

D O C U M E N T D E T R A V A I L

# ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES DU XXI<sup>e</sup> SIÈCLE

## LE RÔLE DE LA BANQUE MONDIALE

Juin 2007





# **ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES DU XXI<sup>e</sup> SIÈCLE**

## *LE RÔLE DE LA BANQUE MONDIALE*

**Juin 2007**

## Document de travail Santé, nutrition et population (SNP)

Cette série est publiée par les services Santé, nutrition et population (SNP) du Réseau du Développement humain de la Banque mondiale. Elle a pour but d'offrir un cadre à la publication de résultats « bruts », préliminaires, sur des sujets de la sphère SNP, afin d'encourager la discussion et le débat. Les constatations, interprétations et conclusions exprimées dans le présent document sont exclusivement celles de son ou ses auteurs et ne sauraient être attribuées d'une quelconque façon à la Banque mondiale ou aux organismes qui lui sont affiliés, ni aux membres de son Conseil des Administrateurs ou aux pays qu'ils représentent. Toute citation ou utilisation des informations présentées dans cette série doit tenir compte de ce caractère provisoire. Pour obtenir des exemplaires gratuits d'un document de cette série, veuillez contacter le ou les auteurs dont les noms figurent dans le document en question.

Pour toute information concernant la série et toute proposition de publication, veuillez contacter directement la rédactrice en chef, Nicole Klingen ([Nklingen@worldbank.org](mailto:Nklingen@worldbank.org)). Les propositions de publications doivent avoir été au préalable revues et validées par le département parrainant, qui financera la publication. Aucune autre revue ne sera réalisée après la soumission de la publication. Le département parrainant et les auteurs sont entièrement responsables de la qualité du contenu technique et de la présentation des informations de la série.

Dans la mesure où les informations seront publiées telles quelles, les auteurs doivent soumettre une copie électronique dans un format prédéfini (disponible à l'adresse [www.worldbank.org/hnppublications](http://www.worldbank.org/hnppublications) sur la page « Guide for Authors »). Les projets qui ne répondent pas aux normes minimales de présentation pourront être retournés à leurs auteurs pour être retravaillés avant acceptation.

Pour plus d'informations concernant cette publication ou d'autres publications de la Banque mondiale, veuillez contacter le Service-conseil SNP à l'adresse [healthpop@worldbank.org](mailto:healthpop@worldbank.org) (courriel), ou encore au 202-473-2256 (téléphone) ou au 202-522-3234 (télécopie).

© 2007 Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale  
1818 H Street, NW  
Washington, DC 20433

Tous droits réservés.

## Document de travail Santé, nutrition et population (SNP)

### ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES DU XXI<sup>e</sup> SIÈCLE : LE RÔLE DE LA BANQUE MONDIALE

Étude réalisée à titre de document d'information accompagnant la Stratégie 2007 pour le secteur Santé, nutrition et population (SNP)

**Résumé** : L'objectif de cette étude est d'examiner certains obstacles et opportunités associés aux processus démographiques afin d'identifier et hiérarchiser les investissements et les travaux d'analyse à réaliser dans le cadre de la préparation de la Stratégie 2007 pour le secteur SNP. **Au sein du secteur SNP, deux domaines concernent la population : 1) la santé génésique, maternelle et sexuelle ainsi que les services de santé correspondants, et 2) les niveaux et les tendances observés en matière de naissances, de décès et de flux migratoires qui déterminent la croissance démographique et la pyramide des âges. Un grand nombre d'aspects de la fourniture des services de santé sexuelle et génésique sont pris en charge dans la stratégie globale du secteur. La présente étude se concentre donc sur les facteurs et les conséquences des changements démographiques, et sur les politiques et les interventions portant sur la fécondité et la planification familiale.**

Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, la fécondité a diminué et les ISF convergent vers le niveau de remplacement, à l'exception de 35 pays, situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, où l'on n'a pas enregistré de déclin marqué de la fécondité. Parce que les bailleurs de fonds et les organismes d'aide au développement ont déplacé leurs priorités vers d'autres domaines, et que les fonds et les initiatives mondiales se sont très peu occupés de financer la planification familiale, on a tendance à oublier les conséquences d'une fécondité élevée. La santé génésique est notoirement absente des ODM, et les pays ne sont pas suffisamment aidés pour répondre à la demande en matière de planification familiale et de services connexes.

La nécessité pour la Banque d'intervenir dans le domaine démographique tient à la corrélation qui existe entre ce domaine et la croissance économique et la réduction de la pauvreté, ainsi qu'aux inégalités engendrées par une fécondité élevée chez les pauvres et les autres groupes vulnérables. On constate que, dans une famille nombreuse, les dépenses du ménage par enfant diminuent, peut-être au détriment des filles, et que la santé des mères et des enfants est affectée par la parité et l'intervalle entre les naissances. Les problèmes d'équité restent une préoccupation centrale de la Banque dans la mesure où les pauvres ont moins de chances d'avoir accès à des services de planification familiale ou à d'autres services de santé génésique. D'autres groupes vulnérables moins susceptibles d'être desservis par les services de santé génésique sont les adolescents et les populations rurales. Par ailleurs, il est indispensable d'améliorer le niveau d'instruction des filles, d'assurer aux femmes l'égalité des chances dans la société et de réduire le pourcentage de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté si l'on veut faire baisser durablement la fécondité. La Banque est bien placée pour aider les pays à s'attaquer à ces problèmes grâce aux échanges qu'elle entretient avec les plus hautes autorités gouvernementales, et le fait qu'elle soit active dans beaucoup de secteurs peut produire des synergies susceptibles d'accélérer les progrès par rapport à une intervention étroitement limitée à la planification familiale.

**Mots clés** : population, santé génésique, planification familiale, démographie, fécondité.

**Avertissement** : Les constatations, interprétations et conclusions exprimées dans ce document sont exclusivement celles des auteurs et ne reflètent pas les avis de la Banque mondiale, de ses Administrateurs ou des pays qu'ils représentent.

**Contact** : Rama Lakshminarayanan, Banque mondiale, 1818 H Street, NW, Washington, DC 20433, États-Unis d'Amérique, télécopie : +1 (202)522-3234, courriel : [rlakshminaravana@worldbank.org](mailto:rlakshminaravana@worldbank.org).

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Avant-propos</b> .....	<b>vii</b>
<b>Sigles et acronymes</b> .....	<b>viii</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. Généralités</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Le contexte démographique : problèmes actuels et nouveaux enjeux</b> .....	<b>5</b>
Tendances démographiques mondiales .....	5
Enjeux démographiques dans les pays à fécondité élevée, intermédiaire et faible .....	8
Facteurs plurisectoriels de l'évolution de la fécondité .....	14
L'Afrique subsaharienne : un cas à part .....	17
<b>3. Fondements de l'intervention de la Banque</b> .....	<b>19</b>
Démographie et croissance économique .....	19
Démographie et réduction de la pauvreté .....	21
Démographie et équité .....	21
Avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité .....	29
Conclusions .....	31
<b>4. Politique mondiale dans le domaine démographique</b> .....	<b>32</b>
Bref rappel historique .....	32
Environnement actuel .....	32
Évolution de l'aide aux programmes démographiques .....	33
Appui de la Banque mondiale aux activités en matière de démographie et de santé génésique .....	35
<b>5. Axes de travail futurs de la Banque dans le domaine démographique</b> .....	<b>39</b>
Avantages comparatifs de la Banque dans le secteur SNP .....	39
De la théorie à la pratique .....	42
<b>Bibliographie</b> .....	<b>44</b>
<b>Annexe 1. Activités de la Banque et de ses pays clients dans le domaine démographique : examen des CAS et des DSRP</b> .....	<b>48</b>
<b>Annexe 2a. Indice synthétique de fécondité et population totale dans les pays à fécondité élevée</b> .....	<b>54</b>
<b>Annexe 2b. Indice synthétique de fécondité en fonction de certains critères socioculturels pour un ensemble de pays à fécondité élevée</b> .....	<b>55</b>
<b>Annexe 2c. Indicateurs de santé génésique pour les 35 pays à fécondité élevée</b> .....	<b>56</b>
<b>Annexe 2d. Indicateurs de santé génésique pour les 35 pays à fécondité élevée</b> .....	<b>58</b>
<b>Annexe 2e. Raisons invoquées par les femmes pour ne pas utiliser de contraception</b> .....	<b>60</b>
<b>Annexe 3a. Indicateurs de santé de la population</b> .....	<b>61</b>
<b>Annexe 3b. Indicateurs de santé de la population</b> .....	<b>67</b>
<b>Annexe 4. Schéma de résultats pour le secteur SNP : composante démographie et santé génésique</b> .....	<b>73</b>
<b>Annexe 5. Objectifs de développement pour le millénaire</b> .....	<b>74</b>

## Liste des figures

Figure 2.1 Population mondiale par région, 1960-2005 .....	5
Figure 2.2 Évolution de la fécondité par région, 1950 -2005 .....	6
Figure 2.3 Évolution de l'espérance de vie par région, 1960 -2005 .....	7
Figure 2.4 Pays à fécondité élevée : évolution de la fécondité, 1950 -2005.....	9
Figure 2.5 Estimations de la population totale et projections avec et sans baisse de la fécondité pour le Mali, l'Ouganda et le Niger, 1950-2050.....	10
Figure 2.6 Pays à fécondité intermédiaire : évolution de la fécondité, 1950-2005 .....	11
Figure 2.7 Pyramide des âges du Honduras et de l'Égypte, 2005 and 2030.....	12
Figure 2.8 Pays à fécondité faible, 1950-2005 .....	12
Figure 2.9 Pyramide des âges de la Thaïlande et de l'Ukraine, 2005 and 2030.....	13
Figure 2.10 Ratio de dépendance des personnes âgées : évolution dans certains pays à ISF faible .....	14
Figure 2.11 Relations entre l'indice synthétique de fécondité et la prévalence de la contraception (méthodes modernes).....	16
Figure 2.12 Évolution de la fécondité au Malawi et au Kenya pour les années disponibles.....	17
Figure 3.1 Indice synthétique de fécondité par région et quintile de richesse.....	22
Figure 3.2 Taux de prévalence de la contraception par région et quintile de richesse .....	22
Figure 3.3 Utilisation de services élémentaires de santé maternelle et infantile dans 56 pays à revenu faible ou intermédiaire .....	23
Figure 3.4 Pourcentage de la demande satisfaite par les services de planification familiale par région et quintile de richesse (DHS 1996-2004).....	24
Figure 3.5 Les maris sont contre la contraception .....	25
Figure 3.6 Indice synthétique de fécondité par région et distribution géographique dans plusieurs pays .....	27
Figure 3.7 Taux de prévalence de la contraception par région et distribution géographique .....	28
Figure 3.8 Taux de prévalence de la contraception dans plusieurs pays par distribution géographique.....	28
Figure 3.9 Nombre d'avortements pratiqués légalement et illégalement dans le monde, 1995 ...	30
Figure 4.1 Répartition de l'aide aux programmes démographiques, 1995-2004.....	34
Figure 4.2 Évolution des prêts pour le VIH/sida et les autres composantes du secteur population/santé génésique, 1997-2006.....	36

## Liste des tableaux

Tableau 2.1 La fracture démographique : le Nigéria et la France .....	8
Tableau 2.2 Caractéristiques des pays en fonction de leurs niveaux de fécondité .....	9
Tableau 3.1 Activité sexuelle chez les jeunes.....	26

## Liste des encadrés

Encadré 1 Interventions plurisectorielles et effet synergétique sur la fécondité en Éthiopie .....	15
Encadré 2 Comment le Bangladesh est parvenu à diminuer son indice de fécondité.....	16
Encadré 3 Traitement des questions démographiques dans les CAS : exemples de bonnes pratiques.....	37
Encadré 4 Enjeux démographiques et DSRP : le bon exemple de l'Éthiopie .....	38

## AVANT-PROPOS

Cette étude a été réalisée à titre de document d'information accompagnant la Stratégie 2007 de la Banque mondiale pour la santé, la nutrition et la population (Stratégie SNP). Elle examine, de façon plus détaillée que la Stratégie SNP elle-même, l'évolution récente des tendances démographiques, la relation entre santé génésique et pauvreté, et l'aide fournie par les bailleurs de fonds aux programmes de santé génésique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Elle propose également de futurs axes de travail pour la Banque, en montrant pourquoi il importe de renforcer les concours à la planification familiale et aux autres programmes de santé génésique, dans le souci d'améliorer l'accès des pauvres, des adolescents et des autres groupes vulnérables aux services de santé génésique.

La santé génésique joue un rôle central dans le développement humain, la croissance économique et la réduction de la pauvreté. Le fait de négliger des questions aussi essentielles que la planification familiale, la santé sexuelle et la santé maternelle et infantile aurait des conséquences catastrophiques pour les pays, comme en témoignent l'aggravation de l'épidémie de VIH/sida et le peu de progrès enregistrés par rapport à l'ODM 5.

La Banque mondiale a souscrit au Consensus du Caire de 1994 adopté à l'issue de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). Depuis, on a constaté un fléchissement de l'attention et des moyens accordés aux questions démographiques, c'est pourquoi la Banque, avec les autres partenaires du développement, doit réagir rapidement pour redonner sa place à la planification familiale dans le programme d'action de la CIPD. Dans ce contexte, le présent document expose différentes voies par lesquelles la Banque peut renouer le dialogue avec les pays et les autres partenaires pour y parvenir.

La Banque doit se préoccuper en priorité des 35 pays affichant les niveaux de fécondité les plus élevés, qui montrent souvent peu d'évolution dans le temps. Des analyses doivent être réalisées d'urgence pour identifier les causes de cette stagnation et étudier, entre autres, les facteurs socioéconomiques défavorables qui influencent les comportements des ménages, ainsi que les services de santé génésique inadaptés par rapport aux besoins. Ce travail d'analyse servira de base au dialogue sur l'action à mener qui sera illustré dans des documents stratégiques clés tels que les Stratégies d'aide-pays, les mémorandums économiques sur un pays, les examens des dépenses publiques et les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté.

Le présent document de travail a pour but de stimuler le débat pour trouver comment améliorer l'accès à la planification familiale et à des services complets de santé génésique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ce débat apportera une contribution importante aux travaux sectoriels à venir en vue de mettre en place à la Banque une démarche plus stratégique dans ce domaine.



Joy Phumaphi  
Vice-président  
Réseau du développement humain



Cristian C. Baeza  
Directeur par intérim  
Santé, nutrition et population

## SIGLES ET ACRONYMES

CAD	Comité d'aide au développement
CAS	Stratégie d'aide-pays
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
DFID	Département britannique du développement international
DH	Réseau du développement humain
DHS	enquête démographique et de santé
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EDP	examen des dépenses publiques
ESW	études économiques et sectorielles
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
IDA	Association internationale de développement
IEC	information, éducation et communication
ISF	indice synthétique de fécondité
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MST	maladie sexuellement transmissible
NIDI	Institut démographique interdisciplinaire néerlandais
NORAD	Agence norvégienne de coopération pour le développement
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODM	objectif de développement pour le Millénaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
PDS	pourcentage de la demande satisfaite en matière de planification familiale
PEPFAR	Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida
PPA	parité de pouvoir d'achat
PREM	Réseau pour la lutte contre la pauvreté et la gestion économique
PRSC	Crédit à l'appui de la réduction de la pauvreté
RNB	revenu national brut
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
SIDA	Agence suédoise de développement international
SNP	Santé, nutrition et population
TA	Assistance technique
TPC	taux de prévalence de la contraception
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

## REMERCIEMENTS

Ce document a été rédigé par une équipe composée de Rama Lakshminarayanan, John F. May, Eduard Bos, Rifat Hasan, Emi Suzuki et Nasim Haque. Les auteurs ont bénéficié des précieux conseils des membres du comité de lecture, à savoir Luc Christiaensen, Sameh El-Saharty et Elizabeth Lule, ainsi que des observations formulées par Martha Ainsworth, Sadia Chowdhury, Jean-Jacques Frere, Monica Das Gupta, Reem Hafez, Keith Hansen, Nicole Klingen, Magnus Lindelow, Tom Merrick, Samuel Mills, Ok Pannenberg, Khama Rogo, George Schieber et Kanako Yamashita-Allen. Les auteurs tiennent à remercier l'équipe de Grammarians qui a relu le document, ainsi que Miyuki Parris qui a aidé à sa mise en forme.

Cette étude a été préparée sous la direction de Cristian Baeza et Jacques Baudouy.



# 1. GÉNÉRALITÉS

Dans le cadre de la préparation de la stratégie de la Banque mondiale pour le secteur Santé, nutrition et population (SNP), le présent document de travail recense et analyse les questions démographiques n'ayant pas été traitées de manière approfondie dans le document de référence *Background Strategy Note* (World Bank 2006c). Le processus d'examen a mis en évidence l'importance de ces questions et la nécessité pour les partenaires du développement d'intervenir dans ce domaine pour obtenir des résultats durables en matière de développement.

L'objectif de ce document de travail est d'analyser en quoi certains processus démographiques constituent des obstacles aux actions menées en faveur du développement, de manière à en tenir compte lors de l'examen de la stratégie sectorielle qui sera conduit par le Conseil de la Banque mondiale qui au cours de l'exercice 2007. Il s'agit ici principalement d'évaluer les avantages comparatifs du secteur SNP de la Banque afin de définir les domaines où elle doit investir et entreprendre des travaux d'analyse, et de déterminer où les autres secteurs de la Banque et les autres organismes d'aide au développement devraient renforcer leur collaboration avec les programmes nationaux. Le présent document s'emploie également à repérer, parmi les domaines souvent considérés comme relevant de la sphère « population », ceux qui font effectivement partie des avantages comparatifs du secteur SNP, et ceux qui doivent être pris en charge par d'autres secteurs ou d'autres organismes.

Ce document est divisé en cinq chapitres. Le chapitre 1 « Généralités » définit le champ d'intervention « population » du secteur SNP, et présente les domaines qui seront examinés ici. Le chapitre 2 décrit les tendances récentes des indicateurs démographiques qui constituent la toile de fond de la problématique du développement. Le chapitre 3 examine le rôle que la Banque mondiale peut jouer dans les questions démographiques et étudie leurs relations avec la croissance économique, la réduction de la pauvreté et les problèmes d'équité. Le chapitre 4 expose le contexte de la politique mondiale depuis la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire de 1994 (CIPD), qui a servi de base aux choix prioritaires des pays en développement et des bailleurs de fonds ces 13 dernières années. Enfin, le chapitre 5 traite de la collaboration entre la Banque mondiale et les autres organismes d'aide au développement en matière de démographie.

La sphère « population » englobe tout un ensemble de sujets. À l'intérieur du secteur SNP, deux grands domaines sont généralement compris dans cette thématique :

- la santé génésique, maternelle et sexuelle, ainsi que les services de santé correspondants ;
- les niveaux et les tendances observés en matière de naissances, de décès et de flux migratoires qui déterminent la croissance démographique et la pyramide des âges, et qui ont souvent une incidence sur la croissance économique et d'autres secteurs.

Ces domaines sont étroitement liés. Les services de santé génésique aident les individus à rester en bonne santé et aident les couples à planifier le nombre d'enfants qu'ils veulent avoir ainsi que l'espacement de leurs naissances. La somme de ces décisions individuelles détermine le taux de natalité général, et le niveau de fécondité devient à son tour un facteur de demande pour des services de santé génésique et d'autres services de santé.

L'amélioration de la situation sanitaire est une composante essentielle des stratégies de développement visant à réduire la pauvreté, et la stratégie SNP actuellement en préparation sera axée sur le renforcement des systèmes de santé précisément dans ce but. Dans la mesure où, sous beaucoup d'aspects, la qualité des services de santé génésique et sexuelle est liée au renforcement de tout le système de santé, notamment les ressources humaines, le financement, la réglementation et la gestion, ceux-ci sont pris en charge dans la stratégie sectorielle d'ensemble. Par conséquent, ce document de travail s'intéressera principalement aux facteurs et aux conséquences des changements démographiques, et plus particulièrement aux politiques et aux interventions qui influent sur la fécondité et la planification familiale. On trouvera également présentées d'autres tendances résultant de processus démographiques, comme par exemple une évolution de la pyramide des âges caractérisée par des générations jeunes nombreuses et par un vieillissement rapide de la population.

Le secteur SNP n'est pas le seul à être affecté par la croissance, la taille, la structure et la distribution spatiale des populations. D'autres secteurs sont touchés par les processus démographiques, à savoir les secteurs éducation (la taille des générations d'âge scolaire), développement urbain et rural (les flux migratoires entre villes et campagnes), protection sociale (les marchés de l'emploi, les retraites), parité homme-femme (l'autonomisation des femmes), environnement et gestion économique. De plus, ces secteurs font intervenir des facteurs qui influencent le nombre d'enfants souhaité et l'utilisation de moyens de contraception modernes. Il s'agit par exemple de l'égalité des sexes, du niveau d'instruction, du taux d'activité des femmes, du développement des infrastructures et de la pauvreté, qui sont davantage reconnus, surtout depuis la CIPD de 1994, comme ayant des conséquences importantes sur la demande de planification familiale et la fécondité.

Le précédent document de stratégie établi par la Banque mondiale pour ses travaux sur la population date de la fin des années 90, dans le prolongement de la stratégie SNP de 1997 (World Bank 2001). Beaucoup de choses ont changé depuis. Comme cela est exposé au chapitre 2, la fécondité n'a pas cessé de décroître dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les indices de fécondité convergeant dans beaucoup d'entre eux vers le niveau de remplacement égal à deux enfants par couple, et parfois en dessous. On constate néanmoins une importante exception à cette tendance dans 35 pays situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, où l'on n'a pas enregistré de diminution notable de la fécondité. Parce que les bailleurs de fonds et les organismes d'aide au développement ont déplacé leurs priorités vers d'autres domaines, et que les fonds et les initiatives mondiales se sont très peu occupés de financer la planification familiale, on a tendance à oublier les conséquences d'une fécondité élevée, même dans les pays qui peinent à parvenir à une croissance démographique viable. La santé génésique ne faisait pas partie des objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) à l'origine, après avoir été écartée précédemment des Objectifs internationaux en matière de développement<sup>1</sup>. Toutefois, des objectifs d'accès universel à la santé génésique ont maintenant été inclus dans l'ODM 5 sur l'amélioration de la santé maternelle (White, Merrick, et Yazbeck 2006). Par rapport aux décennies écoulées, ces pays sont aujourd'hui moins aidés pour répondre à la demande croissante de services de planification familiale et de services connexes, d'où la

---

<sup>1</sup> Des mesures ont été engagées au sein du système des Nations unies pour associer des indicateurs au nouvel objectif d'accès universel aux services de santé génésique dans le cadre de l'ODM sur l'amélioration de la santé maternelle.

nécessité urgente de réorienter l'attention des bailleurs de fonds sur ce qui devait constituer un élément favorable au développement (World Bank 1994b).

Grâce au travail accompli pour aider les couples des pays à revenu faible ou intermédiaire à planifier et obtenir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent, de nouveaux schémas démographiques sont en train d'apparaître auxquels les pays doivent être préparés. Dans beaucoup de pays où l'enseignement primaire est devenu universel, la contraction des générations d'âge primaire réduit la demande pour ce niveau d'enseignement, tandis que les générations nombreuses d'enfants nés il y a 10 à 25 ans créent une demande énorme d'enseignement secondaire et supérieur. Cette population arrive en grand nombre sur le marché du travail et a des besoins en matière de santé génésique et sexuelle qui sont souvent incomplètement satisfaits par les services de santé existants (World Bank 2006b, 2007b). Dans les pays où la baisse de la fécondité a commencé tôt, le ratio de dépendance des personnes âgées devrait augmenter rapidement, ce qui risque de créer des tensions dans les systèmes de santé publique et de sécurité sociale. Dans certains pays, la fécondité est descendue à un niveau tel que l'on prévoit une diminution de la population propre à exacerber les effets de la modification de la pyramide des âges. Ce document montrera comment, face à ces nouveaux schémas démographiques, différents secteurs doivent intervenir avec les pays pour se préparer aux enjeux à venir.

Ce document de travail analyse les interactions entre démographie et développement et explique pourquoi la Banque doit agir dans ce domaine. La nécessité pour la Banque d'intervenir dans les questions démographiques tient à la corrélation qui existe entre ces questions et la croissance économique et la réduction de la pauvreté, ainsi qu'aux inégalités engendrées par une fécondité élevée chez les pauvres et les autres groupes vulnérables. Des études récentes montrent que, dans les pays défavorisés sur le plan socioéconomique, une croissance démographique rapide peut constituer un frein à leur croissance économique. Les interactions entre dynamique démographique et croissance économique sont donc aujourd'hui plus largement reconnues. D'un autre côté, le « dividende démographique » d'une surreprésentation des jeunes dans la population peut être l'occasion d'une croissance économique accélérée. Bien qu'il soit difficile d'établir une relation inverse entre fécondité élevée et pauvreté, on constate que, dans une famille nombreuse, les dépenses du ménage par enfant diminuent, peut-être au détriment des filles. Par ailleurs, la santé des mères et des enfants est affectée par la parité et l'intervalle entre les naissances, respectivement, et l'on sait que les familles ayant davantage d'enfants investissent parfois moins dans leur éducation. Les problèmes d'équité restent une préoccupation centrale de la Banque dans la mesure où les pauvres ont moins de chances d'avoir accès à des services de planification familiale ou à d'autres services de santé génésique car ils sont moins bien informés que les groupes plus aisés et ont davantage de barrières, notamment financières, qui les empêchent d'accéder à ces services. D'autres groupes vulnérables moins susceptibles d'être desservis par les services de santé génésique sont les adolescents, les populations rurales et d'autres groupes marginalisés. Il est important que les programmes démographiques et de santé génésique continuent de développer la demande pour la planification familiale par le biais d'une meilleure information et de services plus accessibles et plus adaptés aux besoins, cette demande pouvant avoir des conséquences notables sur la fécondité comme cela est exposé au chapitre 2. Mais l'on ne peut pas compter uniquement sur l'amélioration des services de santé pour faire baisser la fécondité. Il est indispensable d'augmenter le niveau d'instruction des filles, d'assurer aux femmes l'égalité des chances dans la société et de réduire le pourcentage de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté si l'on veut obtenir des diminutions durables de la fécondité.

La Banque est bien placée pour aider les pays à s'attaquer à ces problèmes grâce aux échanges qu'elle entretient avec les plus hautes autorités gouvernementales, chargées aussi bien de la santé que des finances et de la planification. Elle dispose là d'un atout important, l'économie politique étant de plus en plus reconnue comme un facteur essentiel pour la mise en œuvre des programmes d'action en matière de démographie et de santé génésique, en particulier dans les pays à fécondité élevée. Le fait qu'elle soit active dans beaucoup de secteurs peut créer des synergies susceptibles d'accélérer les progrès par rapport à une intervention étroitement limitée à la planification familiale. La Banque aura besoin que ses partenaires — le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les grands organismes d'aide bilatérale — apportent leurs compétences techniques et administratives dans des domaines tels que l'achat de contraceptifs, la fourniture de services et la création d'une demande. La Banque devra travailler avec les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations locales pour s'assurer que les pauvres et les autres publics féminins difficiles à toucher aient accès à des services de santé génésique, et faciliter la coopération avec les populations locales afin d'améliorer la demande pour ces services. Il lui faudra aussi remettre ces questions à l'ordre du jour en interne et définir une position commune dans laquelle les problèmes de fécondité excessive seront à nouveau abordés avec les gouvernements.

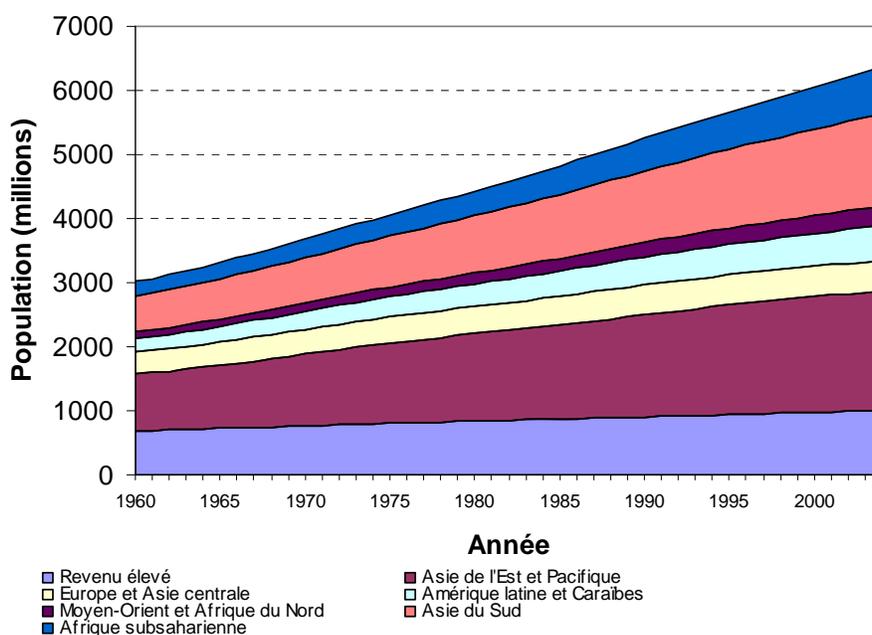
## 2. LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE : PROBLEMES ACTUELS ET NOUVEAUX ENJEUX

### TENDANCES DEMOGRAPHIQUES MONDIALES

Le monde connaît aujourd'hui d'importantes mutations démographiques. Au cours des dernières décennies, les niveaux de fécondité ont diminué plus vite que ce qu'avaient prévu la plupart des démographes, même dans certains des pays les plus pauvres (World Bank 2001). En 1970, le Bangladesh affichait certains des indicateurs sociaux les plus mauvais et les revenus les plus bas de la planète, avec un ISF d'environ sept enfants par femme ; son ISF tourne à présent autour de trois enfants par femme. Le même phénomène s'observe dans des pays d'Asie de l'Est, d'Amérique latine et de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord. Le déclin général de la fécondité, associé aux baisses de mortalité enregistrées dans la plupart des pays, a entraîné des modifications de la pyramide des âges et des taux de croissance démographiques dont les conséquences sont très importantes pour des secteurs tels que la santé, l'éducation, les marchés de l'emploi et la protection sociale.

Pendant la seconde moitié du XXe siècle, la population mondiale a plus que doublé pour atteindre 6 milliards d'individus (figure 2.1), soit une augmentation colossale de 3 milliards de personnes en l'espace de seulement 40 ans. À la mi-2005, le monde comptait environ 6,5 milliards d'habitants, et bien que le taux de croissance soit redescendu à 1,2 % par an, la population augmente chaque année de 75 millions de personnes en cette première décennie du XXIe siècle. Les prévisions annoncent 9,1 milliards d'habitants d'ici 2050, mais on estime peu probable que la population double à nouveau (UN 2004).

Figure 2.1 Population mondiale par région, 1960-2005

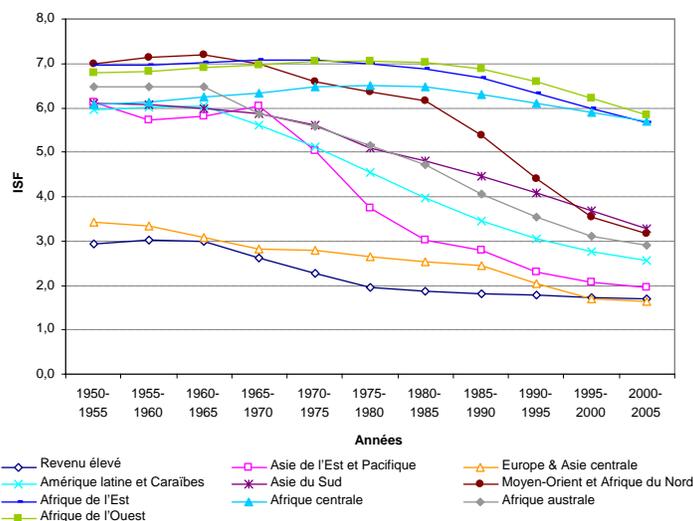


Source : World Bank 2006a.

Comme il a été dit plus haut, la plupart des régions en développement du monde ont enregistré une baisse de la fécondité (figure 2.2). La fécondité continue aussi de diminuer dans les pays à revenu élevé, et les ISF sont passés en dessous du niveau de remplacement égal à environ deux enfants par femme, dans tous les États membres de l'Union européenne (UE). La seule région n'ayant connu qu'un faible recul de la fécondité est l'Afrique subsaharienne, où la fécondité moyenne reste supérieure à cinq enfants par femme. De la même façon, la mortalité a diminué dans toutes les régions depuis 1960, l'Afrique subsaharienne restant loin derrière les autres régions. L'évolution de la fécondité et de la mortalité depuis le milieu du siècle dernier montre tout d'abord une divergence dans les schémas démographiques entre les régions, suivie d'une convergence progressive vers des indices de fécondité bas et des niveaux d'espérance de vie élevés (figures 2.2 et 2.3). La seule exception à cette convergence est la région subsaharienne.

La baisse rapide de la fécondité et le ralentissement de la croissance démographique ont désamorcé le débat sur l'incidence de la croissance démographique sur le développement, le problème apparaissant moins important pour les pays à revenu faible ou intermédiaire compte tenu des taux démographiques actuels (Sinding 2000). Toutefois, on s'aperçoit de plus en plus que la diminution de la fécondité n'a pas touché tous les pays, et que certains connaissent toujours des taux de croissance de plus de 3 % par an — soit un doublement de population en moins de 25 ans — et que les pays où la fécondité a reculé se trouvent confrontés à de nouveaux problèmes, comme l'arrivée de générations jeunes nombreuses sur le marché de l'emploi ou le vieillissement de la population.

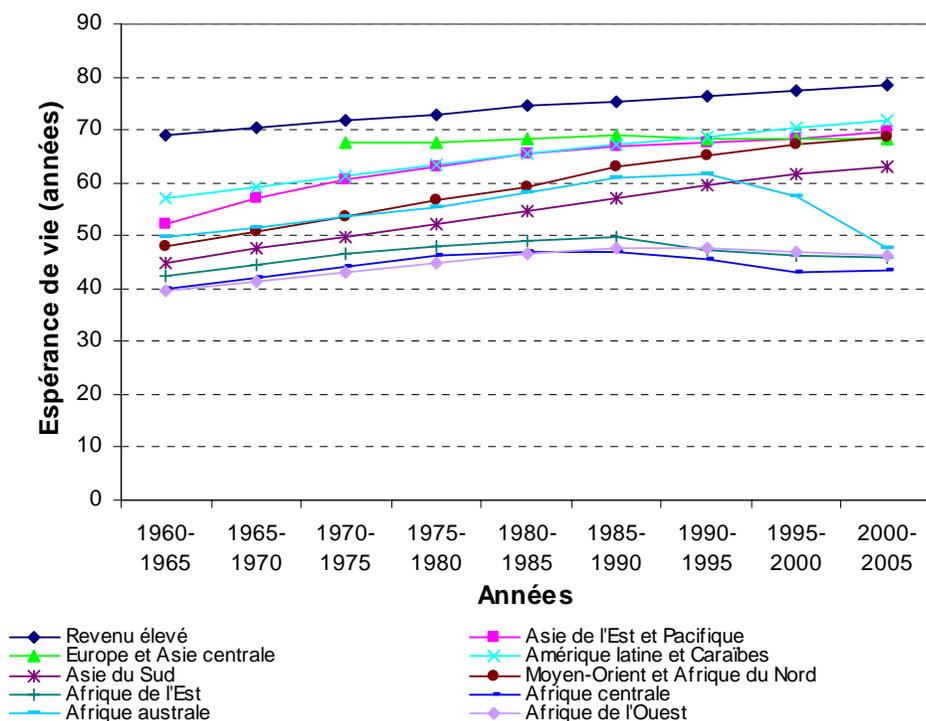
**Figure 2.2 Évolution de l'indice synthétique de fécondité par région, 1950 -2005**



Source : UN 2004.

Parmi les pays où la fécondité et la mortalité ont reculé, des différences importantes subsistent encore. Le rythme du déclin de la fécondité varie beaucoup, et certains pays se retrouvent aujourd'hui très en dessous du niveau de remplacement, alors que d'autres se sont stabilisés au-dessus. D'autres écarts concernent l'âge auquel les femmes ont le plus de probabilité d'avoir des enfants, et les risques de mortalité auxquels est exposée la population à différents âges. De ce fait, les structures de la population par âge et par sexe resteront diversifiées pendant plusieurs dizaines d'années.

**Figure 2.3 Évolution de l'espérance de vie par région, 1960 -2005**



Sources : UN 2004 ; World Bank 2006a.

Malgré les baisses de fécondité, la population mondiale devrait continuer à augmenter pendant les prochaines décennies, de plus en plus non pas à cause d'une fécondité élevée mais du potentiel d'accroissement démographique<sup>2</sup> dû à la jeunesse de la population dans les pays où la diminution de la fécondité est récente. Dans les décennies à venir, les démographes tablent sur une augmentation de 2,6 milliards de la population mondiale, la quasi-totalité de la hausse étant prévue dans les pays en développement. Même si c'est en Afrique que la croissance sera la plus rapide, la part prédominante de l'Asie dans la population mondiale actuelle (60 % en 2005) fait que l'essentiel des enfants nés entre 2005 et 2050 seront asiatiques.

On observe une autre évolution importante dans le monde sur le plan de la pyramide des âges. Près de la moitié de la population de la planète a aujourd'hui moins de 25 ans, et neuf sur dix de ces jeunes vivent dans des pays en développement. En même temps, la baisse de la fécondité accélère le vieillissement des populations, en particulier dans les pays où cette baisse a commencé il y a déjà un certain temps, c'est-à-dire non seulement les pays à revenu élevé, mais aussi des pays à revenu faible ou intermédiaire en Asie de l'Est et dans les régions Europe et Asie centrale, et Amérique latine et Caraïbes.

<sup>2</sup> Le potentiel d'accroissement démographique, ou élan démographique, est la tendance qu'a la croissance démographique à se poursuivre après qu'un pays a atteint le niveau de remplacement en raison de la concentration relativement élevée des individus en âge de procréer. Ce phénomène est dû à des taux de fécondité élevés dans le passé, qui ont généré une population jeune importante. Lorsque ces générations seront en âge de procréer, le nombre de naissances sera supérieur au nombre de décès, même avec des taux de fécondité faibles.

Bien que les schémas démographiques convergent dans beaucoup de régions, les pays qui restent en arrière sur le plan de la baisse de la fécondité et de la mortalité sont de plus en plus différents du reste du monde. Plus les pays mettront longtemps à passer à des taux de fécondité et de mortalité faibles, plus la « fracture démographique » deviendra importante. Le tableau 2.1 illustre ce phénomène en comparant deux pays (le Nigéria et la France) qui avaient le même nombre d'habitants en 1950 mais qui sont arrivés à des populations totales très différentes en 2005. Ces deux pays constituent un exemple type des écarts considérables qui continuent de se creuser entre les deux côtés de la fracture.

**Tableau 2.1 La fracture démographique : le Nigéria et la France**

Caractéristiques démographiques	Nigéria		France	
	1950	2005	1950	2005
Population (millions)	32,8	131,5	41,8	60,5
Indice synthétique de fécondité	6,9	5,9	2,7	1,9
Naissances annuelles (millions)	1,7	5,5	0,8	0,7
Décès annuels (millions)	1,0	2,4	0,5	0,6
Espérance de vie à la naissance (années)	36	44	67	80
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances)	184	100	45	4
Adultes atteints du VIH/sida (2003), (%)	.	5,4	.	0,4
RNB PPA par habitant <sup>3</sup> (USD)	.	1 040	.	30 540

Sources : UN 2004 ; World Bank 2006a, 2007a.

Un autre phénomène enregistré au cours des dernières décennies a été l'augmentation rapide du nombre de migrants internationaux. En 1965, le nombre de personnes nées dans un pays mais résidant dans un autre était estimé à 75 millions ; il était passé à 191 millions en 2005 (Bloom et Canning 2006 ; NRC et IOM 2005). Bien qu'elles concernent moins de 3 % de la population mondiale, les migrations sont inégalement réparties, plus de la moitié des migrants internationaux étant originaires de seulement 10 pays (UN 2005). Il est difficile d'anticiper les flux migratoires internationaux futurs, qui dépendent à la fois des préférences individuelles et des lois nationales sur l'immigration susceptibles de permettre ou d'empêcher les mouvements entre les frontières.

## ENJEUX DEMOGRAPHIQUES DANS LES PAYS A FECONDITE ELEVEE, INTERMEDIAIRE ET FAIBLE

Dans ce document, les pays ont été regroupés en trois catégories aux fins de repérer les problèmes démographiques globalement similaires. La première catégorie rassemble les pays à fécondité élevée (ISF supérieur à 5,0), présentant souvent peu d'évolution de la fécondité dans le temps. La deuxième catégorie comprend les pays à fécondité intermédiaire, dont l'ISF se situe entre 2,5 et 5,0. La troisième catégorie regroupe les pays dont les indices de fécondité sont proches du niveau de remplacement (ISF autour de 2,1) ou, dans un nombre croissant de pays, inférieur au niveau de remplacement. Cette subdivision permet de décrire les problèmes démographiques généraux auxquels les pays sont confrontés ; des analyses des tendances démographiques au niveau de chaque pays sont ensuite nécessaires pour identifier les problèmes particuliers et voir comment y faire face. Le tableau 2.2 résume certaines des caractéristiques des pays, basées sur les niveaux de fécondité.

<sup>3</sup> RNB PPA par habitant = revenu national brut en parité de pouvoir d'achat, divisé par la population.

**Tableau 2.2 Caractéristiques des pays en fonction de leurs niveaux de fécondité**

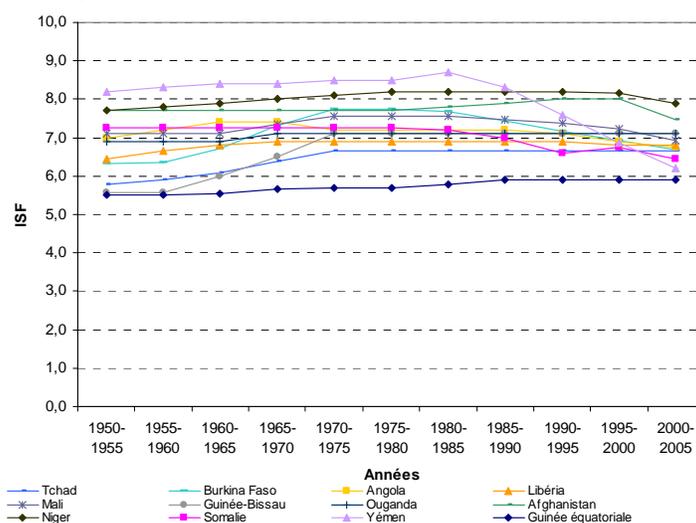
Indicateur	Indice synthétique de fécondité (ISF)		
	ISF > 5 [dispersion]	2,5 > ISF > 5 [dispersion]	ISF < 2,5 [dispersion]
Revenu national brut (RNB) par habitant (USD)	344 [90-950]	1 110 [250-17 360]	10 502 [540-56 380]
Espérance de vie à la naissance (années)	46 [38-61]	63 [36-79]	74 [61-82]
Mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000)	175 [59-283]	75 [6-156]	25 [3-106]
Taux d'achèvement du cycle primaire, total (% de la tranche d'âge concernée)	52 [25-89]	93 [29-107]	98 [75-114]
Population âgée de 65 ans et plus (%)	3 [2-3]	4 [2-10]	11 [1-20]

Sources : UN 2004 ; World Bank 2004.

### Pays à fécondité élevée

Le premier groupe comprend 35 pays, dont 31 situés dans les régions orientale, occidentale et centrale de l'Afrique subsaharienne (telles que définies par l'ONU), et 4 dans d'autres régions (Timor oriental, Afghanistan, Djibouti et Yémen) (cf. tableau de l'annexe 2a). Dans ces pays, la fécondité est restée supérieure à cinq enfants par femme ; la plupart du temps, les dernières décennies ont apporté peu de changement (figure 2.4). Pratiquement tous les pays à fécondité élevée appartiennent à la catégorie des pays à revenu faible (à l'exception de l'Angola et de la Guinée équatoriale qui sont des pays à revenu intermédiaire), et ont en commun d'avoir un pourcentage élevé de population de moins de 15 ans et un faible pourcentage de population âgée. En règle générale, les indicateurs sociaux sont médiocres, avec des niveaux d'instruction faibles, une mortalité élevée et des niveaux de pauvreté élevés (tableau 2.2).

**Figure 2.4 Pays à fécondité élevée : évolution de la fécondité, 1950 -2005**

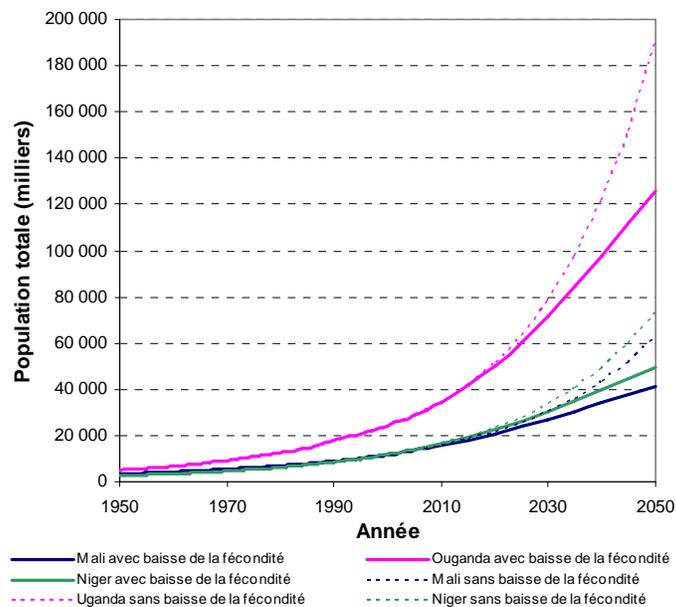


Source : UN 2004.

La croissance démographique est généralement forte dans les pays à fécondité élevée — sauf dans les pays où la prévalence du VIH est très importante, dans lesquels la mortalité a augmenté ces dernières années et les taux de croissance ont chuté en dessous de 1 % par an. L'impact futur de la mortalité due au sida sur les taux de croissance démographique dépendra de l'évolution imprévisible de l'épidémie et de l'efficacité des actions menées pour la combattre, mais l'on ne prévoit pas de baisse de la population en Afrique subsaharienne. Les projections démographiques montrent que, dans quelques pays d'Afrique australe où la fécondité a diminué parallèlement à une hausse rapide de la mortalité due au sida, la croissance démographique pourrait passer en dessous de zéro. Toutefois, si l'on tient compte des récentes réévaluations du Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) sur la prévalence du VIH, ainsi que de l'amélioration de l'accès aux médicaments contre le sida, cette situation semble moins probable qu'à l'époque où les projections de l'ONU ont été publiées (UN 2005). Pour la plupart des pays du groupe à fécondité élevée, les projections indiquent un doublement ou un triplement de la population, même en tablant sur une baisse de la fécondité. La figure 2.5 montre que les populations du Mali, de l'Ouganda et du Niger tripleraient d'ici 2050 même dans les scénarios optimistes d'un recul de la fécondité. Si la fécondité devait se stabiliser aux niveaux actuels, la population serait multipliée par 5. Il est difficile de dire à l'heure actuelle si de tels niveaux de population seraient possibles dans ces pays, ou si la mortalité et les migrations limiteraient l'ampleur de l'augmentation.

La pyramide des âges dans ces pays à croissance démographique rapide présente un profil pyramidal, indiquant un pourcentage important de population jeune, et devrait conserver cette forme selon les projections. Le vieillissement de la population ne devrait pas constituer un problème dans un avenir prévisible.

**Figure 2.5 Estimations de la population totale et projections avec et sans baisse de la fécondité pour le Mali, l'Ouganda et le Niger, 1950-2050**

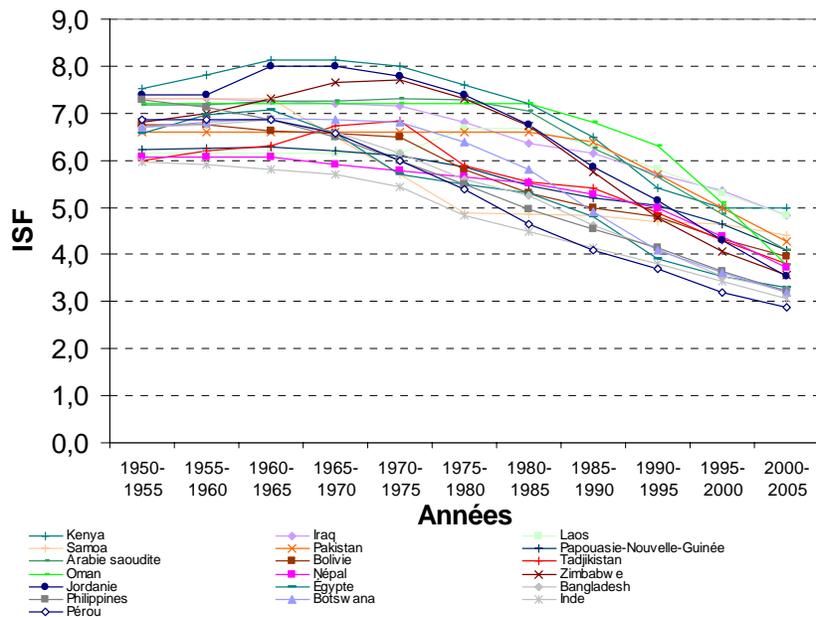


Source : World Bank 2007a.

## Pays à fécondité intermédiaire

La seconde catégorie de pays regroupe des États situés principalement dans les régions Moyen-Orient et Afrique du Nord, Asie de l'Est et Pacifique, Afrique australe, Amérique latine et Caraïbes, et Asie du Sud, dans lesquels la fécondité, auparavant élevée, a diminué rapidement pour atteindre une moyenne d'environ trois enfants par femme, et devrait continuer à diminuer si l'on se fonde sur les tendances récentes. Ce groupe de pays présente de grandes variations en termes d'indicateurs socioéconomiques : il comprend des pays à revenu faible ou intermédiaire, mais aussi quelques pays à revenu élevé (Arabie saoudite, Israël et Qatar). Les niveaux de fécondité diffèrent selon le moment où la baisse s'est amorcée et le rythme de cette baisse (figure 2.6). Dans beaucoup de ces pays, la diminution de la fécondité est imputable à des programmes de planification familiale ayant réussi à développer la contraception. Mais les moyennes générales masquent souvent de gros écarts : dans bien des cas, les ménages pauvres ont encore des niveaux élevés de fécondité et de besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

**Figure 2.6 Pays à fécondité intermédiaire : évolution de la fécondité, 1950-2005**



Source : UN 2004.

Beaucoup de ces pays ont des générations nombreuses d'adolescents et de jeunes adultes, nés à l'époque où les taux de fécondité étaient élevés (figures 2.7a, 2.7b). Ces tendances se traduisent par un ratio de dépendance démographique faible aussi bien des jeunes que des personnes âgées, avec un grand nombre de jeunes travailleurs qui arrivent sur le marché de l'emploi. Face à cette surreprésentation des jeunes, les pouvoirs publics vont devoir prendre des mesures pour offrir à cette population des possibilités d'instruction et d'emploi, afin de pouvoir recueillir les fruits du « dividende démographique » (World Bank 2006b).

Globalement, les pays de ce groupe vont continuer à voir leur population augmenter du fait du potentiel d'accroissement démographique créé par les générations nombreuses en âge de procréer. Au cours des prochaines décennies, ces pays seront de plus en plus nombreux à être

confrontés au vieillissement rapide de leurs populations lorsque ces générations sortiront de la vie active.

**Figure 2.7** Pyramides des âges du Honduras et de l'Égypte, 2005 et 2030

Figure 2.7a : Pyramide des âges du Honduras, 2005 et 2030

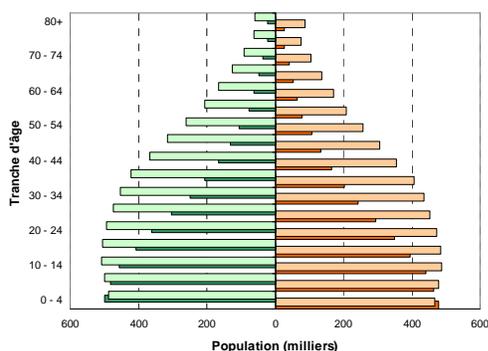
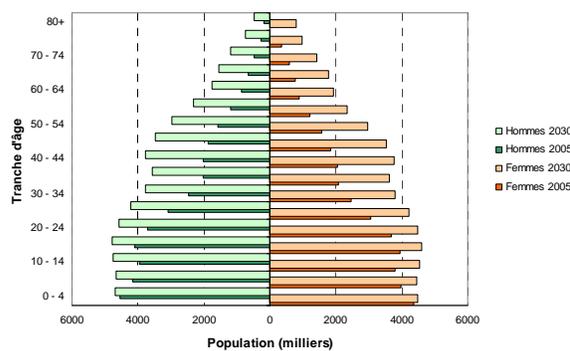


Figure 2.7b : Pyramide des âges de l'Égypte, 2005 et 2030

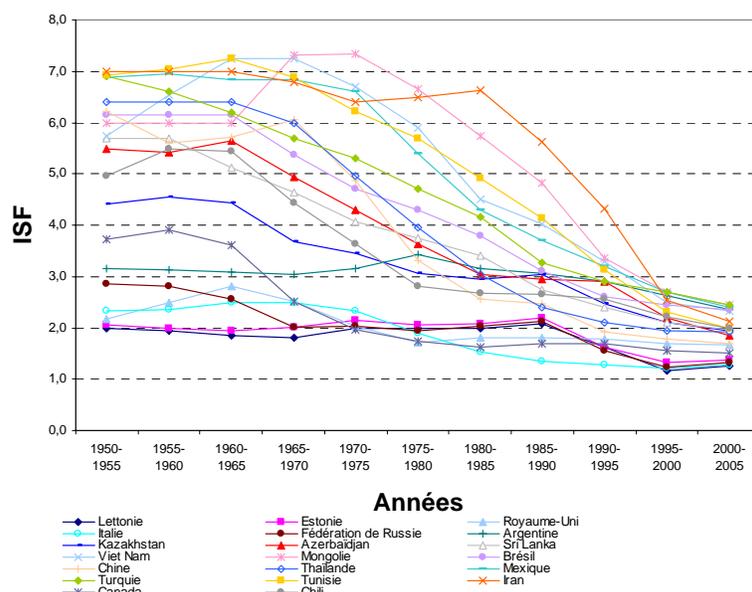


Source : UN 2004.

### Pays à fécondité faible

La troisième catégorie comprend des pays appartenant pour la plupart au groupe des pays à revenu élevé et comprenant beaucoup de pays de la région Europe et Asie centrale, dans lesquels la fécondité est faible (inférieure à 2,5 enfants par femme) depuis déjà un certain temps (figure 2.8). Certains pays à revenu faible ou intermédiaire d'autres régions (Myanmar, Sri Lanka, Viet Nam, Brésil, Tunisie, etc.) sont aussi descendus depuis peu à des niveaux de fécondité faibles.

**Figure 2.8** Pays à faible fécondité, 1950-2005



Source : UN 2004.

## Figure 2.9 Pyramide des âges de la Thaïlande et de l'Ukraine, 2005 et 2030

Figure 2.9a : Pyramide des âges de la Thaïlande, 2005 et 2030

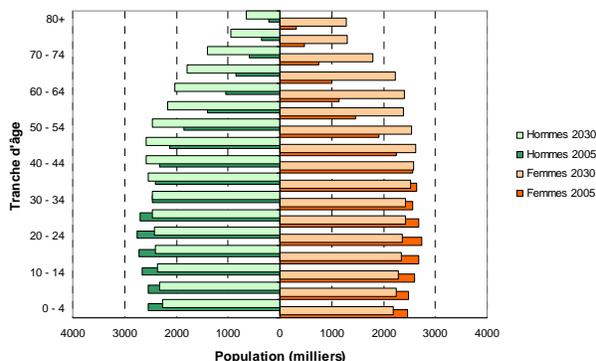
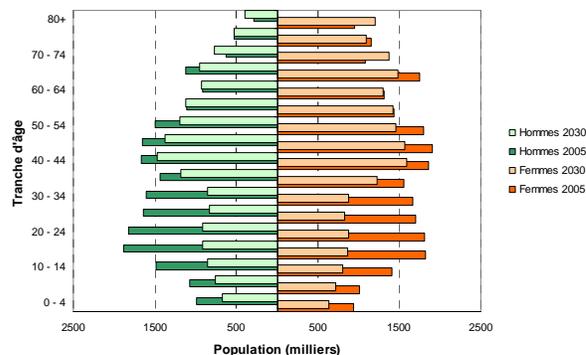


Figure 2.9b : Pyramide des âges de l'Ukraine, 2005 et 2030

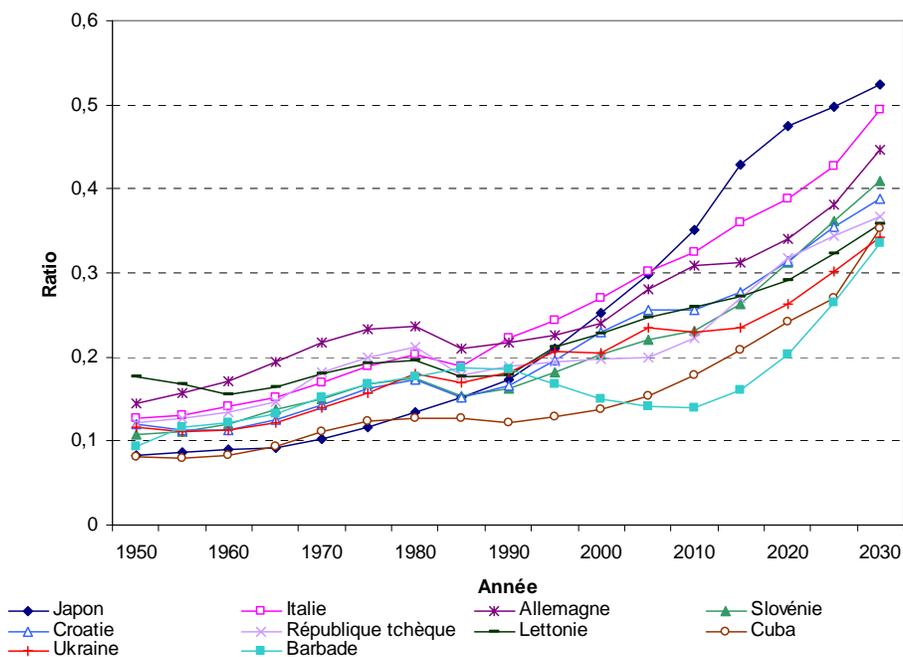


Source : UN 2004.

En dehors des pays qui viennent seulement d'entrer dans cette catégorie (figure 2.9a), la plupart ont des générations jeunes relativement peu nombreuses et des générations plus âgées en croissance rapide (figure 2.9b, figure 2.10). Le problème que constitue déjà le vieillissement dans chaque pays ou le nombre d'années restant avant qu'il ne le devienne dépend de la durée écoulée depuis que la fécondité est faible et du niveau auquel l'ISF est descendu. Certains pays de ce groupe bénéficient encore du « dividende démographique » car ils ont des ratios de dépendance faibles (jeunes et personnes âgées), avec des générations nombreuses en âge de travailler, mais la plupart ont dépassé ce stade.

Dans certains pays, en particulier ceux où la fécondité est descendue à des niveaux très bas pendant une période prolongée, la croissance démographique est devenue négative (c'est le cas de la Russie et de l'Ukraine), et le nombre de pays à fécondité faible qui vont connaître un déclin de leur population va augmenter dans les prochaines décennies. Certains pays ont adopté des politiques natalistes destinées à augmenter l'indice de fécondité, d'autres ont autorisé des soldes migratoires plus élevés pour compenser la baisse du taux d'accroissement naturel de la population. Dans la région Europe et Asie centrale, des pays ont enregistré de véritables chutes du nombre de naissances dans les années 90, et certaines pyramides présentent un profil « champignon » caractéristique des pays vieillissants (figure 2.9b). On se trouve ici dans une situation de potentiel d'accroissement démographique négatif : même si la fécondité repassait au-dessus du niveau de remplacement, le taux de croissance démographique n'augmenterait pas immédiatement car le nombre de personnes en âge de procréer restera relativement faible pendant un certain temps.

**Figure 2.10 Ratio de dépendance des personnes âgées : évolution dans certains pays à ISF faible**



Source : UN 2004.

## FACTEURS PLURISECTORIELS DE L'ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ

Les experts en sciences sociales ont analysé en détail les raisons qui sous-tendent la baisse de la fécondité (ou l'absence de baisse). Deux types différents de facteurs sont généralement distingués : les variables sociales, culturelles et économiques qui influent sur le nombre d'enfants qu'une femme ou un couple décide d'avoir, et les variables biologiques et comportementales (souvent appelées « facteurs proximaux ») à travers lesquels les variables socioéconomiques opèrent (Bongaarts et Potter 1983). Les deux ensembles de facteurs sont utiles pour comprendre l'évolution de la fécondité, car des modifications des variables socioéconomiques peuvent affecter les facteurs proximaux de façon inattendue. Ainsi, un niveau d'instruction plus élevé chez les filles est souvent associé à une augmentation de l'utilisation de moyens contraceptifs entraînant une baisse de la fécondité, mais aussi à une réduction de la durée de l'allaitement qui augmente la fécondité en l'absence de contraception<sup>4</sup>.

Parmi les principaux facteurs socioéconomiques identifiés dans beaucoup d'analyses (Rutstein 2002) comme étant corrélés au niveau de fécondité, on peut citer le niveau d'instruction des femmes (Ainsworth, Beegle, et Nyamete 1996 ; Cleland et Sindling 2005 ; Cochrane 1979 ; Tan et Haines 1984), la situation par rapport à l'emploi (Barkat-e-khuda, Roy, et Rahman 2000 ; Stakes et Hsieh 1983), le milieu urbain ou rural, la pauvreté du ménage (Gwatkin et al. 2004 ;

<sup>4</sup> Les facteurs proximaux de fécondité identifiés par Bongaarts et Potter sont le pourcentage de femmes en couple, la fréquence des rapports sexuels, la durée de l'abstinence post-partum et de l'aménorrhée d'allaitement, l'infécondabilité post-partum, l'emploi d'une contraception, la stérilité et la prévalence de l'avortement provoqué.

Gwatkin, Wagstaff, et Yazbeck 2005), le coût de l'éducation des enfants, le coût de la contraception, l'autonomie des femmes (Hogan, Berhanu, et Hailemariam 1999 ; Hindin 2000 ; ESCAP 1987), et la profession du mari (Rutstein 2002). Certains facteurs culturels influent sur le nombre d'enfants que les couples souhaitent avoir, ainsi que sur l'acceptabilité des moyens de maîtriser la fécondité par la contraception et l'avortement. Les politiques gouvernementales réglementent la disponibilité des contraceptifs et peuvent affecter leur emploi. Les organismes publics et les organisations de la société civile influencent la fécondité par les programmes de planification familiale qui fournissent des informations et des produits contraceptifs. Dans les pays à fécondité faible, les politiques natalistes peuvent imposer des congés de maternité ou paternité et prévoir des subventions destinées à encourager la hausse de la fécondité.

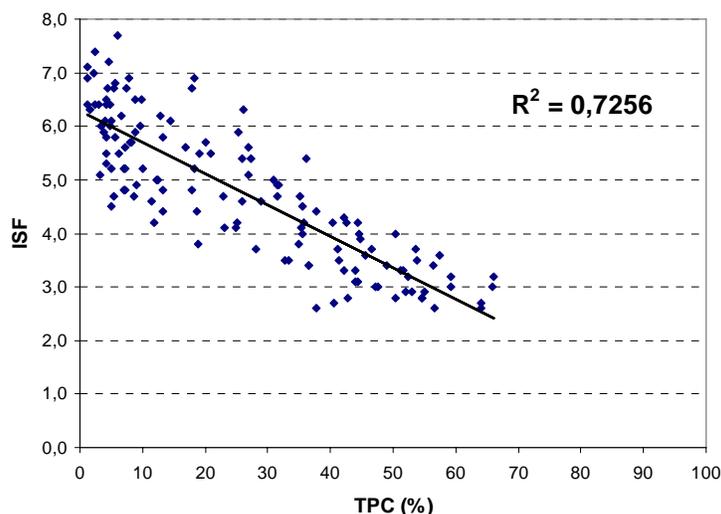
### **Encadré 1 Interventions plurisectorielles et effet synergétique sur la fécondité en Éthiopie**

Des études d'évaluation de l'impact des programmes de planification familiale dans les pays en développement ont montré que le fait pour une femme de pouvoir bénéficier de services de planification familiale pendant sa période de fertilité (15-49) réduirait sa descendance finale de 0,5 à 1,5 enfant, la plupart des estimations pointant plutôt vers le bas de cette fourchette. C'est également ce qui ressort d'une récente étude complète qui a examiné le démarrage de la baisse de la fécondité en Éthiopie en analysant l'incidence des facteurs intermédiaires de fécondité et en faisant appel à des méthodes microéconométriques (World Bank 2006). L'étude sur l'Éthiopie a souligné l'importance de l'instruction féminine et de l'émancipation des femmes, du revenu du ménage et de l'urbanisation, *associés* à la disponibilité de services de planification familiale, pour réduire la fécondité. Outre son effet sur la propre fécondité d'une femme, dû pour une grande part au fait qu'elle retarde l'âge du mariage, et donc du premier enfant, l'instruction se révèle avoir aussi des effets externes positifs, à savoir que les femmes habitant dans des communautés où les femmes sont plus instruites ont en général moins d'enfants, toutes choses égales par ailleurs. Contrairement à ce que l'on lit souvent dans la littérature, le niveau d'instruction en Éthiopie commence à avoir des effets sur la fécondité dès les études primaires, bien que ces effets soient plus importants à partir des études secondaires (ce qui correspond à la situation observée dans d'autres pays). L'émancipation des femmes est également associée à un plus petit nombre de naissances. Plus elles gagnent d'argent, plus les femmes tendent à avoir un plus grand pouvoir de décision sur leurs gains monétaires, et plus leur fécondité diminue. Le doublement du revenu d'un ménage est associé, en moyenne, à 1 à 1,5 naissance en moins dans la famille (en milieu rural, les femmes ont en moyenne 0,4 enfant de plus qu'en milieu urbain).

*Source* : World Bank 2006b.

Les programmes de planification familiale ont représenté la principale intervention expressément destinée à faire évoluer la fécondité dans les pays en développement en encourageant l'utilisation de moyens contraceptifs modernes. Ces programmes ont donné de bons résultats dans beaucoup de contextes démunis, ainsi que dans des pays où d'autres facteurs, par exemple l'instruction et l'autonomie des femmes, ne favorisent pas la baisse de la fécondité (Bangladesh, Indonésie). Les programmes qui ont obtenu un niveau élevé de prévalence de la contraception ont aussi permis de réduire la fécondité, comme on le voit à la figure 2.11.

**Figure 2.11 Relations entre l'indice synthétique de fécondité et la prévalence de la contraception (méthodes modernes)**



Sources : études démographiques et de santé.

### **Encadré 2 Comment le Bangladesh est parvenu à diminuer son indice de fécondité**

Au Bangladesh, la fécondité est passée de près de sept enfants par femme en 1975 à trois en 2004. L'importance accordée à la planification familiale par le pouvoir politique et le recours à une approche programmatique stratégique ont eu des effets importants sur le comportement procréateur, malgré d'immenses obstacles économiques, sociaux et culturels, comme par exemple les faibles niveaux d'instruction et le statut des femmes. À lui seul, le facteur offre — un programme de planification familiale ciblé — a contribué notablement à la baisse de la fécondité. Si celle-ci a pu diminuer plus vite que prévu, c'est grâce à l'efficacité des actions d'information et de communication dans le domaine de la planification familiale, qui ont modifié les préférences des couples et des femmes pauvres sur la taille de la famille, et aux services de santé et de planification familiale assurés par un grand nombre de travailleurs sociaux déployés en milieu rural en tant que « aides familiales ».

Les principales leçons tirées de la réussite bangladaise sont tout d'abord que les programmes ne doivent pas s'occuper simplement de fournir des contraceptifs, et deuxièmement que lorsque les programmes sont conçus pour répondre aux besoins et tenir compte des sensibilités des clients, l'utilisation de moyens de contraception peut augmenter et la baisse de la fécondité peut s'accélérer. L'expérience du Bangladesh met également en évidence l'intérêt qu'il y a à s'appuyer sur les capacités disponibles à l'intérieur du pays et à développer des programmes de planification familiale de façon progressive.

Sources : Merrick 1993 ; Cleland et al. 1994; Ginneken et Razzaque 2003 ; ORC Macro 2006.

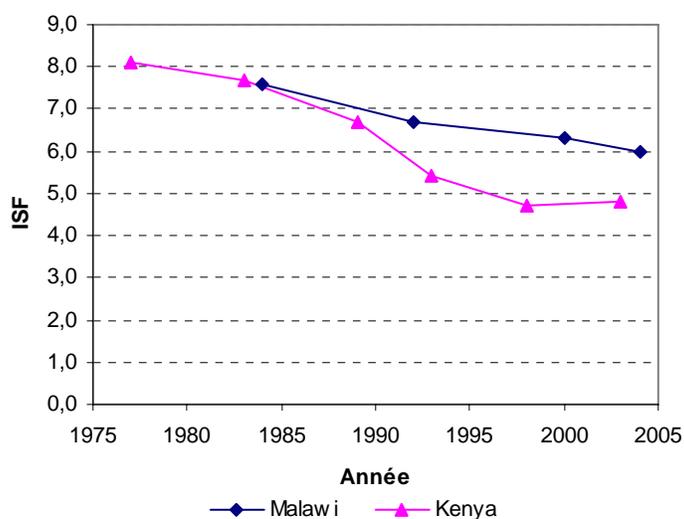
Les changements socioéconomiques sont aussi des facteurs d'évolution importants de la fécondité, et une baisse de la fécondité a ensuite des conséquences sur d'autres secteurs que la population. Plus particulièrement, les interactions entre fécondité et instruction, taux d'activité des femmes, mortalité infanto-juvénile et égalité des sexes sont largement établies. Récemment, des analyses ont été menées sur l'association entre les variables démographiques et les ODM, montrant qu'une fécondité faible va faciliter l'obtention de plusieurs des objectifs définis (UN 2004). Par exemple, un nombre de grossesses moins élevé réduirait le risque de mortalité

maternelle au cours d'une vie entière (ODM 5), et un intervalle plus long entre les naissances diminuerait la mortalité infantile (ODM 4). De la même façon, une famille moins nombreuse est associée à des niveaux plus élevés de scolarisation (ODM 2), à un taux d'activité des femmes supérieur (ODM 3) et à des réductions de la pauvreté des ménages (ODM 1).

## L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : UN CAS A PART

Sur les 35 pays qui présentent des niveaux de fécondité élevés (définis ici comme un ISF supérieur ou égal à 5), 31 sont situés en Afrique subsaharienne. Dans certains d'entre eux, la fécondité est restée pratiquement constante au cours des dernières décennies, tandis que dans d'autres, on a observé un déclin progressif, même si les niveaux restent élevés. Ainsi, au Malawi, les estimations de l'ISF publiées dans les enquêtes démographiques et de santé montrent un recul de 7,6 en 1984 à 6,0 en 2004 — une diminution très lente par rapport aux pays des autres régions. De même, le Burkina Faso, le Nigéria et le Mozambique ont connu des baisses lentes. D'autres pays de la région (Tanzanie, Kenya) ont enregistré des baisses mais leur ISF a recommencé à augmenter récemment, phénomène rare après une baisse de la fécondité (figure 2.12).

**Figure 2.12** Évolution de la fécondité au Malawi et au Kenya pour les années disponibles



*Sources* : enquêtes démographiques et de santé ; enquête sur la composition des familles au Malawi 1984 ; enquête sur la fécondité au Kenya 1977-1978 ; enquête démographique nationale au Kenya 1983.

La fécondité a diminué dans le monde entier, même dans des pays à faibles ressources (par exemple le Viet Nam, le Bangladesh), dans des pays où le niveau d'instruction féminine est bas (comme Haïti ou le Cambodge), dans des pays où le taux d'activité des femmes est bas (comme en Égypte ou en Turquie) et dans des pays à fortes inégalités entre hommes et femmes (par exemple l'Iran, l'Inde). Alors pourquoi trouve-t-on en Afrique subsaharienne aussi peu de pays à avoir enregistré des diminutions prolongées de la fécondité ?

Bien que plusieurs des facteurs socioéconomiques et culturels associés à une fécondité élevée soient présents en Afrique subsaharienne (Acsadi et G.Johnson-Acsadi 1990), le fait peut-être le plus important est que la demande d'enfants soit restée forte. C'est pourquoi les méthodes

contraceptives modernes sont restées peu utilisées et les actions menées pour les promouvoir ont donné peu de résultats. Le non-recours à la contraception dans beaucoup de pays à forte fécondité en Afrique subsaharienne s'explique principalement par le souhait d'avoir davantage d'enfants, plus que par le manque d'information sur le contrôle de la fécondité ou par le manque d'accès à une contraception (voir en annexe le tableau 2e). Si l'on veut faire baisser la fécondité dans les pays d'Afrique subsaharienne, il faut donc cibler les interventions sur la forte demande d'enfants.

### 3. FONDEMENTS DE L'INTERVENTION DE LA BANQUE

La croissance économique, la réduction de la pauvreté et l'équité constituent les fondements de toute intervention de la Banque dans un secteur ou un sous-secteur. Le présent chapitre examine la relation entre ces trois domaines et les variables démographiques afin de mieux comprendre pourquoi les enjeux démographiques sont au cœur du travail de la Banque.

#### DEMOGRAPHIE ET CROISSANCE ECONOMIQUE

La relation entre croissance démographique et développement a suscité de nombreux débats. Selon les premiers avis sur le sujet, exprimés par Malthus, la croissance de la population aurait un effet négatif sur la croissance des revenus car elle crée une surcharge, au moins à court terme, sur les ressources naturelles peu abondantes ainsi que sur les ressources renouvelables créées par l'homme, par exemple les infrastructures et le capital (Bloom et Canning 2006). Au milieu des années 50, les économistes du développement ont commencé à s'intéresser aux travaux de démographes économiques, notamment à l'analyse conduite sur l'Inde en 1958 par Coale et Hoover (Robinson et Ross, à paraître). Pendant les années 60 et 70, les bailleurs de fonds bilatéraux et les organismes multilatéraux d'aide au développement, y compris la Banque mondiale, se sont mis à investir dans des programmes de planification familiale dans l'optique de limiter la croissance démographique, qui était considérée comme un obstacle au développement économique dans les pays pauvres. Suite à la publication de l'ouvrage *The Population Bomb* (Ehrlich 1968), dans lequel l'augmentation rapide de la population mondiale était décrite comme une « explosion démographique », le recours à la planification familiale pour freiner la croissance démographique a rapidement gagné en popularité au sein de la communauté internationale, et bénéficié d'un soutien accru de la part des bailleurs de fonds.

Au milieu des années 80, alors que la baisse de la fécondité était bien engagée dans certaines parties du monde en développement, les avis sur la démographie et le développement sont devenus plus nuancés. En 1986, l'idée d'un « neutralisme démographique » a été avancée dans une étude de l'Académie des sciences des États-Unis qui a eu d'importants retentissements. Tout en étant globalement favorable aux efforts déployés pour abaisser les taux de croissance démographiques très élevés des pays en développement, cette étude accordait, par rapport aux travaux publiés antérieurement, une importance beaucoup moins grande à la démographie en tant que cause de lenteur de la croissance économique par habitant. L'étude concluait que « les interactions entre croissance démographique et développement sont complexes et difficiles à mesurer en termes quantitatifs. Par le biais de phénomènes d'adaptation et de substitution, les marchés peuvent réduire les effets négatifs. » L'étude de 1986 a beaucoup influencé la pensée des économistes du développement dans le monde entier et, d'une manière générale, un grand nombre d'États, d'organismes donateurs et d'institutions de prêt ont commencé à regarder les questions de population d'une manière plus nuancée et à donner moins de priorité qu'auparavant au ralentissement de la croissance démographique (Birdsall, Kelley, et Sinding 2001).

Ces controverses mises à part, un consensus s'est dégagé autour de l'idée qu'une croissance démographique *rapide* pouvait être un handicap pour les pays et les régions peu développés sur le plan socioéconomique (Birdsall, Kelley, et Sinding 2001 ; Kelley 1988). Sur la base de données empiriques, la Banque mondiale (World Bank 1994a) a estimé qu'un taux de croissance démographique supérieur à 2 % par an pouvait ralentir l'augmentation des revenus dans les pays

pauvres. Une croissance démographique rapide génère une plus forte demande de services publics et un besoin d'investissements dans le capital humain. Dans une telle situation, les mesures prises pour assurer ces investissements doivent être accélérées en permanence pour simplement maintenir le status quo (par effet d'engrenage). Une croissance démographique rapide peut également menacer la stabilité macroéconomique d'un pays en ce sens que d'énormes ressources financières doivent être mobilisées pour investir dans le capital humain, créant des problèmes d'espace budgétaire.

Depuis peu, on s'intéresse de beaucoup plus près aux effets induits par l'évolution de la pyramide des âges et des ratios de dépendance sur le développement économique. De fait, ce phénomène de dépendance est l'élément le plus important souligné dans les travaux économiques récents (Birdsall, Kelley, et Sinding 2001). Le cas des pays d'Asie de l'Est a mis en évidence l'impact d'une chute brutale de la fécondité sur les performances économiques avant la crise de 1997-98. En diminuant le pourcentage des jeunes dans la population, la baisse rapide de la fécondité a réduit les ratios de dépendance entre les générations et gonflé la part de la population active potentielle. Cette situation a permis alors aux États d'augmenter les investissements dans la santé et l'éducation, et aussi leurs investissements économiques. Néanmoins, l'évolution de la pyramide des âges ne peut être exploitée que si elle s'accompagne d'investissements et de politiques publics appropriés (May 2005). En outre, ce dividende démographique est une occasion qui doit être saisie pendant un créneau temporel relativement court, avant que le vieillissement de la population ne s'amorce (Bloom, D.Canning, et J.Sevilla 2003).

À l'inverse, des situations de déclin prolongé de la fécondité, de vieillissement de la population et de diminution de la population peuvent avoir des conséquences négatives pour l'économie. Les régimes de retraite — en particulier ceux à répartition — deviennent plus difficiles à financer lorsque le pourcentage de travailleurs diminue par rapport à celui de la population retraitée. Les dépenses de santé augmentent aussi plus rapidement dans les populations vieillissantes. Il faut toutefois se rappeler que le comportement par âge ne reste pas nécessairement inchangé, et ne tient pas compte des importants effets possibles des changements de la politique publique. Par exemple, dans un contexte de vieillissement, les individus peuvent modifier leur comportement, ce qui se traduira par exemple par une augmentation du taux d'activité, l'immigration de travailleurs de pays en développement, ou l'allongement de la période active (Bloom et Canning 2006).

Un « deuxième dividende démographique » susceptible d'atténuer les effets du vieillissement est également proposé dans une étude économique récente (Lee et Mason 2006). Selon cette étude, une population concentrée vers le haut de la période active et qui peut s'attendre à une longue période de retraite est très incitée à accumuler du patrimoine. Certains chercheurs pensent que l'incidence potentielle de ce deuxième dividende serait encore plus forte que celle du premier dividende lié à la surreprésentation des jeunes. Par ailleurs, du fait de son caractère indéfini, le deuxième dividende peut avoir des effets prolongés sur le développement. Comme le premier, le deuxième dividende dépend beaucoup de la politique publique et de l'environnement institutionnel. Pour les responsables politiques, surtout dans les pays en développement, il sera important de mettre en place des dispositifs financiers solides et accessibles pour encourager la population à réaliser ce type d'investissements.

## DEMOGRAPHIE ET REDUCTION DE LA PAUVRETE

Les effets de la baisse de la fécondité sur la réduction de la pauvreté ont été difficiles à établir. Bien que les pays où plus de 10 % de la population vit avec moins d'un dollar par jour aient un indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme, contre 2,3 enfants par femme dans les pays où le niveau de pauvreté est inférieur à 10 %, cette corrélation entre démographie et pauvreté ne prouve pas qu'il y ait une relation de cause à effet. Autrement dit, une diminution de l'ISF n'entraîne pas obligatoirement une réduction de la pauvreté. Il y a beaucoup d'autres facteurs en jeu, et une fécondité élevée peut être en partie le résultat de la pauvreté. Néanmoins, il ne faut pas oublier que les programmes de santé génésique plus efficaces destinés aux pays à fécondité élevée seront mis en œuvre dans les pays où la pauvreté est la plus forte.

Bien que tout le monde soit d'accord sur la nécessité de procéder à des analyses plus fines sur le plan géographique dans la mesure où les interactions dépendent souvent du contexte donné, des études récentes démontrent que les niveaux de fécondité ont une incidence importante sur la pauvreté. En particulier, il semble que, dans les familles nombreuses, les dépenses du ménage consacrées aux enfants fassent l'objet d'une concurrence, peut-être au détriment des filles (Greene et Merrick 2005). Une baisse de la fécondité peut aussi réduire la pauvreté par le biais du dividende démographique. Il ressort d'une analyse récente que le dividende démographique pourrait entraîner une réduction de la pauvreté d'environ 14 % entre 2000 et 2015 dans le monde en développement (Mason et Lee 2004). La diminution du nombre d'enfants par adulte dans un ménage favorise l'augmentation des revenus et l'accumulation du patrimoine, le ménage ayant alors plus la possibilité d'investir dans l'éducation et dans la recherche d'emplois rémunérateurs.

## DEMOGRAPHIE ET EQUITE

L'un des objectifs essentiels de la stratégie SNP de la Banque est d'améliorer la situation des pauvres dans la sphère santé, nutrition et population. Les inégalités en matière de santé se traduisent généralement par de grandes disparités dans l'état de santé et dans l'accès aux services de soins de santé et leur utilisation, ainsi que dans l'exposition aux risques sanitaires (Jamison 2006). Nous allons voir dans cette section les principales dimensions que peut prendre la vulnérabilité, à savoir la pauvreté, l'appartenance à l'un des deux sexes, la jeunesse et l'habitat rural ou reculé. Ces dimensions interagissent aussi l'une avec l'autre et peuvent aggraver encore les situations individuelles sur le plan de la santé génésique (par exemple, les femmes pauvres sont doublement défavorisées à la fois par la pauvreté et parce qu'elles sont des femmes).

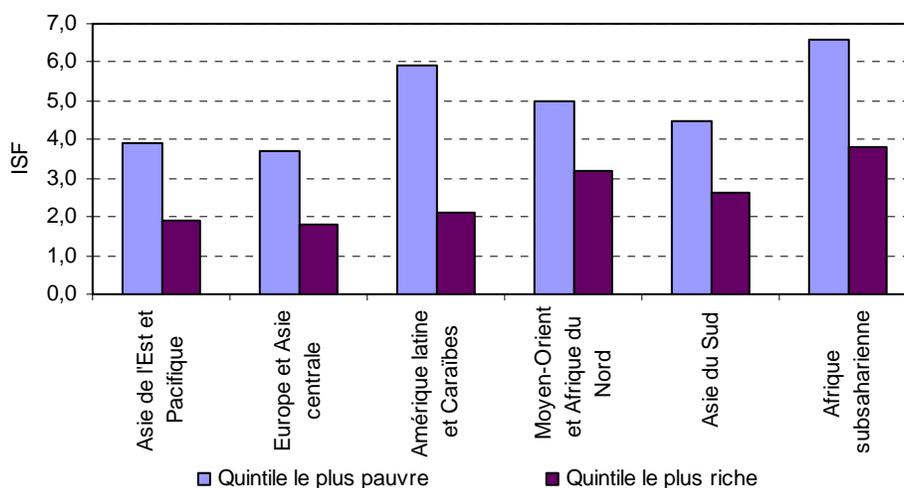
### Pauvreté

Comme il a déjà été dit, pauvreté et fécondité élevée s'avèrent souvent étroitement liées. Les études ont montré que, dans beaucoup de cas, les pauvres ne sont pas les principaux bénéficiaires des progrès réalisés dans le domaine des services de santé génésique : on obtient certes des améliorations en matière de santé, notamment de santé génésique, mais sans que cela se traduise par des changements notables pour les pauvres.

Les données par quintile des enquêtes démographiques et de santé indiquent que les pauvres ont des ISF plus élevés que les riches dans l'ensemble des pays et des régions. Ce schéma de fécondité élevée est observé chez les pauvres dans les pays à fécondité aussi bien élevée

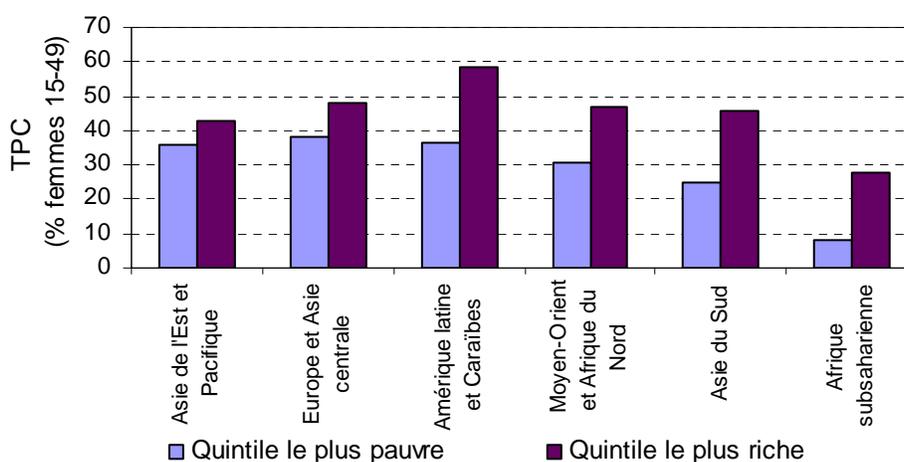
qu'intermédiaire (figure 3.1). Même dans les pays tels que le Bangladesh, où l'ISF national moyen a chuté de 7 en 1960 à 3 en 2004, la fécondité est beaucoup plus élevée chez les pauvres que chez les riches. Le constat est le même en ce qui concerne l'utilisation des services de planification familiale. Dans toutes les régions, en particulier en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et en Amérique du Sud et Caraïbes, les pauvres ont des taux de prévalence de la contraception inférieurs à ceux des riches (figure 3.2).

**Figure 3.1 Indice synthétique de fécondité par région et quintile de richesse (DHS 1995-2005, données nationales les plus récentes)**



*Note* : les ISF moyens régionaux sont les moyennes non pondérées de plusieurs pays de chaque région.  
*Sources* : enquêtes démographiques et de santé (DHS).

**Figure 3.2 Taux de prévalence de la contraception par région et quintile de richesse (DHS 1995-2005, données nationales les plus récentes)**

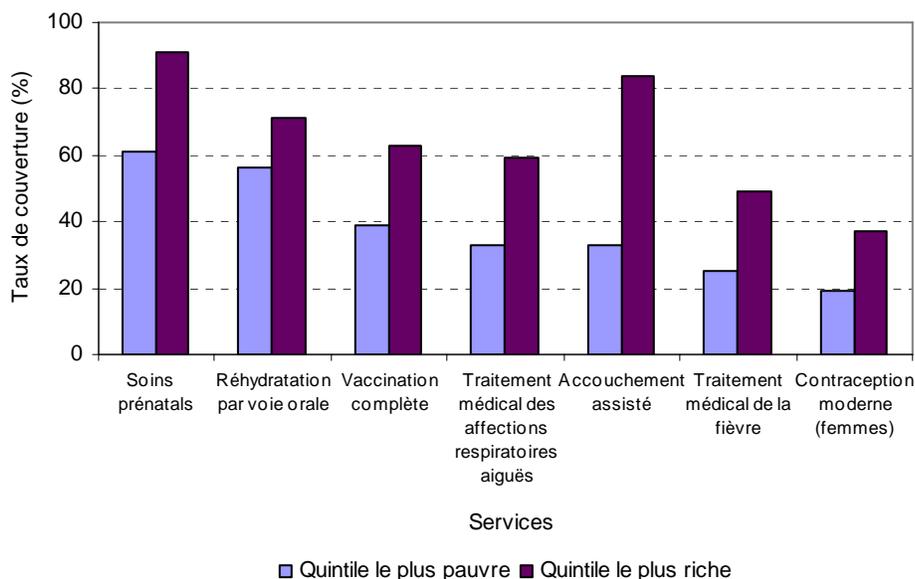


*Note* : les TPC moyens régionaux sont des moyennes non pondérées.  
*Sources* : enquêtes démographiques et de santé (DHS).

Les inégalités qui existent dans les taux de couverture des services élémentaires de santé maternelle et infantile apparaissent de façon évidente sur la figure 3.3 (White, Merrick, et Yazbeck 2006). Comme on le voit sur cette figure, les écarts relatifs les plus importants concernent les services de santé génésique — une femme du quintile le plus riche a deux fois

plus de probabilités d'utiliser des moyens contraceptifs modernes qu'une femme pauvre, et les femmes les plus riches ont trois fois plus de chances d'accoucher avec une assistance médicale (Gwatkin 2002). Cette situation est particulièrement flagrante en Asie du Sud, en Amérique centrale et latine, et en Afrique subsaharienne.

**Figure 3.3 Utilisation de services élémentaires de santé maternelle et infantile dans 56 pays à revenu faible ou intermédiaire**

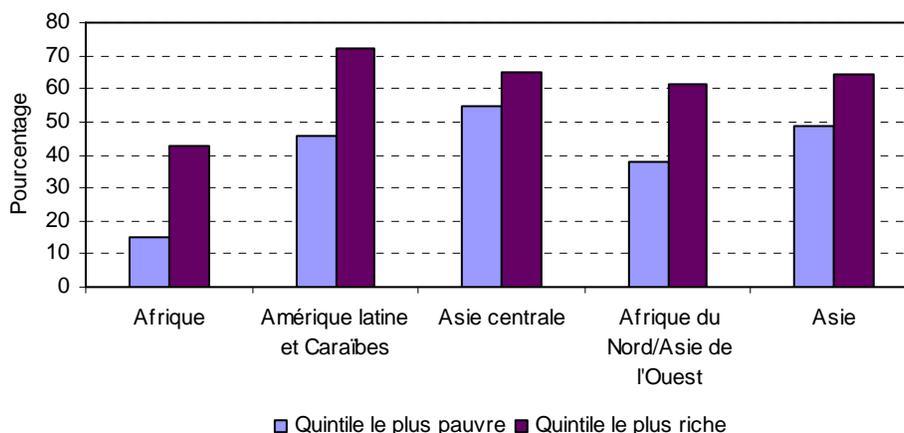


Source : White, Merrick, et Yazbeck 2006.

À ce sujet, une analyse des DHS réalisée par le Projet du millénaire de l'ONU met en évidence que le pourcentage de la demande satisfaite (PDS) par les services de planification familiale est très insuffisant (Projet du millénaire de l'ONU 2006), et que la mesure du PDS est fortement corrélée à la pauvreté<sup>5</sup>. Les résultats de cette analyse confirment que les pauvres ont moins de probabilités de pouvoir agir sur leurs préférences en matière de fécondité (figure 3.4).

<sup>5</sup> En règle générale, le PDS traduit la capacité des femmes à faire des choix en matière de composition de la famille, plus particulièrement concernant la demande pour un intervalle entre les naissances supérieur à deux ans, et pour une limitation de la fécondité future. Plus précisément, le PDS est le pourcentage d'utilisateurs de méthodes modernes de planification familiale rapporté à la somme de ces utilisateurs et des individus dont la demande n'est pas satisfaite. Le PDS prend en compte non seulement le pourcentage de femmes en âge de procréer qui utilisent une contraception, mais aussi la mesure dans laquelle les individus sont capables de traduire dans les faits leurs préférences en matière de fécondité.

**Figure 3.4 Pourcentage de la demande satisfaite par les services de planification familiale par région et quintile de richesse (DHS 1996-2004)**



Source : Projet du millénaire de l'ONU 2006

Parce que, dans bon nombre de pays en développement, les pauvres présentent souvent à la fois les indices de fécondité les plus élevés et les taux d'utilisation de moyens contraceptifs les plus bas, tout programme complet de sécurité contraceptive doit garantir l'accessibilité physique et financière des moyens contraceptifs pour les groupes vulnérables. Toutefois, les études montrent que les personnes qui ont les moyens de payer pour des services bénéficient souvent de produits fournis gratuitement par le secteur public, tandis que ceux qui n'en ont pas les moyens n'ont pas accès aux soins élémentaires de santé génésique (Waters, Hatt, et Aselsson 2002 ; Soucat et Rani 2003 ; Peters et al. 2002). Ce constat est confirmé par des études telles que l'analyse d'impact des dépenses publiques de santé en Inde, d'où il est ressorti que seulement 10 % des subventions gouvernementales dans la santé atteignaient le quintile le plus pauvre, tandis que plus de 33 % allaient au quintile le plus riche. Toutefois, il est particulièrement intéressant de noter que les politiques menées et les institutions en place peuvent faire une grande différence. À titre d'exemple, les pauvres du Kerala obtiennent un pourcentage 10 fois plus important des subventions à la santé que ceux du Bihar (Peters et al. 2002). D'où l'importance de cibler les interventions et les subventions sur des populations vulnérables particulières.

### Inégalité des sexes

Le manque d'autonomie contribue pour beaucoup à limiter l'accès des femmes à la planification familiale et à d'autres services de santé génésique. Parmi les sexospécificités mises en évidence à cet égard (Hausmann-Muela, Ribera, et Nyamongo 2003), on peut citer les suivantes :

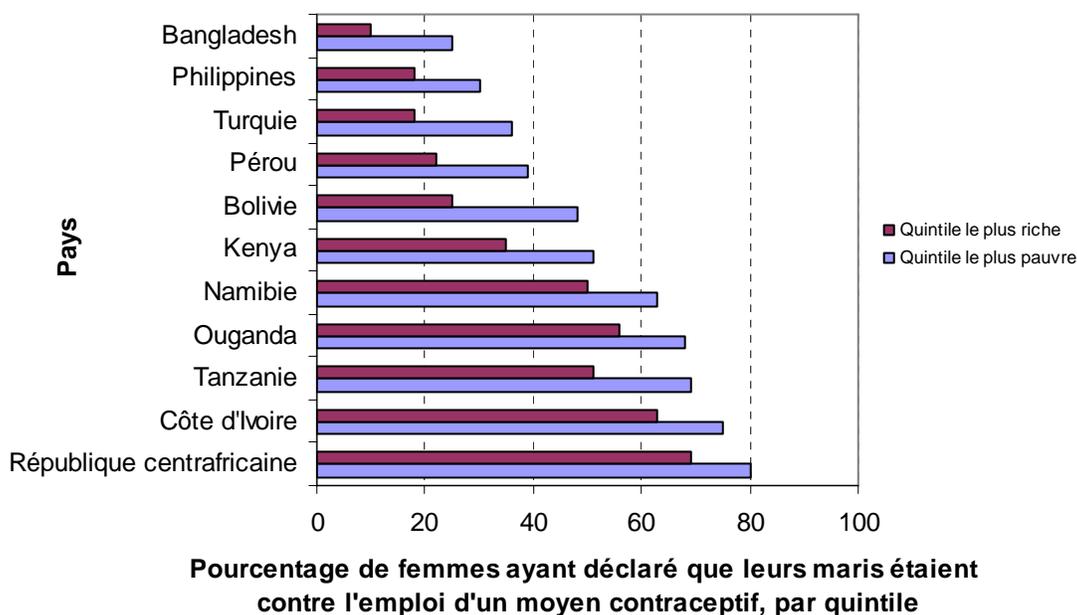
- Les normes traditionnelles de féminité peuvent limiter l'accès des femmes à l'information, ainsi que leur capacité à choisir la manière et le moment où elles vont s'engager dans des relations sexuelles.
- Les normes traditionnelles de masculinité peuvent limiter l'utilisation par un homme ou sa partenaire des services de planification familiale.
- Les inégalités de pouvoir dans les relations entre hommes et femmes, plus spécialement en ce qui concerne le contrôle du pouvoir de décision, les ressources économiques, le

temps et la mobilité, affectent également l'accès des femmes aux services et leur capacité à avoir recours à la planification familiale.

- Beaucoup de femmes peuvent avoir peur de soulever la question de la contraception par crainte d'une réaction violente de leurs partenaires.
- Les décisions prises par les femmes en matière de planification familiale peuvent aussi traduire des pressions exercées par des membres de la famille pour qu'elles utilisent une méthode particulière ou qu'elles n'utilisent aucune méthode (USAID 2005).

La figure 3.5 illustre l'association négative de la pauvreté et de l'inégalité des sexes dans les choix contraceptifs, en montrant le pourcentage de femmes des quintiles riche et pauvre déclarant que leurs maris sont contre l'emploi d'un moyen contraceptif.

**Figure 3.5 Les maris sont contre la contraception**



Source : World Bank 2004.

## Jeunes

Bien que la mortalité et la morbidité chez les jeunes soient faibles, cette catégorie de la population, et en particulier les filles, est très peu consciente des conséquences de leurs décisions sur la santé et des comportements à adopter pour éviter les problèmes de santé, et seulement un petit pourcentage des personnes informées adoptent effectivement des comportements sans risque (World Bank 2007b). Les rapports sexuels précoces, les rapports sexuels non protégés et la multiplicité des partenaires exposent non seulement au VIH/sida et à d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST), mais aussi à une fécondité élevée ou des grossesses non désirées chez les adolescentes. D'après les réponses des adolescents aux enquêtes, leur besoin non satisfait de contraception est plus du double de celui de la population générale. Les niveaux élevés de grossesses non désirées et d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité sont une preuve de plus de l'importance des besoins de planification familiale non

satisfaits pour ce groupe. Les femmes âgées de 15 à 19 ans représentent au moins un quart des 20 millions d'avortements pratiqués chaque année dans de mauvaises conditions de sécurité selon les estimations (FNUAP). En Afrique subsaharienne, près de 60 % des femmes qui subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité sont âgées de 15 à 24 ans. Dans la région Amérique latine et Caraïbes, les femmes jeunes représentent environ 40 % de celles qui subissent un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité (Shah et Ahman 2004a, 2004b).

Par ailleurs, les grossesses d'adolescentes présentent un risque plus important de complications obstétricales (par exemples de fistules) et de décès maternel. Sur l'ensemble du monde, par rapport aux femmes de 20 à 29 ans, la probabilité de mourir pendant un accouchement est deux fois plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et plus de cinq fois plus élevée chez les filles de 14 ans ou moins (Family Health International 1997).

Outre le pourcentage important de jeunes des pays en développement — en particulier des filles — qui sont sexuellement actifs au sein du mariage ou d'unions informelles, beaucoup de jeunes *non mariés* sont aussi sexuellement actifs (tableau 3.1) (Singh et al. 2005 ; World Bank 2007b). Les adolescents non mariés n'ont pas accès à des services dans les pays où les relations sexuelles avant le mariage sont interdites par la loi ou la coutume. Même quand les jeunes gens sont protégés par la loi, les services de santé génésique peuvent être difficiles d'accès. En Afrique du Sud, bon nombre de services de santé génésique ne sont pas facilement accessibles aux jeunes, et les jeunes jugent l'attitude du personnel des centres moralisatrice et hostile (Dickison-Tetteh, Pettifor, et Moleko 2001).

**Tableau 3.1 Activité sexuelle chez les jeunes \***

	Hommes		Femmes	
	Mariés (%)	Non mariés et sexuellement actifs (%)	Mariées (%)	Non mariées et sexuellement actives (%)
Bénin	10,8	65,8	47,6	42,9
Bolivie	17,2	53,1	29,2	16,9
Burkina Faso	10,8	35,3	54,4	26,2
Cameroun	13,8	55,7	49,7	35,8
République dominicaine	13,4	47,8	36,5	10,9
Ghana	7,3	25,2	31,3	29,0
Haïti	11,6	58,4	32,5	19,2
Kenya	8,8	59,3	36,1	21,6
Malawi	20,9	59,1	56,8	28,6
Mali	7,7	41,3	64,9	29,1
Mozambique	20,9	69,7	54,4	55,2
Ouganda	22,6	26,0	52,6	27,5
Zambie	11,6	64,6	41,5	33,5
Zimbabwe	10,2	24,4	41,5	19,8

Sources : enquêtes démographiques et de santé.

\* Hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans ayant déclaré être en couple et ceux ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête.

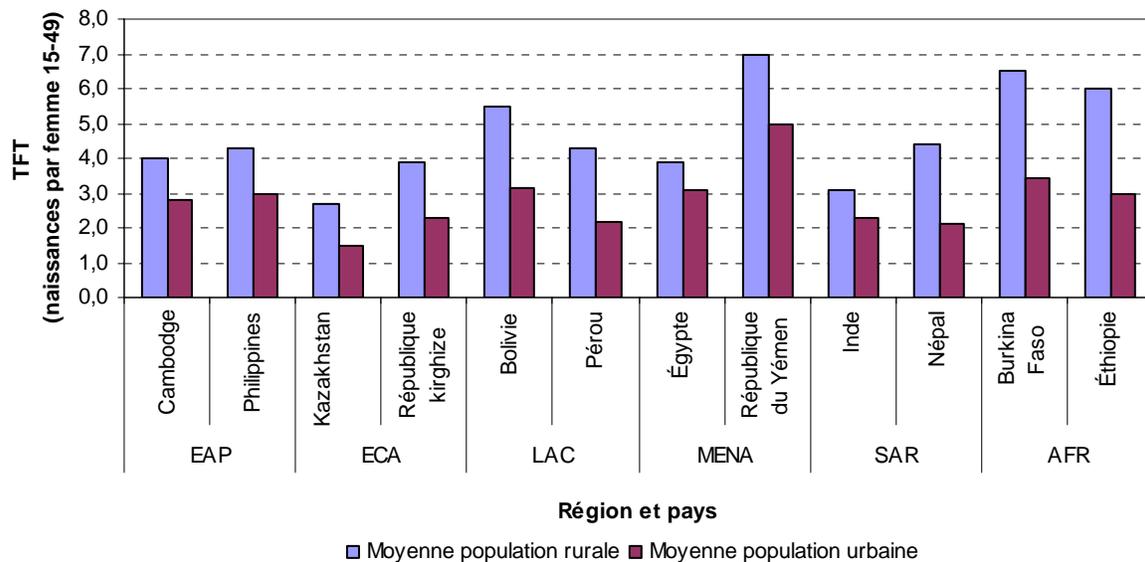
On considère parfois que les adolescentes mariées sont moins susceptibles d'utiliser des moyens contraceptifs dans la mesure où elles pourraient chercher à être enceintes. Or, une analyse de l'emploi des préservatifs tel que rapporté par les DHS indique que beaucoup d'adolescents qui

n'utilisent pas de moyens contraceptifs s'efforcent en réalité d'éviter une grossesse. On constate que, conformément à ce que l'on sait sur les interactions entre les différentes dimensions de la vulnérabilité, les comportements sexuels à risque ont plus de probabilités d'être rencontrés chez les jeunes pauvres parce qu'ils sont moins bien placés pour négocier une sexualité sans risque, et que les jeunes ont plus de probabilités d'avoir des relations sexuelles forcées ou à caractère transactionnel, qui augmentent le risque d'une grossesse non désirée (NRC et IOM 2005). Par exemple, plus de 20 % des femmes s'étant rendues à des consultations prénatales à Soweto, en Afrique du Sud, ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin « non principal » en échange de biens ou d'argent (Dunkle, Jewkes, et Brown 2004).

### Populations rurales

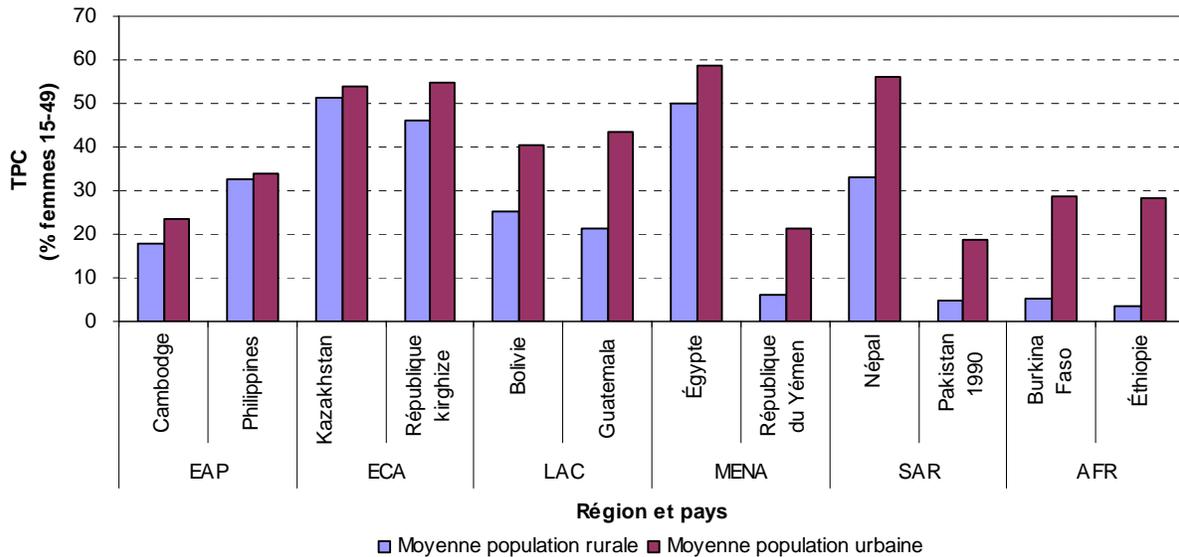
D'importantes différences existent aussi entre populations urbaines et rurales sur le plan de la fécondité et de l'utilisation d'un moyen contraceptif. Ainsi, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les changements intervenus dans les indices de fécondité et l'emploi d'un moyen contraceptif pendant les années 90 ont été concentrés dans les groupes de populations urbaines les plus riches (World Bank 2004). L'analyse des données des DHS montre que, dans l'ensemble des pays étudiés, les ISF sont systématiquement plus élevés en milieu rural, tandis que les TPC sont systématiquement plus élevés en milieu urbain. Ce constat est illustré aux figures 3.6 et 3.7.

**Figure 3.6 Indice synthétique de fécondité par région et distribution géographique dans plusieurs pays (DHS 1994-2004, données nationales les plus récentes)**



Source : Gwatkin et al. 2007.

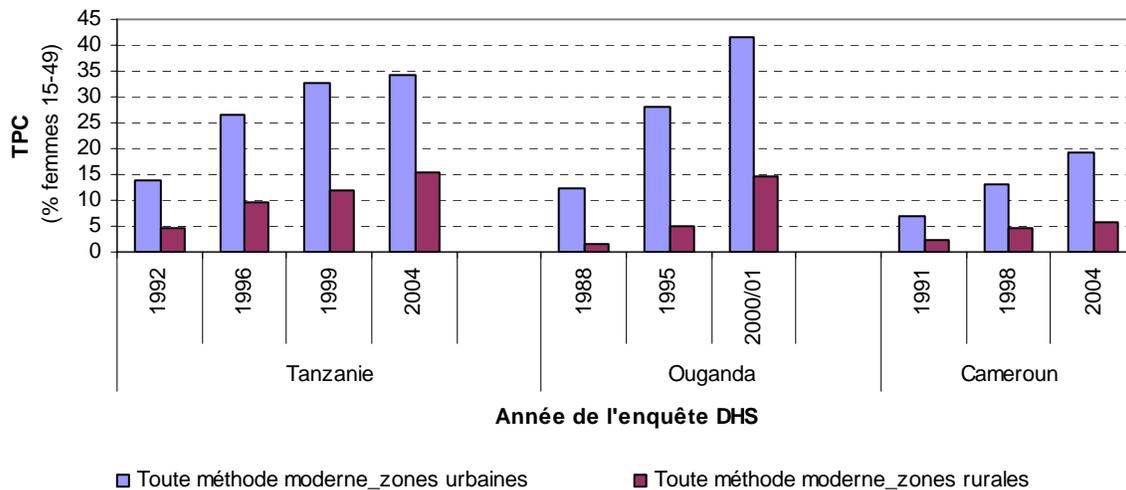
**Figure 3.7 Taux de prévalence de la contraception par région et distribution géographique (DHS 1994-2004, données nationales les plus récentes)**



Source : Gwatkin et al. 2007.

Bien qu'une analyse des données des DHS montre certains résultats positifs en ce sens que les taux de prévalence de la contraception ont augmenté au fil du temps en Afrique subsaharienne, dans beaucoup de pays comme la Tanzanie, l'Ouganda et le Cameroun, cette hausse s'est produite principalement dans les zones urbaines (figure 3.8).

**Figure 3.8 Taux de prévalence de la contraception dans plusieurs pays par distribution géographique et année (DHS 1988-2004)**



Sources : enquêtes démographiques et de santé 1991-2004.

## Une fécondité élevée favorise les inégalités dans d'autres secteurs

Si la pauvreté, le fait d'être une femme ou d'être jeune et la zone géographique contribuent aux inégalités observées en matière de fécondité, on constate aussi des effets en sens inverse : la fécondité favorise les inégalités dans des secteurs comme l'éducation ou l'emploi. L'argument ancien de la quantité et de la qualité des enfants montre comment la fécondité peut entraîner des inégalités dans les niveaux d'instruction et de revenu. Il est établi que plus une femme a d'enfants, plus faible est l'investissement fait dans chaque enfant (Becker et Lewis 1973). Cela signifie que, dans une famille nombreuse pauvre, chaque enfant sera moins instruit et aura donc plus tard un revenu inférieur à celui de chaque enfant d'une famille moins nombreuse. Autrement dit, les familles nombreuses peuvent avoir des effets négatifs sur l'investissement fait dans chaque enfant, et peut créer des inégalités dans l'éducation et perpétuer la pauvreté.

De la même façon, les études ont montré que la fécondité avait une incidence sur le taux d'activité des femmes et sur leur revenu. Selon une étude réalisée dans plusieurs pays, le pourcentage de femmes dans la population active serait directement lié à l'ISF (McClamroch 1996). En Bolivie par exemple, on a constaté une corrélation certaine entre l'utilisation d'un moyen contraceptif et le fait pour une femme de travailler en dehors de chez elle pour gagner de l'argent. De même, aux Philippines, la croissance moyenne du revenu des femmes ayant eu de une à trois grossesses était le double de celles des femmes ayant eu plus de sept grossesses (UNFPA 2005 ; Barnett et Stein 1998). Ainsi, le nombre d'enfants qu'a une femme a un impact sur l'emploi et le revenu, et peut donc générer des inégalités dans ce secteur aussi.

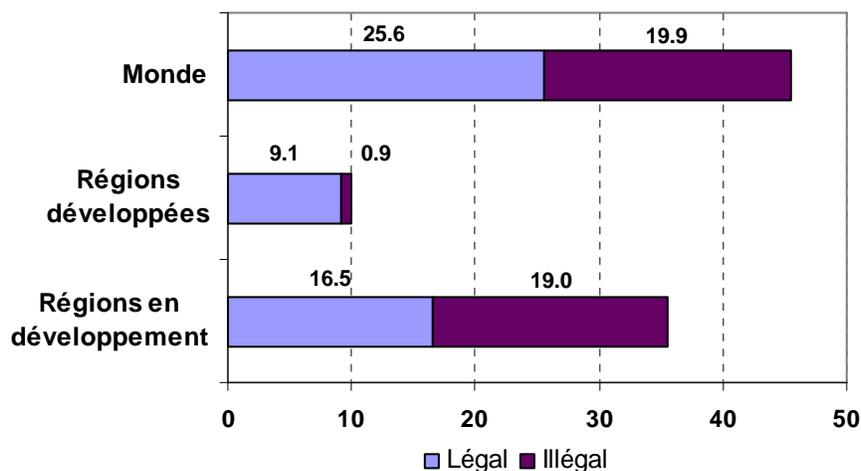
## AVORTEMENTS PRATIQUES DANS DE MAUVAISES CONDITIONS DE SECURITE

On estime à 210 millions le nombre de femmes qui deviennent enceintes chaque année dans le monde, et environ une sur cinq a recours à un avortement. Sur les 46 millions d'avortements annuels, 20 millions seraient pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité (Ahman et Shah 2002). Réduire le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions contribuera directement à la réalisation de l'ODM 5 sur la mortalité maternelle. D'après les évaluations, quelque 68 000 femmes meurent chaque année des suites d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, et 5,3 millions souffrent d'une invalidité temporaire ou permanente (Antman et al. 1992). Ces avortements peuvent également augmenter l'incidence de la stérilité secondaire, qui compromet les chances pour une femme d'avoir le nombre d'enfant qu'elle souhaite. Outre leurs conséquences sur la santé, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions représentent un coût économique important à la fois pour l'individu et pour la société, associé a) au manque à gagner pour la femme et sa famille et aux dépenses encourues pour soigner les complications de l'avortement, et b) à l'utilisation de ressources sanitaires peu abondantes pour traiter des complications d'avortement qui auraient pu être évitées, alors que ces ressources auraient pu servir à satisfaire d'autres besoins sanitaires.

Toutes les régions du monde semblent être concernées par le problème des avortements réalisés dans de mauvaises conditions. Toutefois, les pays en développement sont touchés de façon disproportionnée, comme il apparaît à la figure 3.9. Dans un pays comme l'Ouganda, où les services de planification familiale sont insuffisants (ISF = 6,9, TPC = 18,2 %, besoins non satisfaits = 34,6 %), on enregistre environ un million de naissances vivantes, et 300 000 avortements provoqués auraient lieu chaque année (Singh et al. 2005). De plus, le coût

des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité est supporté en grande partie par les populations les plus vulnérables et par celles qui sont le moins en mesure d'accéder à des services sans risque même lorsque l'avortement est légal. Par exemple, un grand nombre d'études font état de niveaux élevés d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions sur des adolescentes en Afrique (Mbonye 2000 ; Arowojolu et al. 2002 ; Hollander 2003).

**Figure 3.9 Nombre d'avortements pratiqués légalement et illégalement dans le monde, 1995**



Source : Warriner et Shah 2006.

La principale raison qui pousse une femme à se faire avorter est le fait que la grossesse ne soit pas désirée, souvent parce qu'il est difficile d'avoir accès à une méthode de contraception convenable, que les méthodes de contraception ont été utilisées de façon incorrecte ou irrégulière, ou que la méthode contraceptive a échoué. Les grossesses non désirées peuvent aussi être la conséquence de relations sexuelles forcées ou non souhaitées, ou de l'absence de pouvoir de décision de la femme en matière sexuelle et de procréation. Les normes sociétales, la situation économique, les obstacles juridiques et d'autres facteurs systémiques ont probablement de profonds effets sur le recours des femmes à l'avortement, et en particulier à l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions. La pauvreté joue ainsi un grand rôle dans la décision de vouloir avorter lorsqu'une femme évalue les conséquences financières d'une grossesse non désirée (Ahman et Shah 2002). Les chiffres des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions illustrent la manière dont quatre types de barrières — revenu, sexe, zone géographique et âge — influent sur l'accès aux soins.

Partout dans le monde, on constate qu'il existe trois moyens efficaces d'atténuer le fléau des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, à savoir : a) développer des services de planification familiale de qualité afin de répondre aux besoins non satisfaits ; b) organiser des programmes tenant compte des sexospécificités qui rendent les femmes plus autonomes, et plus particulièrement les jeunes femmes, et qui leur permettent d'accéder plus facilement à des services de santé génésique ; et c) organiser des campagnes d'information, éducation et communication qui soulignent les dangers de l'avortement mal pratiqué mais qui s'emploient aussi à éliminer l'ostracisme dont sont victimes les femmes qui avortent.

## CONCLUSIONS

Les données présentées montrent la nécessité pour les responsables politiques et les organismes d'aide au développement tels que la Banque mondiale de s'attaquer aux inégalités observées dans le domaine de la santé génésique, notamment en ce qui concerne les services de planification familiale. Par ailleurs, les interactions entre ces facteurs de vulnérabilité exacerbent encore la situation : par exemple, le double fait d'être une femme et d'être pauvre augmente les risques d'être défavorisé dans le secteur santé, nutrition et population. Il est clair que sans une action ciblée, tant du côté de l'offre que de la demande, ces inégalités perdureront et compromettront les progrès attendus sur le front de la santé génésique. Dans ce contexte, il importe d'examiner de plus près les contraintes liées à la demande pour orienter correctement les programmes démographiques et de santé génésique. Ainsi, il serait intéressant d'étudier les facteurs plurisectoriels de la demande d'espacement des naissances et de méthodes de limitation des naissances pour comprendre si le faible taux d'utilisation des moyens contraceptifs est un problème d'accès ou de motivation.

En dehors des questions évoquées ci-dessous en rapport avec le secteur de la santé, ces groupes vulnérables ont moins accès à l'éducation, au savoir et aux ressources, présentent des facteurs de risque plus élevés qui contribuent à une mauvaise situation sanitaire en général, sont fortement influencés par des facteurs culturels ou des croyances religieuses strictes, et sont les plus difficiles à toucher par des stratégies de communication sur des modifications comportementales (White, Merrick, et Yazbeck 2006). Il est donc nécessaire d'intervenir, à partir d'une analyse des situations nationales, sur certains de ces problèmes intersectoriels tout en stimulant la demande de services de santé génésique.

## 4. POLITIQUE MONDIALE DANS LE DOMAINE DÉMOGRAPHIQUE

### BREF RAPPEL HISTORIQUE

On sait depuis longtemps que la croissance démographique, la pyramide des âges et la distribution spatiale de la population ont une influence majeure sur le développement. Nous avons déjà vu au chapitre 3 les controverses et les consensus tournant autour de la croissance économique, de la population et du développement.

Au cours des années 90, plusieurs conférences mondiales, en particulier la CIPD de 1994, ont souligné l'importance de l'autonomisation des femmes et la nécessité de répondre à leurs besoins en matière d'éducation et de santé, plus spécialement de santé génésique, pour atteindre des objectifs de développement plus généraux. Ce changement d'optique a mis fin aux interventions démographiques imposées d'en haut, perçues comme étant exclusivement centrées sur la planification familiale et la maîtrise de la fécondité et qui portaient souvent atteinte aux droits des individus<sup>6</sup> et à l'égalité des sexes (May 2005). La CIPD a rallié les nations du monde à une approche globale combinant des services de santé génésique de haute qualité, notamment de planification familiale, et des mesures plus générales en faveur du développement dirigées sur l'élévation des niveaux d'instruction, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et la lutte contre les inégalités des sexes. Néanmoins, la CIPD ne s'est pas attardée sur les effets macroéconomiques à craindre d'une forte croissance démographique, ni sur les liens réciproques entre fécondité élevée et pauvreté des ménages, qui ont des implications importantes sur le plan de la politique publique et du développement. Cela a peut-être contribué involontairement à atténuer le rôle de la planification familiale dans la baisse de la fécondité, en particulier dans les pays à fécondité élevée.

En 2000 ont été définis les ODM, un nouveau contrat mondial conclu entre pays développés et en développement pour réduire l'extrême pauvreté et les facteurs associés. Bien que les ODM ne comportent pas expressément d'objectif général en matière de santé génésique, il devient de plus en plus évident qu'un grand nombre d'objectifs de développement ne pourront pas être atteints si l'on ne se préoccupe pas et que l'on n'investit pas dans la santé génésique (Bernstein et Hansen 2006).

### ENVIRONNEMENT ACTUEL

Malgré l'importance que revêt la santé génésique, notamment la planification familiale, pour la réalisation des ODM, de nombreuses difficultés sont apparues qui diminuent les chances de mener à bien le programme d'action de la CIPD.

- Les ravages provoqués par le VIH/sida, dont on n'avait pas pris la juste mesure en 1994, ont touché tous les secteurs de la société dans beaucoup de pays en développement. Non seulement ils annulent les gains économiques obtenus dans les pays, mais ils ponctionnent des moyens considérables pour tenter d'enrayer l'épidémie. Un autre fait de

---

<sup>6</sup> Si la CIPD ne crée par de nouvel instrument international concernant les droits de l'homme, elle réaffirme cependant que les normes relatives aux droits de l'homme universellement reconnues s'appliquent à tous les aspects des programmes en matière de population (Programme d'action de la CIPD).

plus en plus inquiétant est que le sida est en train de reléguer au second plan d'autres problèmes dans le domaine de la santé génésique, et que pour cette raison, les bailleurs de fonds et les pays font parfois une trop large place au VIH/sida dans leurs financements (Republic of Rwanda 2006).

- La réémergence d'autres maladies transmissibles telles que le paludisme et la tuberculose, et la création de nouvelles initiatives de financement verticales adoptées pour y faire face, prélèvent des ressources qui pourraient être affectées à un certain nombre de problèmes sanitaires, notamment les besoins non satisfaits de planification familiale.
- Le vaste Programme d'action de la CIPD lui-même est doublement problématique pour qui cherche à promouvoir la santé génésique :
  - Le débat actuel sur la question démographique laisse totalement de côté les considérations macroéconomiques sur lesquelles reposaient le soutien politique et budgétaire énergique accordé à la coopération internationale en matière de démographie.
  - Pour disposer de ressources suffisantes, les programmes auront peut-être besoin de procéder par étapes, en fonction des contraintes auxquelles les pays sont soumis en termes de financements et de capacités, alors que l'idée du Programme d'action de la CIPD était de frapper fort sur tous les fronts.
- Dans un certain nombre de pays, les réformes du système de santé, les stratégies de réduction de la pauvreté et les nouveaux mécanismes d'appui des donateurs privilégiant les approches sectorielles, même s'ils ne sont pas en soi défavorables à la santé génésique, n'accordent pas nécessairement une attention suffisante aux problèmes de santé génésique en raison des nombreuses autres priorités concurrentes.

## ÉVOLUTION DE L'AIDE AUX PROGRAMMES DEMOGRAPHIQUES

Le Programme d'action de la CIPD avait évalué à 18,5 milliards de dollars le coût des programmes mis en œuvre jusqu'en 2005 dans le domaine de la population et de la santé génésique, domaine défini par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le Comité d'aide au développement (CAD) comme regroupant la planification familiale, la santé maternelle et la prévention des MST, y compris le VIH/sida, ainsi que les programmes s'occupant de collecter, analyser et diffuser les données sur la population. Environ les deux tiers des coûts prévus devaient provenir des pays en développement et un tiers (environ 6,1 milliards de dollars) de la communauté internationale des donateurs.

À première vue, l'évolution générale des financements semble satisfaisante. En dollars constants et aux prix de 1993 (l'année où les estimations de coût de la CIPD ont été réalisées), l'aide internationale au secteur population (selon la définition ci-dessus), sans tenir compte des prêts des banques de développement, a augmenté de 13 % par an jusqu'en 2003, dernière année pour laquelle on dispose de données (UNFPA 2003). L'aide bilatérale représente la plus grande part de l'aide dans ce secteur. L'aide multilatérale dans le cadre du système des Nations unies a en fait baissé depuis 1994, tandis que l'aide privée a considérablement augmenté à partir de 1994 (UNFPA 2003). Les prêts des banques de développement fluctuent chaque année en fonction des cycles d'approbation des projets (voir la section ci-dessous sur l'appui de la Banque mondiale).

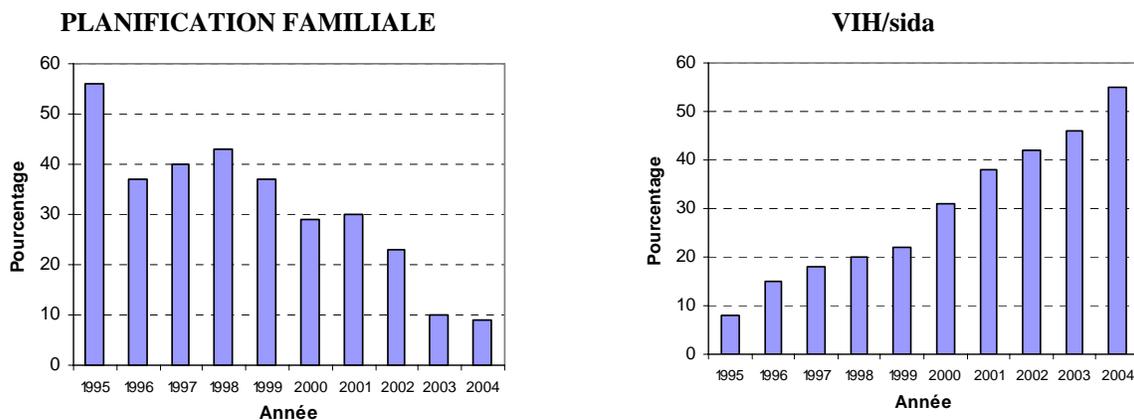
Néanmoins, bien que l'écart entre le niveau des ressources nécessaires et les montants effectivement disponibles se réduise, la situation est très préoccupante dans deux domaines :

***Les aides allouées aux programmes démographiques sont très loin de couvrir tous les besoins.***

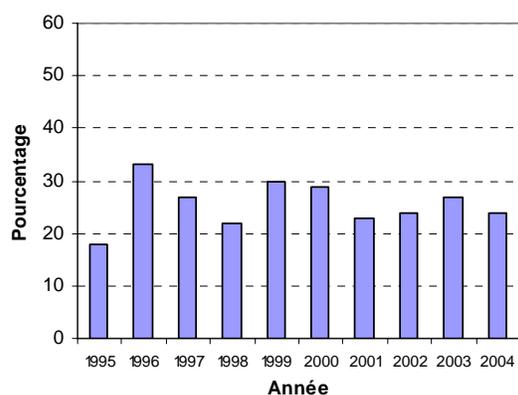
Donateurs et organismes nationaux ne fournissent pas les montants promis. En termes réels, les estimations pour 2005 montrent que les financements effectivement versés représentent 70 % des objectifs fixés à la CIPD pour les bailleurs de fonds, et environ 44 % pour les pays en développement (États, ONG et consommateurs) (Dalen et Reuser 2005a). En outre, la réalisation des objectifs dépend dans une large mesure du comportement des « grands financeurs » — les États-Unis du côté des donateurs, et la Chine du côté du monde en développement. Les États-Unis apportent plus de la moitié des concours financiers des bailleurs de fonds, dont une part importante dans le cadre du Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida (PEPFAR). En ce qui concerne les pays en développement, la Chine contribue pour un tiers à l'ensemble des dépenses publiques nationales dans le monde en développement. Ainsi, un grand nombre de pays développés et en développement ne sont pas prêts d'atteindre les objectifs fixés à l'époque de la CIPD. Il est particulièrement préoccupant de voir que beaucoup de pays, surtout en Afrique subsaharienne, ne génèrent pas les ressources internes nécessaires pour financer leurs programmes démographiques, et se reposent au contraire presque entièrement sur l'aide extérieure.

***Il y a eu un transfert important de dépenses entre les différents postes de « l'enveloppe population » au profit des MST/VIH/sida.*** Actuellement, près de 50 % des ressources fournies aux programmes démographiques vont à des activités en rapport avec le sida (UNFPA 2003). Cette évolution a des chances de se poursuivre : en 2005, plus des deux tiers des fonds en provenance des donateurs devraient financer ce type de programmes (Dalen et Reuser 2005b). Il n'est donc pas étonnant que les autres éléments de l'enveloppe de la CIPD (planification familiale et recherche fondamentale, analyse des données et des politiques en matière de population et de développement) aient reçu moins d'argent, comme on le voit à la figure 4.1 ci-dessous.

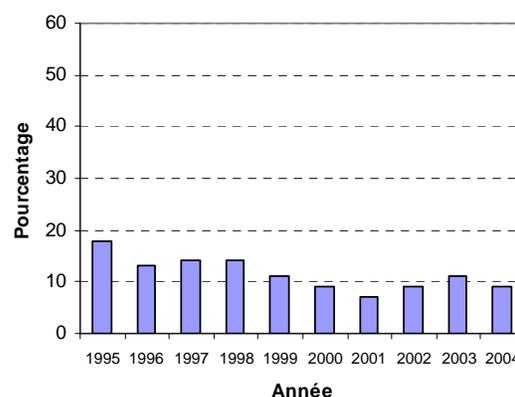
**Figure 4.1 Répartition de l'aide aux programmes démographiques, 1995-2004**



## AUTRES DOMAINES SANTÉ GÉNÉSIQUE



## RECHERCHE FONDAMENTALE



Source : FNUAP 2006.

## APPUI DE LA BANQUE MONDIALE AUX ACTIVITES EN MATIERE DE DEMOGRAPHIE ET DE SANTE GENESIQUE

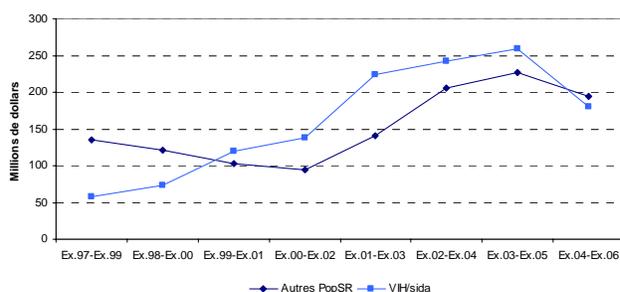
### Prêts

La Banque mondiale accorde des prêts pour des activités en matière de population et de santé génésique depuis le début des années 70. Les prêts pour ce type de projets sont globalement en hausse depuis les dix dernière années, avec une baisse au cours des exercices 05 et 06. Toutefois, dans le groupe des pays à fécondité élevée (ISF > 5), ils sont restés relativement constants sur la décennie écoulée. Cette situation doit manifestement être analysée plus attentivement pays par pays pour déterminer si la Banque peut appuyer davantage les programmes de santé génésique dans ce groupe.

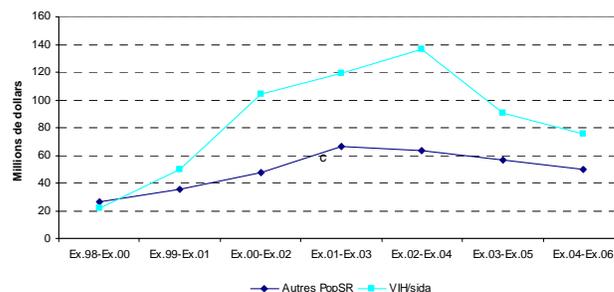
Il est important de noter que ces chiffres ne reflètent peut-être pas toute la réalité, car il est difficile d'isoler les activités « population » au sein de projets de plus en plus souvent intégrés. En effet, les prêts de la Banque financent de plus en plus souvent des projets portant sur l'ensemble du secteur santé/social, qui comportent des composantes de la CIPD sans que celles-ci soient toujours répertoriées, n'étant pas décomposées selon les quatre catégories définies par la CIPD. La Banque doit entreprendre une étude systématique afin de recueillir des informations sur les points positifs et négatifs de ses interventions dans le domaine de la population et de la santé génésique, de manière à en tirer un enseignement pour les futures opérations de la Banque.

**Figure 4.2 Évolution des prêts pour le VIH/sida et les autres composantes du secteur population/santé génésique, 1997-2006**

**Figure 4.2a Prêts pour le VIH/sida et les autres composantes du secteur population/santé génésique : moyennes glissantes sur 3 ans entre les exercices 97 et 06**



**Figure 4.2b Prêts pour le VIH/sida et les autres composantes du secteur population/santé génésique dans les pays à ISF > 5 : moyennes glissantes sur 3 ans entre les exercices 97 et 06**



Source : base de données Business Warehouse de la Banque mondiale

## Aide non financière

Une analyse des activités hors prêts dans les pays à fécondité élevée montre que, pour la période comprise entre les exercices 2001 et 2006, environ 50 % des pays à fécondité élevée ont bénéficié d'activités de conseil et d'aide à l'analyse (53 ESW<sup>7</sup> et 7 TA<sup>8</sup>). La plupart des ESW et des TA ayant une composante de population et santé génésique portent principalement sur les performances des systèmes de santé (moins de 10 % des ESW et 30 % des TA ont pour thème principal la population et la santé génésique). Une analyse au niveau de chaque pays est nécessaire pour déterminer les études complémentaires à réaliser afin de mieux cibler l'appui de la Banque aux programmes démographiques dans ces pays.

### Examen des Stratégies d'aide-pays (CAS)

Les CAS les plus récentes des 35 pays à fécondité élevée, de 11 pays à fécondité intermédiaire à fort potentiel d'accroissement démographique, et de 2 pays à fécondité faible ont été analysées. Il en ressort que :

- Sur les 35 pays à fécondité élevée, 29 avaient des CAS analysables, dont 21 % se penchaient sur le problème d'une fécondité élevée ou excessive, 59 % sur la démographie et la planification familiale et 41 % sur la santé génésique en général.
- Sur les 11 pays à fécondité intermédiaire sélectionnés, 10 avaient des CAS analysables, dont 44 % reconnaissaient que la démographie constituait un problème, et seulement 11 % se préoccupaient spécifiquement de la fécondité. Par ailleurs, 22 % évoquaient la question de la planification familiale et 11 % la santé génésique.

<sup>7</sup> Études économiques et sectorielles

<sup>8</sup> Assistance technique

- L'analyse des CAS des 2 pays à faible fécondité a révélé que, dans l'un deux (la Fédération de Russie), la baisse de la fécondité était considérée comme à un problème émergent (annexe 1).

Le constat ci-dessus montre clairement la nécessité de travailler plus activement à intégrer les questions de population et de santé génésique à la problématique du développement dans les pays où des problèmes de fécondité persistent. Le Niger, le Yémen, le Burundi et le Timor-Leste sont des exemples de CAS qui se préoccupent largement des problèmes de démographie et de fécondité, alors que certaines CAS n'en font pas du tout état. Les CAS des autres pays à fécondité élevée évoquent les questions démographiques au moins en toile de fond, et quelques-unes s'intéressent d'assez près aux questions (à savoir prévoient une activité de prêt ou d'aide non financière, ou un indicateur de la CAS).

### **Encadré 3 Traitement des questions démographiques dans les CAS : exemples de bonnes pratiques**

**Niger** : Non seulement la fécondité élevée et la croissance démographique rapide ont été reconnues comme des enjeux majeurs, mais la fécondité a été utilisée comme critère indicatif de performance dans la CAS. Par ailleurs, une ESW sur la population a été programmée et réalisée. Elle a contribué notablement à améliorer le dialogue national sur les problèmes démographiques, et débouché sur une opération indépendante de l'Association internationale de développement (IDA) dans le domaine démographique, actuellement en préparation, qui sera la première opération spécifiquement ciblée sur ce domaine à être mise en œuvre dans la région Afrique de la Banque mondiale depuis de nombreuses années. La préparation d'une Stratégie nationale en matière de population et de santé génésique a également constitué un indicateur de la CAS et un critère de déclenchement de prêt, tandis que la santé génésique a été incluse dans les piliers de la CAS. D'autres partenaires de la Banque comme l'UE se sont associés à cet effort. Enfin, les questions démographiques ont aussi fait l'objet d'une priorité élevée dans le nouveau Crédit à l'appui de la réforme de la politique rurale et sociale (prêt à l'appui d'une politique de développement).

**Yémen** : La CAS de 2006 indique qu'un document de politique démographique publié en 2002 a servi de base à la rédaction de la CAS actuelle sur les questions de fécondité, et fait figurer la fécondité élevée parmi les cinq principaux domaines d'intervention à privilégier pendant la présente période de CAS. La liste des indicateurs comprend le taux de croissance démographique, qui est relié à la croissance économique et à l'approvisionnement en eau. L'importance de la population jeune est reconnue et les indices de fécondité élevés sont bien documentés. Une Stratégie démographique nationale a été mise en place pour s'attaquer à ces problèmes. Le programme de prêts propose une restructuration du Projet de réforme du secteur de la santé (comprenant la planification familiale) qui devrait conduire à un Projet II pour le secteur de la population ciblé précisément sur les problèmes de fécondité élevée et de planification familiale. Les piliers deux et trois concernent la population et la santé génésique. La contraception est examinée sérieusement, et le TPC est utilisé comme indicateur de la CAS. D'autre part, la Banque a publié début 2006 une étude intitulée « Promouvoir la demande de planification familiale au Yémen ».

*Sources* : CAS de la Banque mondiale

## *Examen des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*

Globalement :

- Les DSRP les plus récents des pays à fécondité élevée (ISF > 5) ont été analysés à la recherche d'éléments en rapport avec la démographie et la planification familiale. Cette analyse rapide a été réalisée pour déterminer si les questions démographiques et de planification familiale étaient posées de façon substantielle dans les DSRP. La méthodologie employée est décrite à l'annexe 1. Sur les 35 pays à fécondité élevée, 27 avaient des DSRP analysables.
- Dans la plupart des DSRP, la croissance démographique est reconnue comme un handicap pour réduire la pauvreté, et des objectifs ou des stratégies étaient définis pour s'attaquer au problème. Néanmoins, beaucoup de DSRP n'ont pas réussi à traduire ces objectifs ou ces stratégies en mesure précises ou en indicateurs destinés à mesurer les progrès dans le temps.
- Sur les 27 DSRP, 13 (48 %) avaient défini au moins un indicateur en rapport avec la démographie ou la planification familiale, 5 (19 %) avaient défini au moins une mesure, 5 (19 %) avaient à la fois une mesure et un indicateur, et 13 n'avaient ni l'un ni l'autre. La plupart des DSRP avaient un indicateur sur l'utilisation des préservatifs, mais il rentrait dans une composante MST/VIH/sida et n'était pas associé à la planification familiale. Aucun des DSRP ne faisait référence au potentiel d'accroissement démographique.

### **Encadré 4 Enjeux démographiques et DSRP : le bon exemple de l'Éthiopie**

**L'Éthiopie**, pays à fécondité élevée, avait un DSRP qui posait les questions démographiques de façon substantielle. La fécondité élevée et la croissance démographique rapide étaient non seulement considérés comme des obstacles importants à l'essor économique et à la réduction de la pauvreté, mais ils étaient aussi compris dans les objectifs et traduits dans les faits. La Politique démographique nationale de l'Éthiopie a pour objectifs de ramener l'ISF à 4 et de faire passer le TPC à 44 % d'ici 2015. Les activités prévues pour atteindre ces objectifs sont ciblées sur l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de santé génésique, l'étude, la collecte et la diffusion de données démographiques, le développement et le renforcement des capacités nationales de formation dans le domaine démographique, l'instruction des femmes et l'extension des activités d'information, éducation et communication et de la mobilisation sociale.

*Source* : DSRP de la Banque mondiale

## 5. AXES DE TRAVAIL FUTURS DE LA BANQUE DANS LE DOMAINE DÉMOGRAPHIQUE

Dans ce chapitre, nous allons examiner tout d'abord en quoi la Banque est bien placée pour obtenir des résultats dans le secteur SNP, et en particulier dans le sous-secteur « P », à savoir la population. Dans une seconde partie, nous présenterons les mesures pratiques que la Banque peut prendre pour renforcer les actions dans ce domaine au niveau des pays.

### AVANTAGES COMPARATIFS DE LA BANQUE DANS LE SECTEUR SNP

Parmi les avantages comparatifs existants et potentiels dans le secteur SNP qui ont été identifiés dans la Note de synthèse sur la mise à jour de la stratégie pour le secteur de la santé, ceux qui sont particulièrement pertinents en matière de démographie sont les suivants :

- une approche plurisectorielle de l'aide aux pays ;
- une aide aux pays centrée sur les systèmes de santé ;
- la capacité à mettre en œuvre des programmes de grande envergure ;
- des compétences essentielles d'analyse économique et budgétaire dans tous les secteurs ;
- une approche et une présence locales fortes ;
- la capacité à impliquer les acteurs privés de la santé.

Nous allons voir maintenant comment ces avantages peuvent être pleinement exploités pour améliorer les résultats produits par les politiques et les programmes démographiques.

***Une approche plurisectorielle.*** Encore une fois, la fécondité est influencée par ce qui se passe dans de nombreux secteurs. En particulier, l'instruction féminine, l'émancipation des femmes et leur taux d'activité, la croissance des revenus peuvent tous avoir une incidence importante sur l'augmentation de la demande de planification familiale et sur l'abaissement de la fécondité. Toutefois, les questions de démographie et de santé génésique sont jusqu'ici restées cantonnées au secteur SNP, alors qu'elles sont influencées, de façon positive ou négative, par beaucoup d'autres secteurs : éducation, parité homme-femme, protection sociale, lutte contre la pauvreté et la gestion économique (PREM), etc.. La prise en compte plus systématique des questions démographiques dans le programme de travail des réseaux HD (développement humain) et PREM favoriserait beaucoup l'adoption d'une approche réellement plurisectorielle. Dans ce contexte, un certain nombre de spécialistes de la démographie de la Banque travaillent actuellement dans d'autres secteurs ou réseaux et ne sont pas suffisamment utilisés pour des activités en rapport avec les questions démographiques.

***Une aide aux pays centrée sur les systèmes de santé.*** La planification familiale fait partie intégrante des services de santé génésique, et l'on admet de plus en plus que la fourniture de services complets de santé génésique constitue un indicateur indirect du fonctionnement du système de santé. En outre, un système de santé bien organisé réduit également la mortalité infanto-juvénile ; or, on a établi un lien entre la réduction de ce taux et la baisse des niveaux de fécondité. D'autre part, un système de santé qui fonctionne correctement a plus de chances de promouvoir la « double protection » (contre les MST et le VIH/sida et contre les grossesses non désirées) et d'offrir parallèlement des services de planification familiale et de conseil sur le VIH.

Les principaux domaines où la Banque est particulièrement bien placée pour renforcer les systèmes de santé sont le financement de la santé, la gouvernance du système, la responsabilisation en matière de fourniture de services de santé, et les interventions au niveau de la demande, qui sont tous importants pour faire des progrès en matière de démographie.

Les services de planification ont été particulièrement négligés sont le plan financier. Comme il a été dit plus haut, les États et les bailleurs de fonds n'ont pas versé tous les fonds promis à la planification familiale. De ce fait, les pénuries de produits contraceptifs posent un problème croissant. La Banque, grâce à ses capacités d'analyse sectorielle et budgétaire et à ses contacts à haut niveau avec les parties prenantes, peut contribuer à remédier à ce problème essentiel en favorisant la coopération entre les donateurs et l'harmonisation de l'aide, et en obtenant que les besoins de financement en matière de planification familiale soient intégrés aux programmes d'action mis en place par les pays dans le secteur de la santé.

Un autre facteur qui limite la quantité de produits contraceptifs disponible est le manque de capacités logistiques de beaucoup de pays en développement. À l'échelon national, il faut un dispositif logistique bien organisé pour permettre la distribution fluide des produits contraceptifs et des autres articles nécessaires, de manière que chaque centre prestataire de services dispose d'un stock suffisant pour répondre aux besoins des clients.

On sait aussi qu'il faut impérativement influencer le comportement des ménages pour qu'ils aient recours à des services de planification familiale. La réticence de certains clients potentiels peut être due à des facteurs socioculturels, par exemple à la désapprobation de la famille et de la collectivité, tandis que dans certains pays, les prestataires et même les programmes refusent les services à certains groupes vulnérables, par exemple aux adolescents non mariés. Le statut social inférieur des femmes constitue souvent un obstacle : bien que plus des deux tiers des utilisateurs de services de planification familiale soient des femmes, dans beaucoup de sociétés, les femmes n'ont pas le pouvoir de décider de façon autonome si elles veulent utiliser des moyens contraceptifs ou aller consulter. Pour encourager l'accès aux services de santé, on peut par exemple s'employer à instruire les filles, améliorer les opportunités économiques des femmes, et donner aux femmes la possibilité de s'exprimer et de choisir sur la conception, la gestion et la supervision des programmes de santé génésique. Modifier les comportements et communiquer sont en outre essentiels pour les services de planification familiale, et cela peut permettre d'augmenter les taux d'adoption, d'utilisation effective et de maintien d'une contraception.

***Une capacité à mettre en œuvre des programmes de grande envergure.*** Il est important de noter que, de plus en plus, la Banque privilégie les stratégies globales élaborées par les pays pour le secteur de la santé par rapport aux programmes de financement individuels. Son appui est ciblé sur le renforcement des capacités nationales dans le secteur de la santé, notamment en matière de logistique et de gestion financière, sur la continuité de la prise en charge depuis le niveau local jusqu'aux établissements de soins, sur l'amélioration de la gestion des ressources humaines, et sur le suivi des résultats — autant d'aspects qui sont déterminants pour le succès des programmes de planification familiale. En appuyant la mise en œuvre d'un vaste plan intégré pour le secteur de la santé qui englobe la planification familiale, la Banque peut contribuer notablement à maintenir la planification familiale parmi les priorités dans les pays à fécondité élevée ou à fort potentiel d'accroissement démographique. Bien que, par le passé, certains programmes de planification familiale de type vertical aient pu donner de bons résultats, cette

approche est aujourd'hui jugée moins appropriée, à la fois sur le plan de la pérennité et du point de vue d'une approche globale de la santé génésique.

***Des compétences essentielles d'analyse économique et budgétaire dans tous les secteurs.*** La Banque est bien placée pour inclure systématiquement les dimensions démographiques et de santé génésique dans les documents stratégiques clés comme la CAS, les mémorandums économiques sur un pays et les examens des dépenses publiques (EDP). Elle est particulièrement compétente pour réaliser les analyses budgétaires et économiques nécessaires afin de garantir l'intégration d'une enveloppe « démographie » dans le programme de financement global du développement du pays. Les dimensions démographiques doivent également être prises en compte dans les documents clés préparés par les clients de la Banque mondiale, ou avec eux, comme les DSRP et les Crédits à l'appui de la réduction de la pauvreté (PRSC). Il faut mettre aussi l'accent sur un certain nombre d'interactions majeures, par exemple les synergies entre les programmes de santé génésique et ceux sur le VIH/sida, et les relations entre fécondité et niveau d'instruction. À noter que, une fois réalisées, les analyses sur les problèmes démographiques et de santé génésique sont disponibles pour servir à la préparation des documents stratégiques clés par la Banque ou par les pays clients.

***Une approche et une présence locales fortes.*** La plus grande partie du travail sur les questions de démographie et de santé génésique doit être faite au niveau du pays. La décentralisation des programmes et du personnel de la Banque vers le terrain qui s'est opérée ces dernières années a permis de renforcer le dialogue à l'échelon national. Pour pouvoir accompagner l'évolution des institutions nationales nécessaire pour intégrer la question démographique dans les principaux secteurs, il faut un engagement suivi dans les pays. Dans ce contexte, une stratégie claire et une volonté politique forte sont indispensables. Le meilleur moyen d'y parvenir est d'établir une stratégie coordonnée, mise en œuvre par une équipe solide et visible de haut niveau, présente dans le pays, chargée de concevoir, contrôler et évaluer le programme. La Banque peut contribuer à renforcer ces mécanismes institutionnels, et favoriser la collaboration avec les partenaires externes nationaux ou internationaux.

***La capacité à impliquer les acteurs privés de la santé.*** Il est important d'impliquer les acteurs privés du secteur — secteur commercial, ONG et marketing social — si l'on veut assurer une sécurité contraceptive. Les pays doivent tenir compte des informations disponibles sur le marché des produits et des services de planification familiale pour définir et promouvoir les rôles complémentaires des secteurs public et privé, et aussi pour mieux identifier les segments de la population que les deux secteurs doivent desservir. Le secteur public peut mettre en place des conditions propices pour que le secteur privé participe davantage à la satisfaction des besoins croissants des utilisateurs de planification familiale. Il est indispensable de prendre des mesures pour impliquer activement le secteur privé et augmenter sa part de marché afin de répartir plus équitablement les ressources disponibles, de répondre à la demande non satisfaite et d'assurer la sécurité des produits et des services de planification familiale. La Banque peut jouer un rôle déterminant en influençant le dialogue sur la politique publique de manière à promouvoir la participation des différents acteurs privés.

## DE LA THEORIE A LA PRATIQUE

Dans la première partie de ce chapitre, nous avons mis en évidence différentes voies par lesquelles la Banque peut intervenir sur les enjeux démographiques, aussi bien depuis l'intérieur du secteur de la santé que depuis l'extérieur. En pratique, la Banque mondiale aide ses pays clients par des travaux d'analyse, un dialogue sur la politique à mener, une assistance technique et un programme de prêt ou d'aide à titre gracieux. L'économie politique participe de façon essentielle à la mise en œuvre des programmes démographiques et de santé génésique. En fournissant les fondements analytiques nécessaires au dialogue sur la politique à mener, la Banque peut jouer un rôle constructif en engageant les décideurs à agir *aujourd'hui* pour infléchir l'évolution future de la taille et de la structure de la population. Compte tenu des différents contextes démographiques, la Banque devra adapter son intervention aux besoins particuliers de chaque pays.

Dans les *pays à fécondité élevée*, la Banque, en collaboration avec ses interlocuteurs dans les pays, va devoir en premier lieu réaliser des travaux d'analyse afin de repérer les principaux obstacles à une diminution de la fécondité. Comme il a déjà été dit, les documents stratégiques clés sur lesquels se fonde le dialogue sur l'action à mener, notamment les CAS, les mémorandums économiques sur un pays, les EDP et les DSRP, devront être établis en fonction des résultats de ces analyses. Celles-ci serviront aussi de base à la production de matériels de sensibilisation ciblés sur les hauts responsables politiques et sur les autres parties prenantes susceptibles d'influer sur la politique démographique. Il est important de noter que, dans un certain nombre de pays de ce groupe, le VIH/sida constitue également un problème majeur de santé publique et de développement, et que les études et les matériels de formation devront être élaborés dans ce contexte. Les travaux d'analyse doivent être lancés immédiatement sur l'exercice 08 et couvrir plusieurs pays par an, la priorité étant donnée aux pays qui rédigent de nouveaux CAS ou DSRP. Les analyses doivent déboucher soit sur des prêts spécifiques au secteur population et santé génésique (comme dans le cas du Niger en 2005), soit à un effort accru en faveur de ce secteur dans d'autres opérations. Il importe donc de mettre au point des matériels de formation avec le WBI pour aider le personnel à intervenir auprès des décideurs et des exécutants dans les environnements à fécondité élevée.

Un changement important à signaler dans notre mode opératoire dans les pays à fécondité élevée est l'intégration nécessaire des actions démographiques dans les grands programmes de travail des réseaux PREM et HD. Tant que les questions démographiques ne seront pas abordées sous leurs différents angles, il est peu probable que l'on accélère la transition démographique dans ces pays. Dans les opérations qu'elle y mène en matière de démographie et de santé génésique, la Banque doit s'appliquer à générer une demande de services de santé génésique en relevant le niveau d'instruction féminine, en améliorant les opportunités économiques des femmes et en réduisant les inégalités entre les sexes, mais aussi en renforçant les services fournisseurs de moyens de contraception et les autres services de santé génésique.

Dans les *pays à fécondité intermédiaire*, où la fécondité a commencé à décliner, une approche plus fine est nécessaire. Dans bon nombre de ces pays, les femmes des ménages pauvres ou des zones rurales présentent encore des indices de fécondité très élevés, et il faut chercher en priorité à toucher ces populations. Selon le moment où la baisse de la fécondité s'est amorcée, ces pays peuvent avoir une population jeune importante et la Banque doit être prête à les aider par des

travaux d'analyse pour voir comment chaque pays pourra faire face aux besoins d'éducation, de services de santé et de formation professionnelle de sa génération nombreuse d'adolescents. Les pays de ce groupe n'auront pas tous les mêmes besoins de financement de la part de la Banque pour résoudre leurs problèmes de démographie et de santé génésique.

Dans les *pays à fécondité faible*, la Banque doit s'appuyer sur les analyses existantes (World Bank 2005 ; Chawla et al. à paraître) et fournir un appui en tant que de besoin sur les problèmes liés au vieillissement de la population, notamment la réforme des services de santé, les dispositifs de sécurité sociale et les effets d'une fécondité faible prolongée sur la population active et la croissance économique.

Un aspect important du travail de la Banque dans le secteur SNP consiste à aider les pays à mesurer leurs progrès par rapport aux objectifs SNP prioritaires. Le schéma global d'objectifs pour le secteur SNP comprend des indicateurs destinés à mesurer les résultats obtenus sur les dossiers démographiques (voir l'annexe 4) et il faut s'efforcer d'intégrer ces indicateurs dans le dispositif de suivi et d'évaluation de chaque pays.

La Banque travaille sur les questions de population et de santé génésique avec un vaste ensemble de partenaires du développement et de partenariats mondiaux tels que le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, et la Reproductive Health Supplies Coalition. Comme il a déjà été indiqué au chapitre 3 sur la politique mondiale, il est impossible pour la Banque de travailler sur les questions de santé génésique sans l'appui et la collaboration de toute la communauté internationale. Le FNUAP est le premier organisme technique dans le domaine démographique et comprend un vaste réseau de bureaux locaux. La Banque utilise déjà le savoir-faire du FNUAP en matière d'achat de contraceptifs, et a intensifié sa collaboration dans d'autres domaines (par exemple la formation et la gestion des programmes ciblés sur un pays). L'OMS, en tant qu'organisme normatif, est un partenaire essentiel tant au niveau mondial que national. Dans la mesure où les enjeux démographiques ont aussi à voir avec la santé génésique, le VIH/sida et la survie des enfants, la Banque travaille également avec l'OMS, l'ONUSIDA et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), respectivement. Les bailleurs de fonds bilatéraux jouent un rôle important (exemples : le DFID, la NORAD, la SIDA, les Pays-Bas, la KfW), tant pour ce qui est de définir les investissements prioritaires que d'organiser leur financement. Par ailleurs, la Banque s'associe de plus en plus aux nombreuses ONG actives dans le domaine de la démographie et de la santé génésique afin de toucher les populations vulnérables et d'accroître la demande pour les services de santé génésique.

## BIBLIOGRAPHIE

- Acsadi, G.T.F., et G.Johnson-Acsadi. 1990. Population Growth and Reproduction in Sub-Saharan Africa: Technical Analyses of Fertility and Its Consequences. In *Demand for children and for childspacing*, directeurs de publication : G.T.F.Acsadi, G. Johnson-Acsadi et R.Bulatao. Washington : Banque mondiale.
- Ahman, E., et I. Shah. 2002. Unsafe Abortion: Worldwide Estimates for 2000. *Reproductive Health Matters* 10 (19):13-17.
- Ainsworth, Martha, Kathleen Beegle, et Andrew Nyamete. 1996. The Impact of Women's Schooling on Fertility and Contraceptive Use: A Study of Fourteen Sub-Saharan African Countries. *The World Bank Economic Review* 10 (1):85-122.
- Antman, E. M., J. Lau, B. Kupelnick, F. Mosteller, et T. C. Chalmers. 1992. A Comparison of Results of Meta-Analyses of Randomized Control Trials and Recommendations of Clinical Experts. Treatments for Myocardial Infarction. *JAMA* 268 (2):240-8.
- Arowojolu, A.O., A.O. Ilesanmi, O.A. Roberts, et M.A. Okunola. 2002. Sexuality, Contraceptive Choice and AIDS Awareness among Nigerian Undergraduates. *African Journal of Reproductive Health* 6 (2):60-70.
- Barkat-e-khuda, N.C Roy, et D.M. Rahman. 2000. Family Planning and Fertility in Bangladesh. *Asia Pacific Population Journal* 15 (1):41-54.
- Bernstein, Stan, et Charlette Juul Hansen. 2006. Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. New York : Programme des Nations Unies pour le développement.
- Birdsall, Nancy, Allen C. Kelley, et Steve Sinding. 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. New York : Oxford University Press.
- Bloom, D.E., D. Canning, et J. Sevilla. 2003. The Demographic Dividend. A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change. Santa Monica, CA : RAND.
- Bloom, David E., et David Canning. 2006. Booms, Busts, et Echoes: How the Biggest Demographic Upheaval in History is Affecting Global Development. *Finance and Development. A Quarterly Publication of the International Monetary Fund* 43 (3):8-13.
- Bongaarts, John, et Robert G. Potter. 1983. *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*. New York : Academic Press.
- Chawla, Mukesh, Gordon Betcherman, Arup Banerji, Anne Bakilana, Csaba Feher, Michael Mertaugh, Maria Laura Sanchez Puerta, Anita M. Schwarz, Lars Sondergaard, et Andrew Burns. À paraître. *The Third Transition: Exploring the Impact of Changing Demographic Structures in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington : Banque mondiale.
- Cleland, J., et S. Sindling. 2005. What Would Malthus Say about AIDS in Africa? *The Lancet* 366 (9500):1899-1901.
- Cleland, John, James F. Phillips, Sajeda Amin, et G.M. Kamal. 1994. *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a Challenging Environment*. Washington : Banque mondiale.
- Cochrane, S.H. 1979. *Fertility and Education. What Do We Really Know?* Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Dalen, Hendrik P. van, et Mieke Reuser. 2005a. Assessing Size and Structure of Worldwide Funds for Population and AIDS Activities. UNFPA/UNAIDS/NIDI - Resource Flows Project, N. I. D. Institute, The Netherlands.

- . 2005b. What Drives Donor Funding in Population Assistance Programs? Tinbergen Institute Discussion Paper series. Amsterdam, the Netherlands: Tinbergen Institute.
- Dickison-Tetteh, Kim, Audrey Pettifor, et Winnie Moleko. 2001. Working with Public Sector to Provide Adolescent Friendly Services in South Africa. *Reproductive Health Matters* 9 (17):160-169.
- Dunkle, Kristin L., Rachel K. Jewkes, et Heather C. Brown. 2004. Transactional Sex Among Women in Soweto, South Africa: Prevalence, Risk Factors, and Association with HIV Infection. *Social Science and Medicine* 59 (8):1581-92.
- ESCAP (Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique). 1987. Female Autonomy and Fertility: An Overview of the Situation in South Asia. *Asia Pacific Population Journal* 2 (4):43-52.
- Family Health International. *Introduction: Adolescent Reproductive Health* [internet]. Family Health International 1997 [cité, 226 septembre 2006]. Disponible sur l'Internet [http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v17\\_3/nt1732.htm](http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v17_3/nt1732.htm).
- Ginneken, Jeroen Van et Abdur Razzaque. 2003. Supply and Demand Factors in the Fertility Decline in Matlab, Bangladesh in 1977-1999. *European Journal of Population* 19 (1):29-45.
- Greene, Margaret E. et Thomas Merrick. 2005. Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter? *HNP Discussion Paper series*. Washington : Banque mondiale.
- Gwatkin, Davidson R. 2002. Overcoming the Inverse Care Law. Paper read at Leverhulme Lecture, at London School of Tropical Medicine and Hygiene.
- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Abdulla Suliman, et Adam Wagstaff. 2004. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*. Second Edition. Volume III: Indicator Summaries. Washington : Banque mondiale.
- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff et Agbessi Amouzou. 2007. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*. Washington : Banque mondiale.
- Gwatkin, Davidson R., Adam Wagstaff et Abdo S. Yazbeck. 2005. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*. Directeurs de publication : D. R. Gwatkin, A. Wagstaff et A. S. Yazbeck. Washington : Banque mondiale.
- Hausmann-Muela, Susanna, Joan Muela Ribera et Isaac Nyamongo. 2003. Health-Seeking Behaviour and the Health System Response. *Disease Control Priorities Project Working Paper #14*. Disease Control Priorities Project (DCPP).
- Hindin, Michelle J. 2000. Women's Autonomy, Women's Status and Fertility-Related Behavior in Zimbabwe. *Population Research and Policy Review* 19:255-82.
- Hogan, Dennis P., Betemariam Berhanu et Assefa Hailemariam. 1999. Household Organization, Women's Autonomy, and Contraceptive Behavior in Southern Ethiopia. *Studies in Family Planning* 30 (4):302.
- Hollander, D. 2003. Although Abortion is Highly Restricted in Cameroon, it is not Uncommon among Young Urban Women. *International Family Planning Perspectives* 29 (1):49-50.
- Jamison, Dean T., ed. 2006. *Investing in Health*. Directeurs de publication : D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills et P. Musgrove. 2<sup>nd</sup> ed, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Kelley, Allen C. 1988. Economic Consequences of Population Change. *The Third World Journal of Economic Literature* 26 (4) (Décembre):1685-1728.

- Lee, Ronald et Andrew Mason. 2006. What is Demographic Dividend? *Finance and Development. A Quarterly Publication of the International Monetary Fund* 43 (3):16-17.
- Mason, Andrew et Sang-Hyop Lee. 2004. The Demographic Dividend and Poverty Reduction: University of Hawaii at Manoa and the East-West Center.
- May, John F. 2005. Population Policy. In *The Handbook of Population*, directeurs de publication : D. L. Poston et M. Micklin. New York : Kluwer Academic/Plenum Publisher Springer Science & Business Media, Inc.
- Mbonye, A.K. 2000. Abortion in Uganda: Magnitude and Implications. *African Journal of Reproductive Health* 4 (2):104-108.
- Merrick, Thomas W. 1993. *Social Policy and Fertility Transitions*. HRO working paper series. Washington : Banque mondiale.
- NRC (National Research Council) et IOM (Institute of Medicine). 2005. *Growing up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington : The National Academics Press.
- ORC Macro. 2006. *MEASURE DHS STATcompiler 2006* [cité, 6 décembre 2006]. Disponible sur l'Internet : <http://www.measuredhs.com>.
- Peters, David, Abdo S. Yazbeck, Rashmi R. Sharma, G.N.V. Ramana, Lant H. Pritchett et Adam Wagstaff. 2002. *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis and Options*. Washington : Banque mondiale.
- Republique du Rwanda, Ministère des Finances et de la Planification économique, Ministère de la Santé. 2006. Scaling up to Achieve the Health MDGs in Rwanda, A Background Study for the High-Level Forum Meeting in Tunis June 12th-13th 2006.
- Rutstein, Shea Oscar. 2002. *Fertility Levels, Trends, and Differentials 1995 -1999*. DHS Comparative Reports No. 3. Calverton, Maryland : ORC Macro.
- Shah, Iqbal et Elizabeth Ahman. 2004a. Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. *Reproductive Health Matters (Abortion Law, Policy and Practice Supplement)* 12 (24):9-17.
- . 2004b. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*. 4<sup>e</sup> ed. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Sinding, S.W. 2000. The Great Population Debates: How Relevant are They for the 21st Century? *American Journal of Public Health* 90 (12):1841-45.
- Singh, S.E., F. Prada, Mirembe et C. Kiggundu. 2005. The Incidence of Induced Abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives* 31 (4):183-91.
- Soucat, Agnes et Manju Rani. 2003. *Who Do the Poor Really Get Their Services from: Myths and Reality of the Public-Private Mix*. Background paper for the World Development Report, 2004. Washington : Banque mondiale.
- Stakes, C.Shannan et Yeu-Sheng Hsieh. 1983. Female Employment and Reproductive Behavior in Taiwan, 1980. *Demography* 20 (20):313.
- Tan, J.P. et M. Haines. 1984. Schooling and Demand for Children; Historical Perspectives. Washington : Banque mondiale.
- UN (Nations Unies). 2004. World Population Prospects: The 2004 Revision. Volume III Analytical Report. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- . 2005. Population Challenges and Development Goals. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division.

- UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population). 2003. *State of World Population 2003. Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*: Fonds des Nations Unies pour la population.
- . 2006. *UNFPA Global Population Policy Update. Issue 64*. UNFPA 2006 [cité, 24 août 2006]. Disponible sur l'Internet : <http://www.unfpa.org/parliamentarians/news/newsletters/issue64.htm>.
- USAID (U.S. Agency for International Development). 2005. *Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries - An Advocacy Toolkit*. Washington : USAID.
- Warriner, I. K. et I. H. Shah, eds. 2006. *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action*. New York : Guttmacher Institute.
- Waters, Hugh, Laurel Hatt et Henrik Axelsson. 2002. *Working with the Private Sector for Child Health*. HNP Discussion Paper Series. Washington : Banque mondiale et USAID SARA Project.
- White, Arlette Campbell, Thomas W. Merrick et Abdo S. Yazbeck. 2006. *Reproductive Health: The Missing Millennium Development Goal: Poverty, Health, and Development in a Changing World*. Washington : Banque mondiale.
- World Bank. 1994a. *Population and Development. Implication for the World Bank*. Directeurs de publication : T. Merrick, J. Nassim et C. T. Worzala. Washington : Banque mondiale.
- . 1994b. *Family Planning: A Development Success Story*. Washington : Banque mondiale.
- . 2001. *Population and the World Bank - Adapting to Change*. Directeurs de publication : A. S. Preker, A. E. Elmendorf et M. Claeson. Édition révisée *The Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series*. Washington : Banque mondiale.
- . 2004. *World Development Report 2004. Making Services Work for Poor People*. Washington : Banque mondiale.
- . 2005. *Dying Too Young - Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation*. Washington : Banque mondiale.
- . 2006a. *World Development Indicators*. Washington : Banque mondiale.
- . 2006b. *World Development Report 2006. Equity and Development*. Washington : Banque mondiale.
- . 2006c. *World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results. Background note for a briefing to the Committee on Development Effectiveness on the preparation of the new Bank HNP strategy*. Washington : Banque mondiale.
- . 2007a. *World Development Indicators*. Washington : Banque mondiale.
- . 2007b. *World Development Report 2007. Development and the Next Generation*. Washington : Banque mondiale.

## ANNEXE 1. ACTIVITÉS DE LA BANQUE ET DE SES PAYS CLIENTS DANS LE DOMAINE DÉMOGRAPHIQUE : EXAMEN DES CAS ET DES DSRP

Une analyse des CAS et des DSRP les plus récents de pays à indice de fécondité élevé ( $ISF \geq 5$ ), à indice de fécondité intermédiaire ( $2,5 < ISF < 5$ ) et fort potentiel d'accroissement démographique, et à indice de fécondité faible ( $ISF < 2,5$ ) a été réalisée afin de déterminer dans quelle mesure la Banque mondiale et ses pays clients se préoccupaient des problèmes démographiques au niveau des pays. Sur les 35 pays à fécondité élevée, 29 CAS et 27 DSRP ont pu être examinés (voir la liste au tableau A1). Pour les pays à fécondité intermédiaire et forte inertie démographique, 10 CAS ont été analysées (tableau A2). Enfin, deux CAS de pays à faible fécondité ont été examinées. Les CAS et les DSRP les plus récents ont été téléchargés à partir de la banque d'images de la Banque mondiale. Une recherche a été effectuée sur des termes précis afin de voir si la question démographique étaient abordée dans les documents.

**Tableau A1. Pays à fécondité élevée : ISF > 5**

CAS	DSRP
Bénin	Afghanistan
Burkina Faso	Burkina Faso
Burundi	Burundi
Congo, Rép. du	Congo, Rép. dém. du
Côte d'Ivoire	Congo, Rép. du
Djibouti	Côte d'Ivoire
Érythrée	Éthiopie
Éthiopie	Guinée
Guinée	Guinée-Bissau
Guinée équatoriale	Djibouti
Guinée-Bissau	Kenya
Kenya	Madagascar
Madagascar	Malawi
Malawi	Mali
Mali	Mauritanie
Mauritanie	Mozambique
Mozambique	Niger
Niger	Nigéria
Nigéria	Rwanda
Ouganda	Zambie
Rwanda	Sénégal
Sénégal	Sierra Leone
Sierra Leone	Tanzanie
Tanzanie	Timor-Leste
Tchad	Tchad
Timor-Leste	Ouganda
Togo	Yémen, République du
Yémen, République du	
Zambie	

**Tableau A2. Pays où  $2,5 < ISF < 5$  et à fort potentiel d'accroissement démographique**

<b>Pays</b>	<b>Potentiel d'accroissement démographique</b>	<b>ISF</b>
Bangladesh	1,5	3,2
Bolivie	1,6	4
Ghana	1,6	4,4
Guatemala	1,7	4,6
Inde	1,4	3,1
Jordanie	1,7	3,5
Maroc	1,5	2,8
Ouzbékistan	1,6	2,7
Pakistan	1,7	4,3
Philippines	1,5	3,2

**Table A3. Pays à  $ISF < 2,5$**

<b>Pays</b>	<b>ISF</b>
Fédération de Russie	1,3
Ukraine	1,1

### **Méthodologie de l'examen des CAS**

Les termes suivants ont été recherchés dans les CAS :

- Fécondité (ex. : « fécondité élevée » ou « fécondité excessive »)
- Démographie/population (pas uniquement pour donner le chiffre de la population mais dans le contexte de problèmes démographiques)
- Planification familiale
- Contraceptif
- Contraception
- Santé génésique

Les termes ci-dessus devaient avoir une fonction importante, en particulier dans les projets théoriques. S'ils n'étaient présents qu'à des fins statistiques, les informations n'étaient pas retenues. Lorsqu'ils étaient utilisés de façon plus substantielle — indicateurs, seuils de déclenchement de prêt, projet d'activité de prêt ou d'aide non financière — les informations étaient prises en compte. Le contexte était donc particulièrement important dans l'analyse.

### **Méthodologie de l'examen des DSRP**

Les termes recherchés étaient :

- potentiel d'accroissement démographique/élan démographique
- fécondité
- démographie/population ou taux de croissance démographique
- planification familiale
- contraceptif ou contraception
- préservatifs
- santé génésique (planification familiale à l'intérieur de la santé génésique)

Lorsque les termes étaient repérés, le paragraphe ou la phrase dans lequel le terme apparaissait était lu pour vérifier si le terme avait un rapport substantiel avec une question démographique. On considérait que le contenu des termes était substantiel lorsqu'ils apparaissaient dans l'exposé d'une mesure ou dans un indicateur. Un décompte a été fait pour chaque terme à contenu substantiel en rapport avec une question démographique. Toutefois, les termes n'étaient pas jugés significatifs s'ils n'apparaissaient qu'à titre accessoire ou à des fins statistiques, ou s'ils étaient mentionnés dans des objectifs ou des stratégies sans apparaître ensuite dans l'exposé d'une mesure ou dans un indicateur. Le décompte et le contexte d'utilisation des termes ont été entrés dans une feuille de calcul.

Les éléments suivants ont été pris en compte lors de la recherche des termes définis et l'examen de leur contexte.

*A. Potentiel d'accroissement démographique*

- Ce phénomène est-il reconnu comme un problème ?
- Des objectifs ou des indicateurs ont-ils été définis pour y faire face ?

*B. Enjeux démographiques*

- Des objectifs ont-ils été définis pour faire face aux problèmes démographiques ?
- Des indicateurs ont-ils été définis pour mesurer les progrès accomplis ?
- La question est-elle évoquée dans des piliers, dans une intervention ou pour la collecte de données ?

*C. Fécondité élevée*

- Des objectifs ont-ils été définis pour faire face à la fécondité élevée ?
- Des indicateurs ont-ils été définis pour mesurer l'évolution de l'ISF dans le temps ?
- La question est-elle évoquée dans des piliers, dans une intervention ou pour la collecte de données ?

*D. Taux de croissance démographique*

- Des objectifs ont-ils été définis pour faire face au taux de croissance élevé ?
- Des indicateurs ont-ils été définis pour mesurer l'évolution du taux de croissance dans le temps ?
- La question est-elle évoquée dans des piliers, dans une intervention ou pour la collecte de données ?

*E. Planification familiale*

- Des objectifs ont-ils été définis pour améliorer les programmes de planification familiale ?
- Des indicateurs ont-ils été définis pour mesurer les progrès en matière de planification familiale ?
- La question est-elle évoquée dans des piliers, dans une intervention ou pour la collecte de données ?

*F. Contraceptifs ou contraception*

- Des objectifs ont-ils été définis pour augmenter les taux d'utilisation des contraceptifs dans le pays ?
- Des indicateurs ont-ils été définis pour mesurer les progrès accomplis ?
- La question est-elle évoquée dans des piliers, dans une intervention ou pour la collecte de données ?

#### *G. Utilisation des préservatifs*

- Des informations sont-elles données sur l'utilisation des préservatifs dans le pays ?
- Le terme « préservatif » est-il utilisé dans le contexte de la contraception ?
- La question est-elle évoquée dans des piliers, dans une intervention ou pour la collecte de données ?

#### *H. Santé génésique*

- La planification familiale est-elle expressément évoquée dans le contexte de la santé génésique ?
- Des indicateurs ont-ils été définis pour mesurer les progrès en matière de santé génésique/planification familiale ?

### **Résultats de l'examen des CAS**

#### *Globalement :*

Les CAS les plus récentes des 36 pays à fécondité élevée, de 11 pays à fécondité intermédiaire à fort potentiel d'accroissement démographique, et de 2 pays à faible fécondité ont été analysées dans l'optique de repérer les contenus en rapport avec les questions de démographie et de fécondité. Sur les 36 pays à fécondité élevée, 29 avaient des CAS analysables, dont 21 % se penchaient sur le problème d'une fécondité élevée ou excessive, 59 % sur la démographie et la planification familiale et 41 % sur la santé génésique en général.

Sur les 11 pays à fécondité intermédiaire sélectionnés, 10 avaient des CAS analysables, dont 44 % reconnaissaient que la démographie constituait un problème, et seulement 11 % se préoccupaient spécifiquement de la fécondité. Par ailleurs, 22 % évoquaient la question de la planification familiale et 11 % la santé génésique.

L'analyse des CAS des 2 pays à faible fécondité a révélé que, dans l'un deux (la Fédération de Russie), la fécondité et la démographie étaient identifiés comme des problèmes émergents.

#### *Exemples parmi les pays à fécondité élevée :*

Le Niger, le Yémen, le Burundi et le Timor-Leste sont des exemples de CAS qui se préoccupent largement des problèmes de démographie et de fécondité. Le Mali, le Sierra Leone, le Mozambique, Madagascar et Djibouti n'évoquaient pas la question dans leurs CAS les plus récentes (juillet 2006). Les CAS des autres pays à fécondité élevée évoquent les questions démographiques au moins en toile de fond, et quelques-unes s'intéressent d'assez près aux

questions (à savoir prévoient une activité de prêt ou d'aide non financière, ou un indicateur de la CAS).

Dans ce groupe de pays, le Niger figure parmi les CAS relativement bien étudiées sur le plan des questions démographiques. Non seulement la fécondité élevée est reconnue comme un problème, mais c'est aussi l'un des indicateurs de performance définis dans la CAS. Des données sont présentées sur la croissance démographique, et une étude économique et sectorielle sur la démographie est prévue. La rédaction d'une Stratégie nationale en matière de démographie et de santé génésique constitue non seulement un critère de performance de la CAS, mais aussi un seuil de déclenchement de prêt, et la santé génésique fait partie des piliers de la CAS.

La CAS de 2006 du Yémen indique qu'un document de politique démographique publié en 2002 a servi de base à la rédaction de la CAS actuelle sur les questions de fécondité, et fait figurer la fécondité élevée parmi les cinq principaux domaines d'intervention à privilégier pendant la présente période de CAS. La liste des indicateurs comprend le taux de croissance démographique, qui est relié à la croissance économique et à l'approvisionnement en eau. L'importance de la population jeune est reconnue. Les indices de fécondité élevés sont bien documentés, malgré une Stratégie démographique nationale. Le programme de prêts propose une restructuration du Projet de réforme du secteur de la santé (comprenant la planification familiale) qui devrait conduire à un Projet II pour le secteur de la population ciblé précisément sur les problèmes de fécondité élevée et de planification familiale. Les piliers deux et trois concernent la démographie et la santé génésique. La contraception est examinée sérieusement, et le TPC est utilisé comme indicateur de la CAS. D'autre part, la Banque a publié début 2006 une étude intitulée « Promouvoir la demande de planification familiale au Yémen ».

La CAS du Burundi établit un lien entre la croissance démographique à la production alimentaire et à l'environnement. L'État prévoit d'élaborer une Politique démographique nationale en vue de ralentir la croissance démographique. Un projet de prêt « Santé et population » est proposé.

La CAS du Timor-Leste mentionne plusieurs fois le taux de croissance démographique et établit un lien entre la croissance démographique et le revenu par habitant, la pauvreté, la sécurité alimentaire et l'occupation des sols. La croissance de la population jeune est évoquée à propos de la nécessité de créer des emplois. Des activités de conseil et d'aide à l'analyse en matière de démographie sont proposés, et la planification familiale est incluse dans le pilier sur la fourniture de services.

## **Résultats de l'examen des DSRP**

### *Globalement :*

Les DSRP les plus récents des pays à fécondité élevée ( $ISF \geq 5$ ) ont été analysés à la recherche d'éléments liés à la démographie et à la planification familiale. Cette analyse rapide a été réalisée pour déterminer si les questions démographiques et de planification familiale étaient posées de façon substantielle dans les DSRP. Sur les 35 pays à fécondité élevée, 27 avaient des DSRP analysables.

Dans la plupart des DSRP, la croissance démographique est reconnue comme un handicap, et des objectifs ou des stratégies étaient définis pour s'attaquer au problème. Néanmoins, beaucoup de DSRP n'ont pas réussi à traduire ces objectifs ou ces stratégies en mesures précises ou en indicateurs destinés à mesurer les progrès dans le temps.

Sur les 27 DSRP, 13 (48 %) avaient défini au moins un indicateur en rapport avec la démographie ou la planification familiale, 5 (19 %) avaient défini au moins une mesure, 5 (19 %) avaient à la fois une mesure et un indicateur, et 13 n'avaient ni l'un ni l'autre. La plupart des DSRP avaient un indicateur sur l'utilisation des préservatifs, mais il rentrait dans une composante MST/VIH/sida et n'était pas associé à la planification familiale. Aucun des DSRP ne faisait référence au potentiel d'accroissement démographique.

*Exemples de pays à fécondité élevée :*

Le Yémen est l'un des pays à fécondité élevée dont le DSRP accordait une place importante aux problèmes démographiques. La fécondité élevée et la croissance démographique rapide étaient non seulement considérés comme des freins majeurs à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté, mais faisaient partie des objectifs qui ont conduit ensuite à la définition de mesures, de programmes et d'un indicateur (réduire le taux de croissance démographique de 3 % par an). De plus, un budget a été alloué spécifiquement à chacune des quatre mesures démographiques élaborées.

L'Éthiopie, pays à fécondité élevée, avait un DSRP qui posait les questions démographiques de façon substantielle. La fécondité élevée et la croissance démographique rapide étaient non seulement considérés comme des obstacles importants à l'essor économique et à la réduction de la pauvreté, mais étaient aussi compris dans les objectifs et traduits dans les faits. La Politique démographique nationale de l'Éthiopie a pour objectifs de ramener l'ISF à 4 et de faire passer le TPC à 44 % d'ici 2015. Les activités prévues pour atteindre ces objectifs sont ciblées sur l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de soins génésiques, l'étude, la collecte et la diffusion de données démographiques, le développement et le renforcement des capacités nationales de formation dans le domaine démographique et l'extension des activités d'information, éducation et communication et de la mobilisation sociale.

## ANNEXE 2A. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITE ET POPULATION TOTALE DANS LES PAYS À FÉCONDITÉ ÉLEVÉE

Pays	Population (millions)		Pays	Population (millions)	
	ISF 2000-2005	2005		ISF 2000-2005	2005
Niger	7,9	14,0	Guinée équatoriale	5,9	0,5
Timor-Leste	7,8	1,0	Éthiopie	5,9	71,3
Afghanistan	7,5	„	Guinée	5,9	9,4
Guinée-Bissau	7,1	1,6	Mauritanie	5,8	3,1
Ouganda	7,1	28,8	Nigéria	5,8	131,5
Mali	6,9	13,5	Rwanda	5,7	9,0
Angola	6,8	15,9	Zambie	5,7	11,7
Burundi	6,8	7,5	Érythrée	5,5	4,4
Libéria	6,8	3,3	Mozambique	5,5	19,8
Burkina Faso	6,7	13,2	Madagascar	5,4	18,6
Tchad	6,7	9,7	Togo	5,4	6,1
Congo, Rép. dém. du	6,7	57,5	Côte d'Ivoire	5,1	18,2
Sierra Leone	6,5	5,5	Djibouti	5,1	0,8
Somalie	6,4	8,2	Kenya	5,0	34,3
Congo, Rép. du	6,3	4,0	Sénégal	5,0	11,7
Yémen, Rép. du	6,2	21,0	Tanzanie	5,0	38,3
Malawi	6,1	12,9	République centrafricaine	5,0	4,0
Bénin	5,9	8,4			

Sources : base de données de l'ONU *World Population Prospects: The 2004 Revision*, Indicateurs du développement dans le monde 2006.

## ANNEXE 2B. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ EN FONCTION DE CERTAINS CRITÈRES SOCIOCULTURELS POUR UN ENSEMBLE DE PAYS À FÉCONDITÉ ÉLEVÉE

Indice synthétique de fécondité en fonction de certains critères socioculturels								
Pays et année de l'enquête	ISF	Zone géographique		Niveau d'instruction			Quintiles de richesse	
		Urbaine	Rurale	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou supérieur	Le plus pauvre	Le plus riche
Bénin 2001	5,6	4,4	6,4	6,3	4,9	3,6	7,2	3,5
Burkina Faso 2003	5,9	3,4	6,5	6,3	4,5	2,5	6,6	3,6
Érythrée 2002	4,8	3,5	5,7	5,5	4,2	3,1	-	-
Éthiopie 2000	5,5	3,0	6,0	5,9	4,7	3,2	6,3	3,6
Kenya 2003	4,9	3,3	5,4	6,7	5,5	3,2	7,6	3,1
Madagascar 2003/2004	5,2	3,7	5,7	6,5	5,7	3,4	-	-
Malawi 2000	6,3	4,5	6,7	7,3	6,4	3,0	7,1	4,8
Mali 2001	6,8	5,5	7,3	7,1	6,6	4,1	7,3	5,3
Mauritanie 2000/2001	4,5	4,1	4,8	4,8	4,7	3,2	5,4	3,5
Mozambique 2003	5,5	4,4	6,1	6,3	5,3	2,9	6,3	3,8
Nigéria 2003	5,7	4,9	6,1	6,7	6,3	4,2	6,5	4,2
Ouganda 2000/2001	6,9	4,0	7,4	7,8	7,3	3,9	8,5	4,1
Rwanda 2000	5,8	5,2	5,9	6,2	5,8	4,9	6,0	5,4
Tanzanie 2004	5,7	3,6	6,5	6,9	5,6	3,3	7,3	3,3
Tchad 2004	6,3	5,7	6,5	6,3	7,4	4,2	5,1	6,0
Zambie 2001/2002	5,9	4,3	6,9	7,4	6,5	3,9	7,3	3,6

Sources : enquêtes démographiques et de santé.

## ANNEXE 2C. INDICATEURS DE SANTÉ GÉNÉSIQUE POUR LES 35 PAYS À FÉCONDITÉ ÉLEVÉE

Ensemble d'indicateurs de fécondité et de planification familiale pour les pays à fécondité élevée					
Pays et année de l'enquête	Indice synthétique de fécondité 15-49	Pourcentage ayant eu au moins une grossesse	Toute méthode	Toute méthode moderne	Toute méthode moderne
		Grossesse pendant l'adolescence (%)	Utilisation actuelle d'une contraception, femmes actuellement mariées (%)		Connaissance des méthodes contraceptives, femmes actuellement mariées (%)
Bénin 1996	6,0	26,0	16,4	3,4	76,2
Bénin 2001	5,6	21,5	18,6	7,2	90,7
Burkina Faso 1992/1993	6,5	-	24,9	4,2	-
Burkina Faso 1998/1999	6,4	25,4	11,9	4,8	77,2
Burkina Faso 2003	5,9	23,2	13,8	8,8	90,4
Burundi 1987	6,9	5,9	8,7	1,2	63,8
Côte d'Ivoire 1994	5,3	35,0	11,4	4,3	71,5
Côte d'Ivoire 1998/1999	5,2	31,0	15,0	7,3	86,9
Érythrée 1995	6,1	23,0	8,0	4,0	62,0
Érythrée 2002	4,8	14,0	8,0	7,3	87,2
Éthiopie 2000	5,5	16,3	8,1	6,3	85,3
Guinée 1999	5,5	37,2	6,2	4,2	69,1
Kenya 1989	6,7	25,4	26,9	17,9	91,3
Kenya 1993	5,4	20,5	32,7	27,3	96,9
Kenya 1998	4,7	20,9	39,0	31,5	97,7
Kenya 2003	4,9	23,0	39,3	31,5	95,3
Libéria 1986	6,7	45,4	6,4	5,5	68,0
Madagascar 1992	6,1	29,0	16,7	5,1	61,7
Madagascar 1997	6,0	35,7	19,4	9,7	69,3
Madagascar 2003/2004	5,2	34,0	27,1	18,3	84,2
Malawi 1992	6,7	34,7	13,0	7,4	91,8
Malawi 2000	6,3	33,0	30,6	26,1	98,4
Mali 1987	7,1	50,6	4,7	1,3	28,6
Mali 1995/1996	6,7	41,5	6,7	4,5	64,6
Mali 2001	6,8	40,4	8,1	5,7	76,2
Mauritanie 2000/2001	4,5	15,8	8,0	5,1	68,2
Mozambique 1997	5,2	40,0	5,6	5,1	60,4
Mozambique 2003	5,5	41,0	25,5	20,8	90,4
Niger 1992	7,0	36,2	4,4	2,3	58,0
Niger 1998	7,2	43,1	8,2	4,6	75,1

<b>Pays et année de l'enquête</b>	<b>Indice synthétique de fécondité 15-49</b>	<b>Pourcentage ayant eu au moins une grossesse</b>	<b>Toute méthode</b>	<b>Toute méthode moderne</b>	<b>Toute méthode moderne</b>
		<b>Grossesse pendant l'adolescence (%)</b>	<b>Utilisation actuelle d'une contraception, femmes actuellement mariées (%)</b>		<b>Connaissance des méthodes contraceptives, femmes actuellement mariées (%)</b>
Nigéria 1990	6,0	28,3	6,0	3,5	41,2
Nigéria 1999	4,7	21,9	15,3	8,6	61,9
Nigéria 2003	5,7	25,2	12,6	8,2	76,2
Ouganda 1988	7,4	37,2	4,9	2,5	77,9
Ouganda 1995	6,9	42,9	14,8	7,8	91,6
Ouganda 2000/2001	6,9	31,4	22,8	18,2	97,5
République centrafricaine 1994/1995	5,1	36,1	14,8	3,2	68,6
Rwanda 1992	6,2	10,5	21,2	12,9	98,8
Rwanda 2000	5,8	6,8	13,2	5,7	96,8
Sénégal 1986	6,4	30,5	11,3	2,4	67,8
Sénégal 1992/1993	6,0	23,8	7,5	4,8	70,4
Sénégal 1997	5,7	22,3	12,9	8,1	82,5
Tanzanie 1992	6,2	29,0	10,4	6,6	77,6
Tanzanie 1996	5,8	26,1	18,4	13,3	87,7
Tanzanie 1999	5,6	24,5	25,4	16,9	94,9
Tanzanie 2004	5,7	26,0	26,4	20,0	97,4
Tchad 1996/1997	6,4	38,5	4,1	1,2	42,8
Tchad 2004	6,3	36,6	2,8	1,6	48,6
Togo 1988	6,4	26,5	33,9	3,1	81,4
Togo 1998	5,2	19,4	23,5	7,0	93,4
Yémen, Rép. du 1997	6,5	15,5	20,8	9,8	79,2
Yémen, Rép. du 1991/1992	7,7	14,1	9,7	6,1	53,2
Zambie 1992	6,5	33,8	15,2	8,9	90,7
Zambie 1996	6,1	30,7	25,9	14,4	97,7
Zambie 2001/2002	5,9	31,6	34,2	25,3	99,1

Sources : études démographiques et de santé.

## ANNEXE 2D. INDICATEURS DE SANTÉ GÉNÉSIQUE POUR LES 35 PAYS À FÉCONDITÉ ÉLEVÉE

	Besoins de services de planification familiale (%)			Source d'approvisionnement des moyens contraceptifs modernes actuellement utilisés		
	Besoins non satisfaits - espacement des naissances	Besoins non satisfaits - limite	Besoins non satisfaits - total	Secteur public	Médecine privée ou autre source privée	Autre, ne sait pas ou pas de données
Bénin 1996	17,2	8,6	25,7	43,5	46,8	9,6
Bénin 2001	17,5	9,7	27,2	45,5	50,1	4,4
Burkina Faso 1992/1993	18,2	6,3	24,5	-	-	-
Burkina Faso 1998/1999	19,0	6,8	25,8	53,0	43,1	3,9
Burkina Faso 2003	21,8	7,0	28,8	53,9	43,8	2,3
Burundi 1987	-	-	-	86,7	10,5	2,8
Côte d'Ivoire 1994	20,0	7,1	27,1	25,5	66,9	7,6
Côte d'Ivoire 1998/1999	20,0	7,6	27,7	30,8	64,4	4,9
Érythrée 1995	21,4	6,1	27,5	78,4	19,9	1,7
Érythrée 2002	21,0	6,0	27,0	74,0	23,0	3,0
Éthiopie 2000	21,3	13,8	35,2	77,5	19,7	2,8
Guinée 1999	16,0	8,2	24,2	49,9	42,1	8,0
Kenya 1989	-	-	-	70,5	28,5	1,0
Kenya 1993	21,4	14,1	35,5	69,2	29,2	1,7
Kenya 1998	14,0	9,9	23,9	58,0	41,7	0,4
Kenya 2003	14,4	10,1	24,5	53,4	46,5	0,1
Libéria 1986	-	-	-	31,1	67,0	2,0
Madagascar 1992	16,5	16,0	32,4	38,8	59,9	1,3
Madagascar 1997	14,1	11,4	25,6	52,1	46,8	1,1
Madagascar 2003/2004	11,3	12,3	23,6	57,5	41,2	1,3
Malawi 1992	23,6	12,1	35,7	69,9	28,7	1,5
Malawi 2000	17,2	12,5	29,7	68,0	19,3	12,8
Mali 1987	-	-	-	76,9	8,8	14,3
Mali 1995/96	20,1	5,7	25,7	52,0	31,1	17,0
Mali 2001	20,9	7,6	28,5	51,8	44,7	3,6
Mauritanie 2000/01	22,9	8,6	31,6	69,2	22,5	8,2
Mozambique 1997	16,9	5,6	22,5	82,7	13,1	4,1
Mozambique 2003	10,8	7,5	18,4	69,0	28,9	2,1
Niger 1992	15,7	3,0	18,7	93,3	6,3	0,4
Niger 1998	14,0	2,7	16,6	83,6	16,0	0,3
Nigéria 1990	15,5	4,9	20,5	37,1	59,8	3,1
Nigéria 1999	12,9	4,5	17,4	42,9	49,8	7,3
Nigéria 2003	11,8	5,1	16,9	22,8	72,0	5,2

	Besoins de services de planification familiale (%)			Source d'approvisionnement des moyens contraceptifs modernes actuellement utilisés		
	Besoins non satisfaits – espacement des naissances	Besoins non satisfaits - limite	Besoins non satisfaits – total	Secteur public	Médecine privée ou autre source privée	Autre, ne sait pas ou pas de données
Ouganda 1988	-	-	-	82,7	15,7	1,5
Ouganda 1995	18,3	10,7	29,0	47,4	49,6	3,0
Ouganda 2000/2001	20,7	13,9	34,6	36,0	61,8	2,2
République centrafricaine 1994/1995	11,6	4,6	16,2	49,3	44,9	5,7
Rwanda 1992	20,8	18,0	38,8	96,3	0,7	3,1
Rwanda 2000	24,0	11,6	35,6	69,0	29,8	1,3
Sénégal 1986	-	-	-	46,7	43,0	10,3
Sénégal 1992/1993	22,3	7,0	29,3	59,1	36,3	4,5
Sénégal 1997	25,5	9,4	34,8	68,3	30,2	1,4
Tanzanie 1992	18,8	9,0	27,9	72,9	21,9	5,2
Tanzanie 1996	15,4	8,5	23,9	74,2	21,8	4,0
Tanzanie 1999	13,8	8,0	21,8	67,2	32,2	0,6
Tanzanie 2004	15,1	6,7	21,8	68,4	23,4	8,2
Tchad 1996/97	6,6	3,1	9,7	59,3	15,7	25,0
Tchad 2004	18,4	2,3	20,7	60,0	36,9	3,1
Togo 1988	-	-	-	41,7	45,2	13,1
Togo 1998	21,4	10,9	32,3	48,0	50,6	1,3
Yémen, Rép. du 1991/992	-	-	-	47,4	44,6	8,0
Yémen, Rép. du 1997	17,2	21,4	38,6	49,4	47,5	3,1
Zambie 1992	21,6	9,1	30,7	56,1	43,2	0,7
Zambie 1996	18,7	7,8	26,5	59,9	35,8	4,3
Zambie 2001/2002	16,8	10,6	27,4	60,9	37,5	1,6

Sources : enquêtes démographiques et de santé.

## ANNEXE 2E. RAISONS INVOQUÉES PAR LES FEMMES POUR NE PAS UTILISER DE CONTRACEPTION

DHS	Raisons invoquées pour ne pas utiliser de contraception					
	Veulent plus d'enfants	Sont contre	Ne connaissent aucune méthode	Ne connaissent aucune source	Craignent pour leur santé	Accès ou coût
Afrique du Sud 1998	23,8	13,3	1,6	0,7	19,5	-
Bénin 2001	17,6	17,6	5,2	2,9	14,3	1,4
Burkina Faso 2003	17,5	13,7	3,9	5,8	10,0	3,2
Cameroun 2004	37,4	11,8	4,7	1,2	7,2	0,8
Côte d'Ivoire 1998/99	39,8	17,4	8,3	4,2	4,1	0,2
Érythrée 2002	60,3	7,4	4,4	3,9	4,8	0,2
Éthiopie 2000	41,8	10,4	7,9	1,8	10,4	0,3
Ghana 2003	13,8	8,8	4,4	1,3	33,2	1,8
Guinée 1999	55,6	12,6	5,6	0,8	4,4	0,5
Kenya 2003	13,9	15,8	2,0	0,3	22,0	0,2
Madagascar 2003/2004	19,8	12,5	4,5	3,5	28,6	0,9
Malawi 2000	7,9	20,9	2,8	0,9	20,8	0,9
Mali 2001	16,3	32,9	8,2	3,2	8,8	1,2
Mauritanie 2000/01	15,9	15,2	4,2	2,9	7,2	0,3
Mozambique 2003	49,4	9,1	2,9	1,2	4,3	1,0
Namibie 2000	21,0	16,1	4,1	0,3	11,0	0,9
Niger 1998	33,2	9,2	7,4	7,8	2,9	2,6
Nigéria 2003	36,1	17,7	7,3	1,2	8,6	0,3
Ouganda 2000/01	10,6	10,9	3,1	1,8	23,4	2,0
Rwanda 2000	19,8	8,1	2,3	4,1	19,7	1,8
Sénégal 1997	31,1	6,6	13,1	-	4,7	0,7
Tanzanie 2004	15,6	22,9	1,8	1,1	28,4	0,3
Tchad 2004	19,0	18,0	19,3	7,5	4,0	0,8
Togo 1998	28,0	10,6	2,6	4,9	9,9	1,5
Zimbabwe 1999	9,3	8,9	0,5	-	10,2	2,7

Sources : enquêtes démographiques et de santé

## ANNEXE 3A. INDICATEURS DE SANTÉ DE LA POPULATION

	Population totale (milliers)	RNB par habitant (USD courants)	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux de croissance démographique (% annuel)		Popula- tion 0-14 ans	Popula- tion 15- 64 ans	Popula- tion 65 ans et plus	Ratio de dépendance	
				1990- 2005	2005- 2020	% du total			Jeunes	Personnes âgées
						2005	2005	2005		
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	45 192	4 960	45	1,7	0,4	33	63	4	0,5	0,1
Albanie	3 130	2 580	74	-0,3	0,6	27	65	8	0,4	0,1
Algérie	32 854	2 730	71	1,7	1,4	30	66	5	0,5	0,1
Allemagne	82 485	34 580	78	0,3	0,0	14	67	19	0,2	0,3
Andorre	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	15 941	1 350	41	2,8	2,7	46	51	2	0,9	0,0
Antigua-et- Barbuda	81	10 920	-	1,7	-	-	-	-	-	-
Antilles néerlandaises	183	-	76	-0,3	0,5	23	68	9	0,3	0,1
Arabie saoudite	24 573	11 770	72	2,7	2,2	37	60	3	0,6	0,0
Argentine	38 747	4 470	75	1,2	0,9	26	63	10	0,4	0,2
Arménie	3 016	1 470	71	-1,1	-0,1	21	67	12	0,3	0,2
Aruba	101	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australie	20 321	32 220	80	1,2	0,9	20	68	13	0,3	0,2
Autriche	8 211	36 980	79	0,4	0,1	16	68	17	0,2	0,2
Azerbaïdjan	8 388	1 240	72	1,1	0,7	26	67	7	0,4	0,1
Bahamas	323	-	70	1,6	1,2	28	65	6	0,4	0,1
Bahreïn	727	-	75	2,6	1,5	27	70	3	0,4	0,0
Bangladesh	141 822	470	63	2,1	1,6	35	61	4	0,6	0,1
Barbade	270	-	75	0,3	0,2	19	71	10	0,3	0,1
Bélarus	9 776	2 760	68	-0,3	-0,6	15	70	15	0,2	0,2
Belgique	10 471	35 700	79	0,3	0,1	17	66	18	0,3	0,3
Belize	292	3 500	72	2,9	1,1	37	59	4	0,6	0,1
Bénin	8 439	510	55	3,3	2,7	44	53	3	0,8	0,1
Bermudes	65	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-
Bhoutan	918	870	64	2,8	7,8	38	57	5	0,7	0,1
Bolivie	9 182	1 010	65	2,1	1,6	38	57	5	0,7	0,1
Bosnie- Herzégovine	3 907	2 440	74	-0,7	-0,1	17	69	14	0,2	0,2
Botswana	1 765	5 180	35	1,4	-0,4	38	59	3	0,6	0,1
Brésil	186 405	3 460	71	1,5	1,1	28	66	6	0,4	0,1
Brunéi Darussalam	374	-	77	2,5	1,8	30	67	3	0,4	0,0
Bulgarie	7 741	3 450	72	-0,8	-0,8	14	69	17	0,2	0,2
Burkina Faso	13 228	400	48	2,9	2,9	47	50	3	0,9	0,1
Burundi	7 548	100	44	1,9	3,2	45	52	3	0,9	0,1
Cambodge	14 071	380	57	2,5	1,9	37	60	3	0,6	0,1
Cameroun	16 322	1 010	46	2,2	1,5	41	55	4	0,7	0,1
Canada	32 271	32 600	80	1,0	0,8	18	69	13	0,3	0,2
Cap-Vert	507	1 870	70	2,4	2,1	40	56	4	0,7	0,1
Chili	16 295	5 870	78	1,4	0,9	25	67	8	0,4	0,1
Chine	1 304 500	1 740	71	0,9	0,6	21	71	8	0,3	0,1
Chypre	835	-	79	1,4	1,0	20	68	12	0,3	0,2
Cisjordanie et Gaza	3 626	-	73	4,1	3,0	45	51	3	0,9	0,1
Colombie	45 600	2 290	73	1,8	1,3	31	64	5	0,5	0,1

	Population totale (milliers)	RNB par habitant (USD courants)	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux de croissance démographique (% annuel)		Popula- tion 0-14 ans	Popula- tion 15- 64 ans	Popula- tion 65 ans et plus	Ratio de dépendance	
				1990- 2005	2005- 2020	% du total			Jeunes	Personnes âgées
				2005	2005	2004	2005	2005	2005	2005
Comores	600	640	63	2,1	4,2	42	55	3	0,8	0,0
Congo, Rép. dém. du	57 549	120	44	2,8	3,0	47	50	3	0,9	0,1
Congo, Rép. du	3 999	950	52	3,2	3,1	47	50	3	0,9	0,1
Corée, Rép. de	48 294	15 830	77	0,8	0,1	19	72	9	0,3	0,1
Corée, Rép. pop. dém. de	22 488	-	64	0,9	0,4	25	68	7	0,4	0,1
Costa Rica	4 327	4 590	79	2,3	1,3	28	66	6	0,4	0,1
Côte d'Ivoire	18 154	840	46	2,4	1,7	42	55	3	0,8	0,1
Croatie	4 444	8 060	75	-0,5	-0,1	16	67	17	0,2	0,3
Cuba	11 269	-	77	0,4	0,1	19	70	11	0,3	0,2
Danemark	5 418	47 390	77	0,4	0,2	19	66	15	0,3	0,2
Djibouti	793	1 020	53	2,3	1,6	41	56	3	0,7	0,1
Dominique	72	3 790	-	0,0	-	-	-	-	-	-
El Salvador	6 881	2 450	71	2,0	1,4	34	61	5	0,6	0,1
Émirats arabes unis	4 533	-	79	6,3	2,0	22	77	1	0,3	0,0
Équateur	13 228	2 630	75	1,7	1,3	32	62	6	0,5	0,1
Érythrée	4 401	220	54	2,5	2,7	45	53	2	0,8	0,0
Espagne	43 389	25 360	80	0,7	0,2	14	69	16	0,2	0,2
Estonie	1 345	9 100	72	-1,0	-0,4	15	68	17	0,2	0,2
États-Unis	296 497	43 740	77	1,1	0,9	21	67	12	0,3	0,2
Éthiopie	71 256	160	42	2,2	2,8	45	53	3	0,8	0,1
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	2 034	2 830	74	0,4	0,1	20	69	11	0,3	0,2
Fédération de Russie	143 151	4 460	65	-0,2	-0,5	15	71	14	0,2	0,2
Fidji	848	3 280	68	1,1	0,5	32	64	4	0,5	0,1
Finlande	5 245	37 460	79	0,3	0,2	17	67	16	0,3	0,2
France	60 743	34 810	80	0,5	0,2	18	65	17	0,3	0,3
Gabon	1 384	5 010	54	2,5	1,4	40	56	4	0,7	0,1
Gambie	1 517	290	56	3,2	2,1	40	56	4	0,7	0,1
Géorgie	4 474	1 350	71	-1,3	-0,7	19	67	14	0,3	0,2
Ghana	22 113	450	57	2,4	1,8	39	57	4	0,7	0,1
Grèce	11 089	19 670	79	0,6	0,1	14	68	18	0,2	0,3
Grenade	107	3 920	-	0,9	-	-	-	-	-	-
Groenland	57	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-
Guam	170	-	75	1,6	1,3	30	64	6	0,5	0,1
Guatemala	12 599	2 400	68	2,3	2,2	43	52	4	0,8	0,1
Guinée	9 402	370	54	2,8	2,3	44	53	4	0,8	0,1
Guinée équatoriale	504	-	43	2,4	2,1	44	52	4	0,9	0,1
Guinée-Bissau	1 586	180	45	3,0	3,0	48	49	3	1,0	0,1
Guyana	751	1 010	64	0,2	-0,2	29	65	5	0,4	0,1
Haïti	8 528	450	52	1,4	1,3	37	59	4	0,6	0,1
Honduras	7 205	1 190	68	2,6	1,9	39	57	4	0,7	0,1
Hong Kong, Chine	6 944	27 670	82	1,3	1,0	14	74	12	0,2	0,2
Hongrie	10 088	10 030	73	-0,2	-0,3	16	69	15	0,2	0,2
Île de Man	77	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-

	Population totale (milliers)	RNB par habitant (USD courants)	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux de croissance démographique (% annuel)		Popula-tion 0-14 ans	Popula-tion 15-64 ans	Popula-tion 65 ans et plus	Ratio de dépendance	
				1990-2005	2005-2020	% du total			Jeunes	Personnes âgées
						2005	2005	2005		
Îles Anglo-Normandes.	149	-	79	0,3	0,4	16	69	15	0,2	0,2
Îles Caïmans	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Féroé	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Mariannes septentrionales .	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	63	2 930	-	2,1	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	478	590	63	2,7	2,1	41	57	2	0,7	0,0
Îles Vierges américaines	115	-	79	0,7	-0,3	24	65	11	0,4	0,2
Inde	1 094 583	720	63	1,7	1,3	32	63	5	0,5	0,1
Indonésie	220 558	1 280	67	1,4	1,0	28	66	6	0,4	0,1
Iran, Rép. islamique d'	67 700	2 770	71	1,5	1,5	29	67	5	0,4	0,1
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	4 151	40 150	78	1,1	1,1	20	69	11	0,3	0,2
Islande	295	46 320	80	1,0	0,7	22	66	12	0,3	0,2
Israël	6 909	18 620	79	2,6	1,2	28	62	10	0,4	0,2
Italie	57 471	30 010	80	0,1	0,0	14	66	20	0,2	0,3
Jamahiriya arabe libyenne	5 853	5 530	74	2,0	1,7	30	66	4	0,5	0,1
Jamaïque	2 657	3 400	71	0,7	0,3	31	61	8	0,5	0,1
Japon	127 956	38 980	82	0,2	-0,1	14	66	20	0,2	0,3
Jordanie	5 411	2 500	72	3,6	2,2	37	60	3	0,6	0,1
Kazakhstan	15 146	2 930	65	-0,5	-0,1	23	68	9	0,3	0,1
Kenya	34 256	530	48	2,5	2,5	43	54	3	0,8	0,1
Kiribati	99	1 390	-	2,1	-	-	-	-	-	-
Koweït	2 535	-	77	1,2	2,5	24	74	2	0,3	0,0
Lesotho	1 795	960	36	0,8	-0,3	39	56	5	0,7	0,1
Lettonie	2 300	6 760	71	-1,0	-0,5	15	68	17	0,2	0,2
Liban	3 577	6 180	72	1,8	1,0	29	64	7	0,4	0,1
Libéria	3 283	130	42	2,9	2,9	47	51	2	0,9	0,0
Liechtenstein	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	3 415	7 050	72	-0,5	-0,4	17	68	15	0,2	0,2
Luxembourg	457	65 630	78	1,2	1,3	19	67	14	0,3	0,2
Macao, Chine	460	-	80	1,4	0,7	16	76	8	0,2	0,1
Madagascar	18 606	290	56	2,9	2,4	44	53	3	0,8	0,1
Malaisie	25 347	4 960	73	2,3	1,4	32	63	5	0,5	0,1
Malawi	12 884	160	40	2,1	2,2	47	50	3	1,0	0,1
Maldives	329	2 390	67	2,8	2,3	41	56	3	0,7	0,1
Mali	13 518	380	48	2,8	2,9	48	49	3	1,0	0,1
Malte	404	13 590	79	0,8	0,4	18	69	14	0,3	0,2
Maroc	30 168	1 730	70	1,5	1,6	31	64	5	0,5	0,1
Maurice	1 248	5 260	73	1,1	0,7	25	69	7	0,4	0,1
Mauritanie	3 069	560	53	2,8	2,5	43	54	3	0,8	0,1
Mayotte	180	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mexique	103 089	7 310	75	1,4	1,3	31	64	5	0,5	0,1
Micronésie, États fédérés de	110	2 300	68	0,9	0,4	39	58	3	0,7	0,1

	Population totale (milliers)	RNB par habitant (USD courants)	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux de croissance démographique (% annuel)		Popula- tion 0-14 ans	Popula- tion 15- 64 ans	Popula- tion 65 ans et plus	Ratio de dépendance	
				1990- 2005	2005- 2020	% du total			Jeunes	Personnes âgées
						2005	2005	2005		
Moldova	4 206	880	68	-0,2	-0,2	18	72	10	0,3	0,1
Monaco	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	2 554	690	65	1,3	1,4	30	66	4	0,5	0,1
Mozambique	19 792	310	42	2,6	1,7	44	53	3	0,8	0,1
Myanmar	50 519	-	61	1,4	0,8	29	66	5	0,4	0,1
Namibie	2 031	2 990	47	2,5	1,1	42	55	3	0,8	0,1
Népal	27 133	270	62	2,3	1,8	39	57	4	0,7	0,1
Nicaragua	5 487	910	70	2,2	1,8	39	58	3	0,7	0,1
Niger	13 957	240	45	3,3	3,2	49	49	2	1,0	0,0
Nigéria	131 530	560	44	2,5	1,9	44	53	3	0,8	0,1
Norvège	4 618	59 590	80	0,6	0,5	20	65	15	0,3	0,2
Nouvelle- Calédonie	234	-	75	2,2	1,6	28	66	6	0,4	0,1
Nouvelle-Zélande	4 110	25 960	79	1,2	0,5	21	66	12	0,3	0,2
Oman	2 567	-	75	2,2	2,0	34	63	3	0,5	0,0
Ouganda	28 816	280	49	3,2	3,7	50	47	2	1,1	0,1
Ouzbékistan	26 593	510	67	1,7	1,3	33	62	5	0,5	0,1
Pakistan	155 772	690	65	2,4	2,0	38	58	4	0,7	0,1
Palaos	20	7 630	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	3 232	4 630	75	2,0	1,5	30	64	6	0,5	0,1
Papouasie- Nouvelle-Guinée	5 887	660	56	2,4	1,7	40	57	2	0,7	0,0
Paraguay	6 158	1 280	71	2,5	2,0	38	59	4	0,6	0,1
Pays-Bas	16 329	36 620	79	0,6	0,3	18	68	14	0,3	0,2
Pérou	27 968	2 610	70	1,7	1,4	32	63	5	0,5	0,1
Philippines	83 054	1 300	71	2,0	1,5	35	61	4	0,6	0,1
Pologne	38 165	7 110	74	0,0	-0,1	16	71	13	0,2	0,2
Polynésie française	257	-	74	1,8	1,2	28	67	5	0,4	0,1
Portugal	10 557	16 170	77	0,4	0,2	16	67	17	0,2	0,3
Puerto Rico	3 911	-	77	0,7	0,5	22	66	12	0,3	0,2
Qatar	813	-	74	3,7	1,6	22	77	1	0,3	0,0
Rép. arabe d'Égypte	74 033	1 250	70	1,9	1,7	34	62	5	0,5	0,1
Rép. arabe syrienne	19 043	1 380	74	2,6	2,1	37	60	3	0,6	0,1
Rép. centrafricaine	4 038	350	39	2,0	1,4	43	53	4	0,8	0,1
Rép. dém. pop. lao	5 924	440	55	2,4	2,0	41	55	4	0,7	0,1
Rép. kirghize	5 156	440	68	1,0	1,1	31	62	6	0,5	0,1
République dominicaine	8 895	2 370	68	1,5	1,2	33	63	4	0,5	0,1
République tchèque	10 196	10 710	76	-0,1	-0,2	15	71	14	0,2	0,2
Roumanie	21 632	3 830	71	-0,5	-0,4	15	70	15	0,2	0,2
Royaume-Uni	60 203	37 600	79	0,3	0,2	18	66	16	0,3	0,2
Rwanda	9 038	230	44	1,6	2,1	43	54	2	0,8	0,0
Sainte-Lucie	166	4 800	73	1,4	0,5	29	64	7	0,5	0,1
Saint-Kitts-et- Nevis	48	8 210	-	0,9	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Population totale (milliers)	RNB par habitant (USD courants)	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux de croissance démographique (% annuel)		Popula- tion 0-14 ans	Popula- tion 15- 64 ans	Popula- tion 65 ans et plus	Ratio de dépendance	
				1990- 2005	2005- 2020	% du total			Jeunes	Personnes âgées
						2005	2005	2005		
Samoa	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	185	2 090	70	0,9	0,2	41	55	5	0,7	0,1
São Tomé & Príncipe	157	390	63	2,0	1,9	39	56	4	0,7	0,1
Sénégal	11 658	710	56	2,5	2,1	43	54	3	0,8	0,1
Serbie-et- Monténégro	8 168	3 280	73	-1,7	1,6	18	68	14	0,3	0,2
Seychelles	84	8 290	-	1,3	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	5 525	220	41	2,0	2,2	43	54	3	0,8	0,1
Singapour	4 351	27 490	79	2,4	0,9	20	72	8	0,3	0,1
Slovaquie	5 387	7 950	74	0,1	0,0	17	71	12	0,2	0,2
Slovénie	1 998	17 350	77	0,0	-0,3	14	70	16	0,2	0,2
Somalie	8 228	-	47	1,4	2,7	44	53	3	0,8	0,0
Soudan	36 233	640	57	2,2	1,8	39	57	4	0,7	0,1
Sri Lanka	19 582	1 160	74	0,9	1,0	24	69	7	0,4	0,1
St.-Vincent-et-les- Grenadines	119	3 590	71	0,6	0,3	29	64	7	0,5	0,1
Suède	9 024	41 060	80	0,4	0,3	17	65	17	0,3	0,3
Suisse	7 441	54 930	81	0,7	-0,1	16	68	16	0,2	0,2
Suriname	449	2 540	69	0,7	0,4	30	64	6	0,5	0,1
Swaziland	1 131	2 280	42	2,6	-0,9	41	55	4	0,7	0,1
Tadjikistan	6 507	330	64	1,4	1,6	39	57	4	0,7	0,1
Taïwan, Chine	22 858	16 170	76	0,8	-	-	-	-	-	-
Tanzanie	38 329	340	46	2,5	1,7	43	54	3	0,8	0,1
Tchad	9 749	400	44	3,2	2,8	47	50	3	1,0	0,1
Thaïlande	64 233	2 750	71	1,1	0,7	24	69	7	0,3	0,1
Timor-Leste	976	750	-	1,8	3,8	41	56	3	0,7	0,1
Togo	6 145	350	55	2,9	2,3	43	53	3	0,8	0,1
Tonga	102	2 190	72	0,5	0,0	36	58	6	0,6	0,1
Trinité-et-Tobago	1 305	10 440	70	0,5	0,2	22	71	7	0,3	0,1
Tunisie	10 022	2 890	73	1,4	1,0	26	68	6	0,4	0,1
Turkménistan	4 833	-	63	1,8	1,2	32	64	5	0,5	0,1
Turquie	72 636	4 710	70	1,7	1,2	29	65	5	0,4	0,1
Ukraine	47 111	1 520	68	-0,6	-1,2	15	69	16	0,2	0,2
Uruguay	3 463	4 360	75	0,7	0,6	24	63	13	0,4	0,2
Vanuatu	211	1 600	69	2,3	1,7	40	57	3	0,7	0,1
Venezuela, RB de	26 577	4 810	74	2,0	1,5	31	64	5	0,5	0,1
Viet Nam	82 966	620	70	1,5	1,2	30	65	5	0,5	0,1
Yémen, Rép. du	20 975	600	61	3,7	3,0	46	51	2	0,9	0,0
Zambie	11 668	490	38	2,2	1,7	46	51	3	0,9	0,1
Zimbabwe	13 010	340	37	1,4	0,6	40	56	4	0,7	0,1

	Population totale (milliers)	RNB par habitant (USD courants)	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux de croissance démographique (% annuel)		Popula- tion 0-14 ans	Popula- tion 15- 64 ans	Popula- tion 65 ans et plus	Ratio de dépendance	
				% du total			Jeunes	Personnes âgées		
				1990- 2005	2005- 2020	2005			2005	2005
<b>Monde</b>	6 437 784	6 987	67	1,4	1,1	28	64	7	0,4	0,1
<b>Afrique subsaharienne</b>	741 364	745	46	2,4	2,2	44	53	3	0,8	0,1
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	551 371	4 008	72	1,5	1,2	30	64	6	0,5	0,1
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	1 885 332	1 627	70	1,1	0,7	24	69	7	0,3	0,1
<b>Asie du Sud</b>	1 470 002	684	63	1,9	1,5	33	62	5	0,5	0,1
<b>Europe &amp; Asie centrale</b>	472 948	4 113	69	0,1	0,1	20	68	12	0,3	0,2
<b>Moyen-Orient et Afrique du Nord</b>	305 429	2 241	69	2,0	1,8	33	62	4	0,5	0,1
<b>Revenu élevé</b>	1 011 337	35 131	79	0,8	0,3	18	67	15	0,3	0,2

Source : Indicateurs du développement dans le monde 2006.

## ANNEXE 3B. INDICATEURS DE SANTÉ DE LA POPULATION

	Indice synthétique de fécondité (naissances par femme)		Taux de fécondité des adolescentes (naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans)	Prévalence de la contraception (% des femmes de 15 à 49 ans)	Besoins de contraception non satisfaits (% des femmes mariées de 15 à 49 ans)	Indice synthétique de fécondité par quintile de richesse	
						1994-2005	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	+ pauvre	+ riche
Afghanistan	7,9	7,5	-	10	-	-	-
Afrique du Sud	3,9	2,8	67	56	15	4,8	1,9
Albanie	3,1	2,3	16	75	-	-	-
Algérie	5,3	2,5	8	57	-	-	-
Allemagne	1,4	1,3	10	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-
Angola	7,2	6,8	141	6	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	53	-	-	-
Antilles néerlandaises	2,3	2,1	26	-	-	-	-
Arabie saoudite	6,3	4,1	33	21	-	-	-
Argentine	3,1	2,4	59	-	-	-	-
Arménie	2,6	1,3	30	61	12	2,5	1,6
Aruba	-	-	-	-	-	-	-
Australie	1,9	1,7	15	-	-	-	-
Autriche	1,5	1,4	13	51	-	-	-
Azerbaïdjan	3,0	1,9	31	55	-	-	-
Bahamas	2,6	2,3	59	-	-	-	-
Bahreïn	4,1	2,5	18	-	-	-	-
Bangladesh	4,6	3,2	123	59	11	4,1	2,2
Barbade	1,8	1,5	42	55	-	-	-
Bélarus	2,0	1,2	26	-	-	-	-
Belgique	1,6	1,7	8	-	-	-	-
Belize	4,7	3,2	82	56	-	-	-
Bénin	6,9	5,9	130	19	27	7,2	3,5
Bermudes	-	-	-	-	-	-	-
Bhoutan	5,8	4,4	33	31	-	-	-
Bolivie	5,0	4,0	82	58	23	6,7	2,0
Bosnie-Herzégovine	1,9	1,3	23	48	-	-	-
Botswana	4,9	3,2	76	48	-	-	-
Brésil	3,1	2,3	89	77	7	4,8	1,7
Brunéi Darussalam	3,4	2,5	29	-	-	-	-
Bulgarie	1,9	1,2	44	42	-	-	-
Burkina Faso	7,4	6,7	159	14	29	6,6	3,6
Burundi	6,8	6,8	50	16	-	-	-
Cambodge	5,8	4,1	48	24	30	4,7	2,2
Cameroun	6,1	4,6	114	26	20	6,5	3,2
Canada	1,7	1,5	14	-	-	-	-
Cap-Vert	5,9	3,8	90	53	-	-	-
Chili	2,7	2,0	61	-	-	-	-
Chine	2,5	1,7	5	87	-	-	-
Chypre	2,4	1,6	8	-	-	-	-
Cisjordanie et Gaza	-	-	-	42	-	-	-

	Indice synthétique de fécondité (naissances par femme)		Taux de fécondité des adolescentes (naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans)	Prévalence de la contraception (% des femmes de 15 à 49 ans)	Besoins de contraception non satisfaits (% des femmes mariées de 15 à 49 ans)	Indice synthétique de fécondité par quintile de richesse	
						1994-2005	
		1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	+ pauvre
Colombie	3,2	2,6	77	78	6	4,1	1,4
Comores	6,5	4,9	55	26	35	6,4	3,0
Congo, Rép. dém. du	6,7	6,7	227	31	-	-	-
Congo, Rép. du	6,3	6,3	145	-	-	-	-
Corée, Rép. de	1,6	1,2	3	81	-	-	-
Corée, Rép. pop. Dém. de	2,5	2,0	2	-	-	-	-
Costa Rica	3,4	2,3	75	80	-	-	-
Côte d'Ivoire	6,9	5,1	123	15	28	6,4	3,7
Croatie	1,8	1,3	15	-	-	-	-
Cuba	1,8	1,6	50	73	-	-	-
Danemark	1,5	1,8	7	-	-	-	-
Djibouti	6,4	5,1	54	-	-	-	-
Dominique	-	-	-	50	-	-	-
El Salvador	3,9	2,9	85	67	-	-	-
Émirats arabes unis	4,8	2,5	20	-	-	-	-
Équateur	4,0	2,8	84	66	-	-	-
Érythrée	6,3	5,5	93	8	27	8,0	3,7
Espagne	1,5	1,3	9	-	-	-	-
Estonie	2,2	1,4	23	-	-	-	-
États-Unis	1,9	2,0	50	64	-	-	-
Éthiopie	6,8	5,9	90	8	35	6,3	3,6
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	2,0	1,5	23	-	-	-	-
Fédération de Russie	2,1	1,3	29	-	-	-	-
Fidji	3,5	2,9	37	44	-	-	-
Finlande	1,7	1,7	10	-	-	-	-
France	1,8	1,9	9	-	-	-	-
Gabon	5,5	4,0	106	33	28	6,3	3,0
Gambie	6,2	4,7	119	18	-	-	-
Géorgie	2,3	1,5	33	41	-	-	-
Ghana	6,1	4,4	64	25	34	6,4	2,8
Grèce	1,5	1,3	9	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	54	-	-	-
Groenland	-	-	-	-	-	-	-
Guam	3,1	2,9	68	-	-	-	-
Guatemala	5,7	4,6	112	43	23	7,6	2,9
Guinée	6,6	5,9	191	7	24	5,8	4,0
Guinée équatoriale	5,9	5,9	188	-	-	-	-
Guinée-Bissau	7,1	7,1	194	8	-	-	-
Guyana	2,7	2,3	63	37	-	-	-
Haïti	5,9	4,0	62	27	40	6,8	2,7
Honduras	5,4	3,7	99	62	-	-	-
Hong Kong, Chine	1,3	0,9	5	-	-	-	-

	Indice synthétique de fécondité (naissances par femme)		Taux de fécondité des adolescentes (naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans)	Prévalence de la contraception (% des femmes de 15 à 49 ans)	Besoins de contraception non satisfaits (% des femmes mariées de 15 à 49 ans)	Indice synthétique de fécondité par quintile de richesse	
						1994-2005	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	+ pauvre	+ riche
Hongrie	1,8	1,3	21	-	-	-	-
Île de Man	-	-	-	-	-	-	-
Îles Anglo-Normandes.	1,5	1,4	13	-	-	-	-
Îles Caïmans	-	-	-	-	-	-	-
Îles Féroé	-	-	-	-	-	-	-
Îles Mariannes septentrionales	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	34	-	-	-
Îles Salomon	6,0	4,3	47	11	-	-	-
Îles Vierges américaines	3,1	2,2	35	-	-	-	-
Inde	4,2	3,1	73	47	16	3,4	1,8
Indonésie	3,4	2,4	54	57	9	3,0	2,2
Iran, Rép. islamique d'	5,6	2,1	20	74	-	-	-
Iraq	6,2	4,8	-	44	-	-	-
Irlande	2,3	1,9	14	-	-	-	-
Islande	2,1	2,0	18	-	-	-	-
Israël	3,1	2,9	15	-	-	-	-
Italie	1,3	1,3	7	60	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	5,7	3,0	7	-	-	-	-
Jamaïque	3,1	2,4	79	65	-	-	-
Japon	1,7	1,3	4	-	-	-	-
Jordanie	5,9	3,5	26	56	11	5,2	3,1
Kazakhstan	3,0	2,0	29	66	9	3,4	1,2
Kenya	6,5	5,0	96	39	25	7,6	3,1
Kiribati	-	-	-	21	-	-	-
Koweït	3,9	2,4	24	50	-	-	-
Lesotho	5,1	3,6	37	30	-	-	-
Lettonie	2,1	1,3	17	-	-	-	-
Liban	3,3	2,3	26	63	-	-	-
Libéria	6,9	6,8	224	10	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	2,1	1,3	21	-	-	-	-
Luxembourg	1,5	1,7	9	-	-	-	-
Macao, Chine	2,1	0,8	-	-	-	-	-
Madagascar	6,3	5,4	124	27	24	8,1	3,4
Malaisie	4,0	2,9	18	-	-	-	-
Malawi	7,2	6,1	158	31	30	7,1	4,8
Maldives	6,6	4,3	64	39	-	-	-
Mali	7,5	6,9	201	8	26	7,3	5,3
Malte	2,0	1,5	15	-	-	-	-
Maroc	4,4	2,8	-	63	10	3,3	1,9
Maurice	2,2	2,0	32	76	-	-	-
Mauritanie	6,2	5,8	99	8	32	5,4	3,5

	Indice synthétique de fécondité (naissances par femme)		Taux de fécondité des adolescentes (naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans)	Prévalence de la contraception (% des femmes de 15 à 49 ans)	Besoins de contraception non satisfaits (% des femmes mariées de 15 à 49 ans)	Indice synthétique de fécondité par quintile de richesse	
			2004	1996-2004	1995-2004	1994-2005	
	1985-1990	2000-2005				+ pauvre	+ riche
Mayotte	-	-	-	-	-	-	-
Mexique	3,7	2,4	67	73	-	-	-
Micronésie, États fédérés de	5,2	4,4	34	45	-	-	-
Moldova	2,6	1,2	31	62	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	4,8	2,4	53	69	-	-	-
Mozambique	6,3	5,5	102	17	18	6,3	3,8
Myanmar	4,2	2,5	19	34	-	-	-
Namibie	6,2	4,0	53	44	22	6,0	2,7
Népal	5,3	3,7	114	38	28	5,3	2,3
Nicaragua	5,2	3,3	120	69	15	5,6	2,1
Niger	8,2	7,9	260	14	17	8,4	5,7
Nigéria	6,8	5,8	142	13	17	6,5	4,2
Norvège	1,8	1,8	10	-	-	-	-
Nouvelle-Calédonie	3,1	2,4	30	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	2,1	2,0	24	-	-	-	-
Oman	6,8	3,8	46	32	-	-	-
Ouganda	7,1	7,1	208	23	35	8,5	4,1
Ouzbékistan	4,4	2,7	36	68	-	4,4	2,2
Pakistan	6,4	4,3	69	28	-	-	-
Palaos	-	-	-	17	-	-	-
Panama	3,2	2,7	86	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5,2	4,1	60	26	-	-	-
Paraguay	4,9	3,9	65	57	-	-	-
Pays-Bas	1,6	1,7	5	75	-	-	-
Pérou	4,1	2,9	53	69	10	5,5	1,6
Philippines	4,6	3,2	36	49	17	5,9	2,0
Pologne	2,2	1,3	15	-	-	-	-
Polynésie française	3,6	2,4	40	-	-	-	-
Portugal	1,6	1,5	19	-	-	-	-
Puerto Rico	2,3	1,9	56	-	-	-	-
Qatar	4,7	3,0	19	43	-	-	-
Rép. arabe d'Égypte	4,8	3,3	43	60	11	4,0	2,9
Rép. arabe syrienne	6,2	3,5	34	48	-	-	-
Rép. centrafricaine	5,7	5,0	126	28	16	5,1	4,9
Rép. dém. pop. lao	6,3	4,8	89	32	-	-	-
Rép. kirghize	4,0	2,7	33	60	12	4,6	2,0
République dominicaine	3,6	2,7	91	70	11	4,5	2,1
République tchèque	1,9	1,2	12	72	-	-	-
Roumanie	2,3	1,3	35	64	-	-	-
Royaume-Uni	1,8	1,7	26	-	-	-	-
Rwanda	8,3	5,7	47	13	36	6,0	5,4

	Indice synthétique de fécondité (naissances par femme)		Taux de fécondité des adolescentes (naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans)	Prévalence de la contraception (% des femmes de 15 à 49 ans)	Besoins de contraception non satisfaits (% des femmes mariées de 15 à 49 ans)	Indice synthétique de fécondité par quintile de richesse	
						1994-2005	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	+ pauvre	+ riche
Sainte-Lucie	3,7	2,2	62	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	3,2	2,3	66	58	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	4,8	4,4	33	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	5,6	4,1	65	29	-	-	-
Sénégal	6,8	5,0	82	11	35	7,4	3,6
Serbie-et-Monténégro	2,2	1,7	23	58	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	6,5	6,5	179	4	-	-	-
Singapour	1,7	1,4	5	-	-	-	-
Slovaquie	2,2	1,2	21	-	-	-	-
Slovénie	1,7	1,2	6	-	-	-	-
Somalie	7,0	6,4	69	-	-	-	-
Soudan	5,8	4,4	52	7	-	-	-
Sri Lanka	2,8	2,0	19	70	-	-	-
Suède	1,9	1,6	7	-	-	-	-
Suisse	1,5	1,4	5	-	-	-	-
Suriname	3,0	2,6	43	42	-	-	-
Swaziland	6,1	4,0	37	48	-	-	-
Tadjikistan	5,4	3,8	30	34	-	-	-
Taïwan, Chine	-	-	-	-	-	-	-
Tanzanie	6,4	5,0	110	26	22	7,3	3,3
Tchad	6,7	6,7	192	3	10	5,1	6,0
Thaïlande	2,4	1,9	48	72	-	-	-
Timor-Leste	5,2	7,8	177	10	-	-	-
Togo	6,6	5,4	98	26	32	7,3	2,9
Tonga	4,8	3,5	12	33	-	-	-
Trinité-et-Tobago	2,8	1,6	36	38	-	-	-
Tunisie	4,1	2,0	7	66	-	-	-
Turkménistan	4,6	2,8	16	62	10	3,4	2,1
Turquie	3,3	2,5	41	71	10	3,9	1,7
Ukraine	2,0	1,1	29	89	-	-	-
Uruguay	2,5	2,3	69	-	-	-	-
Vanuatu	5,0	4,2	49	28	-	-	-
Venezuela, R. B. de	3,6	2,7	91	-	-	-	-
Viet Nam	4,0	2,3	20	79	5	2,2	1,4
Yémen, Rép. du	8,3	6,2	93	23	-	7,3	4,7
Zambie	6,7	5,7	128	34	27	7,3	3,6
Zimbabwe	5,8	3,6	92	54	13	4,9	2,6

	Indice synthétique de fécondité (naissances par femme)		Taux de fécondité des adolescentes (naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans)	Prévalence de la contraception (% des femmes de 15 à 49 ans)	Besoins de contraception non satisfaits (% des femmes mariées de 15 à 49 ans)	Indice synthétique de fécondité par quintile de richesse	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	1994-2005	
						+ pauvre	+ riche
<b>Monde</b>	3,4	2,6	58	-	-	-	-
<b>Afrique subsaharienne</b>	6,4	5,4	135	22	-	-	-
<b>Amérique latine &amp; Caraïbes</b>	3,5	2,5	78	72	-	-	-
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	2,9	2,1	16	78	-	-	-
<b>Asie du Sud</b>	4,5	3,2	80	46	16	-	-
<b>Europe &amp; Asie centrale</b>	2,5	1,6	30	69	-	-	-
<b>Moyen-Orient et Afrique du Nord</b>	5,3	3,1	33	59	-	-	-
<b>Revenu élevé</b>	1,8	1,7	25	-	-	-	-

Sources : Indicateurs du développement dans le monde 2006, base de données de l'ONU *World Population Prospects: The 2004 Revision*, enquêtes démographiques et de santé.

## ANNEXE 4. SCHÉMA DE RÉSULTATS POUR LE SECTEUR SNP : COMPOSANTE DÉMOGRAPHIE ET SANTÉ GÉNÉSIQUE

Objectif stratégique	Réalisations finales	Comment ces résultats sont-ils mesurés ? Indicateurs finals	Contribution des différents secteurs aux réalisations et produits intermédiaires	Comment ces résultats sont-ils mesurés? Indicateurs intermédiaires (communiqués régulièrement par les secteurs)
Améliorer le niveau et la répartition des principales réalisations et produits SNP ainsi que le fonctionnement des systèmes au niveau des pays et à l'échelon international afin d'améliorer les conditions de vie des populations, en particulier des pauvres et des groupes vulnérables	Amélioration de la santé maternelle, génésique et sexuelle (ODM 5, cible 6)	<p>Taux de mortalité maternelle</p> <p>Indice synthétique de fécondité</p> <p>Taux de fécondité des adolescentes</p> <p>Augmentation de l'intervalle entre les naissances</p>	<p><i>SNP, Éducation, Infrastructure :</i></p> <p>Amélioration de la couverture et de la qualité des interventions en matière de santé maternelle et périnatale</p>	<p><i>Indicateurs communiqués par le secteur SNP :</i></p> <p>% de femmes accouchant avec l'assistance de personnel de santé qualifié</p> <p>% de femmes bénéficiant d'au moins une consultation prénatale pendant la grossesse</p> <p><i>Indicateurs communiqués par le secteur Infrastructure :</i></p> <p>% de la population rurale ayant accès à une route praticable en toutes saisons</p>
			<p><i>SNP, parité homme-femme, Éducation :</i></p> <p>Amélioration de la planification familiale et de la santé sexuelle</p>	<p><i>Indicateurs communiqués par le secteur SNP :</i></p> <p>Taux de prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer</p> <p>Besoins de contraception non satisfaits</p> <p>Taux de prévalence des MST chez les adultes et les jeunes (15-24 ans)</p>
			<p><i>SNP :</i></p> <p>Diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus</p>	<p><i>Indicateurs communiqués par le secteur SNP :</i></p> <p>Couverture vaccinale anti-HPV</p>

## ANNEXE 5. OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT POUR LE MILLÉNAIRE

<b>1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim</b>
<p><i>Cible 1</i> : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour</p> <p><i>Cible 2</i> : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim</p>
<b>2. Assurer l'éducation primaire pour tous</b>
<p><i>Cible 3</i> : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires</p>
<b>3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>
<p><i>Cible 4</i> : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015, au plus tard</p>
<b>4. Réduire la mortalité infantile</b>
<p><i>Cible 5</i> : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</p>
<b>5. Améliorer la santé maternelle</b>
<p><i>Cible 6</i> : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle</p>
<b>6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b>
<p><i>Cible 7</i> : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle</p> <p><i>Cible 8</i> : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle</p>
<b>7. Assurer un environnement durable</b>
<p><i>Cible 9</i> : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales; inverser la tendance actuelle à la déperdition de ressources environnementales</p> <p><i>Cible 10</i> : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un système d'assainissement de base</p> <p><i>Cible 11</i> : Réussir à améliorer sensiblement, d'ici 2020, la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis</p>
<b>8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</b>
<p><i>Cible 12</i> : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisibles et non discriminatoire. Cela suppose un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, aux niveaux tant national qu'international</p> <p><i>Cible 13</i> : S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés. La réalisation de cet objectif suppose l'admission en franchise et hors contingents de leurs exportations, l'application du programme renforcé d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés, l'annulation des dettes bilatérales envers les créanciers officiels, et l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté</p> <p><i>Cible 14</i> : Répondre aux besoins particuliers des États enclavés et des petits États insulaires en développement (Programme d'action pour le développement durable des petits États insulaires en développement et les conclusions de la 22<sup>e</sup> session spéciale de l'Assemblée générale)</p> <p><i>Cible 15</i> : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme</p> <p><i>Cible 16</i> : En coopération avec les pays en développement, créer des emplois décents et productifs pour les jeunes</p> <p><i>Cible 17</i> : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement</p> <p><i>Cible 18</i> : En coopération avec le secteur privé, mettre les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, à la portée de tous</p>

*Note* : Une cible sur l'accès à la santé génésique pour tous va prochainement être ajoutée à l'ODM 5.



HEALTH, NUTRITION,  
AND POPULATION



HUMAN DEVELOPMENT NETWORK

THE WORLD BANK

---

#### About this series...

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network. The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary and unpolished results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character. For free copies of papers in this series please contact the individual authors whose name appears on the paper.

Enquiries about the series and submissions should be made directly to the Managing Editor Nicole Klingen ([Nklingen@worldbank.org](mailto:Nklingen@worldbank.org)) or HNP Advisory Service ([healthpop@worldbank.org](mailto:healthpop@worldbank.org), tel 202 473-2256, fax 202 522-3234). For more information, see also [www.worldbank.org/hnppublications](http://www.worldbank.org/hnppublications).



**THE WORLD BANK**

1818 H Street, NW  
Washington, DC USA 20433  
Telephone: 202 473 1000  
Facsimile: 202 477 6391  
Internet: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)  
E-mail: [feedback@worldbank.org](mailto:feedback@worldbank.org)