêtes EDS de 2005 et 2010, l'indice synthétique de fécondité du Rwanda est tombé de 6,1 à 4,6, tandis que la pratique contraceptive moderne des femmes mariées passait de 10 à 45%.<sup>28</sup> La proportion de femmes désireuses de ne plus avoir d'enfants passait dans ce même temps de 42 à 52%.

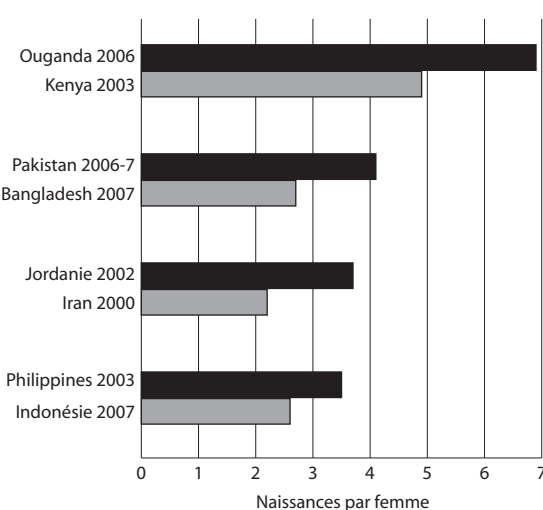
Par comparaison, au Burundi, la fécondité n'a guère changé et restait élevée – 6,4 naissances par femmes – en 2010.<sup>29</sup> Malheureusement, les rapports préliminaires des enquêtes de 2010 de ces deux pays ne donnent pas d'estimations du nombre d'enfants ni de la fécondité désirés. L'expérience rwandaise n'en laisse pas moins entendre clairement que d'autres pays pauvres d'Afrique peuvent de même changer rapidement le comportement reproducteur s'ils investissent dans leurs programmes de planification familiale.

Les résultats de ces études de cas appuient la conclusion selon laquelle les programmes de planification familiale affectent le nombre d'enfants désiré. L'impossibilité d'exclure le rôle éventuel de facteurs parasites non observés ne permet cependant pas d'affirmer la validité concluante des résultats de telles expériences naturelles.

### L'expérience Matlab

L'une des expériences de planification familiale contrôlée les plus connues et les plus influentes a été entreprise en 1977 dans le district de Matlab au Bangladesh. La population de 173.000 habitants de Matlab a été divisée en zones expérimentale et témoin approximativement égales. Dans la moitié expérimentale, la qualité des services de planification familiale (visites à domicile, accès à une gamme de méthodes et soins de suivi) a été grandement améliorée. Dans la moitié témoin, aucun changement n'a été apporté aux prestations standard du programme national. Les services améliorés ont produit d'importants résultats immédiats:<sup>20</sup> dans la zone expérimentale, la pratique contraceptive est passée de 5 à 33% durant les 18 premiers mois, pour rester supérieure de 25% à celle de la zone témoin jusqu'aux années 1990, lorsque l'amélioration des services (dans la zone témoin comme à l'échelle nationale) a commencé à combler l'écart. Ainsi, la fécondité a baissé dans la zone expérimentale, la différence de 1,5 naissance par femme entre les deux zones s'étant maintenue jusqu'il y a environ 20 ans. L'expérience Matlab a démontré la possibilité de succès des programmes de planification familiale au sein même de sociétés fort traditionnelles. La réussite de l'intervention a encouragé le gouvernement du Bangladesh à appliquer les leçons tirées de l'expérience à l'échelle de

**GRAPHIQUE 2. Indice synthétique de fécondité par paires de pays**





son programme national.

Pour comprendre les facteurs à la base de ce déclin de fécondité, Koenig et al.<sup>30</sup> ont examiné la tendance des préférences durant les sept premières années de l'expérience (1977–1984). L'absence de mesures cohérentes des préférences de fécondité au fil du temps a malheureusement entravé leur évaluation. Les auteurs n'en ont pas moins conclu que la préférence, en termes de nombre d'enfants désiré, avait diminué à Matlab dès 1984, sans toutefois que le déclin se révèle supérieur dans la zone expérimentale par rapport à la zone témoin. Cette observation implique que l'adoption observée de la pratique contraceptive et le déclin de fécondité correspondant dans la zone d'intervention résultaient principalement de la réponse accrue à la demande latente ou non satisfaite de contraceptifs.<sup>8,30</sup>

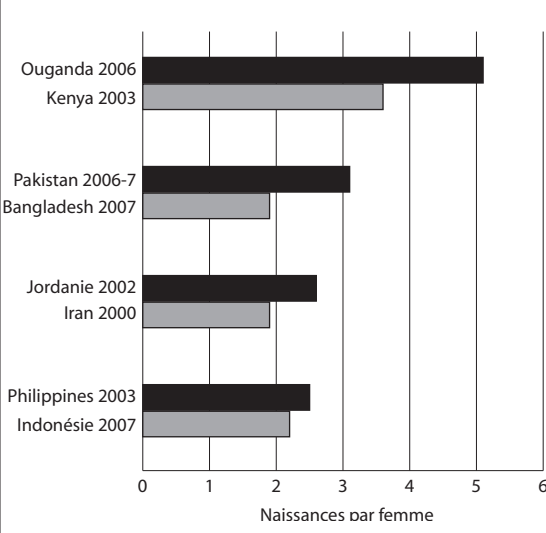
Comment concilier ce résultat de l'expérience de Matlab avec les constatations antérieures concernant l'impact des programmes de planification familiale sur les préférences de nombre d'enfants désiré? La réponse semble se trouver dans le programme d'information, d'éducation et de communication mis en œuvre dans l'ensemble du Bangladesh dès les années 1970. L'accentuation des avantages des familles moins nombreuses et de la contraception a fort probablement atteint et affecté les deux zones, témoin et d'intervention, de manière égale. Car il s'agit là d'un effort médiatique de grande envergure, impliquant les dirigeants politiques aussi bien que religieux. Comme le soulignent Khuda et ses collègues,<sup>31</sup> Radio Bangladesh réserve plus de 90 minutes de sa programmation nationale et régionale journalière aux questions de population et de planification familiale, tandis que la télévision leur consacre deux heures par semaine. De plus, le service d'information, éducation et motivation de la Direction de la planification familiale a proposé un programme d'information aux dirigeants de tous niveaux, imams compris, leur versant des honoraires pour la promotion de la planification familiale le vendredi dans les mosquées.

L'effort a vraisemblablement contribué à la baisse du nombre d'enfants désiré dans les familles du Bangladesh, de 4,1 à la mi-1975 à 2,8 début 1993. De modestes améliorations des indicateurs de développement peuvent avoir contribué aussi au déclin des préférences de fécondité, bien que le Bangladesh fût encore en 1993 l'un des pays les plus pauvres et les moins développés du monde.

### Mécanismes possibles

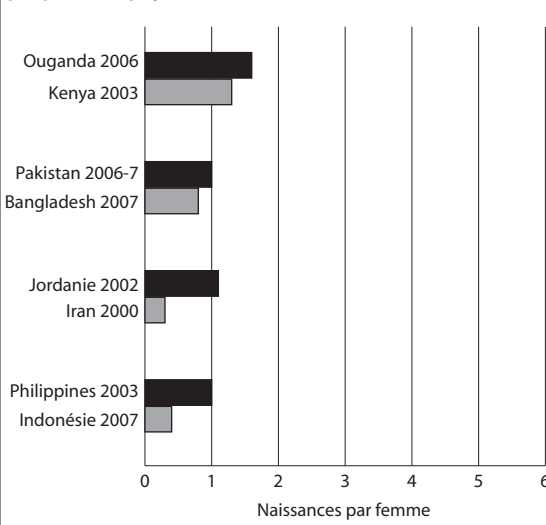
L'impact des programmes de planification familiale sur la fécondité est généralement attribué au fait qu'ils répondent à une demande existante de contraceptifs.<sup>3–5,32–35</sup> La réduction des coûts de la contraception (en termes monétaires, de déplacement et sociaux) permet de répondre au besoin non satisfait, d'accroître la pratique contraceptive et de réduire la fécondité. Notre étude examine cependant une autre filière plausible: la réduction du nombre d'enfants désiré. La très rare littérature disponible sur la question produit deux hypothèses quant au mécanisme à la base de ce lien.

**GRAPHIQUE 3. Indice synthétique de fécondité désirée par paires de pays**

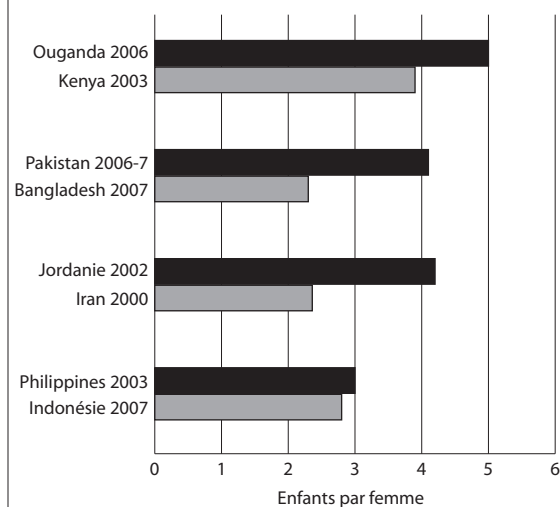


• *Les coûts de la contraception affectent les préférences.* Selon le cadre d'Easterlin,<sup>33,34</sup> largement utilisé pour les déterminants de fécondité, la demande d'enfants et les coûts de la contraception affectent tous deux la fécondité, bien que de manière indépendante. Celle-là est déterminée par les facteurs socioéconomiques et par la mortalité infantile, ceux-ci sont affectés par différents facteurs (ignorance, coûts de déplacement, produits contraceptifs et prestataires, objections du mari ou de la famille, peur des effets secondaires, etc.). Robinson et Cleland ont examiné la question et conclu que la présomption d'indépendance est douteuse.<sup>7</sup> Lorsque les coûts globaux (socioéconomiques et de santé) du contrôle de la fécondité sont élevés, avancent-ils, la demande de limitation est faible, car il serait vain de poursuivre un objectif qui ne peut être atteint sans grande difficulté (par abstinence, par exemple). Par contre, les coûts réduits permettent aux couples de réévaluer, de réaffirmer et d'atteindre plus aisément leurs

**GRAPHIQUE 4. Indice synthétique de fécondité non désirée par paires de pays**



**GRAPHIQUE 5. Nombre d'enfants désiré par paires de pays**



préférences de fécondité. Bien que cette conclusion semble raisonnable et plausible, Robinson et Cleland n'ont pas produit de données empiriques directes à l'appui de leur argument.

• **Programmes d'information, d'éducation et de communication.** Les programmes de planification familiale recourent généralement à ceux d'éducation et de communication pour informer les femmes sur les méthodes de contraception et leur obtention (où et comment). Cette information renforce l'acceptabilité sociale de la contraception et contrecarre les rumeurs sans fondement et les perceptions négatives des méthodes. Les programmes d'information, d'éducation et de communication expliquent aussi les avantages des familles peu nombreuses. Leurs messages, diffusés à la radio et à la télévision surtout, semblent avoir produit un impact considérable sur les préférences de fécondité.<sup>3,36-39</sup> Le soutien enthousiaste et visible de l'État semble avoir renforcé l'impact, comme illustré plus haut dans les études de cas.

Les données d'enquête disponibles ne permettent malheureusement pas d'évaluer avec précision la contribution de ces mécanismes au déclin des préférences de nombre d'enfants désiré dans de nombreux pays.

### Conclusion

Depuis 50 ans, une révolution reproductive se répand dans une grande partie du monde en développement, donnant lieu à un important déclin de la fécondité en Asie, en Amérique latine et en Afrique du Nord. Ce déclin demeure cependant faible, en moyenne, en Afrique subsaharienne, et l'indice synthétique de fécondité du continent demeure supérieur à cinq naissances par femme. Aussi la population africaine, après avoir plus que quadruplé entre 1950 et 2010, devrait-elle encore doubler d'ici 2050. Ces tendances démographiques en Afrique subsaharienne ont soulevé certaines inquiétudes quant à leur impact négatif potentiel sur la santé, le développement socioéconomique et l'environnement.<sup>40</sup>

Ces inquiétudes ont donné lieu à un investissement dans les programmes de planification familiale, particulièrement en Asie, en Amérique latine et en Afrique du Nord, où les niveaux de maternité non désirée et non planifiée, ainsi que la demande de contraceptifs non satisfaite, sont bien documentés. Les programmes de planification familiale donnent aux femmes et aux hommes le moyen de gérer leur vie reproductive, au bénéfice du bien-être de la famille comme de l'économie du pays et de l'environnement. Le consensus international sur la question se reflète dans les objectifs du Millénaire pour le développement définis par l'ONU, et plus spécifiquement dans la cible 5.B, qui préconise l'accès universel à la santé reproductive d'ici à 2015 avec, parmi ses indicateurs, la réduction du besoin non satisfait de planification familiale.

Malgré les avantages largement reconnus des programmes de planification familiale, les décideurs politiques d'Afrique subsaharienne n'y ont consenti que des investissements limités. L'une des raisons principales en est l'épidémie du sida, responsable de nombreux décès. Or les premières prédictions de déclin de la population africaine<sup>41</sup> ne se sont pas réalisées. L'épidémie a atteint son pic et son impact démographique est resté limité, en partie grâce à la disponibilité répandue des traitements anti-rétroviraux.

Une autre raison de l'investissement limité dans la planification familiale tient à la croyance qu'il serait voué à l'échec face au biais culturel de l'Afrique en faveur des familles nombreuses.<sup>19</sup> Cet obstacle est cependant partiellement surmontable. Les données d'enquête font état d'un besoin non satisfait d'espacement et de limitation des naissances omniprésent dans les pays d'Afrique.<sup>5,6</sup> Si la demande contraceptive est moins forte en Afrique qu'en Amérique latine et en Asie, elle n'en est pas moins considérable et insatisfaite. Même si le besoin intégral non satisfait pouvait l'être, la fécondité demeurerait largement supérieure au niveau de remplacement, le nombre d'enfants désiré étant toujours proche de cinq.

Cela nous ramène donc à la question fondamentale de savoir si les programmes de planification familiale peuvent réduire le nombre d'enfants désiré. Les données laissent clairement entendre que oui. Les analyses transnationales comme les études de cas appuient l'argument que les programmes de planification familiale peuvent bel et bien changer les préférences reproductives.

### RÉFÉRENCES

1. United Nations, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, New York: United Nations, 2009.
2. Blanc AK et Tsui AO, The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement, *Studies in Family Planning*, 2005, 36(4):263-276.
3. Cleland J et al., Family planning: the unfinished agenda, *Lancet*, 2006, 368(9549):1810-1827.
4. Casterline J et Sinding S, Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy, *Population and Development Review*, 2000, 26(4):691-723.
5. Singh S et al., *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family*

*Planning and Maternal and Newborn Health*, New York: Guttmacher Institute et United Nations Population Fund, 2009.

6. Westoff CF, Unmet need at the end of the century, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2001, No. 1.

7. Robinson W et Cleland J, The influence of contraceptive costs on the demand for children, dans: Phillips JF et Ross JA, eds., *Family Planning Programmes and Fertility*, New York: Oxford University Press, 1992, pp. 106–122.

8. Freedman R, Do family planning programs affect fertility preferences? A literature review, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(1):1–13.

9. Bankole A et Westoff C, Childbearing attitudes and intentions, *DHS Comparative Studies*, Calverton, MD, USA: Macro International, 1995, No. 17.

10. Bongaarts J, The measurement of wanted fertility, *Population and Development Review*, 1990, 16(3):487–506.

11. Casterline J et El-Zeini LO, The estimation of unwanted fertility, *Demography*, 2007, 44(4):729–745.

12. Lightbourne R, Individual preferences and fertility behavior, dans: Cleland J et Hobcraft J, eds., *Reproductive Change in Developing Countries: Insights from the World Fertility Survey*, Oxford: Oxford University Press, 1985, pp. 165–198.

13. Lightbourne R, Reproductive preferences and behavior, dans: Cleland J et Scott C, eds., *The World Fertility Survey*, Oxford: Oxford University Press, 1987, pp. 838–861.

14. Westoff CF, Desired number of children: 2000–2008, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, USA: ICF Macro, 2010, No. 25.

15. Bongaarts J, Fertility transitions in the developing world: progress or stagnation? *Studies in Family Planning*, 2008, 39(2):105–110.

16. Notestein F, Population—the long view, dans: Schultz TW, ed., *Food for the World*, Chicago: Chicago University Press, 1945.

17. Notestein F, Economic problems of population change, dans: *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*, London: Oxford University Press, 1953, pp. 13–31.

18. Heston A, Summers R et Aten B, Penn World Table Version 6.3, Philadelphia: Center for International Comparisons of Production, Income and Prices at the University of Pennsylvania, 2009, <[http://pwt.econ.upenn.edu/php\\_site/pwt\\_index.php](http://pwt.econ.upenn.edu/php_site/pwt_index.php)>, site consulté le 15 août 2011.

19. Caldwell J et Caldwell P, Is the Asian family planning model suited to Africa? *Studies in Family Planning*, 1988, 19(1):19–28.

20. Cleland J et al., *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a Challenging Environment*, Washington, DC: World Bank, 1994.

21. Lapham R et Mauldin P, National family planning programs: review and evaluation, *Studies in Family Planning*, 1972, 3(3):29–52.

22. Ross J et Stover J, The family planning program effort index: 1999 cycle, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(3):119–129.

23. Bongaarts J, The role of family planning programmes in contemporary fertility transitions, dans: Jones GW et al., eds., *The Continuing Demographic Transition*, Oxford: Oxford University Press, 1997, pp. 422–444.

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

25. United Nations Development Program (UNDP), *Human Development Report 2009*, New York: UNDP, 2009, <<http://hdrstats.undp.org/en/indicators/74.html>>, site consulté le 15 août 2011.

26. Solo J, *Family Planning in Rwanda. How a Taboo Topic Became Priority Number One*, Chapel Hill, NC, USA: IntraHealth International, 2008.

27. United States Agency for International Development, *Rwanda: Family Planning Briefer*, 2009, <[http://www.usaid.gov/rw/our\\_work/programs/familyplanning.html](http://www.usaid.gov/rw/our_work/programs/familyplanning.html)>, site consulté le 15 août 2011.

28. National Institute of Statistics of Rwanda, *Rwanda Demographic and Health Survey 2010, Preliminary Report*, Calverton, MD, USA: Measure

DHS et ICF Macro, 2011.

29. Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi, *Enquête Démographique et de Santé Burundi 2010, Rapport Préliminaire*, Calverton, MD, USA: Measure DHS et ICF Macro, 2010.

30. Koenig M et al., Trends in family size preferences and contraceptive use in Matlab, Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1987, 18(3): 117–127.

31. Khuda B et al., Determinants of fertility transition in Bangladesh, dans: Sathar Z et Philips J, eds., *Fertility Transition in South Asia*, Oxford: Oxford University Press, 2001, pp. 364–385.

32. Bongaarts J, Fertility transitions in the developing world: progress or stagnation? *Studies in Family Planning*, 2008, 39(2):105–110.

33. Easterlin RA, An economic framework for fertility analysis, *Studies in Family Planning*, 1975, 6(3):54–63.

34. Easterlin RA, The economics and sociology of fertility: a synthesis, dans: Tilly C, ed., *Historical Studies of Changing Fertility*, Princeton, NJ, USA: Princeton University, 1978, pp. 57–113.

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

36. Hornik R et McAnany E, Mass media and fertility change, dans: Casterline J, ed., *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, Washington, DC: National Academy Press, 2001, pp. 208–239.

37. Westoff C, Mass communications and fertility, dans: Leete R, ed., *Dynamics of Values in Fertility Change*, Oxford: Oxford University Press, 1999, pp. 237–251.

38. Westoff CF et Bankole A, Mass media and reproductive behavior in Africa, *Demographic and Health Surveys Analytical Reports*, Calverton, MD, USA: Macro International, 1997, No. 2.

39. Westoff CF et Rodriguez G, The mass media and family planning in Kenya, *International Family Planning Perspectives*, 1995, 21(1):26–31 & 36.

40. May JF, *World Population Policies: Their Origin, Evolution and Impact*, New York: Springer-Verlag, 2012.

41. Garnett GP et Anderson RM, No reason for complacency about the potential demographic impact of AIDS in Africa, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1993, 87(1Suppl.): S19–S22.

## Annexe

Une estimation des tendances du désir de fécondité est disponible pour les 43 pays ci-dessous soumis à au moins deux enquêtes EDS (les années des deux dernières enquêtes sont indiquées entre parenthèses):

- **Afrique subsaharienne.** Bénin (2001, 2006), Burkina Faso (1998–1999, 2003), Cameroun (1998, 2004), Côte d'Ivoire (1994, 1998–1999), Éthiopie (2000, 2005), Ghana (2003, 2008), Guinée (1999, 2005), Kenya (2003, 2008–2009), Madagascar (2003–2004, 2008–2009), Malawi (2000, 2004), Mali (2001, 2006), Mozambique (1997, 2003), Namibie (2000, 2006–2007), Niger (1998, 2006), Nigéria (2003, 2008), Ouganda (2000–2001, 2006), Rwanda (2005, 2007–2008), Sénégal (1997, 2005), Tanzanie (1999, 2004–2005), Tchad (1996–1997, 2004), Zambie (2001–2002, 2007), Zimbabwe (1999, 2005–2006).

- **Afrique du Nord/Moyen-Orient.** Égypte (2005, 2008), Jordanie (2002, 2007), Maroc (1992, 2003–2004), Turquie (1993, 1998), Yémen (1991–1992, 1997).

- **Asie.** Bangladesh (2004, 2007), Cambodge (2000, 2005), Inde (1998–1999, 2005–2006), Indonésie (2002–



2003, 2007), Népal (2001, 2006), Pakistan (1990–1991, 2006–2007), Philippines (2003, 2008), Vietnam (1997, 2002).

• *Amérique latine*. Bolivie (1998, 2003), Colombie (2000, 2005), Guatemala (1998–1999, 2002), Haïti (2000, 2005–2006), Nicaragua (1998, 2001), Paraguay (1990, 2004), Pérou (1996, 2000), République dominicaine (2002, 2007).

#### **Remerciements**

*La recherche à la base de cet article a bénéficié d'un don de la William and Flora Hewlett Foundation.*

**Coordonnées de l'auteur:** [jbongaarts@popcouncil.org](mailto:jbongaarts@popcouncil.org)