

les familles d'aujourd'hui

Séminaire de Genève (17-20 septembre 1984)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

AIDELF. 1986. Les familles d'aujourd'hui - Actes du colloque de Genève, septembre 1984,
Association internationale des démographes de langue française, ISBN : 2-7332-7009-5, 600 pages.

**PROGRAMMES DE LIMITATION DES NAISSANCES ET EVOLUTION DE LA FECONDITE
DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT**

Yves BLAYO
(Institut National d'Etudes Démographiques, Paris, France)

De nombreuses études ont été faites pour essayer de déterminer la part dont on peut créditer les programmes de limitation des naissances dans la baisse de fécondité observée au cours des années récentes dans de nombreux pays en développement. Nous nous proposons ici l'examen de la relation entre adoption d'un programme et baisse de fécondité, en amont de ces études.

S'agissant de pays pour lesquels les données sur la fécondité sont souvent très sommaires, se limitant à des mesures ou à des estimations d'indices du moment et ne permettant pas une analyse fine de l'évolution de la fécondité, nous nous bornons à replacer la date de la décision de mettre en oeuvre une politique visant à faire baisser la fécondité dans la chronologie de l'évolution de la somme des naissances réduites (S.N.R.) (en annexe) et à comparer des pays -ou d'autres unités administratives- ayant atteint des niveaux comparables de fécondité alors qu'ils ont des attitudes très différentes quant à la limitation des naissances.

Nous entendons "programme de limitation des naissances" dans son sens le plus restreint, de politique officielle visant explicitement à faire baisser la fécondité (ou la natalité ou le taux d'accroissement naturel) en offrant aux couples une information sur la contraception et des moyens contraceptifs. C'est la politique adoptée par les pays ayant pris la position A au sens défini par D. Nortman (1). Les pays prenant la position B (soutien officiel aux activités de limitation des naissances pour d'autres raisons que démographiques -raisons sanitaires ou respect des droits de l'homme-), dans lesquels un effet anti-nataliste est un sous-produit et non un objectif de ce soutien officiel, ne sont pas considérés comme ayant une politique de limitation. Les tableaux 1 et 2 donnent la liste de ces pays, avec la date d'adoption de la politique (pays A) ou de soutien officiel (pays B).

La date d'adoption est assez bien déterminée en général, puisqu'il s'agit d'une décision officielle, même si les procédures législatives ou réglementaires pour l'organisation de la mise en oeuvre du programme exigent un délai plus ou moins long. Cette décision intervient, très souvent, alors que des associations privées prônant la planification de la famille travaillent déjà dans le pays depuis de nombreuses années, le programme officiel en prenant le relais. Il faut aussi noter que les moyens offerts aux utilisateurs ne le sont pas tous forcément à la même date.

(1) Dorothy L. Nortman : "Population and Family Planning Programs. A Compendium of Data Through 1981". 11 th edition. The Population Council, New-York, 1982.

TABLEAU 1 : PAYS AYANT PRIS LA POSITION A

	1950 - 1959	1960 - 1964	1965 - 1969	1970 - 1974	1975 et après
Afrique			Maurice (1965) Egypte (1965) Tunisie (1966) Kenya (1967) Maroc (1968) Ghana (1969)	Botswana (1970)	Sénégal (1975)
Amérique latine			Jamaïque (1966) Barbade (1967) Trinité (1967) République Dominicaine (1968)	Colombie (1970) Porto Rico (1970) El Salvador (1974) Mexique (1974)	Guatemala (1975)
Asie	Inde (1952)	Pakistan (1960) Bangladesh (1960) Corée (Sud) (1962)	Singapour (1965) Sri Lanka (1965) Népal (1966) Iran (1967) Indonésie (1968) Malaisie (1968) Taïwan (1968)	Philippines (1970) Thaïlande (1970) Chine (1971)	Viet Nam (1975)
Océanie		Fiji (1962)			

TABLEAU 2 : PAYS AYANT PRIS LA POSITION B.

	1960 - 1964	1965 - 1969	1970 - 1974	1975 et après
Afrique		Afrique du Sud (1966) Zimbabwe (1968) Bénin (1969) Gambie (1969)	Soudan (1970) Nigéria (1970) Tanzanie (1970) Algérie (1971) Mali (1972) Ouganda (1972) Libéria (1973) Zaïre (1973) Lesotho (1974) Zambie (1974)	Togo (1975) Mozambique (1977) Sierra Léone (1978) Ethiopie (1981) Rwanda (1981)
Amérique latine	Cuba (début des 60)	Honduras (1966) Nicaragua (1967) Costa Rica (1968) Equateur (1968) Vénézuéla (1968) Panama (1969)	Haïti (1971) Paraguay (1972) Brésil (1974)	Pérou (1976)
Asie			Afghanistan (1970) Irak (1972) Hong Kong (1973)	
Océanie		Papouasie (1968)		

D'une façon générale, les pays peuvent être classés en quatre catégories, dont nous examinerons successivement les trois premières, la quatrième n'entrant pas dans le champ de cette communication.

		Existence d'un programme	
		oui	non
Baisse de la fécondité	oui	1	2
	non	3	4

PAYS DE LA CATEGORIE 3

Ces pays ont adopté un programme de limitation des naissances mais la fécondité, depuis sa mise en oeuvre, ne s'est pas modifiée, au moins dans le sens d'une diminution.

Le Kenya en est un exemple. Une association privée de planification de la famille existe depuis 1961, un programme officiel a été adopté en 1966. On y note, en outre, une augmentation de l'âge au mariage importante depuis 1962 : la proportion de filles à 15-19 ans, par exemple, passe de 57,1 % à cette date à 64,1 % en 1969, à 66 % en 1973, à 72 % en 1977-78. Pourtant, la S.N.R. évaluée à 6,8 en 1982, l'est à 6,9 au moment du recensement de 1969 et à 8,1 en 1977-78 selon l'enquête sur la fécondité. Après 10 ans de politique officielle, 7,3 % des femmes mariées de 15-49 ans pratiquent la contraception (4,5 % avec des méthodes modernes).

Aucune baisse sensible de la fécondité ne s'est produite au Ghana depuis 1967-69, ni au Maroc depuis 1965, malgré le retard de l'âge au mariage, la diminution de la mortalité infantile, l'augmentation de l'alphabétisation des femmes et celle, légère, de leur participation à l'activité économique (dans son secteur "moderne"). Le Pakistan offre un autre exemple de stabilité remarquable de fécondité, bien qu'on y observe un retard continu de l'âge au mariage entamé chez les filles nées en 1931-35, de même que le Bangladesh où l'âge au mariage des filles, même s'il augmente depuis 1961, reste le plus précoce du monde : on y comptait 8,3 % de filles à 15-19 ans en 1961 et encore 29,8 % en 1975. Le Népal n'a pas vu non plus baisser sa fécondité, malgré le retard de la nuptialité féminine -encore très précoce- et son programme de limitation des naissances : en 1976, après dix ans d'efforts, 2,4 % seulement des femmes mariées de 15-49 ans utilisaient la contraception.

Nous incluerons également l'Inde dans cette catégorie, au moins pour la période de vingt ans qui a suivi l'adoption en 1952 d'un programme de limitation. Le taux de natalité de la décennie 1951-60 est estimé à 41,7 ‰, celui de 1961-70 à 41,2 ‰. Les estimations de la fécondité varient largement mais n'indiquent pas de baisse sur l'ensemble de cette période, malgré, ici encore, un retard dans l'âge au mariage des filles.

D'autres pays -le Botswana, le Salvador- ne montrent aucun indice de diminution de la fécondité depuis l'adoption d'une politique officielle.

PAYS DE LA CATEGORIE 2

Inversement, les pays de ce groupe ont vu baisser leur fécondité sans qu'ils aient pris de mesures explicites à cet effet. Certains ont pris la position B définie plus haut, d'autres n'accordent même pas de soutien aux activités de planification de la famille pour des raisons de santé ou de liberté des individus (position C). Si l'histoire nous offre de nombreux exemples de baisse de fécondité -en Europe, au Japon, etc...- étrangère à la volonté des gouvernements, ils ne sont pas rares non plus dans le monde contemporain.

Deux séries d'estimations de la S.N.R. sont disponibles pour la Guyana (position C). La première provient de données d'état-civil (2) et donne un rythme de baisse comparable à celui de la fécondité du Vénézuéla (qui a pris la position B en 1968), pour un niveau inférieur. La seconde est fournie par l'enquête fécondité de 1975 : la baisse qu'elle indique s'opère beaucoup plus rapidement, à un rythme et à un niveau équivalents à ceux donnés pour la Colombie (graphique 1). En 1975, la proportion de femmes mariées de 15-49 ans utilisant la contraception était de 32,1 %, chiffre comparable à celui de la Thaïlande (33,3 %) ou de la Malaisie (32,0 %).

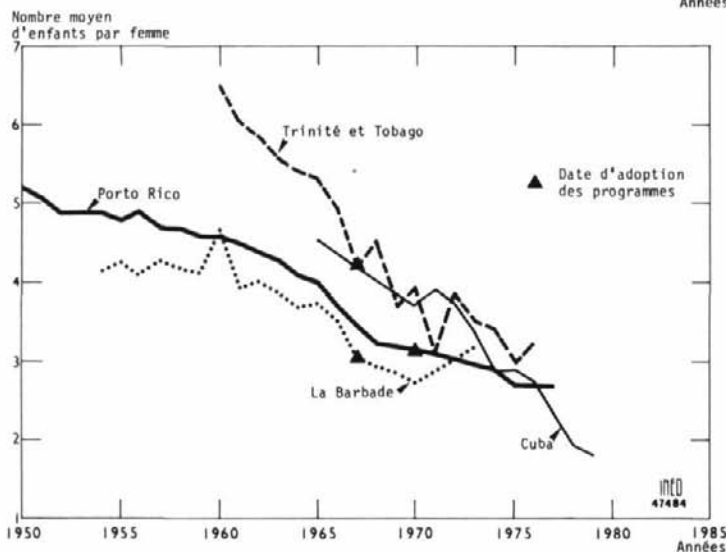
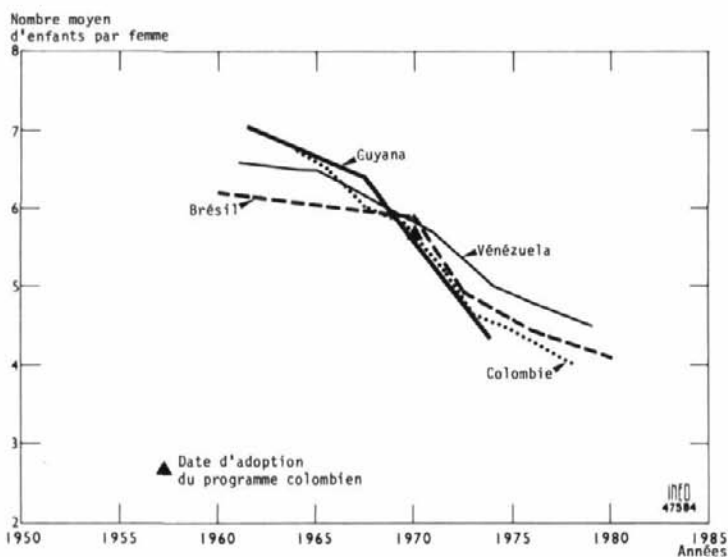
La position officielle du gouvernement brésilien est d'encourager les naissances, tout en procurant aux couples les moyens de déterminer la taille de la famille. Une organisation privée de planification des naissances (BEMFAM) existe depuis 1965 ; ses activités ont eu pour effet de fournir, entre 1966 et 1974, des moyens de contraception à 2,3 % des femmes d'âge fécond. La S.N.R. a subi une baisse modérée de 1950 à 1970, beaucoup plus rapide jusqu'en 1976 (4,44, comme en Colombie en 1975) et se tassant ensuite. Dans l'Etat de Sao Paulo -en 1978, 22 millions d'habitants, 19 % de la population brésilienne -la S.N.R. serait passée de 3,8 en 1970 à 2,8 en 1978 ; la contraception y est pratiquée par 64 % des femmes mariées de 15 à 44 ans, niveau d'utilisation comparable à celui des Etats-Unis et supérieur à celui de tous les autres pays d'Amérique Latine, y compris ceux qui ont pris la position A, sauf le Costa Rica (65 % en 1978), et qui n'est dépassé dans les autres régions en développement que par Hong Kong (80 % en 1981), la province de Taïwan (70 % en 1981) et Singapour (71 % en 1978). Les services publics de santé (qui pratiquent la moitié des stérilisations) ne fournissent, avec le BEMFAM, que 2 % des pilules, les utilisatrices se les procurant en général directement dans les pharmacies, sans ordonnance (comme les condoms). Il est bien clair que la population de cet Etat est très fortement motivée pour limiter les naissances, sans y avoir été incitée par le Gouvernement.

La fécondité du Vénézuéla baisse à un rythme comparable à celui du Brésil, depuis 1965 environ, en restant cependant à un niveau plus élevé.

La baisse à Costa Rica est beaucoup plus rapide et importante. Son rythme se compare (3) à celui de pays, comme Singapour ou l'île Maurice, ou de la province de Taïwan, qui cherchent à limiter les naissances ; entre

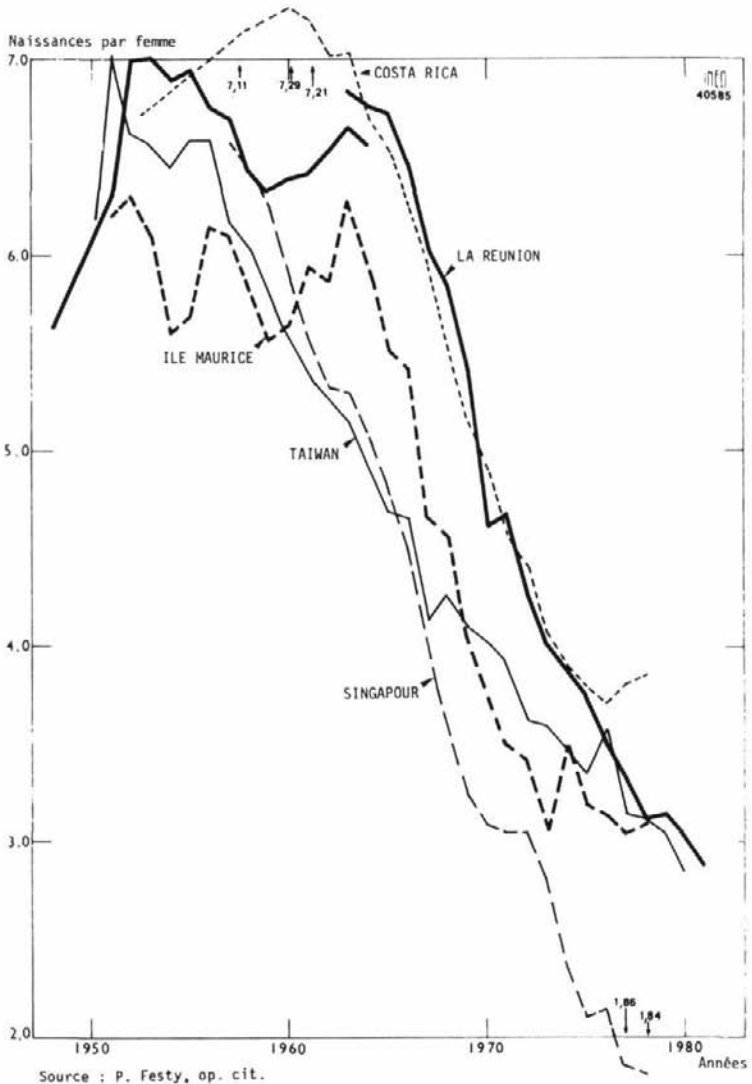
(2) Susheela Singh : "Demographic Variables and Fertility in Guyana, 1960-1971". Population Studies, vol.33 n°2, July 1979.

(3) Patrick Festy (avec la collaboration de Christine Hamon) : "Croissance et révolution démographiques à la Réunion". Travaux et documents de l'I.N.E.D., Cahier n°100, PUF, 1983.



Graphique 1 - Evolution de la somme des naissances réduites dans quelques pays.

1964 et 1975, la S.N.R. de Costa Rica se confond avec celle de la Réunion mais la baisse se poursuit ensuite dans le département de façon plus soutenue (graphique 2). Le Costa Rica jouit d'un niveau économique beaucoup plus satisfaisant que ses voisins et d'un très fort développement de l'instruction (obligatoire depuis 1886). Des services de contraception sont offerts par le Ministère de la Santé Publique et utilisés en 1981 par 65 % des femmes mariées de 15 à 49 ans. La baisse de la fécondité, entamée en 1961, a commencé en ville, dans les ménages avec une femme jeune et dont le chef



Graphique 2 - Evolution de quelques sommes de naissances réduites.

avait un niveau d'instruction et des revenus élevés ; elle s'est étendue ensuite aux milieux moins privilégiés, aux femmes plus âgées et aux zones rurales (4).

D. Nortman indique que le Gouvernement Cubain a mis l'accent, dès le début des années 1960, sur les services de santé dont fait partie la plani-

(4) J. Mayonne Stycos : "Decline of fertility in Costa-Rica". Population Studies, vol.36, n°1, mars 1982.

fication de la famille. Cuba aurait le taux de mortalité infantile le plus faible d'Amérique Latine (22,3 ‰ en 1978). La fécondité, après une forte hausse de 1959 à 1964 (due en partie à une modification du calendrier) qui porte à 4,72 le nombre moyen d'enfants par femme en 1960-65, baisse ensuite de façon continue, si l'on excepte une légère reprise en 1971 (Graphique 1). Cuba est ainsi l'un des rares pays en développement à avoir atteint un niveau inférieur à deux enfants par femme. Le bouleversement des conditions socio-économiques, l'amélioration du système de santé, la progression de l'alphabétisation, ont conduit les couples à souhaiter une descendance moins nombreuse et à recourir aux techniques de limitation. Le recours à l'avortement, en particulier, libéralisé en 1965, est la méthode la plus utilisée. Le nombre de grossesses se terminant par un avortement augmente de 1968 (103 pour mille) à 1980 (432), devenant ainsi l'un des plus élevés du monde et dépassé seulement dans les années 1970 par le Japon, l'U.R.S.S. et la plupart des pays de l'Europe de l'Est.

PAYS DE LA CATEGORIE 1

Nous cherchons maintenant à déterminer s'il existe un lien de causalité entre l'adoption d'un programme officiel de limitation des naissances et la baisse de la fécondité, en nous limitant à quelques cas.

Lorsqu'on dispose de longues séries de données par période, il est possible d'en faire une analyse longitudinale : c'est le cas pour la Corée et la province de Taïwan (5).

Alors que les données coréennes du moment laissent penser que la baisse de la fécondité n'a commencé qu'au début de la décennie 1960, après la forte hausse consécutive à la guerre, la faisant ainsi coïncider avec l'adoption d'un programme en 1962, l'analyse par cohorte la fait apparaître chez les femmes nées autour de 1924-25, qui ont mis leurs enfants au monde dans les années 1950 (en 1953 en moyenne). Hae Young Lee (6) fait remarquer qu'un système familial ne peut exister indépendamment des autres institutions sociales et que leurs transformations sont concomitantes. Après la deuxième guerre mondiale, la bipartition a entraîné la désorganisation de la vie économique et sociale, accentuée par l'administration militaire intérimaire des forces américaines, l'éducation, obligatoire pendant 6 ans depuis 1948, la loi de réforme agraire de 1949, enfin la guerre de 1950-53 et la très rapide urbanisation qui l'a suivie (la population des villes de 20 000 habitants et plus passe de 25 % en 1955 à 43 % en 1970). Selon Lee, les Coréens ont procédé, de 1945 à 1953, à une réorientation fondamentale de leurs modèles de pensée et de comportement et la fécondité n'y a pas échappé. Elle se manifeste dans les habitudes matrimoniales : la proportion de filles à 20-24 ans, restée faible jusqu'en 1940 (5,5 %) augmente brusquement au recensement suivant en 1955 (20,8 %) pour passer à 33,5 % en 1960, à 51,6 % en 1965 et à 57,2 % en 1970. L'idée de limitation des naissances, pourtant, ne s'est généralisée qu'à la fin de la décennie 1960. Han Sang-Bok

(5) Yves Blayo et Jacques Véron : "La fécondité dans quelques pays d'Asie Orientale". Population, n°4-5, 1977.

(6) Hae Young Lee : "Demographic Transition in Korea prior to 1960", in : "Fertility Transition of the East Asian Countries", ed. by Lee-Jay Cho and Kazumasa Kobayashi, Kyoto University, 1979.

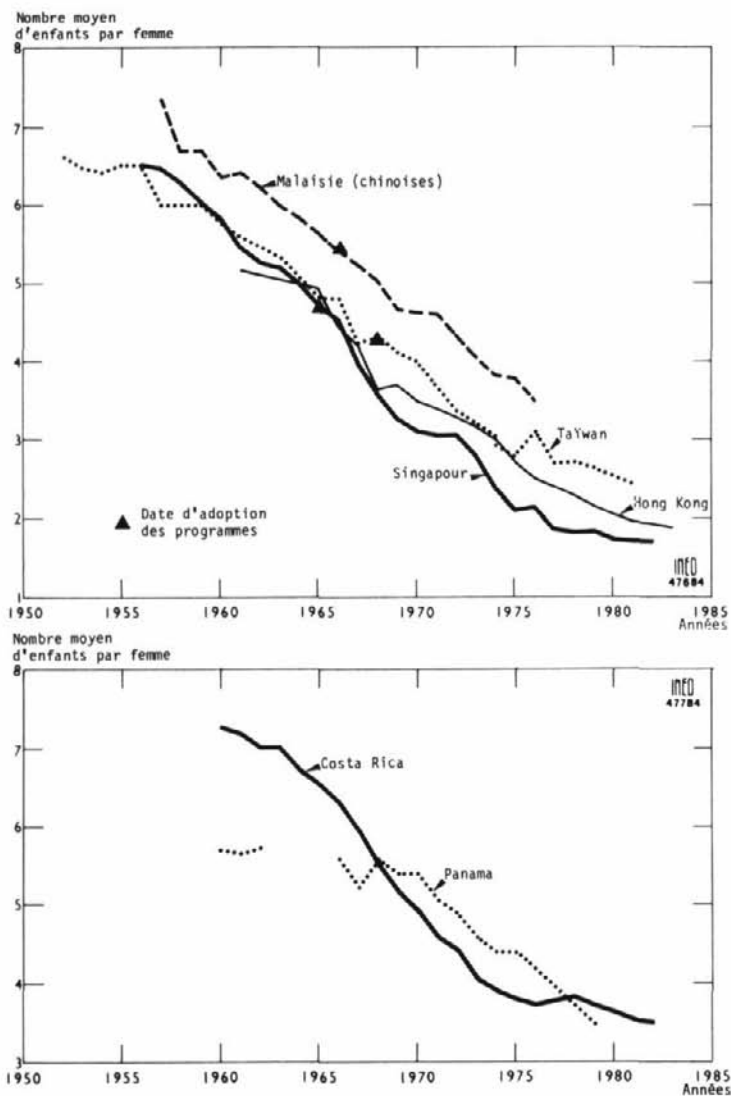
et Kwon Tae-Hwan (7) relèvent que la contraception est pratiquée en 1963 dans les villes de taille moyenne, en 1964 dans les villages rizicoles proches des grandes villes, en 1968 dans les villages de pêcheurs et en 1969 dans ceux de montagne. En 1963, on n'utilise que les condoms et les gelées ; en 1964 on commence les insertions de D.I.U. ; leur abandon conduit à la distribution de la pilule en 1968. L'avortement, déjà largement pratiqué, est légalisé en 1973, sans qu'augmente la proportion des femmes y recourant : une enquête faite en 1971 (8) montre que seulement 33 % des femmes ayant subi un avortement le savaient illégal, 44 % le pensaient légal et 23 % restaient incertaines. En conclusion, le comportement des couples coréens s'est modifié dès le début des années 1950, bien avant l'adoption d'un programme et bien avant aussi que la baisse d'intensité soit traduite dans les indices du moment.

A Taïwan, où la descendance diminue de façon régulière depuis également les générations 1924-25, la S.N.R. baisse depuis 1952, plus de 15 ans avant l'adoption d'une politique de limitation en 1968 (graphique 3). Dès 1967, le tiers des femmes mariées de 20 à 39 ans utilisaient la contraception et 55 % en 1973, dont un seul quart dans le cadre du programme. On observe dans cette province, comme en Corée, un important retard de l'âge au mariage dès 1956. Wen L. Li a montré (9) que le programme, qui n'a pas déterminé la baisse, ne l'a pas non plus accélérée ; depuis la date de son article, la S.N.R. a diminué au même rythme jusqu'en 1975 (à 2,77) augmenté en 1976, année du dragon, puis baissé très lentement jusqu'à 2,46 en 1981.

A Singapour, en Malaisie (graphique 3), aux Philippines, la S.N.R. diminue aussi bien avant l'adoption d'un programme, comme en Thaïlande où une baisse rapide s'est produite de 1960 à 1975, la S.N.R. passant de 6,53 à 4,70 environ. Dans ce dernier pays, où aucune femme n'était protégée par le programme avant 1970, 62 % l'étaient en 1975 ; mais on estime que plus d'un demi million de femmes utilisaient la contraception en 1964 (10) (hors programme), chiffre équivalent à celui des femmes protégées par le programme dix ans plus tard. Comme dans bien d'autres cas, le programme national s'est substitué à des activités privées de planification familiale s'adressant à des couples déjà décidés à limiter leur descendance.

A Sri Lanka, D. Fernando (11) attribue la baisse de la fécondité au retard de l'âge au mariage. Le rapport de l'enquête fécondité de 1975 indique que la baisse de la fécondité légitime, jusqu'en 1971 au moins, n'est pas due au programme dont l'impact est alors très faible, mais à l'utilisation de moyens traditionnels, de méthodes modernes hors programme, de l'avortement et de l'amélioration du statut de la femme.

-
- (7) Han Sang-Bok, Kwon Tae-Hwan : "Anthropological Approach in Fertility and Family Planning Research in Korea". Bulletin of the Population and Development Studies Center. Seoul National University, vol.X, 1981.
- (8) Sung-Bong Hong and Walter B. Watson : "The Increasing Utilization of Induced Abortion in Korea". KIPF, Seoul, 1976.
- (9) Wen L. Li : "Temporal and Spatial Analysis of Fertility Decline". Population Studies, vol.7, n°1, march 1973.
- (10) Jay D. Teachman, Dennis P. Hogan and Donald J. Bogue : "A Component Method for Measuring the Impact of a Family Planning Program on Birth Rates". Demography 15, n°1, february 1978.
- (11) Fernando Dallas : "Recent Fertility Decline in Ceylon". Population Studies vol.26, n°3, nov.1972.



Graphique 3 - Evolution de la somme des naissances réduites dans quelques pays.

Il existe à Maurice une association privée depuis 1957, subventionnée par le Gouvernement depuis 1965 ; c'est la date retenue pour l'adoption d'une position A par l'île, bien que ce ne soit qu'en 1972 que le Gouvernement ait assumé entièrement la responsabilité de la planification de la famille. La S.N.R. commence à baisser en 1964 jusqu'en 1973 (3,05) et fluctue autour de ce niveau jusqu'en 1978. L'âge au mariage a beaucoup augmenté depuis 1952 (la proportion de filles à 20-24 ans passe de 23,9 à 27,4 % en 1962 et à 46,1 % en 1972), expliquant une bonne part de la baisse de la

fécondité générale. La fécondité légitime a aussi diminué, bien que la prévalence de la contraception ne soit pas très élevée : 25 % des femmes mariées de 15 à 44 ans en 1971 dont plus de la moitié utilisent la pilule ; elle augmente beaucoup (33 % en 1976, 51 % en 1981) à une époque où la S.N.R. est à peu près en palier ; ceci laisse présumer que la baisse de la fécondité légitime est due au premier chef à l'utilisation de moyens traditionnels et que la fourniture de moyens modernes dans le cadre du programme n'a joué qu'un rôle mineur. Le fait que la fécondité à la Réunion (12), supérieure en 1964 à celle de Maurice de 0,8 enfant par femme, baisse aussi rapidement à partir de 1966-67, pour la rejoindre en 1978, confirme cette impression : le programme mauricien n'a pas fait diminuer la fécondité plus vite et plus efficacement qu'à la Réunion, en l'absence de programme (Graphique 2).

La Tunisie et l'Egypte ont adopté une politique de limitation presque simultanément. La fécondité a baissé modérément pendant les premières années du programme, pour se stabiliser ensuite. "L'interruption de la baisse nous met en face de deux des exceptions les plus notables dans le monde à la tendance générale qui voudrait que les baisses de fécondité, une fois entamées, continuent à se poursuivre jusqu'à ce que des niveaux nationaux de faible fécondité soient atteints" (13). Caldwell suggère que deux sociétés coexistent dans ces pays, l'une urbaine et éloignée de la production de type familial, l'autre rurale ou encore soumise au type traditionnel de production familiale urbaine. Cette hypothèse mérite d'autant plus d'être retenue que l'exemple du Costa Rica montre que la baisse de fécondité s'opérerait d'abord dans les milieux privilégiés pour se diffuser ensuite dans le reste de la population ; cette diffusion ne s'est pas faite ici et les programmes peuvent avoir contribué à approfondir la faille existant entre les deux sociétés.

La Colombie, seul pays du continent sud-américain à avoir adopté un programme de limitation, est souvent présentée comme un exemple du succès de ces politiques. Le Bureau américain du recensement estime la S.N.R. à 6,74 en 1964, à 4,65 en 1973 et à 4,00 en 1978. Cependant, l'enquête nationale de fécondité de 1969 montre que la baisse, de 1960-64 à 1965-66 et 1967-68, a réduit d'un enfant la S.N.R., avant l'adoption du programme en 1970 (Graphique 1). D'autre part, on relève de fortes différences, en 1969, dans la fécondité des sous-populations, par exemple 7,97 enfants pour les femmes rurales avec une faible éducation et 3,35 enfants chez les femmes urbaines avec une instruction élevée, confirmant qu'une partie de la population limitait ses naissances avant 1970. De fait, en 1964, à Bogota, 27,1 % des femmes de 20 à 49 ans utilisaient la contraception et, en 1969, 43 % des femmes urbaines, contre 14 % des femmes rurales (employant d'ailleurs des méthodes inefficaces). Pour Potter (14), l'évolution de la situation économique et la guerre civile de 1948 à 1953 suivie de guérilla et l'état de siège (jusqu'en 1982), ont contribué à détruire le mode de vie traditionnel et modifié le comportement procréateur des Colombiens. On ne peut pas "utiliser l'exemple de la Colombie pour soutenir l'opinion que les programmes de planification

(12) Patrick Festy, op. cit.

(13) John C. Caldwell : "Les perspectives de la fécondité et de la mortalité en Afrique". in : "Dynamique de la population", CEA, 1979.

(14) J.E. Potter et al : "The Rapid Decline in Colombia Fertility". Population and Development Review, vol.2, n°3 and 4, sept. and dec. 1976.

de la famille, lorsqu'ils sont mis en oeuvre vigoureusement, réduisent les niveaux de fécondité préalablement à un progrès du développement socio-économique général" [comme le font R.T. Ravenholt et J.W. Brackett (15)]. Notons d'ailleurs que la baisse de la fécondité colombienne n'est pas plus rapide que celle de la Guyana, qui lui est parfaitement comparable en niveau et en rythme, ni que celle du Brésil depuis 1970, et à peine plus rapide que celle du Venezuela.

L'Indonésie est un autre exemple souvent cité par les promoteurs des programmes de limitation. La baisse de fécondité après 1970 se produit dans un contexte de nuptialité assez précoce (sauf à Bali où elle est traditionnellement tardive et dans les provinces de Jakarta et de Yogyakarta), liée à une très grande mobilité conjugale et à une utilisation assez faible de la contraception : 26 % des femmes de 15-49 ans en 1976. Paul Demeny (16) indique que le programme indonésien ne fait pas seulement appel au volontariat et cite une étude indonésienne sur Java oriental : "bien que seulement une faible majorité [des acceptantes] disent qu'on ne les a pas forcées à devenir une nouvelle acceptante (53 contre 47 %), des variations considérables existent entre villages... Parmi celles qui se sont senties contraintes, les trois quarts (toutes acceptantes du D.I.U.) dirent que, en raison du manque d'information préalable, elles ignoraient qu'on allait leur insérer un D.I.U."

Se référant à la coercition utilisée en Inde en 1976, P. Demeny admet "qu'un gouvernement solidement en place, disposant d'un appareil administratif et technique efficace, ayant la volonté politique nécessaire et les justifications idéologiques convenables, peut réaliser, au moins pendant de brèves périodes", ce qu'il veut. En Inde, la S.N.R. reste à peu près stable pendant au moins 20 ans, de 1951 à 1971, à un niveau voisin de 5,7-5,8 ; une enquête de 1972 la place à 5,70 dans les zones rurales et à 4,29 dans les zones urbaines ; en 1978, ces chiffres passeraient respectivement à 4,59 et à 3,18 (17). Des campagnes massives de stérilisation ont été menées en 1971-72 (2,2 millions) et en 1972-73 (plus de 3 millions) et surtout à la suite de la politique présentée en avril 1976 dans le contexte de l'état d'urgence : 8,3 millions de stérilisations sont faites de janvier 1976 à janvier 1977 (suivant les 2,7 millions de 1975-76). Après la chute de Mme Gandhi, le nombre de stérilisations tombe à 0,9 million en 1977-78 (démontrant que la volonté des individus n'est pas d'utiliser les "services" offerts en la matière), puis reprend peu à peu son "rythme de croisière" (2 millions en 1980-81). En 1981, pourtant, 23 % seulement des femmes mariées de 15 à 44 ans utilisent la contraception mais sur 100 utilisatrices, 89 sont stérilisées, 4 emploient le D.I.U. et 7 d'autres méthodes ; la pilule n'est pas utilisée. Ainsi, après 30 ans de programme, la contraception est à peu près inexistante en Inde.

La troisième campagne chinoise de limitation des naissances commence en 1971, est strictement appliquée à partir de 1974, subit un arrêt en 1976

(15) in Family Planning Perspectives, vol.8, n°3 may-june 1976.

(16) Paul Demeny : "On the End of the Population Explosion". Population and Development Review, vol.5, n°1, march 1979.

(17) Déclaration gouvernementale à la 3ème Conférence de la Population de la région de la CESAP (Colombo, 1982). On note que ces chiffres sont très inférieurs à ceux que fournit la CESAP (voir en annexe) et qui proviennent également de sources gouvernementales.

et redémarre en septembre 1977, pour devenir en 1979 la campagne pour l'enfant unique. Dans sa première phase -de 1971 à 1979-, les dirigeants chinois recommandent le mariage tardif et la limitation de la descendance fixée d'abord à 2 enfants en zone urbaine et à 3 en zone rurale, puis à 2 enfants pour tous les couples. Tous les moyens de contraception modernes sont utilisés pour avoir des enfants "tard, espacés, peu nombreux", ainsi que l'avortement et la stérilisation. C'est à cette époque qu'est mis en place le "système des quotas". Malgré des changements économiques et sociaux radicaux la persistance des valeurs traditionnelles entraîne, de la part des cadres, des mesures coercitives, allant de la dénonciation publique de ceux qui refusent de se conformer à la nouvelle politique à l'avortement et à la stérilisation forcés des femmes ayant des grossesses hors plan, en passant par le refus de congé de maternité, le refus d'enregistrer la naissance et la non délivrance des rations de nourriture et de tissu pour les nouveaux-nés non autorisés (18). Dans ces conditions, la S.N.R. passe de 5,81 en 1970 à 2,75 en 1979. La campagne pour l'enfant unique, lancée en août 1979, prévoit un système de récompenses attrayantes pour les couples s'engageant à n'avoir qu'un seul enfant et de sanctions très dissuasives pour ceux qui, ayant pris cet engagement, ne le respecteraient pas. Cependant, si la S.N.R. passe à 2,24 en 1980, elle remonte à 2,63 en 1981 : la précocité accrue des mariages, due à la loi du 01.01.1981 qui relève l'âge minimal au mariage de 18 à 20 ans pour les filles mais le place bien au-dessous de l'âge fortement recommandé jusqu'alors, 23 ans en milieu rural et 25 ans en zone urbaine (et devenu l'âge légal dans certaines provinces), en serait responsable.

La politique chinoise, déjà très ferme, s'est encore durcie depuis 1982 : la ligne générale est désormais d'accepter le premier enfant, de contrôler strictement le deuxième et de prévenir résolument une troisième naissance ; les mesures d'application des directives sont du ressort des dirigeants locaux, dont certains tolèrent les troisièmes naissances, tandis que d'autres interdisent les secondes en contraignant les femmes à avorter, à être stérilisées et aussi à recevoir un D.I.U. Depuis peu, les provinces ont des quotas de stérilisations à atteindre : en février 1983, mois de pointe, 8,86 millions de stérilisations ont été faites en Chine, plus qu'en Inde en une année d'état d'urgence.

VUE D'ENSEMBLE

L'examen systématique des pays de la catégorie 1 montre que l'adoption d'un programme de limitation des naissances est toujours postérieur à l'adoption, par la population, de normes de fécondité moins élevées. Elle l'est d'autant plus :

- que nous avons considéré la date d'adoption des programmes ; mais une politique annoncée n'est pas en elle-même un programme, dont la mise en oeuvre exige, selon les promoteurs, quelques années (5 ans environ) pour qu'il puisse avoir quelque effet,

(18) John S. Aird : "Fertility Decline and Birth Control in the People's Republic of China". Population and Development Review, vol.4, n°2, June 1978.

- que nous avons surtout cité des chiffres nationaux ; mais les populations ne sont pas homogènes et les groupes privilégiés limitent leurs fécondité beaucoup plus tôt que les autres, sans que leur nouveau comportement apparaisse forcément dans les moyennes nationales,
- qu'enfin, les indices du moment, seuls disponibles en général dans les pays en développement, ne sont pas du tout satisfaisants pour marquer le début d'une diminution de l'intensité de la fécondité, comme le montre l'exemple de la Corée.

Le nouveau comportement des couples s'établit à travers l'expansion de pratiques traditionnelles, y compris le retard de l'âge au mariage, soutenue éventuellement par des organisations privées. Le Directeur du Centre des Etudes Démographiques du Population Council souligne (19) que l'adoption et la mise en oeuvre d'un programme ne sont pas indépendantes des conditions qui déterminent la fécondité et en sont plutôt, au moins en partie, un effet : "l'idée que les décisions d'un gouvernement sont quasi-autonomes, en quelque sorte indépendantes des conditions socio-économiques, politiques et institutionnelles du pays, ne peut être soutenue" et "les programmes réussis sont, en bref, plus un symptôme d'un changement de fécondité que sa cause".

Dans les pays de la catégorie 3, les programmes n'ont pas eu de succès car la population à qui s'adressaient les services de contraception n'en voulait pas. L'opinion, dit Demeny, que les programmes de planification de la famille sont l'outil du déclenchement et de la poursuite d'une baisse généralisée et rapide de la fécondité, n'est pas fondée. La demande de ces services ne peut résulter que de l'altération des valeurs et pratiques existantes. Bien d'autres auteurs ont noté que rien ne prouve qu'une réduction de la fécondité peut se produire en l'absence de modifications sociales (20).

Au contraire, des baisses de fécondité aussi rapides et importantes dans les pays de la deuxième catégorie que dans ceux de la première résultent de la modification des valeurs secrétées par un système social subsistant lui-même des changements radicaux. L'adoption, ou non, d'une politique de limitation des naissances par un gouvernement, n'a finalement que très peu d'effet sur l'évolution de la fécondité, sauf à utiliser des mesures de coercition : les raisons de scepticisme sur l'efficacité des programmes qu'exposait Kingsley Davis (21) il y a 17 ans se trouvent confortées par les données disponibles depuis lors.

(19) P. Demeny, op. cit.

(20) Par exemple :

- Frank W. Notestein : "Summary of Demographic Background of Problems of Underdeveloped Areas". Milbank Memorial Fund, Conférence annuelle, 1947.
- Frank Lorimer : "Culture and Human Fertility". UNESCO, Paris, 1954.
- Dudley Kirk : "Natality in the Developing Countries", in "Fertility and Family Planning : A World View". University of Michigan, 1967.
- Vincent H. Whitney : "Population Planning in Asia in the 1970's". Population Studies, vol.30, n°2, July 1976.

(21) Kingsley Davis : "Population Policy : will current programs succeed ?" Science, vol. 158, 10 nov. 1967.

En conclusion, si une liaison existe entre programme de limitation des naissances et évolution de la fécondité, le sens de la causalité n'est pas celui qui est généralement admis et que défendent ceux qui veulent ignorer la nature socio-culturelle de la fécondité qu'ils pensent pouvoir modifier en s'adressant aux individus -aux couples- pris hors de leur contexte (22). C'est la baisse de la fécondité qui conduit à l'adoption d'un programme et non l'inverse.

Les programmes ne sont cependant pas sans conséquences, dont certaines sont néfastes à l'identité et au développement des pays qui les adoptent. La plus heureuse est de permettre aux couples déjà acquis à des normes plus réduites de la famille de substituer aux moyens traditionnels de contraception des moyens plus commodes et efficaces.

(22) Par R.T. Ravenholt, Directeur du Bureau Démographique de USAID, par exemple : "Là où la pilule et le condom ne sont pas disponibles, le taux de continuation a été zéro ; là où ils sont disponibles, le taux de continuation est invariablement plus grand que zéro. Par conséquent, la disponibilité est la clé du succès". in : International Family Planning Digest, vol.2, n°3, sept.1976.

AFRIQUE

EGYPTE	MAROC	TUNISIE	GHANA	KENYA	ILE MAURICE	LA REUNION
1960 6,17 ⁽⁷⁾ 6,25 ⁽⁸⁾	1960 8,14 ⁽⁷⁾	1960 6,84 ⁽⁷⁾	1960 7,20 ⁽²⁾		1956 6,15	1956 6,76
	1962 6,7 ⁽⁶⁾			1962 6,8	1957 6,10	1957 6,70
1965 5,67 ⁽⁷⁾	1965 6,87 ⁽⁷⁾	1965 6,84 ⁽⁷⁾			1958 5,82	1958 6,42
1966 6,3 ⁽⁶⁾		1966 7,25 ⁽²⁾			1959 5,57	1959 6,33
		1967 7,00 ⁽⁷⁾			1960 5,65	1960 6,39
			1967-69 6,99 ⁽³⁾	1969 7,60 ⁽²⁾	1961 5,94	1961 6,42
					1962 5,86	1962 6,54
					1963 6,27	1963 6,84
					1964 5,96	1964 6,77
					1965 5,51	1965 6,73
					1966 5,39	1966 6,48
					1967 4,66	1967 6,07
					1968 4,57	1968 5,87
					1969 4,04	1969 5,43
1970 5,29 ⁽⁷⁾		1970 6,09 ⁽¹⁾	1970 6,50 ⁽⁶⁾ 7,14 ⁽²⁾		1970 3,75	1970 4,62
		1971 6,00 ⁽¹⁾ 6,15 ⁽⁷⁾	1970-72 6,90 ⁽³⁾		1971 3,49	1971 4,68
	1972 6,88 ⁽²⁾		1971 5,93 ⁽⁷⁾	1972-73 6,78 ⁽⁷⁾	1972 3,42	1972 4,29
1973 5,2 ⁽⁶⁾	1973 7,41 ⁽⁷⁾		1973-75 6,85 ⁽³⁾		1973 3,05	1973 4,01
					1974 3,47	1974 3,88
					1975 3,19	1975 3,74
1976 5,29 ⁽⁷⁾ 5,65 ⁽¹⁾		1976 5,84 ⁽²⁾	1976-78 6,31 ⁽³⁾		1976 3,13-3,22 ⁽⁷⁾	1976 3,48
				1977 8,05 ⁽²⁾	1977 3,04	1977 3,31
1975-79 5,27 ⁽¹⁾		1978 5,04 ⁽¹⁾	1979 6,47 ⁽³⁾		1978 3,09	1978 3,10
			1980 6,5 ⁽⁷⁾			1979 3,12
						1980 3,05
						1981 2,87
P.F.L.B. vers 1980 (5)	6,6	5,6	6,7	8,0	3,1	3,1

AMERIQUE LATINE - CARAIRES

	LA BARBADE (9)	CUBA	HAITI	JAMAIQUE	PURTO-RICO	REPUBLIQUE DOMINICAINE	TRINITE ET TOBAGO (3)	MARTINIQUE	GUADELOUPE
1956	4,08				1950 5,2 (12)				
1957	4,29	1953 3,60			1953 4,9 (12)				
1958	4,18				1956 4,9 (12)				
1959	4,14				1959 4,6 (12)				
1960	4,68			1960 5,44 (4)	1960 4,6 (12)		1960 6,49		
1961	3,94				1961 4,5 (12)		1961 6,04		
1962	4,02				1962 4,4 (12)	1960-65 7,61 (2)	1962 5,86		
1963	3,89				1963 4,3 (12)		1963 5,58	1963 5,5	1963 5,8
1964	3,68				1964 4,1 (12)		1964 5,41	1964 5,48	1964 5,57
1965	3,73	1965 4,54 (11)			1965 4,0 (12)		1965 5,31	1965 5,69	1965 5,60
1966	3,52				1966 3,7 (6)		1966 4,93	1966 5,29	1966 5,70
1967	3,05		1965-70 6,15 (2)		1967 3,65 (1)	1967 7,4 (6)	1967 4,20	1967 5,12	1967 5,36
1968	2,93				1968 3,23 (1)	1965-70 7,02 (2)	1968 4,54	1968 5,01	1968 5,28
1969	2,86						1969 3,71	1969 4,43	1969 4,87
1970	2,72	1970 3,74 (2)		1970 5,55 (4)	1970 3,2 (13)	1970 6,67 (2)	1970 3,96	1970 4,60	1970 4,61
		1971 3,93 (10)	1971 5,70 (11)				1971 3,10		
		1972 3,77 (10)				1970-75 6,32 (2)	1972 3,86		
1973	3,2 (6)	1973 3,34 (10)	1973 5,13			1973-74 5,4 (6)	1973 3,54		
		1974 2,91 (10)		1973-75 4,69 (3)	1974 2,9 (6)	1974-75 5,85 (2)	1974 3,44		
		1975 2,93 (2)			1975 2,7 (13)		1975 3,02		
		1976 2,75 (2)		1976 4,3 (6)			1976 3,23		
		1977 2,24 (10) 2,42 (2)	1977 5,50 (11)		1977 2,7 (13)				
		1978 1,92 (10)							
		1979 1,81 (10)							
P. R. B. 1980 (5)	2,1	1,8	5,5	3,7	2,7	4,7	2,7		

AMERIQUE LATINE CENTRALE

COSTA RICA	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	MEXIQUE	NICARAGUA	PANAMA
1950-55 6,72	1950 6,06 ⁽¹⁾				1950 6,20	
1955-60 7,11						
1960 7,29	1961 6,76 ⁽¹⁾		1961 7,27 ⁽²⁾	1960 6,69 ⁽²⁾		1959-61 5,7 ⁽⁶⁾
1961 7,21						1961 5,66 ⁽¹⁾
1962 7,02						1962 5,73 ⁽¹⁾
1963 7,03					1963 6,7 ⁽²⁾	
1964 6,71		1964 6,38 ⁽²⁾				
1965 6,54				1965 6,7 ⁽⁶⁾		
1966 6,30	1966 6,5 ⁽⁶⁾					1966 5,59 ⁽¹⁾
1967 5,96						1967 5,23 ⁽¹⁾
1968 5,52						1968 5,58 ⁽¹⁾
1969 5,17						1969 5,41 ⁽¹⁾
1970 4,92		1970 5,68 ⁽²⁾		1970 6,54 ⁽²⁾	1970 7,10	1969-71 5,4 ⁽⁶⁾
1971 4,58	1971 6,16 ⁽¹⁾	1971 5,96 ⁽²⁾	1971-72 7,30 ⁽²⁾		1970-71 6,0 ⁽⁶⁾	1971 5,06 ⁽¹⁾
1972 4,42		1972 6,11 ⁽²⁾				1972 4,90 ⁽¹⁾
1973 4,08	1973 5,8 ⁽⁶⁾	1973 5,81 ⁽²⁾ , 6,42 ⁽¹⁾				1973 4,6 ⁽⁶⁾
1974 3,91			1974 7,02 ⁽²⁾	1973-75 6,15 ⁽³⁾		1974 4,41 ⁽¹⁾
1975 3,80		1975 5,62 ⁽¹⁾	1975 7,0 ⁽¹⁴⁾	1975 6,03 ⁽²⁾		1975 4,4 ⁽⁶⁾
1976 3,71						
1977 3,77		1977 6,07 ⁽¹⁾		1977-78 5,18 ⁽²⁾		
1978 3,82	1978 6,3 ⁽¹⁴⁾	1978 6,1 ⁽¹⁴⁾				
1979 3,72						1979 3,5 ⁽¹⁴⁾
1980 3,65						
1981 3,53						
1982 3,50						
		5,7	6,5	4,7	6,4	3,9

P.-K.-B.
vets
1980
(5)

AMERIQUE LATINE TROPICALE

BRESIL	COLOMBIE	EQUATEUR	GUYANA	PARAGUAY	PEROU	VENEZUELA
1950 5,9 ⁽²⁾ 6,3 ²		1950-55 7,0 ⁽²⁾ 1955-60 7,0 ⁽²⁾				1950-55 6,5 ⁽²⁾ 1955-60 6,7 ⁽²⁾
1960 6,0 ⁽²⁾ 6,18			1960 6,22 ⁽¹⁵⁾ 1961-62 7,04 ⁽³⁾ 1963 6,07 ⁽¹⁵⁾ 1964 5,98 ⁽¹⁵⁾ 1965 5,87 ⁽¹⁵⁾ 1966 5,57 ⁽¹⁵⁾ 1967 5,34 ⁽¹⁵⁾ 1967-68 6,38 ⁽³⁾ 1968 5,25 ⁽¹⁵⁾ 1969 4,80 ⁽¹⁵⁾	1960 6,6 ⁽⁶⁾ 1962 6,5 ⁽¹⁶⁾ 1960-70 6,56 ⁽¹⁶⁾	1961 6,6 ⁽⁶⁾ 1962-64 6,04 ⁽²⁾ 1965 6,4 ⁽⁶⁾ 1965-67 6,25 ⁽²⁾ 1968-70 6,35 ⁽²⁾	1961 6,6 ⁽¹⁷⁾ 1960-65 6,7 ⁽²⁾ 1965 6,5 ⁽⁶⁾ 1965-70 6,0 ⁽²⁾
1970 5,3 ⁽²⁾ 5,83			1970 5,06 ⁽¹⁵⁾ 1971 4,75 ⁽¹⁵⁾		1970 6,5 ⁽⁶⁾	1971 5,6 ⁽⁷⁾ 5,8 ⁽²⁾
1972-73 4,90 / 5,04 ⁽²⁾			1973-74 4,44 ⁽³⁾	1972 5,9 ⁽⁶⁾	1971-73 5,88 ⁽²⁾	
	1973 4,65 ⁽²⁾ 1973-74 4,4 ⁽⁶⁾ 1975 4,44 ⁽²⁾ 1975-76 4,6 ⁽⁶⁾	1974 5,5 ⁽⁶⁾			1973-75 5,78 ⁽³⁾ 1974-76 5,47 ⁽²⁾ 1975 5,61 ⁽²⁾ 1976-78 5,28 ⁽³⁾	1974 5,0 ⁽⁶⁾ 1976 4,8 ⁽¹⁷⁾
1976 4,44				1977 6,8 ⁽¹⁴⁾ 1976-78 4,9 ⁽³⁾		
1976-77 4,25 / 4,55 ⁽²⁾	1978 4,00 ⁽²⁾					1979 4,50 ⁽¹⁾
1980 4,11						
	3,6	5,7	3,9	4,9	5,0	4,3

P. R. B.
vers
1980
(5)

ASIE DE L'EST

ASIE DU SUD CENTRALE

BANGLADESH	INDE	NEPAL	PAKISTAN	SRI LANKA	C H I N E		MONG KONG	COREE DU SUD
					Continentale	Prov.de Taiwan		
1953-56 7,35 ⁽¹⁹⁾	1951-61 5,5			1953 5,95 ⁽²⁾	1930 5,06	1952 6,62		
1957-60 6,43 ⁽¹⁹⁾				1957 5,00	1940 5,25	1954 6,43		
				1958 4,91	1940-49 5,44	1956 6,51 6,68 ⁽²⁾		1957 6,3
				1959 5,10	1950-59 5,87	1958 6,06		
					1960-69 5,68	1959 5,99		
1960-61 6,61 ⁽¹⁹⁾				1960 5,10	1970-79 4,01	1960 5,75		1960 6,28 ⁽²⁾
1960-62 7,58 ⁽¹⁹⁾				1961 4,94		1961 5,59		1961 5,17
				1962 4,94	1957 6,41	1962 5,47		1962 6,0
				1963 4,75 5,10 ⁽²⁾	1958 5,68	1963 5,35		1963 6,08
			1963-65 7,03 ⁽²⁾	1964 4,99	1959 4,30	1964 5,10		
	1961-71 5,77/5,9 ⁽²⁰⁾			1965 4,80	1960 4,02	1965 4,83		
				1966 4,70	1961 3,29	1966 4,82 4,92 ⁽²⁾		1966 4,64 ⁽²⁾ 5,4
1966-68 6,02 ⁽¹⁹⁾				1967 4,59	1963 7,50	1967 4,22		1968 4,2
1966-69 6,45 ⁽¹⁹⁾	1968 5,76		1968 5,74	1968 4,64	1968 6,50	1968 4,33		1968 3,65
	1969 5,62			1969 4,42	1969 4,12	1969 3,72		
	1970 6,03/6,11 ⁽²¹⁾			1970 4,22 ⁽³⁾	1970 5,81	1970 4,00 4,06 ⁽²⁾		1970 3,9 4,51 ⁽²⁾
	1971 5,63 ⁽²⁾	1971 6,3 ⁽²³⁾		1971 4,20 ⁽²⁾	1971 3,71	1971 3,41		1971 4,4 4,7
	1972 5,75 ⁽²²⁾			1972 4,14	1972 3,37	1972 3,29		1972 4,35 ⁽²⁾
1971-75 6,34 ⁽¹⁹⁾				1973 3,87	1973 3,21	1973 3,17		1973 3,9 4,11
1973-76 6,34/7,08 ⁽²⁾			1974-75 6,3 ⁽²³⁾ 1976-75 7,02 ⁽²⁾	1974 3,35 ⁽³⁾ 3,82	1974 2,93	1974 2,99		1974 3,6
1975 6,1 ⁽³⁾	1975 5,54 ⁽¹⁸⁾		1975 5,8 ⁽³⁾	1975 3,81	1975 2,77 2,87 ⁽²⁾	1975 2,70		1975 3,20 ⁽²⁾
				1976 3,77	1976 3,09 3,14 ⁽²⁾	1976 2,52		1976 3,21
				1977 3,79	1977 2,70 2,76 ⁽²⁾	1977 2,42		1977 3,13
				1978 3,85	1978 2,71	1978 2,31		
1978 5,28 ⁽¹⁸⁾	1977-78 6,2 ⁽²⁴⁾			1978 3,4 ⁽¹⁸⁾	1979 2,75	1979 2,16		1979 2,6
1979 5,0 ⁽¹⁸⁾	1979 6,3 ⁽¹⁸⁾		1979 6,8 ⁽¹⁸⁾	1979 3,4 ⁽¹⁸⁾	1980 2,24	1980 2,06		1980 2,8
				1981 3,6	1981 2,63	1981 1,98		1981 2,74
1980 6,58/6,85 ⁽²⁾					1983 2,5 ⁽¹⁸⁾	1983 1,9 ⁽¹⁸⁾		1982 2,69
1981 6,1 ⁽¹⁸⁾	1983 4,3 ⁽¹⁸⁾	1983 6,2 ⁽¹⁸⁾	1983 5,6 ⁽¹⁸⁾	1983 3,3 ⁽¹⁸⁾	1983 2,5 ⁽¹⁸⁾	1983 2,5		1983 2,6 ⁽¹⁸⁾
P. R. B. pers 1980 (5)	5,0	6,5	6,3	3,6	2,8	2,5		2,6

ASIE DU SUD-EST

INDONÉSIE		MALAÏSIE Pen.		PHILIPPINES		SINGAPOUR		THAÏLANDE	
	1955	6,19				1956	6,51		
	1957	6,76				1957	6,47		
	1958	6,19				1958	6,28		
	1959	6,16				1959	6,04		
	1960	6,21	1958-62	6,46 ⁽²⁾		1960	5,82	1960	6,53 ⁽²⁾
1961	5,68 ⁽²⁾	6,31				1961	5,46		
	1962	5,96				1962	5,26		
	1963	6,02				1963	5,20		
	1964	6,10				1964	5,01	1964-65	6,30 ⁽²⁾
	1965	5,62	1963-67	6,30 ⁽²⁾		1965	4,70		
	1966	5,30				1966	4,50		
	1967	5,31				1967	3,95	1965-69	6,25 ⁽³⁾
	1968	5,20				1968	3,57	1968-69	5,96 ⁽²⁵⁾
	1969	4,84				1969	3,25		
	1970	4,73	1968-72	5,89 ⁽²⁾		1970	3,09	1970	5,87 ⁽²⁾
1970	5,52 ⁽¹⁸⁾	5,09 ⁽²⁾				1971	3,05		
1971	5,54 ⁽²⁾	4,68				1972	3,05	1970-74	4,85 ⁽³⁾
	1972	4,83	1970-75	6,35 ⁽¹⁾		1973	2,81		
	1973	4,55				1974	2,38		
	1974	4,50				1975	2,10	1975	4,30 ⁽²⁶⁾ , 4,70 ⁽²⁾
1975	4,85 ⁽²⁾ , 5,23 ⁽¹⁸⁾	4,30				1976	2,15		
	1976	4,27				1977	1,86		
1976-79	4,65 ⁽²⁴⁾	4,27	1977	5,01 ⁽³⁾		1978	1,84		
	1979	4,6 ⁽¹⁸⁾				1979	1,84		
	1981					1980	1,74		
	1981					1981	1,7 ⁽¹⁸⁾		
	1982					1982	1,7 ⁽¹⁸⁾		
1983	3,8 ⁽¹⁸⁾		1983	4,2 ⁽¹⁸⁾		1983		1983	3,5 ⁽¹⁸⁾
P.R.B. vers 1980 (5)				4,8			1,8		3,9

SOURCES : nationales ou locales (Chiffres non indexés), et :

- (1) Les annuaires démographiques des Nations-Unies.
- (2) Le Bureau américain du recensement (U.S. Bureau of the Census).
- (3) Les enquêtes fécondité faites dans le cadre de l'enquête mondiale.
- (4) Les monographies du CICRED.
- (5) 1983 World Population Data Sheet, du Population Reference Bureau.
- (6) Population Reports, série M, n°4, novembre 1979 : "l'âge au mariage et la fécondité". The Johns Hopkins University.

En outre, pour l'Afrique :

- (7) La Division de la Population de la Commission économique pour l'Afrique.
- (8) Le Centre Démographique du Caire.

Pour l'Amérique Latine :

- (9) T.R. Balakrishnan : "A Cost benefit analysis of the Bardados family planning programme". Population Studies, Vol. 27 n°2, July 1973.
- (10) Sergio Diaz-Briquets and Lissandro Perez. Socio economic factors in Cuba's fertility decline : Population and Development Review. Vol.8, n°3, september 1982.
- (11) James Allman : "Fertility and Family Planning in Haïti". Studies in Family Planning, Vol. 13 n°8/9, août-septembre 1982.
- (12) Harriet B. Presser : "The Role of Sterilization in Controlling Puerto Rican Fertility". Population Studies. Vol. XXIII n°3, novembre 1969.
- (13) Harriet B. Presser : "Puerto Rico : Recent Trends in Fertility and Sterilization". International Family Planning Perspectives, Vol.6 n°1, mars 1980.
- (14) John E. Anderson and Leo Morris : "Fertility Differences and the Need for Family Planning Services in Five Latin American Countries". International Family Planning Perspectives, Vol.7 n°1, mars 1981.
- (15) Susheela Singh : "Demographic variables and the Recent Trend in Fertility in Guyana". Population Studies, Vol.33 n°2, July 1979.
- (16) Leo Morris et al : "Contraceptive Prevalence in Paraguay". Studies in Family Planning, Vol.9 n°10-11, octobre-novembre 1978.
- (17) Luis Hernando Ochoa : "Patterns of fertility decline in Latin America with special reference to Colombia". UIESP, Congrès international, Manille, 1981.

Pour l'Asie :

- (18) La Division de la Population de la C.E.S.A.P.
- (19) Population of Bangladesh. ESCAP, Country monograph n°8, Bangkok, 1981.
- (20) A. Adlakha and D. Kirk : "Vital Rates in India 1961-1971, Estimated from 1971 census data". Population Studies, Vol.28 n°3, novembre 1974.
- (21) Robert Cassen and Tim Dyson : "New Population Projections for India". Population and Development Review, Vol.2 n°1, mars 1976.
- (22) A. Jain and A. Adlakha : "Preliminary Estimates of Fertility Decline in India during the 1970's". Population and Development Review, Vol.8 n°3, septembre 1982.
- (23) Population of Nepal. ESCAP, Country monograph n°6, Bangkok, 1980.
- (24) Geoffrey Mc Nicoll : "Recent Demographic Trends in Indonesia". Population and Development Review, Vol.8 n°4, décembre 1982.
- (25) Siew Ean Khoo and Chai Bin Park : "The effect of Family Planning Programs on Fertility Decline in Four Asian Countries". International Family Planning Perspectives and Digest, Vol.4 n°3, fall 1978.