

Yves

Charbit

Maryse

Gaimard

La bombe
démographique
en question

puf

Yves Charbit et Maryse Gaimard

**La bombe
démographique
en question**

P U F

*Ouvrage publié à l'initiative scientifique de Gérald
Bronner*

ISBN 9782130653271

Dépôt légal – 1^{re} édition : 2015, janvier

© Presses Universitaires de France, 2014

6, avenue Reille, 75014 Paris

Sommaire

Couverture

Page de titre

Page de Copyright

INTRODUCTION – Le débat : faits, concepts, théories

CHAPITRE 1 – Les catastrophes démographiques du passé

I. La peste noire de 1347-1351

II. La conquête du Nouveau Monde

III. La traite esclavagiste en Afrique

IV. Les famines politiques de Mao Tsé-toung

CHAPITRE 2 – Mortalité et santé

I. Les inégalités de mortalité

II. La double charge de morbidité

CHAPITRE 3 – Le mystère de la baisse de la fécondité (1950-2010)

I. La théorie de la transition démographique et ses insuffisances

II. Les explications monocausales

II. Les explications globales : famille et société

CHAPITRE 4 – La croissance démographique est-elle un frein au développement ?

I. Le dividende démographique

II. Les enjeux de l'éducation

III. Migrations, transferts et développement

IV. Santé et développement

CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans la même série

Notes

INTRODUCTION

Le débat : faits, concepts, théories

La question de la population mondiale est le plus souvent présentée de manière alarmiste. Comment nourrir des effectifs de plus en plus nombreux, alors que les possibilités d'extension des ressources agricoles ne sont pas infinies ? Comment ne pas craindre un épuisement des ressources naturelles énergétiques ? Ces thèmes firent l'immense succès de deux ouvrages, intitulés *La Bombe P.* (de Paul Ehrlich, 1972) et *Rapport sur les limites de la croissance* (de Donella Meadows, 1972). Nous montrerons que l'on peut aisément « désamorcer » l'argument de *La Bombe P.* Du point de vue strictement démographique, le concept même de population mondiale est indéfendable, tout autant que l'existence d'un Tiers Monde homogène (I et II). En outre, l'évolution de la population mondiale est supposée illustrer la grande théorie en vigueur chez les démographes, dite de la transition démographique. Sa pertinence doit pourtant être sérieusement discutée (III). Nous proposons donc une démarche plus proche des contextes réels (IV).

I. Le débat sur la bombe démographique et les faits

En 1974 à Bucarest, lors de la première Conférence mondiale sur la population, deux positions s'opposèrent radicalement. La première, portée par les pays développés, soutenait qu'il était urgent, face au constat de la croissance trop rapide de la population mondiale, que les pays en développement réduisent leurs rythmes de croissance en utilisant la contraception. La seconde position proclamait que la population n'était pas responsable du sous-développement et utilisait un argument frappant : « Le meilleur des contraceptifs, c'est le développement. » Depuis, les idées ont considérablement évolué. D'une part les néomalthusiens, le plus souvent des démographes des pays industrialisés très influents dans les organisations internationales, ont bien été obligés d'admettre que maîtriser la croissance démographique supposait de prendre en compte les facteurs économiques, sociologiques et anthropologiques. De l'autre, les tenants du développement, les antimalthusiens, experts ou responsables politiques des pays en développement, finirent par admettre qu'un rythme de croissance

élevée exerçait une pression insupportable sur les budgets des États, puisque les bénéfices de la croissance économique étaient immédiatement contrebalancés par la nécessité de répondre aux besoins de populations en augmentation rapide. De sorte que des indicateurs classiques du développement, tels que la production intérieure brute par habitant, ne parvenaient pas à décoller. De manière régulière, les Nations unies organisèrent d'ailleurs des enquêtes auprès des gouvernements pour décompter les pays dont les politiques de population étaient « hostiles », « favorables » ou « neutres » vis-à-vis de leur propre croissance démographique. C'était une façon diplomatique de savoir si un nombre croissant de pays en développement se ralliait ou non au point de vue néomalthusien des pays occidentaux, ouvertement proclamé en 1974 à Bucarest, quant à la nécessité de promouvoir des programmes de contraception¹.

Nous pouvons donc aujourd'hui nous fonder sur des faits solidement établis. Quels sont-ils ?

Entre 1750 et 2010, soit 0,02 % de l'histoire de l'humanité, 87 % de la croissance totale de la population mondiale s'est produite. Chaque milliard supplémentaire survient tous les douze ou treize ans

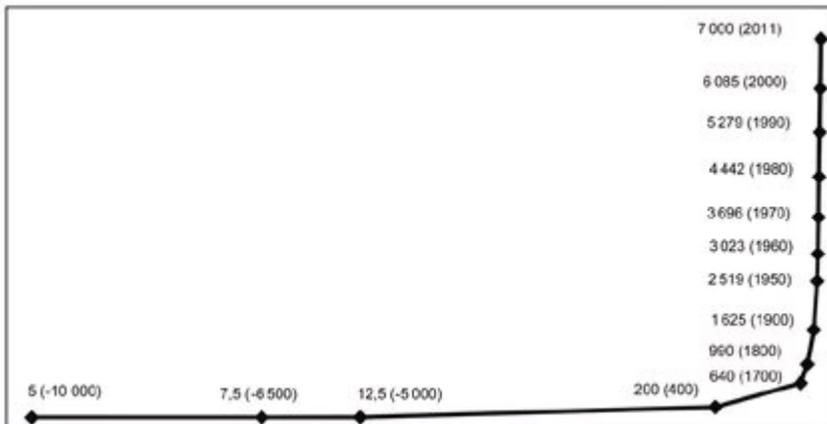
(figures 1 et 2 ci-après) :

Figure 1. Rythme de survenance de chaque nouveau milliard

1 ^{er} milliard :	1803	
2 ^e milliard :	1927	123 ans
3 ^e milliard :	1960	33 ans
4 ^e milliard :	1974	14 ans
5 ^e milliard :	1987	13 ans
6 ^e milliard :	1999	12 ans
7 ^e milliard :	2012	13 ans

Source : U.S. Census Bureau, 2014.

Figure 2. La « bombe démographique »



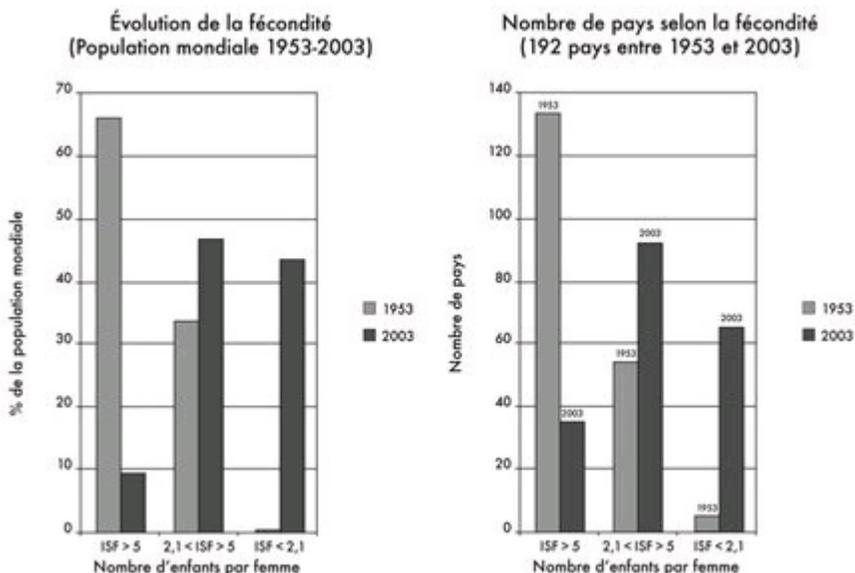
Source : calculs de l'auteur d'après Durand (1974),

Biraben (1980), Thomlinson (1975), US Census Bureau (2014).

La **figure 2**, qui fournit des estimations de la population mondiale à quelques dates, traduit l'idée d'une croissance vertigineuse de la population mondiale, qui, depuis les années 1950, a suscité une peur argumentée par les experts et largement relayée par les médias : le Tiers Monde allait submerger les pays développés, dont la croissance était beaucoup plus lente. Cette peur du nombre est actuellement réactivée par la question de la pression de la population sur les ressources naturelles.

Et pourtant, il est certain que nous sommes les témoins de la fin de l'explosion de la population mondiale, car la baisse de la fécondité, variable décisive, s'est généralisée en un demi-siècle, que l'on prenne comme indicateur le nombre de pays ou la répartition en pourcentage de la population mondiale (**figure 3** ci-après). Presque partout, le nombre d'enfants par femme est désormais en dessous de cinq, et il est inférieur à deux dans un nombre important de pays en développement, et non des moindres (Brésil, Chine, Iran, Corée, Thaïlande, Turquie et la plupart des pays d'Amérique latine et de la Caraïbe)².

Figures 3a et 3b. Répartition de la population mondiale par niveau de fécondité (2012)



Source : calculs de l'auteur d'après Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2007).

L'enjeu actuel est clair : les dernières régions du monde où l'on observe une fécondité élevée vont-elles à leur tour se caractériser par une faible fécondité, de telle manière que la population mondiale finira par se stabiliser ? Jusqu'à récemment la Division de la Population des Nations unies tablait sur l'hypothèse d'un effectif de neuf milliards vers 2050. Mais selon les dernières projections réalisées, nous pourrions être entre 9,6 et 12,3 milliards en 2100 et surtout la population mondiale poursuivra sa croissance au-delà de 2011, principalement en raison du fort potentiel de

croissance de l'Afrique. En 2012 en effet, à part quelques rares pays d'Asie – Afghanistan (6,2 enfants par femme), Yémen (5,2), Timor (5,7) – pour l'essentiel, la fécondité reste élevée dans trois régions d'Afrique, mais dans les deux autres, au nord et au sud du continent, la fécondité est proche du niveau de l'Asie (2,2) et de l'Amérique latine (2,2). En dépit des millions de dollars investis depuis plusieurs années dans des programmes de planification familiale, les résultats obtenus sont dérisoires. En trente-cinq ans (1970-2005), la fécondité a faiblement baissé au Mali (– 8,4 %), en Angola (– 6,4 %), au Liberia (– 0,1 %) et elle n'a pas du tout diminué (0 %) au Congo, au Burundi, en Ouganda et en Sierra Leone. Le contraste est frappant avec les diminutions observées en Chine (– 65 %), en Corée (– 71 %), au Koweït (– 65 %), en Thaïlande (– 61 %) ou encore au Mexique (– 64 %).

II. Un concept dépassé : le Tiers Monde

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, la planète, d'un point de vue démographique, apparaissait divisée en deux grands ensembles : les pays développés d'une part, le Tiers Monde d'autre part. Les premiers regroupaient l'Amérique du Nord, le Japon, l'Europe, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, les seconds englobaient l'Asie (sauf le Japon), l'Afrique, l'Amérique latine et les Caraïbes. Selon cette typologie, en 2012 les pays développés comptent 1,243 milliard d'habitants, soit 17,6 % du total mondial de 7,058 milliards. Mais cette dichotomie est désormais dépassée, au moins en termes démographiques, en raison des écarts croissants entre les trois continents où se situent les pays en développement. Les taux de croissance annuels (figure 4 ci-après) révèlent ainsi que la quasi-stagnation des pays développés (0,1 %) s'oppose au dynamisme démographique des pays en développement, mais aussi que la croissance est beaucoup plus rapide en Afrique qu'en Asie et en Amérique latine.

Figure 4. Taux de croissance annuels des grands ensembles en 2012

Ensemble du monde	1,2
Pays développés	0,1
Pays en développement	1,4
dont :	
Afrique	2,5
Amérique latine	1,3
Asie	1,1

Source : Population Reference Bureau, 2012.

Une analyse encore plus fine fait apparaître des différences au sein même de chacun de ces trois continents, surtout en Asie et en Afrique, et bien sûr entre les pays qu'ils regroupent. Ainsi, l'Asie de l'Ouest, qui regroupe des pays à fort taux de croissance (Irak 2,9 %, territoires palestiniens 2,9 %, Jordanie 3,0 %, Yémen 3,1 %), s'oppose aux autres sous-régions de l'Asie : 1,9 % contre par exemple 0,4 % en Asie de l'Est. Ce faible taux s'explique par la lenteur de la croissance de la Chine (0,5 %), géant démographique de 1,350 milliard d'habitants qui représente 85 % de la population de cette sous-région. De même en Asie centrale et du Sud, l'Inde (1,259 milliard avec un taux de croissance de 1,5 % par an), l'Iran (78,9 millions et 1,3 %) et le Bangladesh (153 millions et 1,6 %) déterminent en grande partie le taux sous-régional (1,6 %), car à eux seuls, ces trois pays comptent pour

82 % de la population totale de la sous-région.

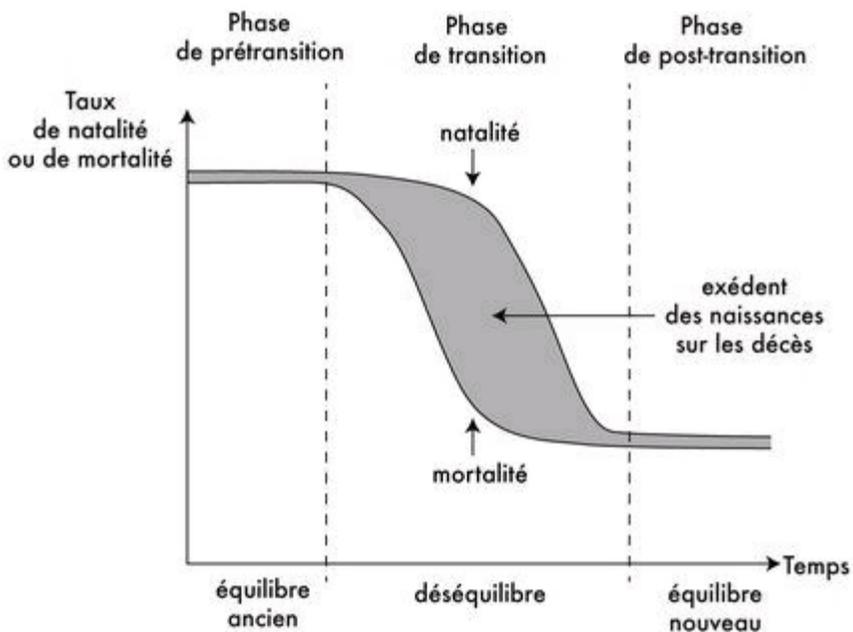
Des différences s'observent aussi en Afrique. Au Nord et au Sud du continent les taux de croissance sont nettement plus faibles qu'ailleurs, respectivement 3,1 % et 2,5 %, contre 5,4 % en Afrique de l'Ouest, 5,1 % en Afrique de l'Est, et 5,9 % en Afrique centrale. On retrouve le même effet de taille en Afrique australe qu'en Asie. L'Afrique du Sud, avec ses 51,1 millions d'habitants (87 % du total) et un taux de 0,9 %, détermine largement le rythme de croissance de la sous-région (1,1 %), alors que les quatre autres pays (Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland), qui totalisent à peine huit millions, croissent bien plus vite. Les effets de taille ne jouent pas autant dans les autres sous-régions africaines. Au terme de ce bref constat statistique, comment expliquer l'accélération de la croissance mondiale, son ralentissement actuel ainsi que les différences entre les continents ? Il est impossible de prétendre rendre compte de toutes les évolutions de manière exhaustive dans les limites de ce chapitre introductif ; mais il est clair que le concept de population mondiale, bien que commode, recouvre une extraordinaire diversité de situations démographiques, alors que chaque continent présente des spécificités, non seulement du point de vue strictement

démographique, et aussi quant aux explications qui sous-tendent l'évolution des composantes de la croissance, la fécondité en particulier. La prise de conscience de la croissance démographique dans ce que l'on appelait alors le Tiers Monde s'est faite au cours des années 1960, et surtout en Amérique latine et en Asie, où étaient observés les taux de croissance les plus forts. Au début de la décennie suivante, de vastes programmes internationaux de collecte des données furent organisés afin de mieux comprendre les mécanismes qui maintenaient la fécondité à un niveau élevé et qui en même temps freinaient l'utilisation de la contraception. Ce furent successivement l'enquête mondiale sur la fécondité (1974-1980) et la série des enquêtes démographiques de santé depuis 1980 qui concernent chaque fois environ une cinquantaine de pays. En bref, l'enjeu était de freiner « l'explosion démographique ». Mais du même coup, la richesse des données disponibles a renforcé la prise de conscience de l'hétérogénéité des situations. En même temps, des efforts importants furent faits pour diminuer la mortalité, notamment infantile.

III. La transition démographique : une théorie contestable

La **figure 3**, construite à partir des chiffres d'une étude des Nations unies, véhicule un message implicite. L'idée est que, tôt ou tard, conformément à la théorie de la transition démographique, les pays doivent *converger* vers un niveau de fécondité suffisant pour assurer le remplacement de la population. La population mondiale est en effet analysée dans le cadre de cette théorie, qui fait loi parmi les démographes. Rappelons-en les éléments essentiels.

Figure 5. *Le schéma de la transition démographique*



Source : Pison, 2008.

Sur la base des séries statistiques disponibles pour le passé des pays développés, les démographes ont dégagé un modèle, dit de la transition démographique, qui met en relation l'évolution du taux de natalité et du taux de mortalité sur plusieurs siècles ([figure 5](#) ci-dessus).

Les deux taux diminuèrent fortement en moins de deux siècles, passant d'un niveau élevé (respectivement de l'ordre de 25 et 40 pour mille habitants) à un niveau bas (10 et 15 pour mille). Ce processus peut être

décomposé en phases. Avant la transition, natalité et mortalité s'équilibrent presque, d'où une croissance globale très lente. Au cours de la transition proprement dite, comme la mortalité baisse la première, sous l'effet d'une amélioration des conditions sanitaires, sociales et nutritionnelles, la population augmente rapidement. Lorsque la natalité baisse à son tour, principalement en raison de la diffusion de la contraception, le ciseau se referme et la croissance démographique ralentit progressivement jusqu'à la phase « post-transitionnelle », où la population n'augmente presque plus. Elle peut même diminuer si les couples ne font plus assez d'enfants pour assurer le remplacement des générations (c'est le cas de plusieurs pays d'Europe aujourd'hui).

Cette théorisation de la dynamique des populations est explicitement évolutionniste. Le modèle, estimé en effet les démographes, permet de prédire qu'il en sera de même pour les pays en développement : ils « doivent » inéluctablement s'inscrire dans la trajectoire des pays industrialisés occidentaux, et tôt ou tard, leur croissance démographique sera faible et de ce fait même, ce sera la fin de l'explosion de la population mondiale. Incontestablement, la mortalité et la natalité ont diminué depuis les années 1960 en Amérique

latine, en Asie et dans une partie de l'Afrique. Mais le problème, c'est le « raccord » entre les faits et la théorie, car la transition démographique n'est pas vraiment une théorie explicative, comme le montre une analyse critique épistémologique et méthodologique (voir chapitre 3). Ce n'est en réalité qu'une modélisation et une généralisation, qui a d'ailleurs connu de nombreuses exceptions, en particulier la France, où la fécondité a diminué avant la mortalité. Mais surtout, les tentatives de théorisation de la mortalité et de la fécondité, et bien davantage encore des migrations, sont toutes réfutables³. Et ceci pour une raison simple : comment espérer trouver une explication universelle à des comportements humains aussi complexes que la naissance, le mariage, la famille, la maladie et la mort ? Comment ignorer l'immense diversité des niveaux de développement, des contextes culturels et sociaux ? La globalisation est certes une idée à la mode, mais en matière de population, elle ne résiste pas à l'épreuve des faits.

IV. Contextualisation *versus* théorisation universaliste

Ce livre défend une position opposée, bien plus modeste mais à notre sens bien plus heuristique : c'est en revenant aux contextes spécifiques dans lesquels évoluent les populations, en renonçant à la tentation de l'universalité, que l'on peut vraiment analyser et comprendre la réalité. Les sciences humaines ne sont pas les sciences physiques et ne peuvent prétendre découvrir des lois scientifiques. Parler de « loi de population » est une mystification, et nous avons de bonnes raisons pour nous démarquer des auteurs qui s'inscrivent prudemment dans le cadre théorique de la transition démographique, car elle est séduisante et confortable.

Tout d'abord, la théorie évoque, avant le xviii^e siècle, un quasi-équilibre entre les taux de mortalité et de natalité, tel que l'effectif de la population, on l'a dit, est pratiquement stagnant. Plus précisément, on a pu décrire des crises de mortalité à court terme, liées à de mauvaises récoltes ou à des épidémies, mais les pertes démographiques étaient rapidement « récupérées ». Or, un retour à l'histoire des populations dément cette

vision : des catastrophes majeures se sont produites qui n'entrent nullement dans les catégories d'analyse de la transition démographique : la Peste noire (Europe 1347-1351), la conquête du Nouveau Monde (xvi^e siècle), les traites esclavagistes (Afrique du vii^e au xix^e siècle) et, plus proches historiquement, les grandes famines que la Chine a connues sous Mao. Leur analyse met en évidence un facteur majeur, la violence proprement politique qui est absente des écrits des spécialistes de la transition démographique et qui aggrave les facteurs économiques et sociaux. Tel est l'objet du chapitre 1.

Quant à la mortalité actuelle (chapitre 2), on a longtemps cru que les populations devaient passer par les phases successives d'une « transition épidémiologique », la mortalité infectieuse reculant, avec les progrès de la médecine, au profit des maladies dites chroniques ou de société (cancers, maladies cardio-vasculaires, accidents, tabagisme, alcoolisme, etc.). L'indicateur classique est l'espérance de vie, que l'on a vue progresser sans pour autant rejoindre les niveaux très élevés des pays industriels. En outre, l'Afrique est en retard par rapport à l'Asie et l'Amérique latine. Pourtant, cet indicateur masque la réalité. Il est vrai qu'on ne meurt plus de certaines maladies, mais

pour des raisons qui tiennent au sous-développement et en particulier à la malnutrition et à un accès insuffisant aux soins de santé, les populations souffrent de morbidité, c'est-à-dire que leur santé est affectée par des maladies diverses. Par ailleurs, il n'y a pas, comme on l'a longtemps cru, deux modèles pathologiques totalement distincts au Nord et au Sud. La réalité est celle d'une *double charge de morbidité* dans les pays en développement : non seulement les populations continuent à mourir de la malaria, mais leur santé est affectée par les maladies chroniques que connaissent les populations des pays industrialisés : le diabète, l'hypertension artérielle, les problèmes de pollution, etc.

Le chapitre 3 s'attache à une redoutable question, restée jusqu'à aujourd'hui sans réponse, la relation entre la baisse de la fécondité et le développement. Avec les progrès de la médecine et l'accroissement de la production agricole mondiale, qui ont considérablement réduit la mortalité dans les pays en développement, c'est désormais la fécondité qui gouverne la croissance démographique globale, les mouvements migratoires internationaux ne jouant, contrairement à une autre idée reçue, qu'un rôle marginal dans cette évolution. Si la bombe

démographique est en train d'être désamorcée, c'est donc que la fécondité est en phase descendante. Mais alors, qu'est-ce qui explique que les populations contrôlent aujourd'hui leur reproduction ? La recherche s'est orientée dans deux directions : elle a privilégié des facteurs particuliers ou au contraire proposé des explications plus globalisantes. Or ni la contraception, ni l'éducation, ni la religion, ni les politiques de population ne constituent des explications convaincantes. Cependant, les théories plus globales, telles que la modernisation socioculturelle, ne permettent pas non plus d'expliquer la baisse observée de la fécondité. Comme souvent en sciences humaines, il faut sans doute renoncer à l'idée d'un modèle universel et, plus modestement, constater la coexistence de processus très divers, mais contribuant tous d'une manière ou d'une autre à la baisse de la fécondité au sein d'une même population ou d'un même continent.

Enfin, le chapitre 4 relativise l'importance de la population au regard des enjeux du développement. Sommes-nous face à une bombe démographique ou à une explosion de la pauvreté ? La population est-elle responsable du sous-développement ? Le problème est extrêmement complexe. D'abord, le débat est

largement idéologique, car sous l'effet des thèses dites néomalthusiennes, la peur du nombre a été instillée depuis des décennies dans les esprits : la population serait responsable des problèmes planétaires, elle jouerait un rôle majeur dans la pauvreté, dans la pression sur l'environnement, elle compromettrait le développement durable. Mais, contrairement aux thèses néomalthusiennes, une forte fécondité n'est pas nécessairement la cause de la pauvreté. Au fur et à mesure que vieillissent les pyramides des âges, les pays dont les populations sont jeunes bénéficient progressivement du passage à l'âge adulte des populations actuellement scolarisées. Ils vont donc disposer d'un volant de main-d'œuvre considérable, source de richesse. Cette situation, caractérisée par un excédent d'actifs productifs par rapport aux personnes dites « à charge », jeunes ou vieux, a été conceptualisée : c'est le « bonus démographique ». Par ailleurs, si la migration allège certes la pauvreté au niveau des ménages grâce aux transferts d'argent effectués par les migrants au profit de leurs familles, elle entretient en revanche la dépendance des États. En d'autres termes, elle permet le développement social, ce qui est un objectif conforme à des valeurs éthiques universelles, mais elle peut en même temps freiner le développement économique proprement dit.

Enfin, aux inégalités sociales au sein des pays (théorisées par Malthus et Marx), s'ajoutent les inégalités économiques et politiques qui caractérisent les rapports nord-sud, dont la santé est un des exemples les plus criants. En un mot, focaliser l'attention sur la population comme responsable du sous-développement, c'est négliger l'importance du contexte politique et économique international. Nous retrouvons ainsi notre réflexion initiale sur la fascination qu'exercent les chiffres démographiques et sur la tendance à passer du constat objectif à des explications assénées de manière souvent péremptoire et largement infondée.

Quelques références

Biraben Jean-Noël (1979), « Essai sur l'évolution du nombre des hommes », *Population*, vol. 34 (n° 1), p. 13-25.

Chesnais Jean-Claude (1986), *La Transition démographique : étapes, formes, implications économiques*, Paris, Puf.

Durand John D. (1974), *Historical Estimates of World Population : an Evaluation*, University of Pennsylvania, Population Center, Analytical and Technical Reports, n° 10.

Ehrlich Paul (1972), *La Bombe P.*, Paris, Fayard, coll. « Les Amis de la Terre ».

El-Badry Mohammed A. (1991), « La croissance de la population mondiale : passé, présent et avenir », in Tapinos Georges, Blanchet Didier, Horlacher David (dir.), *Conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement*, Paris, INED, p. 5-30.

Fonds des Nations unies pour la population (2011), *État de la population mondiale 2011*, New York.

Gerland Patrick *et al.*, 2014, « World Population Stabilization unlikely This Century », *Science*, 18 September 2014, p. 1-3

Guilmoto Christophe Z., Attané Isabelle, Oliveau Sébastien (2012), « Le début de la fin ? Le revirement de la croissance mondiale », in Cambrezy Luc, Petit Véronique (dir.), *Population, mondialisation et développement, quelles dynamiques ?*, Paris, La Documentation française, p. 17-47.

Meadows Donella (1972), *Rapport sur les limites de la croissance*, Paris, Fayard.

Pison Gilles (2008), « L'avenir démographique des pays du Sud », *Revue économique* 5/2008 (vol. 59), p. 869-891

Population Reference Bureau (2012), *World Population Data Sheet*, 2012

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2007), *World Population Prospects : the 2006*

Revision, Highlights, New York, United Nations.

Thomlinson Ralph (1975), *Demographic Problems : Controversy over Population Control*, 2nd Ed., Ecino, CA, Dickenson Publishing Co.

US Census Bureau, (2014), *World POPClock Projection*.

CHAPITRE 1

Les catastrophes démographiques du passé

La [figure 2](#) de l'introduction, qui illustre la croissance de la population mondiale au cours des siècles passés, suggère fortement l'idée d'une croissance continue indemne de tout accident de parcours, de toute fluctuation. Cette linéarité est également associée à une dynamique forte, la croissance semblant s'accélérer depuis le début de l'ère chrétienne et, en tout cas, depuis l'époque contemporaine, que les historiens font débuter en 1789. Première erreur de perception, tout se passerait donc comme si la population, dans son mouvement de croissance à long terme, n'avait pas connu de crises. Or, les fluctuations annuelles furent très fortes, surtout pour les enfants qui venaient de naître, du fait de leur extrême vulnérabilité dans des environnements hostiles. Ainsi, jusqu'en 1800 en France, un enfant sur trois mourait avant même d'atteindre l'âge d'un an.

Une seconde erreur de perception est induite par le schéma de la théorie de la transition ([figure 5](#)). La

phase prétransitionnelle n'envisage que des crises brèves, qui, telles des fluctuations, s'estompent progressivement avec un retour à l'équilibre antérieur. Mais le schéma ne visualise pas les catastrophes démographiques du passé non suivies de « récupération », qui furent pourtant des faits majeurs de l'histoire de l'humanité. La thèse sous-jacente aux pages qui suivent est que si la théorie reste muette sur ces catastrophes majeures, si elle est totalement inopérante, c'est parce qu'elle exclut une dimension majeure, le politique, et plus précisément, la violence qui, au cours des siècles, a frappé en masse les populations. De même, en pleine guerre froide, les projections démographiques des Nations unies, qui font autorité, sont restées muettes dans leurs hypothèses de mortalité, face au risque d'une brutale aggravation de la mortalité causée par une guerre nucléaire.

Partons d'une équation simple, purement arithmétique, en termes d'ajouts et de soustractions à l'effectif de la population, qui créent son mouvement même. Chaque année, la croissance démographique va en effet dépendre du solde naturel (la différence entre les décès et les naissances) et des entrées par immigration qui vont jouer en sens inverse des sorties

par émigration (le solde migratoire⁴). En général, le solde naturel gouverne, bien davantage que le solde migratoire, l'évolution démographique globale. Mais, à certaines périodes de l'histoire, c'est l'immigration qui a été décisive, par exemple lorsque prévalait la logique du peuplement de territoires, par la force ou non. Viennent à l'esprit les invasions barbares dans l'Europe de la fin de l'Empire romain, qui sont malheureusement impossibles à chiffrer. Plus récemment, à Trinité-et-Tobago, deux îles de la Caraïbe, entre 1840 et 1860, l'immigration a même compensé la décroissance de la population, car les conditions sanitaires et la pauvreté décimaient les travailleurs des plantations de sucre, tabac ou café, outre une natalité insuffisante⁵. Les propriétaires terriens remplaçaient en permanence les pertes en faisant appel à une immigration souvent lointaine (Inde et Chine). Telle a été la logique de l'esclavage : il était plus rentable de renouveler la population par un flux d'immigration d'hommes et de femmes adultes que d'assurer le remplacement des générations en favorisant la natalité, car plusieurs années s'écoulaient avant que les nouveau-nés n'arrivent sur le marché du travail, ce qui n'est nullement rentable pour des propriétaires qui pensaient en termes de cheptel

humain. Si l'on exclut des cas aussi extrêmes, le solde naturel a souvent été négatif dans le passé, en raison de crises de mortalité particulièrement graves. De quoi parle-t-on ?

Ces crises résultaient de trois grandes causes, la famine, les épidémies et la violence. La plus générale, s'agissant de populations vivant dans leur immense majorité de l'agriculture, était la famine ; elle sévissait lorsque la récolte des grandes céréales, qui constituaient la base de l'alimentation des populations sédentaires, était insuffisante ; et, pour les populations nomades, lorsque la mortalité frappait les troupeaux. Dans les deux cas, l'aléa climatique était décisif : sécheresse prolongée dans les zones telles que le Sahel, excédent de pluies et inondations entraînant le pourrissement des tiges et des racines, hivers rigoureux et gelées tardives détruisant les bourgeons, etc. L'autre cause face à laquelle les populations étaient largement impuissantes furent les épidémies, les plus redoutables étant la peste, le choléra, la variole et la rougeole. En l'absence de toute connaissance des mécanismes épidémiologiques de transmission et de contagiosité, en raison de l'ignorance avant l'ère pasteurienne du rôle des bacilles et des virus, les mesures de protection se limitaient à la mise en quarantaine, à l'isolement. La

dernière cause, la violence, était, contrairement aux deux précédentes, directement liée aux comportements humains : les guerres induisaient des pertes lourdes, surtout lorsque les massacres étaient programmés. Dans l'Antiquité, après la prise d'une ville, l'élimination physique de tout ou partie de la population (souvent les hommes) s'accompagnait de la destruction des bases économiques et sociales des vaincus : les maisons étaient rasées, les murailles démantelées, les arbres coupés et la ville souvent incendiée.

Mais surtout, ces trois causes entraient en synergie, cumulant leurs effets négatifs sur la population. Lors d'une famine, l'accumulation des cadavres pouvait déclencher une épidémie ; ou encore la soldatesque brûlait les récoltes, empoisonnait les puits en y jetant des cadavres ; ou enfin l'affaiblissement de la population par la maladie ne permettait pas de mobiliser la force de travail nécessaire pour les travaux agricoles, aggravant ainsi la malnutrition de ces populations bien plus fragiles qu'aujourd'hui. Ces mécanismes n'avaient pas un impact uniforme sur les populations : les principales victimes étaient les pauvres (la masse des paysans bien davantage que les guerriers), les enfants, les vieillards plutôt que les adultes et les femmes bien plus que les hommes.

Ces quelques remarques conduisent à souligner l'impossibilité de considérer les phénomènes dits naturels (aléas climatiques, épidémie) indépendamment de leur contexte économique, social, politique, et à dégager l'écheveau des mécanismes qui ont abouti aux catastrophes du passé. Mais il est tentant d'en profiter pour s'interroger aussi sur la complexité de leurs *conséquences* sur les populations. Analyser une épidémie conduit alors à analyser ses répercussions : à court terme, le déséquilibre entre les pyramides des âges et des sexes affecte, certes, de manière différente les groupes sociaux. Mais qu'en est-il à long terme ?

La prise en compte des échelles temporelles s'impose donc. Par exemple, l'échelle annuelle renvoie à la succession des bonnes et des mauvaises récoltes ; sur une période un peu plus longue jouent les facteurs politiques et, notamment, les guerres qui dévastèrent les récoltes sous l'Ancien Régime. Mais les modifications lentes du monde rural ne peuvent s'observer que sur le long terme : on a pu ainsi montrer tout le long processus de colonisation de la France et de l'Europe avec le recul des forêts à partir du moment où cessèrent les invasions barbares. Les échelles spatiales sont tout aussi importantes. Une crise de mortalité

perturbe certes la société villageoise et l'on voit, lorsque frappe la peste, mourir les uns après les autres les membres des familles dans un intervalle de quelques jours ; mais la notion même d'épidémie conduit à analyser les processus de diffusion à l'échelle des régions, comme ce fut le cas dans le passé, ou à l'échelle mondiale avec la grippe espagnole de 1917, qui fut sans doute la plus meurtrière de l'histoire, avec près de 30 millions de morts.

Enfin et surtout, la recherche sur les conséquences des crises de mortalité doit-elle se limiter aux domaines qui sont les plus proches de la nature même de la crise, l'épidémiologie pour les maladies, l'agriculture pour les famines, le politique pour la violence ? Si l'on admet la complexité des crises, en particulier du fait des synergies qui se mettent en place, il paraît indispensable de procéder à un double élargissement. D'abord, en explorant les conséquences autres que celles qui semblent logiquement être au cœur même de la crise : pour reprendre l'exemple d'une épidémie de peste, tout ce qui ne relève pas de l'épidémiologie, en particulier les répercussions sociales, économiques, culturelles et politiques. Ensuite, même si ce sont les individus ou les familles qui subissent la mortalité, l'analyse doit s'attacher à d'autres niveaux

sociologiques. Quel est le rôle des corps constitués au moment où sévit la crise ? On pense ici à l'Église catholique en tant qu'institution. Si la religion procure un réconfort moral aux populations, l'Église est aussi une puissance temporelle, traversée par des contradictions : le bas clergé est proche des populations, le haut clergé, très souvent d'origine noble, a plutôt eu les réflexes que l'on pouvait attendre de ce groupe social riche et puissant. Le pouvoir politique en tant que tel est aussi un acteur essentiel. Dans le Pérou précolombien, le grand Inca, qui bénéficie du travail des paysans, leur apporte en échange la protection de sa richesse en cas de famine, en ouvrant ses greniers. Ce fut aussi le cas dans la Chine impériale, et quant au roi de France, il est « le père de ses peuples » et, en tant que tel, il se doit de les aider lorsqu'ils souffrent.

Les pages qui suivent visent à illustrer à la fois la complexité des causalités mais aussi la diversité des conséquences de quatre grandes catastrophes : la peste noire de 1347-1351 en Europe, l'esclavage en Afrique du VII^e au XIX^e siècle, la catastrophe démographique qui suivit la conquête espagnole, en particulier au Pérou et au Mexique et, plus récemment, le Grand Bond en avant imposé à la Chine par Mao Tsé-toung.

I. La peste noire de 1347-1351

De tout temps, la peste a été une des épidémies à l'origine de profondes crises de mortalité. La peste de Justinien (541-767) fut une véritable pandémie dans tout le bassin Méditerranéen. L'histoire a surtout gardé le souvenir d'une épidémie particulièrement grave qui a frappé l'ensemble de l'Europe entre 1347 et 1351, appelée communément Peste noire en raison des hémorragies internes qui produisaient des hématomes à la surface de la peau.

Épidémiologie et démographie

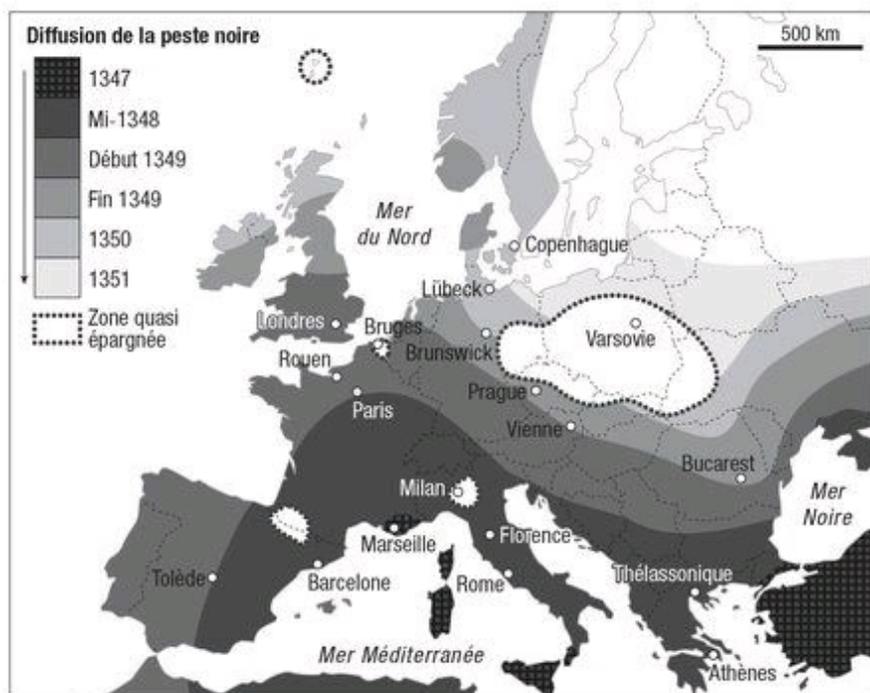
La peste est causée par un bacille qui fut identifié à Hong Kong par Yersin en 1894. Le bacille contamine une puce, qui elle-même bénéficie d'un vecteur, le rat. Lorsque celui-ci meurt, la puce cherche un autre hôte, en l'occurrence l'homme, qu'elle infecte par ses piqûres. Après une brève période d'incubation au cours de laquelle un syndrome grippal apparaît, caractérisé par une forte fièvre accompagnée d'une grande faiblesse, la peste peut prendre trois formes, selon les modalités de l'infection : bubonique, septicémique et pulmonaire. Lorsqu'une puce a piqué un individu, le sang transporte le bacille jusqu'au ganglion le plus proche, faisant apparaître un bubon (une inflammation d'un ganglion lymphatique, en général dans l'aîne ou dans le creux axillaire). Lorsque le bacille ne se fixe pas sur un ganglion mais circule dans le sang, celui-ci finit par être empoisonné et le malade meurt d'une septicémie. Enfin, un malade peut contaminer une personne en bonne santé par voie orale, par exemple en exhalant des postillons chargés du bacille ; la peste est alors dite pulmonaire.

La peste de 1347 provient d'un foyer endémique en Asie, et elle fut transportée par une caravane se rendant à Constantinople. De là, elle gagna la Sicile puis le Sud de la France, par Marseille, en novembre 1347. Elle remonta le long de la vallée du Rhône, et en juin 1348 elle couvrait toute l'Italie, la moitié de l'Espagne et la France jusqu'à Paris. Fin décembre 1348, elle avait traversé la Manche et s'était répandue sur la moitié de l'Allemagne et en Autriche. Six mois plus tard, ce fut le tour du Nord de l'Allemagne et des Pays-Bas. Fin 1349, elle se répandit en Écosse, en Irlande et en Allemagne. En décembre 1350, elle avait atteint la Suède et la Russie. Cette progression ne fut pas homogène. Certaines villes, telles Bruges, Milan, Nuremberg, furent épargnées, peut-être grâce à un isolement rigoureux. Mais Hambourg, Brême et Venise perdirent au minimum les deux tiers, sinon les trois quarts de leur population (100 000 morts à Venise) et Florence la moitié, passant de 90 000 à 45 000 habitants. Les villes furent plus durement touchées que les campagnes en raison même de l'entassement des maisons dans des ruelles étroites et malsaines, qui caractérisaient les villes du Moyen Âge. Les villages ne furent pas pour autant épargnés, et les registres paroissiaux sont éloquentes. En Bourgogne, à Givry, qui comptait environ 1 500 habitants, 649 enterrements eurent lieu

en 1348, dont 630 de juin à septembre, pour une paroisse qui en enterrait habituellement une quarantaine par an. Le 10 septembre 1348, on compte 24 décès, presque autant qu'en une année. En revanche, plus aucun mariage ne fut enregistré durant toute l'année 1348 (Gras, 1939).

Les historiens s'entendent pour estimer la proportion de morts en Europe : entre 30 % et 50 % de la population, soit un total de 30 millions de morts. Elle en tua aussi probablement 20 % en Asie et en Afrique⁶. La France passa de 17 millions à 10 millions, et l'Angleterre perdit près de 50 % de sa population, passant de 3,8 millions en 1347 à 2,1 millions en 1377. Le niveau de population de l'Europe fut retrouvé seulement en 1500, soit un siècle et demi plus tard.

Figure 6. La propagation de la peste noire (1347-1350)



Source : Creative Commons.

Un paradoxe économique

En 1962, un bureau d'études californien, la RAND Corporation, qui se proposait d'analyser les conséquences d'une catastrophe nucléaire, rechercha une étude de cas comparable. Elle se tourna vers la peste noire, qui fut caractérisée, comme le serait une guerre nucléaire, par une très forte mortalité à l'échelon d'un pays, avec relativement très peu de destructions matérielles, sauf bien sûr au point d'impact. Quelles pouvaient alors être les mécanismes sociaux, économiques et culturels d'un tel choc ?

Face à une telle catastrophe démographique, on s'attendrait à une profonde désorganisation de l'économie, immédiatement consécutive à la peste, suivie d'une récupération plus ou moins rapide. Il n'en est rien, et l'on observe une extraordinaire reprise économique entre 1350-1400, suivie, au contraire, d'une longue dépression au xv^e siècle. Pour expliquer ce paradoxe économique, il est nécessaire de se situer dans la perspective du long terme. Avec la fin des invasions barbares, une certaine stabilité politique prévaut, tandis que s'affirme progressivement le

pouvoir royal face à une féodalité toute-puissante. C'est le cas en France lorsque les Capétiens succèdent à la dynastie des Mérovingiens en 946. En même temps, la France « se couvrit d'un blanc manteau d'églises⁷ » et, dans un système féodal fondé sur la violence et des valeurs guerrières seulement respectueuses de la hiérarchie entre suzerains et vassaux, l'Église introduisit d'autres valeurs, celles de la charité, de la rédemption par le travail et du respect des enseignements du Christ.

Dans ce contexte se produit entre les ^xe et ^{xl}e siècles, au cœur de l'Europe d'alors, de la Loire au Rhin, la première des révolutions agricoles de ce qui sera l'Europe moderne. Par rapport à un système agraire primitif reposant sur la seule force humaine, avec un outillage très rudimentaire de bois ou de pierre et une agriculture extensive, l'amélioration des techniques est décisive : utilisation des forces motrices naturelles (moulins à eau et à vent) ; invention du joug qui permet d'améliorer considérablement la force de traction animale puisque désormais les chevaux et les bœufs qui tirent les charrues ne sont plus étranglés par une corde passée autour de leur cou, ce sont leurs épaules qui assurent la traction ; remplacement de l'araire et de la houe par la grande charrue à roues et à

versoir ; rotation triennale des cultures qui permet de nourrir d'avoine les chevaux, donc d'accroître le recours à la traction animale.

Cette révolution se répandit dans les grandes exploitations carolingiennes qu'elles fussent aristocratiques, royales ou ecclésiastiques (Duby, 1954 ; Neveux, 1975)⁸. L'accroissement des rendements permit aux paysans de mieux se nourrir et aux propriétaires de réduire les corvées, car le seigneur qui peut tirer les bénéfices de ses moulins a moins d'exigences. Les paysans se lancent alors dans un vaste mouvement de colonisation des terres, réalisée grâce à la conquête de l'espace sur les grandes forêts, dont témoigne par exemple la vallée de la Moselle : en 800, on y comptait 340 villages, 590 en l'an 1000 et 1190 en 1200. Mais ensuite, la croissance démographique se traduisit par une pression sur l'espace, qui ne s'analyse pas seulement en termes de créations de villages. De proche en proche, des terres de moins en moins rentables furent mises en culture. Ce processus se traduisit par des exploitations trop petites, une baisse des rendements agricoles et une réelle surpopulation, souffrant d'un chômage latent. Il en résulta une baisse du revenu par tête pour l'immense masse des ouvriers agricoles et des paysans.

Lorsque survint la peste, c'est une série de relations causales exactement opposées qui s'instaura. La décroissance démographique se traduit par l'abandon des terres les moins rentables, faute de main-d'œuvre. Comment expliquer qu'une chute de l'effectif de la population de 35 % à 50 % qui fut accompagnée d'une diminution des terres cultivées ne se soit pas traduite par une chute des revenus seigneuriaux (ils ne diminuèrent que de 10 %) ? Les choses sont simples : la terre étant surpeuplée pour les raisons évoquées plus haut, la mortalité due à la peste produisit mécaniquement une hausse de la production et des revenus par tête, qui compensa largement la diminution en chiffre absolu de la population. En effet, les rendements agricoles augmentèrent en même temps que les salaires agricoles et, pour la première fois depuis longtemps, les bénéficiaires du contexte économique furent les manouvriers, car la main-d'œuvre étant devenue rare, les salaires augmentèrent fortement. En Angleterre, leur niveau ne fut aussi élevé que bien plus tard, dans la seconde moitié du ^{xix}^e siècle. Et surtout, les paysans au service de la noblesse désertèrent les terres, affaiblissant définitivement le servage et les modes traditionnels d'exploitation des terres. Quant aux paysans propriétaires qui avaient survécu, ils héritèrent de leurs proches, leurs

propriétés s'agrandirent et ils s'enrichirent. Les chroniques de l'époque déplorent les dépenses « outrageuses et excessives » des classes inférieures et que « le pauvre ne peut plus être distingué du riche ni le serviteur de son maître » (Hatcher, 1996).

La prospérité du secteur rural se répercuta sur le secteur urbain. En effet, l'augmentation du pouvoir d'achat généra une demande des produits de l'artisanat de ville et, même si le marché était plus restreint puisque la population était moins nombreuse, les artisans bénéficièrent de cette demande. La production de laine pour le marché intérieur doubla, celle d'étain et les importations de vin augmentèrent sensiblement. Par exemple, vers 1400, les salaires journaliers des charpentiers d'Oxford étaient de 50 % plus élevés qu'avant la peste.

Cependant, à cette remarquable reprise économique succéda une longue dépression tout au long du xv^e siècle. Selon Duby (1954), les soixante années qui suivirent le déclin démographique enregistré durant la peste furent suivies d'une stagnation démographique, opinion partagée par Hatcher (1996). D'abord, le contexte épidémiologique resta très défavorable. Sur l'ensemble de l'Angleterre ou localement, la peste ne

cessa de resurgir : 14 fois dans la paroisse de Canterbury entre 1413 et 1507 et 11 fois à Londres entre 1407 et 1479. D'autres épidémies affaiblirent la population, notamment la suette, une forme létale de grippe, la dysenterie, le typhus, la variole et la tuberculose. Les contemporains notaient que les épidémies, de peste ou autre, frappaient davantage les enfants ; sans doute ceux-ci jouaient-ils dans la crasse des maisons et des rues, mais certaines étaient spécifiquement des maladies infantiles (scarlatine, rougeole). Ensuite, la main-d'œuvre étant devenue rare et chère en raison de sa pénurie, du Nord au Sud de l'Angleterre les revenus des propriétaires diminuèrent d'au moins 20 %, voire de 50 % et un peu partout les terres furent abandonnées, ce qui ne favorisa pas la croissance démographique. En retour, celle-ci freina la croissance économique ; peu de revenus étant distribués par l'agriculture, la dépression affecta la demande de produits urbains. C'est ainsi qu'en Angleterre les exportations de laine et de drap baissèrent d'un tiers entre 1451 et 1480 par rapport aux deux décennies 1381-1400, que les importations de vin entre 1450 et 1470 furent à peine la moitié de celles des années 1400-1420.

Conséquences sociales, culturelles et politiques

La peste a eu des conséquences sociales, culturelles et politiques majeures, au moins aussi importantes que celles constatées dans le domaine économique. Dans ces sociétés profondément marquées par la religion, la peste apparut comme un châtement divin punissant les populations de leurs écarts par rapport aux enseignements du Christ. Dès 1260, on avait vu se multiplier dans le Nord et le Centre de l'Italie des processions de laïcs qui s'autoflagellaient pour expier leurs péchés. Le mouvement gagna l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Pologne et une partie de la France. Il se radicalisa socialement et politiquement, se découvrit des *chefs* et contesta fortement l'ordre établi. Les pouvoirs royaux, tout comme l'Église, le réprimèrent sans pitié. Le mouvement réapparut en Allemagne lors de la peste. En France, le roi Philippe V interdit l'autoflagellation en 1349 et une bulle papale condamna les flagellants à l'Inquisition.

La méconnaissance totale des modes de transmission favorisa des représentations forcément liées aux croyances de l'époque. Par exemple, des

gravures représentent des anges invisibles décochant des flèches empoisonnées, tandis que la possibilité de contamination invisible par voie orale ne pouvait que faire porter le soupçon sur tout un chacun. Face à cette peur généralisée, il était inévitable que certains groupes fussent désignés comme des boucs émissaires. Ce fut le cas des sorcières, des Tartares en Russie, des Juifs à travers l'Europe : 6 000 Juifs sont tués à Mayence, 2 000 sont brûlés à Strasbourg en février 1349. On les accuse en particulier d'avoir empoisonné les puits. Indépendamment de ce double phénomène des flagellants et des boucs émissaires, la peste entraîna un véritable effondrement des valeurs morales. Durant l'épidémie elle-même, les individus fuirent les villes abandonnant mourants et enfants et, comme souvent dans des situations de violence, les cadavres étaient délestés de tous leurs biens. Face à une mort omniprésente, deux réactions opposées caractérisèrent les comportements des populations. D'une part un refuge dans la religion, d'autre part immoralité et débauche, signes d'une réaffirmation désespérée de la vie. Dans l'art de l'époque, la danse des morts est une représentation fréquente : des squelettes entraînent en souriant vers l'au-delà tous les individus, du haut en bas de l'échelle sociale, qu'ils soient hommes, femmes ou enfants.

Ces conséquences morales et religieuses retentirent sur la relation entre les populations et l'Église. Il était clair que cette institution majeure avait échoué à les protéger de la peste. Certes, de nombreux membres du clergé étaient morts au contact des pestiférés et même ceux qui étaient protégés et relativement isolés dans des couvents et des monastères ne furent pas épargnés. À Marseille, par exemple, tous les franciscains moururent, et dans un couvent de Montpellier, sur 140 dominicains, 7 seulement survécurent. Les archives de plusieurs évêchés anglais font état de 40 à 60 % de cures abandonnées du fait de la mort des prêtres. Mieux nourris et mieux logés que les paysans, leur mortalité aurait dû être plus faible, mais le contact direct avec les malades et les mourants leur fut fatal. En même temps, tandis que le bas clergé, en général recruté parmi les pauvres, subissait de plein fouet l'épidémie, le haut clergé, issu de la noblesse, fut mieux protégé car il abandonna à leur sort ses fidèles. Plus profondément, le désir d'une relation plus directe avec Dieu a peut-être été une origine lointaine de la réforme luthérienne.

II. La conquête du Nouveau Monde

Le contexte politique de la conquête

Les grandes découvertes de la fin du xv^e et du xvi^e siècle ont été un des facteurs décisifs de l'essor des États européens modernes. Les Portugais, avec Vasco de Gama, s'implantent en Inde dès 1503, font le commerce des métaux précieux et des épices et réalisent d'énormes profits ; en 1530, ils ont un comptoir permanent à Macao. Les Espagnols, avec Christophe Colomb, atteignent Haïti en 1492, Cortés conquiert Mexico en 1519-1522, le Pérou en 1532-1536. Cadix et Séville deviennent les ports par lesquels tout l'or ramené du Nouveau Monde transite avant d'être distribué à travers l'Europe. La conséquence majeure est un afflux d'or à partir de 1503 et d'argent à partir de 1545.

Alors qu'entre 1493 et 1520 l'Europe produisait 800 kilogrammes d'or et 47 000 d'argent, entre 1545 et 1560, le Nouveau Monde en fournit respectivement 8 510 et 311 600 kilogrammes, pour l'essentiel du fait de la découverte en 1545 des mines du Potosi au Pérou. En soixante ans (1503-1560), les importations en Espagne de métaux précieux sont multipliées par sept,

d'où un accroissement du pouvoir d'achat qui déclencha une inflation de même ordre, en l'absence d'une offre suffisante de biens matériels (Mousnier, 1993 ; Braudel, 1993). Selon la doctrine du « bullionisme », posséder des métaux précieux, l'or surtout, devient l'un des principaux objectifs de l'Espagne et du Portugal. Mais le bullionisme n'est pas seulement économique, il est aussi politique ; le stock de métaux précieux constitue un « trésor de guerre », non point tant au sens du produit du pillage des pays vaincus que d'une réserve indispensable au financement de la guerre : armement et équipement des soldats, « fournissement de la marine » et travaux de fortification terrestre. Tel est le contexte dans lequel s'inscrivent la conquête du Pérou et celle du Mexique par les *conquistadors* espagnols.

L'effondrement démographique

De manière générale, la conquête du Nouveau Monde a été une catastrophe démographique, et pas seulement au Pérou et au Mexique ([figure 8](#)).

Figure 7. Évolution de la population du Mexique et du Pérou

Mexique		Pérou	
Année	Population (millions)	Année	Population (millions)
1519	25	1530	10
1532	16,8	1561	2,5
1548	6,3	1590	1,3 à 1,5
1568	2,6		
1580	1,9		

Source : Wac.hotel, 1971.

Outre les populations du Mexique et du Pérou, plusieurs peuples disparurent totalement, tels les Arawaks dans la Caraïbe et les Quimbayas en Colombie. Pourquoi cet effondrement démographique ?

La Conquista : *violence, choc microbien et destruction économique*

Le Mexique fut conquis par Hernán Cortés, entre 1519 et 1521, et le Pérou par Francisco Pizarro et Diego de Almagro en 1525. La conquête du Mexique par Cortés eut lieu en dépit d'un déséquilibre numérique frappant. Le 5 septembre 1519, les 400 hommes de Cortés s'opposèrent à 50 000 Tlaxcaltèques. De même en avril 1521, la prise de Mexico, qui comptait 500 000 habitants fut réalisée avec 900 soldats, 96 cavaliers, 118 arbalètes et 18 petits canons. Au Pérou, le grand Inca Atahualpa fut capturé en 1532 et les 134 hommes de Pizarro assassinèrent en deux ou trois jours 2 000 Indiens. Trois facteurs furent décisifs : la supériorité militaire, les massacres et l'effondrement du système économique.

Les Espagnols étaient équipés d'armes à feu pour combattre à distance et d'armes en acier plus résistantes pour le corps à corps. En face, les Indiens n'avaient que des arcs, des frondes, des lances et de lourdes épées à deux mains, ils n'étaient protégés que par des boucliers en cuir, en bois ou en bambou. Les

nobles portaient des armures de cuir et des casques en bois ou en papier ornés de plumes. Les Espagnols avaient aussi une autre supériorité, le cheval, inconnu en Amérique centrale et du Sud. Bien que n'en possédant qu'un petit nombre (16 au début et au maximum 90), ils les mirent en scène en les équipant de grelots et de cuirasses. Cortés affirma ainsi « nous n'avions, outre Dieu, aucune autre sécurité en dehors de nos chevaux » (Grunberg, 1995). Enfin, au Mexique, la croyance du retour du dieu Quetzacoatl fut renforcée par des présages : passage d'une comète, tempête et inondation dans la lagune de Mexico, foudre sur un temple et naissance d'enfants siamois. On sait aujourd'hui que la conquête n'aurait pas été possible sans la fragilité politique de ces grands empires. Contre Moctezuma, Cortés fit alliance avec les Tlaxcaltèques, ennemis traditionnels des Mexicains. De même au Pérou, les deux fils du grand Inca revendiquèrent le droit au trône et l'Empire inca connut son premier conflit interne. Lorsqu'en 1532 Pizarro revint pour la troisième fois au Pérou, Atahualpa avait vaincu les armées de son demi-frère et était prêt à s'emparer de Cuzco. Les Espagnols surent très vite profiter de la confusion engendrée par cinq ans de luttes fratricides et tirer parti des légendes indiennes qui prédisaient l'arrivée de grands dieux blancs envoyés par le Soleil. À

la mort d'Atahualpa, l'Empire inca s'effondra. Les Espagnols marchèrent sur Cuzco dont ils s'emparèrent le 15 novembre 1533, mettant la ville à sac. Ensuite, ils pillèrent systématiquement l'Empire. Cherchant une capitale moins exposée et un port qui permettrait à la fois d'expédier les richesses du Pérou vers l'Espagne et d'en recevoir des approvisionnements ou du renfort, Pizarro fonda Lima en 1535. Mexico et Lima devinrent ainsi les capitales des deux vice-royaumes de l'Amérique espagnole.

Un second facteur majeur fut ce que l'on a appelé « le choc microbien ». Dans des populations qui n'avaient aucune défense immunitaire face à des virus inconnus, une infection bénigne se révéla dévastatrice. Ce fut le cas lors de la conquête. On cite les épidémies de 1531, 1545, 1564, 1576-1577 qui firent 40 à 50 % de morts chez les Indiens. En 1524-1526, l'empereur Inca Huayna Capec et ses proches, dont ses capitaines, meurent de la variole. En 1546, il est fait état d'une autre maladie caractérisée par des « maux de tête et des douleurs dans l'oreille », très vite suivie de mort. En même temps, une épizootie dévasta les troupeaux de lamas. En 1588 la variole frappa Lima, puis l'ensemble du pays. En 1585-1589 se combinèrent trois épidémies : la grippe (qui commença au Sud dans le

Potosi), la variole et la peste bubonique (ou peut-être le typhus), introduite par les esclaves africains du cap Vert. La preuve en est qu'elle commença par le port de Carthagène, alors que les autres épidémies partaient souvent de Lima et se diffusaient dans le Pérou, notamment à Cuzco et à Potosi, faisant des ravages dans les mines où les conditions de malnutrition et de travail étaient très dures.

Le dernier facteur est économique. L'organisation sociopolitique et économique des Incas avant sa destruction était tripartite. Au sommet régnait l'Inca, puis on distinguait les *curaca*, les chefs locaux, des *aylu*, des groupes endogames pratiquant la propriété indivise des terres, mais l'exploitant familialement. Un système de dons et de contre-dons était solidement établi. Le tribut consistait en divers produits : le maïs, le blé, le miel, la coca, la cire et la *mita* (des jours de travail) étaient dus à l'Inca, mais il dispensait une protection divine, soignait les vieux et les malades et les réserves de ses greniers étaient redistribuées si besoin. Économiquement, le système reposait sur une complémentarité géographique verticale : les cultures au niveau de la mer (maïs, coton) étaient échangées avec les ressources de l'élevage (laine des lamas) jusqu'à 4 000 mètres. Il avait donc un prolongement

religieux et cosmique, d'où la profondeur de la rupture introduite par la conquête.

En 1503, le système des *encomendas* fut institutionnalisé. Des Indiens étaient confiés (*encomendar*) à des colons espagnols, les *encomenderos*, qui pouvaient percevoir au nom de la Couronne le tribut dû par les Indiens. Ce système s'ajouta au *repartimiento*, qui permettait aux *encomenderos* de disposer de la main-d'œuvre indienne. Les *encomiendas* ne tombèrent en désuétude qu'au XVIII^e siècle, mais le recours à une main-d'œuvre durement exploitée se retrouvera dans toute l'Amérique latine à travers le système de l'*hacienda*. La convergence vers Lima et la redistribution des richesses par le pouvoir inca furent totalement bouleversées. En effet, certaines vallées furent rattachées à d'autres au sein d'une même *encomienda*, sans respecter la logique de l'économie verticale inca. Les *ayllu* furent dépossédés de leurs terres, réduits en servage et forcés de travailler dans les *encomiendas* et dans les mines, la plus meurtrière étant celle de Potosi. Le système d'agriculture collective, qui constituait la base de la société inca, se disloqua, de même que les très anciens aqueducs et autres infrastructures d'irrigation. En outre, la pénurie de main-d'œuvre ne permit pas

l'entretien de la remarquable architecture en terrasses, ni des canaux côtiers, d'où un recul de la production et une extension des friches. L'accaparement de l'eau et l'usurpation de la terre aboutirent inéluctablement à la perte par les Indiens de leurs moyens de survie, aggravant durablement le recul démographique (Wachtel, 1971).

III. La traite esclavagiste en Afrique

Les traites esclavagistes.

On associe généralement l'esclavage à la déportation de populations africaines vers le Nouveau Monde. Pourtant, l'esclavage fut une pratique universelle dans l'Antiquité et sur tous les continents. Il accompagnait une logique de destruction des peuples vaincus, à laquelle logique militaro-politique s'ajoutait une logique économique : la force de travail des hommes et des femmes adultes était captée, ce qui eut inévitablement une dimension commerciale. Certains groupes sociaux se spécialisaient dans l'acheminement et la vente des individus réduits en esclavage : les esclaves étaient ainsi une marchandise parmi d'autres pour les pirates qui écumèrent la Méditerranée jusqu'au milieu du ^{xix}^e siècle.

L'intérêt du cas de l'Afrique est double. D'abord, nous disposons de sources quantitatives et qualitatives relativement précises sur l'ampleur de la traite esclavagiste et sur ses destinations. Ensuite, il s'est agi d'un système complexe, où la dimension politique est avérée, dans la mesure où elle s'inscrit dans la stratégie de trois grands États européens, l'Angleterre, la

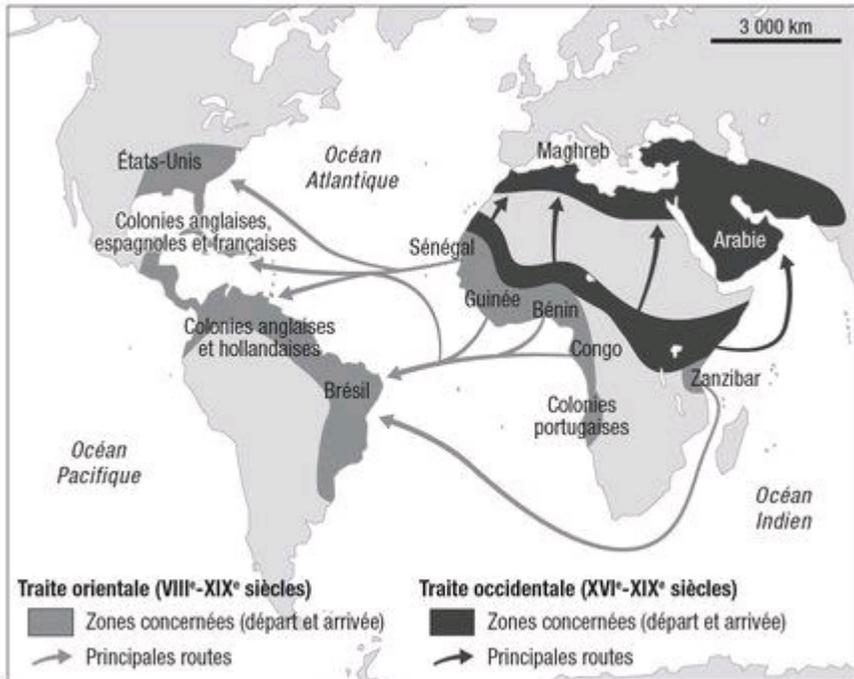
Hollande et la France.

À vrai dire, la traite transcontinentale, qui fut le fait des Européens, a été précédée par une importante traite intracontinentale, qui se mit en place en même temps que le grand mouvement d'expansionnisme arabe, au ^{viii} siècle (Pétre-Grenouilleau, 2004). On estime qu'entre 650 et 1920, huit millions d'Africains furent déportés vers le Moyen-Orient et le monde arabe, à partir de deux grands courants : les esclaves traversaient le Sahara vers le nord ou vers l'est, dans l'actuelle corne de l'Afrique, tandis qu'au sud, Zanzibar alimentait la traite vers l'Inde.

La traite européenne commence probablement en 1440 et s'organise assez rapidement en une opération économique caractérisée par ce que l'on appelle le commerce triangulaire. Des bateaux partaient d'Europe chargés d'objets rares (armes, alcool et textiles) étaient échangés dans quelques ports africains contre une cargaison d'hommes et de femmes préalablement victimes de « razzias ». Les navires chargés d'esclaves repartaient vers le Nouveau Monde, principalement le sud des États-Unis, les îles de la Caraïbe et le Brésil. Une fois les esclaves vendus sur des marchés, les bateaux repartaient vers l'Europe, chargés de trois

grands produits : le café, le sucre et le tabac.

Figure 8. Les traites transcontinentales et intercontinentales



Source : D. et P. Mariottini.

Les Anglais se dotèrent assez rapidement des outils commerciaux permettant d'assurer le trafic d'esclaves. Furent ainsi créées de grandes compagnies : la Compagnie de l'Inde orientale anglaise (1600) et la Royal African Company (1672). De leur côté, les

Hollandais créèrent en 1602 la Compagnie des Indes orientales et en 1617, celle des Indes occidentales. La France entra dans la concurrence avec la création, en 1664, de la Compagnie des Indes occidentales et orientales, de la Compagnie du Sénégal en 1673 et, en 1684, de la Compagnie de Guinée. Enfin, en mars 1685 est promulgué le Code noir, dont les conséquences démographiques furent importantes (Charbit, 2010).

L'esclavage et la démographie africaine

La traite donna lieu à plusieurs décisions politiques majeures. En 1494 (traité de Tordesillas), l'Espagne et le Portugal se partagent le continent sud-américain. En 1518, Charles-Quint officialisa la traite : « L'utilisation de la main-d'œuvre servile d'origine africaine est indispensable afin que leur service aux mines et dans les champs permette de rendre moins dur celui des Indiens. » En 1533, le pape Paul III condamna au contraire toute forme d'esclavage. En 1550, la controverse de Valladolid conclut que les Indiens ne pouvaient être réduits en esclavage, contrairement aux Africains. On ne saura pourtant jamais quelle fut l'ampleur du prélèvement démographique sur l'Afrique : selon les meilleurs spécialistes, les chiffres varient de 9,5 millions à 12 millions. Mais il s'agit des esclaves qui ont été décomptés à l'arrivée, lors des ventes sur les marchés américains. Or, un certain nombre de bateaux ont pu disparaître en mer, et même lorsqu'ils arrivaient à bon port, les conditions effroyables d'entassement lors de la traversée se traduisirent par une forte mortalité, qui restera à jamais inconnue.

Cette incertitude sur le chiffrage se prolonge par la difficulté d'estimer les conséquences de l'esclavage sur la démographie africaine. La ponction effectuée a-t-elle ralenti la croissance démographique de manière significative ? Dans la mesure où des hommes et des femmes d'âge adulte étaient déportés, les conséquences démographiques étaient doubles : les pyramides des sexes et des âges furent fortement déséquilibrées et le potentiel de reproduction humaine profondément altéré, alors que ces adultes jouaient aussi un rôle économique essentiel dans la production des subsistances nécessaires à la survie des populations. Mais si l'impact à court terme fut probablement profond à chaque fois que des populations étaient razzées, à long terme, il n'est pas sûr que l'esclavage se soit traduit par une dépression démographique définitive, comme ce fut le cas des populations du Pérou et du Mexique lors de la conquête par les Espagnols.

Nous ne disposons pas d'une étude de synthèse solide. Aussi nous livrerons-nous à un calcul assez simple. Si l'on compare le taux de croissance de la population mondiale et de la population de l'Afrique entre 1750 et 1850, au moment où les flux d'esclaves furent les plus importants, la seconde augmente moins

vite que la première ($\times 1,1$ contre $\times 1,6$). Au contraire, à partir de 1850, donc de l'abolition de l'esclavage, la population de l'Afrique se met à augmenter beaucoup plus vite que la population mondiale ($\times 8,9$ contre $\times 6,25$).

*Figure 9. Croissance démographique
Afrique et ensemble du monde. 1750-2012*

	1750	1850	1850/1750	2012	2012/1850
Afrique	100	111	$\times 1,1$	987	$\times 8,9$
Monde	691	1 130	$\times 1,6$	7 065	$\times 6,25$

Source : nos calculs, à partir de diverses estimations recensées par El-Badry, 1991.

Même si le dynamisme démographique a incontestablement été affecté par l'esclavage, observons d'abord que sur une population d'environ 100 millions en début de période, le prélèvement lié à l'esclavage au cours d'une centaine d'années a été au maximum de 15 millions, soit 150 000 par an pour l'ensemble de l'Afrique. Or, tandis que les adultes étaient déportés, en même temps des enfants entraient dans leur période de vie féconde et contribuaient, en une génération, à reconstituer le potentiel de reproduction des populations. Pour autant, peut-on

affirmer que l'esclavage a joué un rôle décisif jusqu'en 1750 en freinant la croissance, puis du fait même de son abolition (1834 et 1848) a permis une croissance beaucoup plus rapide ? En outre, ce type de raisonnement est évidemment discutable puisqu'il exclut *a priori* toute autre explication. Pour la période antérieure à 1850, surtout dans des zones tropicales, les conditions de mortalité, la prévalence des épidémies et des maladies endémiques, et les sécheresses dans les zones sahéliennes ont sans doute été plus décisives que l'esclavage, surtout dans des agricultures rudimentaires et fragiles. Pour la période postérieure à 1850, si la population a augmenté de manière aussi spectaculaire, c'est probablement parce que, sous l'effet de la colonisation, la production agricole a augmenté, les transports se sont améliorés et, à partir de 1945, les progrès de la médecine ont fait considérablement chuter la mortalité.

IV. Les famines politiques de Mao Tsé-toung

Les historiens et les politologues ont définitivement établi que le maoïsme a été une succession sanglante d'épurations, Mao ne se maintenant au pouvoir qu'en jouant avec les factions du Parti et en dressant les groupes sociaux les uns contre les autres. C'est dans cette perspective que doit s'analyser la famine qui, entre 1959 et 1962, fit probablement 45 millions de morts, les estimations variant de 36 à 55 millions. Plus encore que la grande famine qui frappa l'Irlande en 1846, ou plus récemment en Éthiopie et au Soudan, le cas de la Chine démontre que les facteurs politiques sont bien plus décisifs que les conditions climatiques ou la fragilité des systèmes agricoles et que la dimension politique des famines s'impose comme une grille d'analyse évidente⁹.

Déroulons le fil des décennies 1950 et 1960. Avec la prise de Pékin en octobre 1949, Tchang Kaï-check perd définitivement le contrôle de la Chine. Entre 1950 et 1953, après des années de souffrances liées aux deux invasions de la Chine par un Japon tombé aux mains d'un fascisme théocratique (invasion de la

Mandchourie en 1934, prise de Shanghai en 1937), mais aussi à la guerre entre les troupes de Mao et celles du Kuomintang de Tchang Kai-shek, on constate un mieux-être dans les populations dont les rations alimentaires s'améliorent.

La collectivisation des terres et la campagne des Cent fleurs

En 1950, une réforme agraire avait porté sur la moitié des terres cultivées et bénéficié à 300 millions de paysans pauvres. Cette redistribution, inspirée de la collectivisation forcée des terres en URSS de 1929¹⁰, se traduisit par l'assassinat de plus d'un million de propriétaires fonciers. À partir de 1952, les paysans cultivent leurs propres terres, mangent à leur faim et donnent une partie de leurs récoltes à l'État. Un revirement se produisit en 1953. Mao, craignant la reconstitution d'une classe de propriétaires, lance un mouvement de collectivisation des terres sur le modèle des *kolkhozes* soviétiques et rassemblant jusqu'à 50 familles.

Le célèbre rapport de Khrouchtchev de février 1956 au xx^e congrès du Parti communiste de l'URSS, qui marqua la fin des excès du stalinisme en URSS, eut une répercussion politique en Chine, car la stratégie de Mao, inspirée du modèle stalinien, était de fait remise en cause. Mis en minorité, celui-ci contre-attaqua en lançant la campagne des Cent fleurs supposée donner

lieu à une prise de parole démocratique et en fait ciblée contre l'appareil du Parti. Les intellectuels dénoncèrent alors l'ensemble du système communiste, sans voir le piège qui allait se refermer sur eux. Mao dénonça aussitôt les dérives droitières de ces « ennemis de classe » et entre 500 000 et un million d'intellectuels furent envoyés dans des camps de travaux forcés où beaucoup moururent de faim (70 % dans le camp de rééducation de Jiabianguo à la limite du désert de Gobi). En 1958, neuf ans après son arrivée au pouvoir, Mao, pour sortir la Chine de son sous-développement, lança alors un vaste programme d'industrialisation des villes et des campagnes, inspiré du modèle soviétique, le Grand Bond en avant.

Le Grand Bond en avant et les communes populaires

Dès 1957-1958, l'ensemble du personnel politique fut remplacé par des cadres du Parti dans plusieurs provinces, ce qui consacra le contrôle des masses par le Parti : il n'y eut plus d'opposition possible. En novembre 1957, lors d'un voyage à Moscou de Mao, Khrouchtchev avait affirmé que dans quinze ans, l'URSS dépasserait la production économique des États-Unis. Peu après, Mao proclama son objectif : la production d'acier de la Grande-Bretagne sera dépassée par la Chine en quinze ans grâce à un Grand Bond en avant. La mise en œuvre fut une nouvelle catastrophe. Tout d'abord, 100 millions de paysans furent réquisitionnés pour des travaux d'infrastructures et de transports (routes, voies ferrées, canaux, barrages), tandis que pour réduire les pertes sur les récoltes, l'élimination des moineaux fut décidée ; leur disparition entraîna la prolifération d'insectes qui dévastèrent les récoltes.

La collectivisation connut une nouvelle étape avec l'instauration des communes populaires, présentées

comme « la voie d'accès au Paradis socialiste ». Jusqu'à 2 000 familles étaient rassemblées dans ces ensembles et rigoureusement encadrées par des cadres du Parti. La priorité était donnée à la production, avec de longues journées de travail, tandis que la propriété privée et même la vie de famille étaient de fait abolies : plus de cuisine séparée, plus aucun bien possédé en privé, même la sexualité entre époux était contrôlée. Dans les communes populaires, la démotivation des paysans se traduisit par une baisse de la productivité, aggravée par des décisions aberrantes dans les travaux agricoles, prises par les membres du Parti qui encadraient les paysans et ignoraient tout de la réalité du monde agricole ; par exemple, ils décidaient autoritairement de l'espacement des pieds de riz, permutaient les cultures sur les sols, etc. La pénurie s'aggrava mais surtout la compétition entre les communes se traduisit par un trucage systématique des chiffres. Une photographie célèbre fut prise, démontrant à des ingénieurs russes que les épis de blé étaient si serrés qu'ils supportaient le poids de six personnes (elle apparaît dans le film documentaire de Philippe Grangereau et Patrick Cabouat, 2011).

Ce trucage de la production eut un effet encore plus grave. L'impôt étant payé en nature, c'était parfois

toute la production qui devait être livrée, plus rien ne restant pour assurer la nourriture. À l'automne 1958, la pénurie s'installa et elle explosa sous l'effet de la récolte catastrophique du printemps 1959, tandis que Mao, pour payer les dettes à l'égard de l'URSS (91 usines achetées clés en main en 1953), obligea les campagnes à livrer des réserves. La famine s'installa dans le Sichuan, les paysans mangeant des herbes et des racines comme le firent les paysans français dans les pires années de l'Ancien Régime. Le cannibalisme est avéré par plusieurs rapports. À nouveau, l'impact du politique est tragique, mais cette fois au niveau individuel. Les cadres responsables des brigades de production et des cantines collectives avaient de fait un pouvoir de vie et de mort sur les paysans. En principe, 250 grammes de riz était la ration quotidienne mais les personnes jugées inaptes, faibles ou inutiles, notamment les femmes enceintes, étaient privées de nourriture et donc condamnées à mourir de faim. Car en même temps, la mise en place d'un système de points entraîna la suppression du salariat et la nourriture fut distribuée en fonction du nombre de points thésaurisés. Les cantines collectives furent donc l'instrument direct du pouvoir et les violences physiques sur les personnes sans limites. Dikötter cite le cas d'un père obligé d'enterrer vivant son enfant

accusé d'avoir volé une ration alimentaire (Dikötter, 2010).

Le printemps 1959 marqua une nouvelle étape dans le chaos, Mao exigeant la production de 100 millions de tonnes d'acier supplémentaires dans les trois années à venir. L'infrastructure industrielle étant insuffisante, les paysans furent requis pour la construction de hauts fourneaux : on utilisa les cheveux des femmes mélangés à la boue pour fabriquer les parois des fours, les ustensiles de cuisine, les ferronneries des portes, les cloches furent réquisitionnées et fondues ; quant au fonctionnement même des fours, il entraîna une déforestation massive. Le gâchis fut monumental car le fer produit fut totalement inutilisable, tandis que la mobilisation de la main-d'œuvre paysanne aggrava encore le déficit de production agricole. On retrouve le credo de l'industrialisation dans le monde communiste, payé au prix fort par les paysans, et la preuve formelle a été apportée que Mao avait fait le choix de sacrifier les paysans. Lors d'une session du Politburo en 1959, il déclara que la famine étant de toute façon inévitable, il valait mieux sacrifier les campagnes aux villes, soutenant qu'on pouvait augmenter le prélèvement jusqu'au tiers des récoltes sans que les paysans ne se révoltent.

En juillet 1959, lors d'une conférence organisée à Lushan, le maréchal Peng Te-huai, héros militaire et ministre de la Défense, critiqua le Grand Bond en avant. Il fut démis de toutes ses fonctions et mis en résidence surveillée. Son cas est exemplaire des enjeux de pouvoir proprement politiques autour du Grand Bond en avant et du danger que représentait pour Mao la reconnaissance de la famine, signe évident d'un échec ou du moins de son coût social et humain très lourd. Issu d'une famille de paysans pauvres, Peng Te-huai fut un acteur majeur durant la guerre contre le Kuomintang, puis durant la Longue Marche, ensuite contre les Japonais et enfin pendant la guerre de Corée. Ministre de la Défense depuis 1954, il fut fait maréchal en 1955. Ayant pris conscience des conséquences du Grand Bond en avant lors d'une visite dans sa province natale du Hunan, il se livra à une critique de Mao qui entraîna sa destitution. Les persécutions contre lui reprirent avec la révolution culturelle, à laquelle il s'était opposé. Arrêté le 25 décembre 1966, il tenta de se suicider. En janvier et février 1967, il fut exhibé dans les rues de Pékin par les gardes rouges. Constamment maltraité, atteint d'un cancer, il fut transféré à la fin 1974 dans un hôpital militaire où il mourut sans soins le 29 novembre 1974. Dès lors, plus personne n'osa contester Mao. En 1960-1962, la situation fut

catastrophique avec une mortalité et une malnutrition généralisée. Dans le comté de Long Dan Chan, au nord de Yung Chen, on compta 120 000 morts sur une population d'un million et les témoignages des survivants évoquent les paysans mangeant tout ce qu'ils trouvaient ; à nouveau le cannibalisme est avéré.

Certains historiens osent enfin aujourd'hui rappeler que le Parti communiste n'ouvrit pas les silos, alors qu'en période de famine les empereurs distribuaient les réserves. Les régions furent bouclées et les villes protégées des campagnes, les fuyards renvoyés chez eux. La censure sur la famine fut totale. Lors du dixième anniversaire du Parti communiste, Khrouchtchev ayant conseillé à Mao de renoncer aux excès du Grand Bond en avant et Mao ayant refusé de plier, 15 000 conseillers russes furent rapatriés ; ce fut le début de la rupture avec l'Union soviétique. Au printemps 1959, Liu Shaoqi, le président de la République, organisa pendant un an une enquête dans sa province natale, le Hunan. Il découvrit l'ampleur de la famine, les cadres du Parti lui ayant, par crainte, caché la mort de ses propres parents et membres de sa famille. En juin 1962, face à la catastrophe du Grand Bond en avant, les lopins privés sont rétablis ainsi que les marchés libres, la collectivisation forcée est arrêtée

et les hauts fourneaux sont éteints. C'est la fin du Grand Bond en avant.

Lors de la réunion où furent prises ces décisions, les 7 000 cadres du Parti reconnurent que celui-ci était largement responsable de la catastrophe, et ceci contre l'opinion de Mao Tsé-toung lui-même, qui ne voulut pas admettre la responsabilité du Parti communiste. Malgré des rapports très détaillés, il affirma que seuls 10 % des morts lui étaient imputables. Liu Shaoqi contesta cette position et un conflit politique majeur s'ouvrit. Mao, mis en minorité par le Parti, contre-attaqua en lançant la révolution culturelle et en mobilisant la jeunesse contre l'appareil du Parti. Ce « coup d'État de masse » fut un « véritable chef-d'œuvre de manipulation politique » (Domenach, 2012, p. 309-339). Liu Shaoqi fut arrêté, démis et mis en prison, où il mourut en 1969.

Tout au long de la grande Famine, la vérité fut systématiquement cachée aux yeux de la presse et des leaders étrangers. François Mitterrand déclarait ainsi, en 1961 : « Mao est un humaniste, pas un dictateur, il n'y a pas de famine en Chine » (cité par Grangereau et Cabouat, 2011). Encore aujourd'hui, la censure sur cette période prévaut. À l'université de Hong Kong, des

recherches en cours, conduites par les historiens Franck Dikötter (2010) et Jo Shun, posent la question de la responsabilité de la grande Famine : si Mao est le « criminel de masse » du xx^e siècle, l'homme et tout le système, tous les membres du Parti communiste, sont « collectivement responsables ». En Chine même, tandis que le Parti communiste maintient la censure sur cette période, certains responsables, parfois anciens membres du Parti communiste, tel Ian Shi Shen, cherchent à lever la censure, car « un pays qui n'est pas capable de se confronter à son passé n'a pas d'avenir ». Il évalue la mortalité liée à la grande Famine à 36 millions de morts, Dikötter à 45 millions et certains auteurs chinois à plus de 55 millions, soit plus de morts que la totalité des décès de la Seconde Guerre mondiale.

Conclusions

Que retenir de ces quatre exemples, pris chacun sur un continent ? L'analyse des trois grandes causes historiques de mortalité, les épidémies, les famines et les violences, oblige à quitter le registre de la démographie et à opérer un vaste détour par les sciences sociales. Il apparaît alors que la dimension politique de la mort est centrale à l'évidence pour la mortalité d'origine guerrière ou coloniale, mais aussi pour les deux autres qui pourtant pouvaient sembler n'avoir *a priori* qu'une dimension démographique ou épidémiologique.

La traite esclavagiste représente un cas extrême, non pas de génocide au sens propre du terme, mais de captation pure et simple, par la violence, d'une force de travail et de la richesse qu'elle peut produire. Vus sous cet angle, les conflits armés du passé ont eu souvent de lourdes conséquences démographiques dans la mesure où les rares tentatives pour limiter la violence restèrent marginales. Nous l'avons dit, vaincre un ennemi politique, qu'il s'agisse d'un prince, d'un peuple ou des tenants d'une religion, revenait souvent à détruire sa

base démographique. Telle fut bien la réalité sanglante et dévastatrice de la conquête du Pérou et du Mexique. Quant à la peste, qui fut un des fléaux les plus redoutés des populations tout au long de l'histoire jusqu'à la découverte par Yersin du bacille en 1894, son analyse en tant que « fait social total » (Marcel Mauss) s'impose. La peste ne se réduit pas à une cause de mortalité, au sens technique où les démographes l'entendent, elle est avant tout un comportement individuel face à la mort. Mais elle échappe au seul niveau individuel en raison de sa dimension collective, elle-même porteuse de complexité, car elle relève à la fois de l'économique, du social, du culturel et du religieux.

Dans le cas des famines, il serait naïf de croire que tout s'explique par le seul aléa climatique. Si la Chine sous Mao Tsé-toung peut apparaître comme un cas de figure extrême, en raison du cynisme du Grand Timonier qui n'a jamais hésité à sacrifier des millions d'êtres humains, l'impossibilité pour des centaines de milliers d'Africains d'accéder aujourd'hui à l'aide humanitaire n'est certes pas d'ordre climatique : les bandes armées qui prennent en otage au Soudan ou en Éthiopie des populations les affament sciemment.

Cependant, la situation aujourd'hui a considérablement changé et dans une très large mesure les épidémies n'ont plus un impact démographique aussi désastreux. Certains spécialistes rappellent que l'épidémie de Sida a très vite été jugulée grâce aux progrès de la recherche sur les médicaments antirétroviraux et qu'elle est devenue une maladie chronique n'aboutissant presque plus à la mort, pour autant, bien sûr, que les personnes aient accès aux ARV. On ne peut, certes, exclure que la grippe ou encore d'autres maladies épidémiques ne déclenchent une mortalité lourde, comme ce fut le cas de la grippe espagnole en 1917, mais la nouveauté, c'est l'organisation d'une *réponse* internationale à la maladie, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Unicef sont le fer de lance. Quant aux famines, ici encore le contexte a changé. Ce qu'il est convenu d'appeler l'opinion publique internationale contribue à légitimer des interventions dites humanitaires, et certaines organisations non gouvernementales conjuguent leurs efforts avec des organismes spécialisés tels que le Programme alimentaire mondial (PAM) ou encore l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO).

Force est de constater que la seule cause de mortalité qui échappe à une action de prévention efficace reste la violence, même si l'on peut évoquer ici encore le rôle des organisations internationales et des actions diplomatiques bilatérales dans diverses parties du monde.

Enfin, si l'on admet qu'aujourd'hui des mécanismes permettent de limiter une grande partie des conséquences démographiques qu'eurent les crises de mortalité du passé, on en déduit que la croissance démographique de la population mondiale est désormais tirée par l'autre grande variable démographique, la fécondité, qui génère un flot annuel de naissances. La question est alors de savoir quels sont les niveaux actuels et les tendances de la fécondité dans les pays en développement puisque, nous l'avons vu en introduction, les pays développés n'assurent plus leur propre renouvellement démographique.

Quelques références

Braudel Fernand (1993), *La Méditerranée et le monde méditerranéen à l'époque de Philippe II. 2, Destins collectifs et mouvements d'ensemble*, Paris, Librairie générale française.

Chang Jung, Halliday Jon (2011), *Mao : l'histoire inconnue. II*, Paris, Gallimard.

Charbit Yves (2010), *The Classical Foundations of Population Thought : from Plato to Quesnay*, Londres, Springer.

Dikötter Frank (2010), *Mao's Great Famine. The History of China's Most Devastating Catastrophe, 1958-1962*, Londres, Bloomsbury.

Domenach Jean-Luc (2012), *Mao, sa cour et ses complots. Derrière les Murs rouges*, Paris, Fayard.

Domes Jürgen (1985), *Peng Te-huai. The Man and the Image*, Londres, Hurst.

Dubois Henri (1988), « La dépression », in Dupâquier Jacques (dir.), *Histoire de la population française*,

Paris, Puf, t. I, p. 313-366.

Duby Georges (1954), « La révolution agricole médiévale », *Revue de géographie de Lyon*, vol. 29, n° 4, p. 361-366.

El-Badry Mohammed A. (1991), « La croissance de la population mondiale : passé, présent et avenir », in Tapinos Georges, Blanchet Didier, Horlacher David (dir.), *Conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement*, INED, Division de la population des Nations unies, p. 5-30.

Fairbank John, Goldman Merle (2010), *Histoire de la Chine. Des origines à nos jours*, Paris, Tallandier.

Grangereau Philippe, Cabouat Patrick (2011), *La Grande Famine de Mao*, Production Arturo Mio/Dérives/RTBF.

Gras Pierre (1939), *Le Registre paroissial de Givry, 1334-1357 et la Peste noire en Bourgogne*, Paris, Bibliothèque de l'École des chartes, t. C, p. 295-308.

Grunberg Bernard (1995), *Histoire de la conquête du Mexique*, Paris, L'Harmattan.

Hatcher John (1996), « Plague, Population and the English Economy », in Anderson Michael (dir.), *British Population History. From the Black Death to the Present Day*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 9-94.

Héran François (janvier 2004), « Cinq idées reçues sur l'immigration », *Population et Sociétés*, n° 397.

Leridon Henri (2012), « La prévention dans la transition épidémiologique », in *La Prévention du risque en médecine*, Paris, Collège de France.

Mousnier Roland (1993), *Les XVI^e et XVII^e siècles*, Paris, Puf.

Neveux Hugues (1975), « Le temps des malheurs », in Duby Georges, Wallon Armand (dir.), *Histoire de la France rurale. I. De 1340 à 1789*, Paris, Le Seuil, p. 31-73.

Pétre-Grenouilleau Olivier (2004), *Les Traités négrières*, Paris, Gallimard.

Tikhomirov Evguene (1999), « Épidémiologie et répartition de la peste », in *Manuel de la peste : épidémiologie, répartition, surveillance et lutte*,

WHO/CDS/CSR/EDC/99.2, p. 11-41.

Wachtel Nathan (1971), *La Vision des vaincus. Les Indiens du Pérou devant la conquête espagnole, 1530-1570*, Paris, Gallimard.

Yang Ji sheng (2012), *Stèles : la grande famine en Chine, 1958-1961*, Paris, Le Seuil.

CHAPITRE 2

Mortalité et santé

Il est généralement admis que la baisse de la mortalité est le moteur de la transition démographique, étant une des composantes de la dynamique de la population. Ce changement n'est pas indépendant du contexte socio-économique, culturel et politique. La baisse de la mortalité a peut-être été, dans les pays européens, une condition à la révolution industrielle, au mouvement d'urbanisation ou à l'éducation, tout comme ces évolutions socio-économiques ont été à l'origine du changement. Si la mortalité a atteint des niveaux très bas dans les pays développés, l'évolution demeure beaucoup plus hésitante dans les pays en développement. Le modèle de la transition démographique, qui se voulait universel, semble mis à mal face à la stagnation de la mortalité dans certaines régions du monde (I).

Le niveau de la mortalité est étroitement lié à l'état de santé de la population et à son avancée dans la transition sanitaire, qui est le modèle qui théorise les changements à long terme des causes de décès. La baisse de la mortalité s'accompagne d'une modification

du profil sanitaire de la population. Les maladies infectieuses sont progressivement remplacées par les maladies dégénératives ou liées au stress et au mode de vie moderne. Ces changements induisent une transformation radicale des âges au décès, de la petite enfance vers l'enfance, la jeunesse puis les âges élevés, avec une augmentation de l'espérance de vie. Les transformations profondes du tableau des maladies sont parties prenantes du processus démographique. Si la plupart des pays du monde ont déjà commencé cette transition de santé, leur degré d'engagement varie considérablement. Ces processus observés à partir des XVIII^e et XIX^e siècles dans les pays développés sont plus tardifs dans les régions en développement. Les différences de santé dans le monde suivent de très près les écarts de développement opposant pays du Nord et pays du Sud. Les pathologies qui prédominent au Nord ne se retrouvent pas au Sud avec la même intensité comme les maladies cardio-vasculaires, les cancers, l'obésité, les maladies de civilisation, les accidents de la circulation. Dans l'hémisphère sud règnent les maladies transmissibles, soit par des agents infectieux, soit par des parasites. La mondialisation, avec le développement des moyens de communication ainsi que l'industrialisation et l'urbanisation rapide du Sud,

tend à transformer ce schéma : les maladies de civilisation étendent leurs ravages au Sud (II).

Ainsi, il n'existe pas, comme le veut le schéma de la transition sanitaire, un modèle de santé au Nord et un pour les pays du Sud ; le modèle de la transition sanitaire observée dans les pays développés ne se reproduit pas à l'identique dans les pays en développement. La mortalité et les conditions sanitaires font l'objet de situations contrastées selon les contextes sociaux, économiques, culturels et géographiques. Dans le cas de la mortalité et de la morbidité, les évolutions sont beaucoup moins sujettes à interprétation que dans le cas de la fécondité (voir notre chapitre 3) et sont davantage factuelles.

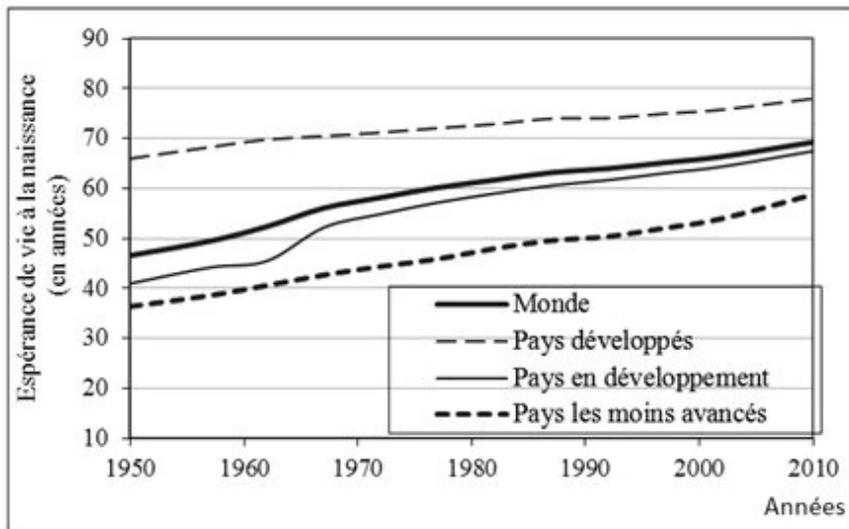
I. Les inégalités de mortalité

Le niveau de la mortalité et de son corollaire, la durée de vie, demeurent de bons indicateurs de l'état de santé des populations en développement. C'est, pour l'essentiel, après la Seconde Guerre mondiale que l'ensemble des pays du Sud ont bénéficié de la baisse de la mortalité, mais leur degré d'engagement dans ce processus varie grandement. Jusque dans les années 1970, on croyait que les pays les moins avancés, où les progrès étaient plus rapides, allaient combler leur retard et que l'espérance de vie des différents pays du monde convergerait vers une limite infranchissable. Cette convergence a été remise en cause ces dernières décennies. En effet, dans certains pays en développement, situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, l'espérance de vie s'est accrue plus lentement, les laissant en marge du progrès sanitaire. La mortalité a même augmenté de manière dramatique dans certains d'entre eux sous l'effet de l'épidémie de Sida. L'évolution récente de la mortalité (ralentissement, voire stagnation dans certaines régions) fait apparaître le rôle déterminant du contexte socio-économique et politique dans la promotion de la santé des populations.

Une espérance de vie globalement en hausse avec de profondes inégalités

L'espérance de vie à la naissance est aujourd'hui dans le monde de 70 ans (68 ans pour les hommes et 72 ans pour les femmes¹¹) contre 25 ans il y a deux siècles. Au cours des soixante dernières années, la durée de vie moyenne a augmenté de plus de 20 ans dans l'ensemble du monde, passant de 47,7 ans en 1950-1955 à 69,3 ans en 2005-2010. Cet allongement de la durée de vie est lié au développement économique, à l'amélioration de la quantité et de la qualité alimentaires, aux grandes politiques d'hygiène et de santé publique permettant notamment de faire reculer la mortalité infantile. La progression moyenne des cinquante dernières années a été plus élevée dans les pays en développement que dans les pays développés. De 12 ans dans les pays développés (Europe, Amérique du Nord, Australie, Japon et Nouvelle-Zélande), l'augmentation moyenne a été de 17 ans dans les pays en développement à forte mortalité et de 26 ans dans les pays en développement à faible mortalité¹² (figure 10).

Figure 10. *Évolution de l'espérance de vie à la naissance
Pays développés et pays en développement (1950-2010)*

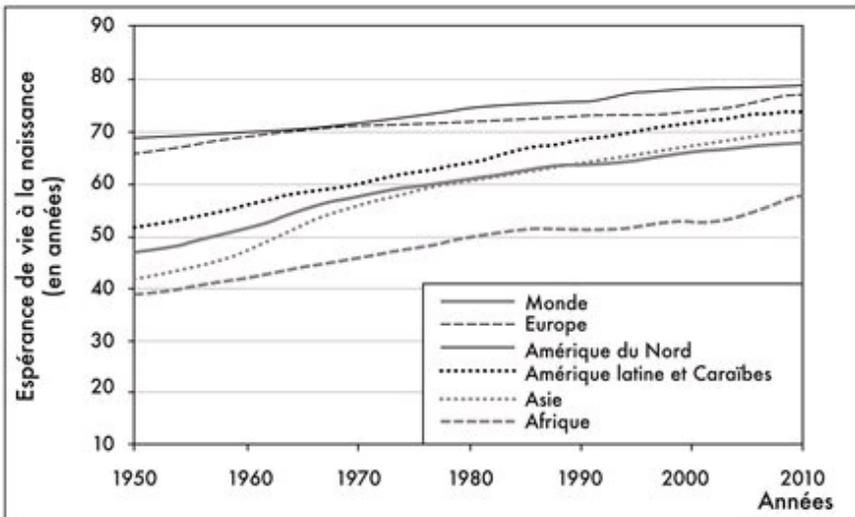


Source : *World Population Prospects, The 2010 Revision*, United Nations, 2012.

Les progrès les plus notoires se sont produits dans les pays en transition où le développement économique et les progrès sanitaires sont les plus récents. Ainsi, l'espérance de vie moyenne est passée en Chine de 68 ans en 1990 à 74 ans en 2010, de 58 ans à 64 ans en Inde ou encore de 65 ans à 72 ans au Maroc. La progression a également été forte dans les pays d'Amérique latine et la région des Caraïbes (figure 11). En Afrique, les progrès ont été plus tardifs et beaucoup

moins rapides qu'en Asie, alors que ces deux régions en étaient au même niveau il y a plus d'une cinquantaine d'années.

Figure 11. Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon les grandes régions du monde (1950-2010).



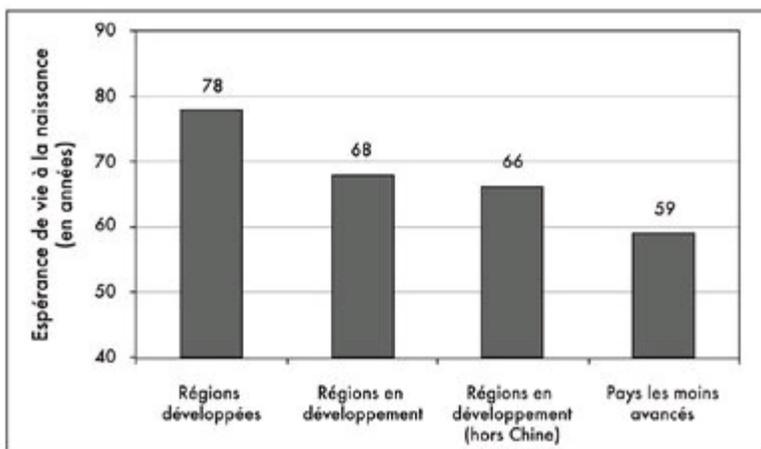
Source : *World Population Prospects, The 2010 Revision*, United Nations, 2012.

Ce contexte de progression globale de l'espérance de vie cache localement des situations de stagnation, voire de recul, notamment dans les pays touchés par l'épidémie de Sida ou impliqués dans des conflits. En Afrique australe, l'espérance de vie, qui était la plus élevée du continent africain jusque dans les années

1990, a chuté depuis, passant de 61 ans en 1990 à 51 ans en 2010. Dans les pays les plus concernés par le Sida, l'espérance de vie a reculé de 20 ans entre 1990 et 2006. En quinze ans, elle est ainsi passée de 63 ans à 51 ans en Afrique du Sud ; de 60 ans à 42 ans au Swaziland ; de 62 ans à 41 ans au Zimbabwe et de 61 ans à 42 ans au Lesotho.

Les situations demeurent très contrastées selon le niveau de développement, d'une part, et selon la région, d'autre part. Les inégalités sont fortes, non seulement entre les pays développés et le reste du monde ([figure 12](#)), mais aussi à l'intérieur des pays en développement où les disparités sont particulièrement grandes, en fonction de leur degré de développement. Dans les régions développées, l'espérance de vie à la naissance est en moyenne de 78 ans alors que dans les régions en développement elle se situe en moyenne entre 66 et 68 ans, si l'on exclut la Chine, et de 59 ans dans les pays les moins avancés, catégorie qui regroupe les pays de la planète les moins développés socio-économiquement et situés, pour la plupart d'entre eux, en Afrique subsaharienne¹³.

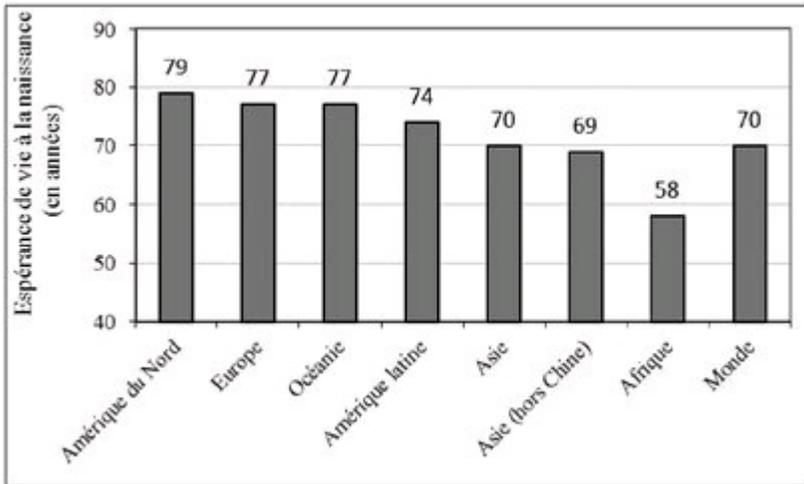
Figure 12. *Espérance de vie à la naissance
Régions développées et régions en développement.*



Source : Population Reference Bureau, 2012.

À l'échelon régional ([figure 13](#)), l'espérance de vie à la naissance s'élève à 79 ans en Amérique du Nord, à 77 ans en Europe et à 74 ans en Amérique latine et dans la Caraïbe. Elle atteint également un niveau élevé en Asie : 70 ans (69 ans hors Chine) mais elle s'abaisse à 58 ans en Afrique.

Figure 13. *Espérance de vie à la naissance par continent*

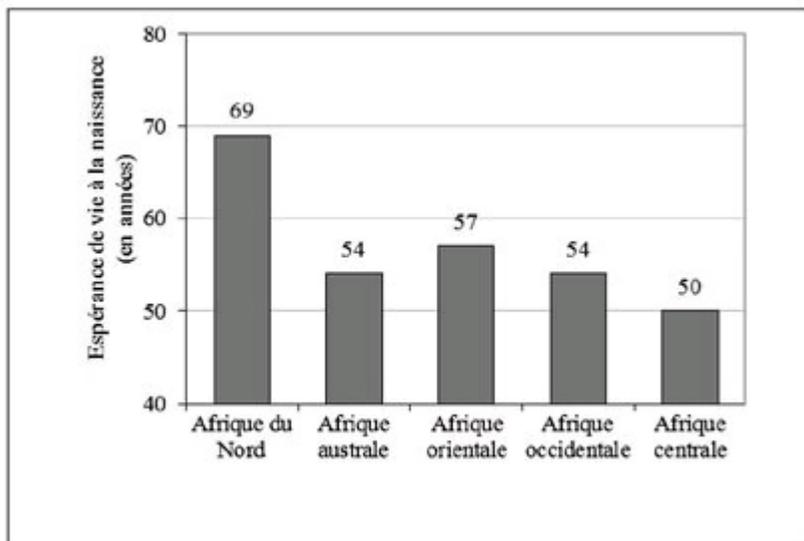


Source : Population Reference Bureau, 2012.

En Afrique ([figure 14](#)), l'écart est grand entre l'Afrique du Nord (69 ans) et l'Afrique subsaharienne (55 ans). En moyenne, l'espérance de vie atteint 50 ans seulement en Afrique centrale, 54 ans en Afrique occidentale, 57 ans en Afrique orientale et 54 ans en Afrique australe. Dans ces sous-régions, les hommes et les femmes vivent, en moyenne, 40 ans de moins qu'en Europe occidentale ou au Japon. Les disparités de la durée de vie atteignent leur maximum en Asie du Sud où l'espérance de vie va de 49 ans en Afghanistan à 75 ans au Sri Lanka ; en Asie du Sud-Est, l'espérance de vie au Cambodge (62 ans) est inférieure de 12 ans à celle de la Malaisie (74 ans) ; en Afrique du Nord elle va

de 60 ans au Soudan à 75 ans en Tunisie.

Figure 14. Espérance de vie en Afrique



Source : Population Reference Bureau, 2012.

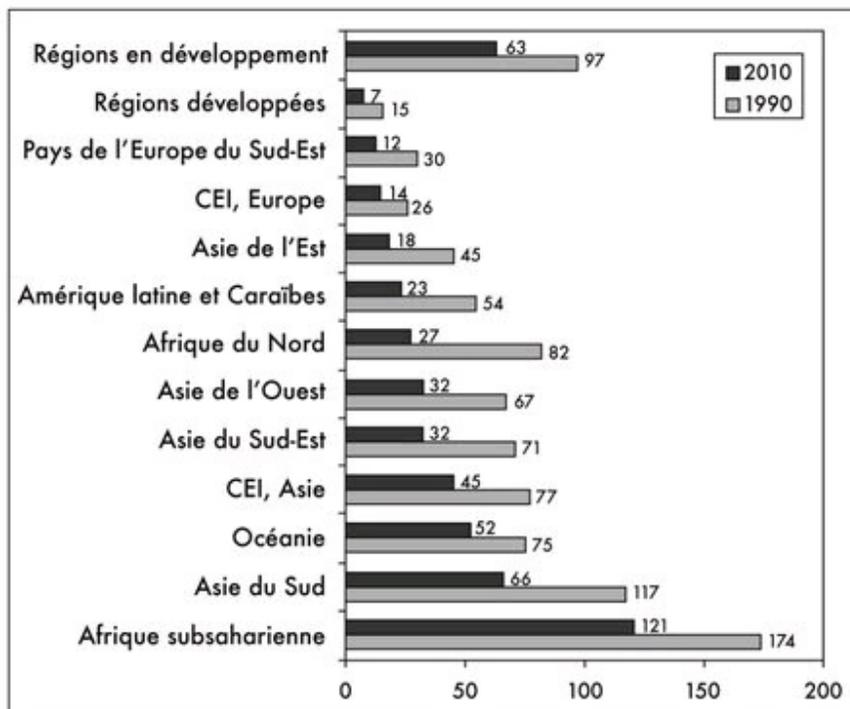
Enfin, l'espérance de vie des femmes, plus longue que celle des hommes partout dans le monde, n'est supérieure à celle des hommes que d'un ou de deux ans dans les pays à plus forte mortalité contre cinq à six ans en moyenne dans les pays développés. Dans les pays en développement, le niveau de l'espérance de vie est, en effet, fortement dépendant de la mortalité des enfants et de celle des femmes, qui demeurent toutes deux anormalement élevées.

Le contexte socio-économique de la mortalité des enfants

La mortalité des enfants a baissé depuis 1990, mais pas suffisamment pour atteindre la cible des objectifs du millénaire pour le développement qui était de « réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans »¹⁴. Sur les 7,6 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en 2010 (12,5 millions en 1990), 98 % se produisaient dans les pays en développement, la moitié en Afrique et 47 % en Asie (Nations unies, 2012). Aujourd'hui, il y a chaque jour 10 000 décès d'enfants de moins qu'en 1990. Le taux de mortalité infanto-juvénile (moins de cinq ans) était, en 2010, en développement dans le monde : de 63 décès pour 1 000 naissances vivantes (contre 97 ‰ en 1990), et celui des enfants de moins d'un an s'élevait à 45 décès pour 1 000 naissances vivantes (contre 72 ‰ dans les années 1990). Si la mortalité des enfants a reculé dans toutes les régions du monde, la baisse n'a été ni simultanée, ni identique d'une région à l'autre ([figure 15](#) ci-après).

Figure 15. Taux de mortalité infanto-juvénile

*en 1990 et en 2010
(pour 1 000 naissances vivantes)*



Source : Nations unies, 2012.

Les progrès les plus importants ont été réalisés dans les pays en développement où la mortalité infanto-juvénile était déjà faible (en Afrique du Nord, en Asie de l'Est, en Asie de l'Ouest, en Amérique latine et dans les Caraïbes). La croissance économique, l'amélioration de l'alimentation et la généralisation des soins de santé

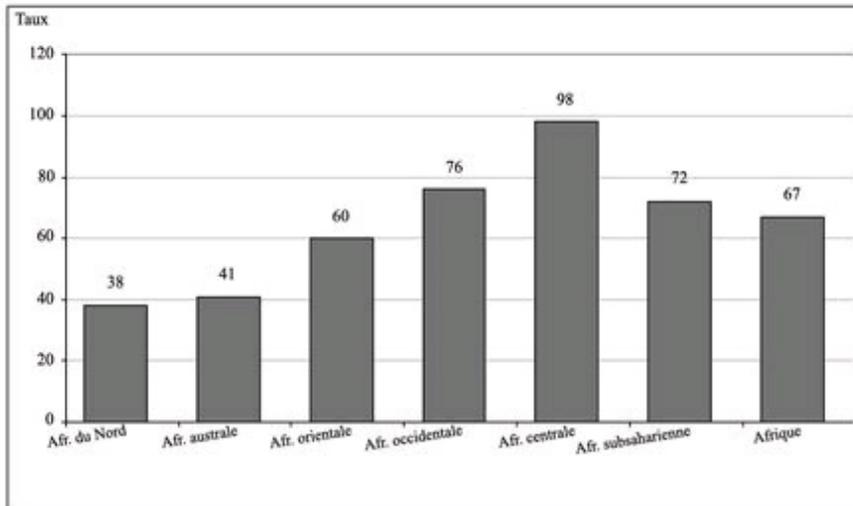
ont largement favorisé la survie des enfants. Les reculs les plus faibles ont été enregistrés en Afrique subsaharienne où la mortalité des enfants de moins de 5 ans n'a diminué que de 22 % entre 1990 et 2010 contre 70 % en Afrique du Nord. Or, il y a plus de cinquante ans, l'Asie et l'Afrique subsaharienne avaient toutes deux un taux de mortalité infantile proche de 200 ‰. Elles ont divergé depuis. Alors que la mortalité infantile diminuait régulièrement en Asie pour atteindre 37 ‰ en 2012, elle baissait plus lentement en Afrique subsaharienne et s'élevait encore à 72 ‰ en 2012, soit le double de l'Asie. L'absence de progression en matière de survie des enfants reflète le manque de services sanitaires de base dans certaines régions des pays en développement.

En dépit de ces améliorations, les disparités entre les régions en développement, ou à l'intérieur même de ces régions, se sont accentuées. Le taux de mortalité infanto-juvénile reste encore élevé en Asie du Sud, où un enfant sur 14 décède avant l'âge de 5 ans (soit un taux de 66 décès pour 1 000 naissances vivantes). C'est en Afrique subsaharienne que l'on trouve les plus hauts taux de mortalité : en 2010, un enfant sur sept y mourait avant d'atteindre son cinquième anniversaire. L'Afrique centrale accuse les niveaux les plus élevés :

98 enfants sur 1 000 décèdent avant leur premier anniversaire ([figure 16](#)). Le Sida (transmis de la mère à l'enfant), la guerre et la pauvreté (voir chapitre 3) expliquent ces hauts niveaux.

Pour un enfant qui naît en Sierra Leone, la probabilité de mourir avant son cinquième anniversaire est trois fois et demie plus élevée que pour un enfant né en Inde, et plus de 100 fois plus forte que pour un enfant né en Islande ou à Singapour. En outre, en Afrique subsaharienne, le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans est passé de 4 millions en 1990 à 4,4 millions en 2010, en raison de forts taux de fécondité conjugués à des taux de mortalité encore élevés.

Figure 16. *Taux de mortalité des enfants de moins de 1 an en Afrique (pour 1 000 naissances vivantes)*



Source : Population Reference Bureau, 2012.

La mortalité des enfants est étroitement liée à la pauvreté. D'importantes disparités, selon le statut socio-économique, subsistent. L'augmentation la plus manifeste de la survie des enfants a été observée dans les foyers les plus riches, ou dans les zones urbaines, ou chez les enfants dont la mère a été scolarisée. Il semble donc que les populations pauvres soient restées à l'écart des mesures sanitaires prises au cours de la dernière décennie. Le taux de mortalité infanto-juvénile est plus élevé dans les populations pauvres d'Afrique que partout ailleurs, pour une pauvreté définie par le même niveau de revenu. La probabilité de décès des enfants africains de familles pauvres est

presque deux fois plus élevée que pour les enfants pauvres des Amériques. Il en va de même des enfants de familles aisées qui ont, en Afrique, deux fois plus de risque de décéder que ceux des Amériques. L'éducation de la mère demeure un déterminant puissant d'inégalité. Les enfants de mère n'ayant reçu aucune instruction ont un taux de mortalité 1,5 fois supérieur aux enfants de mère avec une éducation primaire, et 2,7 fois plus que les enfants de mère avec une éducation secondaire ou plus.

La plupart des causes de décès des enfants de moins de 5 ans peuvent être prévenues. Ce sont les maladies infectieuses et parasitaires qui tuent le plus d'enfants dans le monde en développement ; elles représentent encore sept des dix principales causes de décès dont les plus répandues sont : les affections respiratoires, notamment la pneumonie (18 % des décès), les affections diarrhéiques (15 % des décès) qui sont provoquées par le manque d'hygiène et d'accès à l'eau et par la contamination de la nourriture, le paludisme (16 % des décès dans la région Afrique de l'OMS). La mortalité néonatale (mortalité des enfants au cours du premier mois de vie) est préoccupante et représente une part nettement plus importante que beaucoup ne l'imaginent, constituant plus de 40 % des décès

d'enfants de moins de 5 ans et plus de la moitié de la mortalité infantile. Ce sont l'Afrique subsaharienne et l'Asie qui connaissent les taux les plus élevés : 35 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2010 contre 26 ‰ en moyenne dans le monde et moins de 10 ‰ en Amérique du Nord et en Europe. L'écart se creuse entre les pays riches et les pays en développement : la mortalité néonatale est neuf fois plus élevée dans les pays les plus pauvres que dans les pays les plus riches. Le risque que court une femme de perdre un nouveau-né au cours de sa vie est de 1 sur 5 en Afrique contre 1 sur 125 dans les pays développés.

La sous-alimentation et la malnutrition augmentent encore les risques de décès et sont responsables du tiers des décès d'enfants. La dénutrition chez les enfants de moins de 5 ans reste très répandue, tant à cause d'un manque de nourriture que de la mauvaise qualité des aliments, de la pénurie de services dans les secteurs de l'eau, de l'assainissement et de la santé, et de pratiques qui sont loin d'être optimales en matière de soins et d'alimentation. Un enfant sur quatre souffre encore d'insuffisance pondérale dans le monde en développement (46 % en Asie du Sud), malgré les progrès accomplis depuis plusieurs décennies. Le retard de l'Asie du Sud apparaît comme la conséquence

d'habitudes alimentaires souvent mauvaises et de fréquentes pénuries d'aliments de bonne qualité. En outre, près des deux tiers de la population ne disposent pas d'un assainissement amélioré, ce qui entraîne des épisodes répétés de diarrhée chez les enfants. Plus du quart des bébés ont un poids insuffisant à la naissance et beaucoup d'entre eux n'arrivent jamais à rattraper ce retard de leur statut nutritionnel.

Pour le réduire, un certain nombre de mesures simples et peu coûteuses, à des stades clés de la vie de l'enfant, donnent d'excellents résultats, comme l'administration de micronutriments entre 6 et 24 mois et l'allaitement maternel débutant dans l'heure qui suit la naissance et exclusif pendant les six premiers mois de la vie. Or, d'une manière générale, les taux d'allaitement maternel exclusif sont bas, même en Afrique où l'allaitement maternel est pratiquement universel (seulement 9 % des nourrissons de moins de six mois sont nourris exclusivement au sein). Le défaut d'allaitement maternel, et surtout d'allaitement exclusif pendant les premiers mois de la vie, est un facteur important de risque de morbidité et de mortalité pour le nourrisson et l'enfant dans les pays en développement, du fait surtout de maladies diarrhéiques et d'infections aiguës des voies respiratoires. Pendant longtemps, on

pensait que la forte mortalité des enfants des pays en développement était due à la malnutrition, les enfants décédant de rougeole ou de coqueluche parce qu'ils étaient malnutris, et non en raison des maladies elles-mêmes. On sait aujourd'hui que la malnutrition résulte davantage d'infections, notamment intestinales, qui occasionnent des diarrhées entraînant perte de poids et retard de croissance, que d'une mauvaise alimentation.

La vaccination est l'un des moyens les plus simples et les plus efficaces en matière de prévention des maladies et de réduction de la mortalité. En 2010, 84 % des enfants de moins de deux ans avaient été vaccinés dans les pays en développement contre 70 % en 2000. Dans les pays les plus en retard comme le Tchad, la Guinée équatoriale ou le Gabon, la moitié seulement des enfants sont vaccinés ; 60 % environ des enfants le sont au Bénin, en Côte d'Ivoire, au Libéria, au Nigeria, en République centrafricaine et en Sierra Leone. La couverture vaccinale dépasse 95 % dans les pays en développement où l'offre de soins de base a beaucoup progressé récemment, comme l'Afrique du Nord, le Moyen-Orient et l'Amérique latine. Ces moyennes cachent, cependant, de profondes inégalités dans l'accès à la vaccination, avec une couverture moindre pour les enfants des ménages pauvres ou situés dans

les zones rurales ou ceux dont les parents ont un niveau d'instruction plus bas. Un rang de naissance élevé est également un facteur de moindre couverture vaccinale. L'immunisation courante contre la rougeole est un bon indicateur de la qualité et de l'accès aux services de santé de base parmi les enfants de moins de 5 ans. Les programmes intensifs visant à contrôler la rougeole contribuent au développement d'une infrastructure sanitaire servant à l'immunisation courante et aux autres services de santé. En outre, les campagnes de vaccination contre la rougeole constituent désormais un moyen facilitant la distribution d'autres méthodes permettant de sauver des vies, comme les filets antimoustiques pour se protéger du paludisme, les médicaments vermifuges ou la vitamine A.

Les auteurs du rapport 2010 sur les Objectifs du millénaire pour le développement pensent que les succès de la lutte contre la rougeole risquent d'être de courte durée (Nations unies, 2010). Face à la baisse récente du financement des activités de contrôle de la rougeole, beaucoup de pays prioritaires se trouvent à court de fonds pour leurs campagnes de vaccination. Des projections montrent qu'à défaut d'activités de vaccination supplémentaires dans ces pays la mortalité

va rapidement rebondir. « Cependant, avec un financement suffisant, une réelle volonté politique et la mise en place d'une stratégie de qualité pour l'administration d'une deuxième dose de vaccin dans les pays prioritaires, les avancées exceptionnelles dont on a été témoin jusqu'à présent pourront continuer. » Au-delà des vaccinations obligatoires, les campagnes d'information jouent partout un très grand rôle ; elles vont de pair avec l'assainissement de l'environnement et le traitement des sujets infectés, mais les résultats restent maigres si les services nécessaires n'atteignent pas ceux qui en ont le plus besoin. L'instruction des filles et des mères est aussi un moyen de sauver des vies d'enfants.

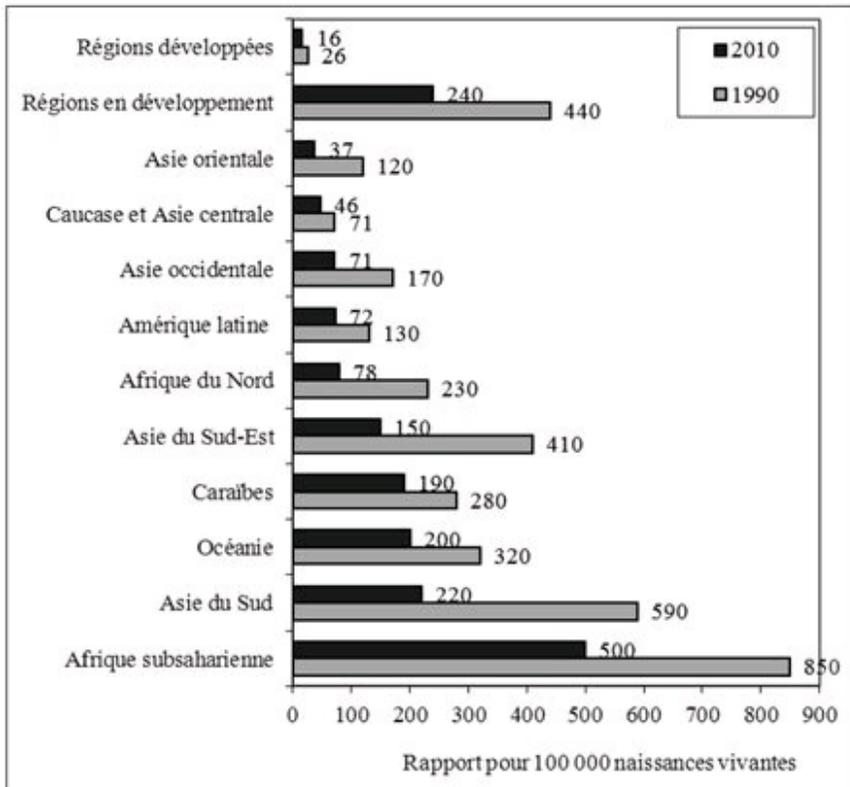
Dans les pays en développement à mortalité élevée, le système de la mortalité infanto-juvénile se distingue fondamentalement de celui des pays développés : par son niveau, son calendrier, la structure des causes de décès, leur mode de mesure, la recherche des déterminants et l'identification des priorités d'action.

Une mortalité maternelle encore trop élevée

Beaucoup trop de femmes sont encore victimes d'une mortalité prématurée, correspondant à une transition sanitaire juste amorcée ou bien à des comportements discriminants à l'égard du sexe féminin. La grossesse, l'accouchement et leurs conséquences demeurent les principales causes de décès, de maladies et d'incapacités pour les femmes en âge de procréer des pays en développement. La mortalité maternelle fait partie des indicateurs de santé qui révèlent le plus large fossé entre riches et pauvres. Plus de 300 millions de femmes sont décédées dans le monde, en 2010, suite à la grossesse ou à l'accouchement. L'Afrique subsaharienne (56 %) et l'Asie du Sud (29 %) représentent 85 % du fardeau mondial avec 245 000 décès à elles deux (Nations unies, 2012). Le rapport de mortalité maternelle s'élève ainsi à 240 décès pour 100 000 naissances vivantes dans le monde en développement (contre 440 en 1990), soit une mortalité 15 fois plus élevée que dans les régions développées. L'Afrique subsaharienne est la région qui connaît les niveaux les plus élevés ([figure 17](#)), avec en moyenne 500 décès maternels pour 100

000 naissances vivantes, et l'Asie du Sud possède le taux le plus bas des régions en développement (37 décès pour 100 000 naissances). On est encore loin des objectifs de la conférence du Caire qui demandait, en 1994, aux pays les plus en retard de ramener ce taux à moins de 125 décès pour 100 000 naissances en 2005 et à moins de 75 décès pour 100 000 naissances en 2015.

***Figure 17.** Rapport de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes, en 1990 et en 2010*



Source : Nations unies, 2012.

Dans les pays où les femmes ont beaucoup d'enfants et où l'encadrement sanitaire est moindre, comme en Afrique, les risques se cumulent de grossesse en grossesse, au point qu'une jeune femme sur dix est amenée à succomber, un jour, à une grossesse. En Afrique subsaharienne, le risque pour une femme de mourir des suites de telles complications (évitables et

pouvant être traitées) est de 1 sur 16, alors que ce même risque est de 1 sur 7 300 dans les pays développés. Les décès maternels sous-estiment les problèmes de santé des femmes liés à la maternité. Ainsi, pour chaque femme qui décède de complications pendant la vie génésique, ce sont trente autres de plus qui finissent leur grossesse avec une maladie, une lésion ou un handicap douloureux, parfois liés à des mutilations génitales. Au total, ce sont 300 millions de femmes, soit plus d'un quart des femmes adultes dans les pays en développement, qui souffrent de pathologies consécutives à la grossesse par manque de soins. Les décès maternels résultent de complications liées à la grossesse, qui se produisent pendant la gestation, au cours de l'accouchement ou pendant les suites de couches, et de toute une série de causes directes et indirectes.

Les risques pendant la grossesse

Les risques qui entourent la grossesse sont moins grands que ceux de l'accouchement ; ils sont, néanmoins, loin d'être négligeables. L'OMS estime que la proportion des décès se produisant pendant la grossesse peut aller jusqu'à un quart des décès maternels, malgré des données très fragmentaires. Outre les complications de l'avortement non médicalisé, trois grands problèmes de santé peuvent survenir pendant la grossesse : les complications de la grossesse proprement dite, une maladie qui se déclare chez la femme et qui peut ou non être aggravée par la grossesse et les effets négatifs de modes de vie peu favorables à la santé sur l'issue de la grossesse.

Une maladie (paludisme, tuberculose, Sida) ou un autre problème de santé peuvent souvent compliquer la grossesse ou s'aggraver pendant cette période. Les causes indirectes, comme l'anémie, le paludisme et le VIH/Sida, expliquent 18 % des décès maternels. Ainsi, le paludisme s'aggrave chez une femme enceinte et, avec l'anémie, il est responsable de 10 000 décès maternels chaque année. En effet, nombreuses sont les

sociétés où les femmes et les filles mangent en dernier des morceaux moins prisés par les hommes et les garçons, voire ne mangent pas du tout. Les femmes enceintes peuvent aussi subir des interdits alimentaires traditionnels qui les affaiblissent. Aussi l'anémie est-elle très répandue chez les femmes, touchant le tiers d'entre elles pendant leur vie reproductive et la moitié pendant leur grossesse. Les taux les plus élevés se rencontrent en Asie du Sud où 75 % des femmes peuvent souffrir d'anémie durant leur grossesse.

La septicémie et les suites d'un avortement non médicalisé, pratiqué dans des conditions risquées, viennent ensuite avec 17 % des décès. Dans les pays en développement, plus de 18 millions de grossesses non désirées se terminent par des avortements pratiqués par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires et dans des conditions sanitaires hors normes, de sorte que les femmes enceintes courent de graves dangers. Environ 350 femmes sur 100 000 risquent de mourir des suites d'un avortement non médicalisé, et 68 000 femmes perdent chaque année la vie dans ces conditions. L'OMS estime que près de 100 000 décès maternels pourraient être évités chaque année si les femmes qui ne veulent pas d'enfant utilisaient efficacement un moyen contraceptif.

L'avortement non médicalisé est un problème, tout particulièrement pour les femmes jeunes. Environ 2,5 millions d'avortements non médicalisés (soit près de 14 % du total) dans les pays en développement concernent des femmes de moins de 20 ans.

Les complications non mortelles et les séquelles contribuent, en outre, pour beaucoup à la charge mondiale de morbidité, sans compter la perturbation psychologique qui s'ensuit bien souvent. Les avortements non médicalisés sont, par ailleurs, très coûteux pour le système de santé. Les carences des systèmes de santé et les difficultés d'accès restent des obstacles de taille, qui empêchent d'assurer des soins complets et de bonne qualité à la suite de complications d'un avortement provoqué, et d'offrir des services d'avortement dans la mesure où la loi l'autorise. Les femmes, en particulier les adolescentes, les pauvres et celles qui vivent en milieu rural, ne savent pas toujours où trouver des services d'avortement travaillant dans de bonnes conditions de sécurité et en toute légalité. Elles n'ont peut-être pas les ressources, le temps ou le pouvoir de décision nécessaires pour y faire appel, ou bien elles peuvent être dissuadées de le faire, à cause du non-respect de leur sphère privée et de la confidentialité ou du comportement des agents de

santé. Il en résulte que de nombreuses femmes, notamment dans les pays en développement, se tournent alors vers des prestataires non qualifiés ou des charlatans qui mettent leur vie en danger. Si les femmes demandent à interrompre leur grossesse à tout prix dans des circonstances où l'avortement est dangereux, illégal, ou les deux à la fois, cela montre qu'il est vital pour elles de pouvoir maîtriser leur fécondité.

Selon les estimations de l'OMS, la mortalité maternelle pourrait diminuer de 27 % chaque année rien qu'en faisant passer le nombre annuel de grossesses non désirées de 75 millions à 22 millions. La diffusion de la contraception permettrait aussi d'empêcher les grossesses rapprochées et les grossesses des adolescentes, améliorerait ainsi la santé des femmes et des filles et augmenterait les chances de survie de leurs enfants. Or, si le recours aux contraceptifs a augmenté rapidement dans de nombreuses régions en développement entre 1990 et 2000, depuis lors le rythme de progression a eu tendance à se ralentir. En 2010, 60 % des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union, utilisaient une forme de contraception mais, en Afrique subsaharienne, cette proportion tombe à 25 %. Les

besoins non satisfaits en matière de planification familiale (exprimant le pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union, qui souhaitent retarder ou éviter une grossesse, mais qui n'ont recours à aucune forme de contraception) ne cessent d'augmenter et s'expliquent sans doute par l'impossibilité d'avoir accès à des moyens contraceptifs, problème qui se pose particulièrement pour les adolescentes, ou encore par le fait que les femmes ne les utilisent pas. Les besoins non comblés atteignent 13 % dans l'ensemble des régions en développement, mais ils demeurent élevés dans certaines régions. En Afrique subsaharienne, un quart des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union, ayant exprimé le désir de prendre des contraceptifs, n'ont pas accès à ceux-ci, niveau quasi inchangé depuis 1990. Les besoins non satisfaits sont particulièrement élevés dans les pays les moins avancés, où le manque d'accès à des méthodes modernes de contraception est une cause majeure de la persistance d'une fécondité élevée. Seize des dix-sept pays les moins avancés ayant les niveaux les plus bas de recours à des contraceptifs modernes se situent en Afrique subsaharienne.

Les problèmes de santé des femmes enceintes peuvent souvent être évités, décelés ou traités lors de

visites prénatales chez des professionnels de santé qualifiés. Les soins prénataux n'ont pas seulement pour but de repérer les femmes qui risquent d'avoir un accouchement difficile, ils aident les femmes à faire face aux problèmes de santé éventuels pendant la grossesse proprement dite. Ces femmes peuvent ainsi recevoir des services comme la vaccination antitétanos, le dépistage et le traitement d'infections ainsi que des informations vitales sur certains signes avant-coureurs au cours de la grossesse. La moitié des femmes (55 %) des régions en développement reçoivent les quatre visites prénatales recommandées par l'OMS. En Afrique subsaharienne, cette proportion diminue depuis 1990. Dans les zones rurales, le suivi des femmes enceintes s'abaisse considérablement : un tiers seulement des femmes peuvent bénéficier des quatre visites. Dans les zones rurales d'Asie du Sud, cette proportion s'effondre à 25 %.

Les risques de l'accouchement

Les risques de décès maternels sont principalement présents lors de l'accouchement lui-même et de la période post-partum. Selon l'OMS, entre 11 % et 17 % des décès maternels se produisent au cours de l'accouchement lui-même, et 50 % à 71 % durant le post-partum. Au cours de la période post-partum, c'est la première semaine qui est la plus risquée : 45 % environ des décès maternels observés pendant les suites de couches surviennent dans les vingt-quatre premières heures et plus des deux tiers au cours de la première semaine.

La cause la plus courante et la plus fulgurante est l'hémorragie massive (35 % des décès maternels dans le monde en développement). C'est la promptitude avec laquelle les soins sont dispensés qui détermine la proportion de décès. La deuxième cause de décès la plus fréquente est la septicémie, qui est à l'origine de la plupart des décès survenant vers la fin du post-partum. Alors que dans les pays développés cette menace a quasiment disparu, dans le monde en développement, une femme sur vingt qui accouche contracte une

infection qui risque d'entraîner, si elle n'est pas traitée, une issue fatale ou des séquelles. Les affections qui font suite à l'accouchement font 20 millions de victimes sur près de 140 millions de femmes qui accouchent.

Les grossesses précoces, chez les filles de 15-19 ans, constituent une cause aggravante de mortalité maternelle. Les filles qui donnent naissance avant l'âge de 15 ans ont cinq fois plus de risque de mourir en couches que les femmes d'une vingtaine d'années (Nations unies, 2012). Le taux de naissances chez les adolescentes est de 52 ‰ (nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) dans les régions en développement, en 2009, contre 23 ‰ dans les pays développés. L'Afrique subsaharienne enregistre le taux le plus élevé (120 naissances pour 1 000 femmes adolescentes) avec peu de progrès depuis 1990 (126 ‰). Les grossesses des adolescentes sont fréquentes dans cette région en raison d'un mariage très précoce des jeunes filles. Selon les dernières estimations, qui s'appuient sur des enquêtes effectuées pendant la période 1998-2007, 49 % des femmes étaient déjà mariées à 18 ans en Asie du Sud et 44 % en Afrique centrale et de l'Ouest. Au Bangladesh, en République centrafricaine, au Tchad, en Guinée, au Mali, au

Mozambique et au Niger, plus de la moitié des femmes sont mariées avant l'âge de 18 ans et plus d'un tiers sont déjà mères à cet âge.

La pauvreté et le manque d'éducation perpétuent les taux élevés de naissances chez les adolescentes. Les jeunes femmes vivant dans les ménages les plus pauvres ont trois fois plus de risque de donner naissance à un enfant que celles des ménages les plus riches. Ce risque est aussi deux fois plus élevé dans les zones rurales qu'en milieu urbain. Les disparités les plus grandes ont trait à l'éducation : les filles ayant une éducation secondaire courent moins de risque de devenir mère. Le taux de natalité des femmes âgées de 15-19 ans est plus de quatre fois supérieur pour celles qui n'ont pas eu d'éducation. Les disparités observées ont tendance à s'accroître au fil du temps, les progrès bénéficiant aux plus favorisés.

Il est possible de prévenir la grande majorité des décès par l'intervention de personnel qualifié, une meilleure hygiène du milieu, la formation des obstétriciens, des sages-femmes et des matrones, un meilleur accès aux soins et surtout l'amélioration du statut social des femmes. Or, de graves déficiences existent dans ces domaines dans les pays en

développement. La plupart des femmes, notamment en Asie du Sud et en Afrique, accouchent en l'absence de personnel qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes). L'accouchement est encore considéré comme une affaire de femmes et un événement naturel, de sorte qu'il n'est pas prévu de dépenses médicales. Les hôpitaux et les dispensaires ne peuvent assurer un accouchement en milieu institutionnel à toutes les femmes. Pourtant, il est essentiel que l'accouchement soit assisté par du personnel de santé qualifié, formé pour détecter les problèmes au plus vite et capable de fournir de façon efficace des soins obstétricaux d'urgence ou de diriger les femmes concernées vers des soins adéquats, si nécessaire.

Des progrès ont, cependant, été accomplis depuis les années 1990. Dans l'ensemble des pays en développement, la proportion de femmes ayant accouché en présence de personnel médical compétent est passée de 55 % en 1990 à 65 % en 2010. Toutes les régions ont fait des progrès mais ceux-ci ont été très inégaux. Ils ont été spectaculaires en Afrique du Nord et en Asie du Sud-Est, où plus des trois quarts des femmes sont assistées par du personnel qualifié lors de l'accouchement. L'Asie du Sud a également connu une amélioration, mais la couverture demeure insuffisante

avec seulement 49 % de femmes accouchant en présence de personnel habilité. Il en va de même en Afrique subsaharienne, où plus de la moitié des femmes accouchent sans l'aide de personnel médical. En Asie du Sud et en Afrique, les femmes les plus riches ont respectivement cinq et trois fois plus de chance d'être suivies par du personnel compétent que les femmes les plus pauvres. De même, les femmes ayant achevé un cycle secondaire ou supérieur d'éducation ont recours à l'assistance de personnel expérimenté lors de leur accouchement, deux fois plus souvent que les mères n'ayant pas été scolarisées.

L'écart entre ceux qui ont accès aux soins et ceux qui en sont exclus est de plus en plus marqué. Les inégalités en matière de survie que cela entraîne sont encore plus fortes pour les femmes. Lorsqu'une femme meurt en donnant la vie à un enfant, c'est généralement à la suite d'une série de ruptures des interactions avec le système de santé : retard à se faire soigner, impossibilité de suivre les conseils du médecin et, enfin, incapacité du système de santé à offrir des soins de qualité en temps voulu. Ces défaillances risquent le plus souvent de survenir et de se conjuguer de façon catastrophique lorsque le contexte macroéconomique et social se dégrade. La prise en

charge des risques occasionnés par la grossesse et par l'accouchement est inextricablement liée au statut de la femme dans la société. Partout où les femmes sont déniées de leur droit à décider elles-mêmes de leur santé reproductive, la difficulté d'accès aux services de planification familiale diminue leur capacité à espacer les naissances, à protéger leur santé et leur vie. La santé maternelle se trouve ainsi au cœur du processus de développement. Dans les pays les plus en retard, la réduction de la mortalité maternelle apparaît comme un facteur clé pour la survie et le développement des enfants jusqu'à l'adolescence. Investir dans les ressources humaines relève donc d'une politique saine de développement.

II. La double charge de morbidité

L'évolution des modes de vie pendant la seconde moitié du xx^e siècle, dans un contexte de croissance démographique rapide, a eu un impact important dans le développement ou la résurgence des maladies infectieuses et parasitaires telles que le choléra, le paludisme, la fièvre jaune, la dengue, la diphtérie, ainsi que pour les affections liées à des bactéries résistantes aux antibiotiques. De nouvelles maladies se sont, en outre, répandues, comme le Sida. Parallèlement au poids encore important qu'occupent les maladies transmissibles dans le paysage sanitaire du monde en développement, les maladies non transmissibles progressent rapidement ; ces dernières représentent près de la moitié de la charge de morbidité de ces régions. Ainsi, les pays en développement se trouvent confrontés à une double charge de morbidité.

L'héritage des maladies transmissibles et des affections nutritionnelles

Les maladies transmissibles et les pathologies périnatales, maternelles et nutritionnelles constituent les premières causes de morbidité dans les pays en développement, elles sont responsables d'une part sensiblement équivalente de la charge totale de morbidité. La presque totalité de la charge de morbidité liée aux maladies transmissibles est due à la diarrhée, au paludisme, à la tuberculose, à la rougeole, à la pneumonie et au VIH/Sida auxquels s'ajoutent bon nombre d'autres parasitoses et viroses.

Le paludisme

Le paludisme demeure la principale maladie parasitaire transmise par les piqûres de moustiques anophèles infectés. Il déclenche notamment des crises de forte fièvre qui, en l'absence de traitement, conduisent au décès. L'aire géographique du paludisme s'est considérablement rétrécie au cours des cinquante dernières années, mais une certaine recrudescence se manifeste depuis quelques années, due à l'apparition de résistances des moustiques aux médicaments et aux pesticides. Le nombre de cas s'est ainsi accru dans les années 1990, surtout en Afrique, malgré le développement des mesures de prévention. En 2008, selon le rapport sur les OMD des Nations unies, la moitié de la population mondiale est exposée au paludisme (Nations unies, 2010). Entre 350 et 500 millions de nouveaux cas apparaissent chaque année, essentiellement des enfants. Les pays les plus affectés sont, une fois encore, les plus pauvres : sur les 655 000 décès qu'il a provoqués en 2010, 91 % ont eu lieu en Afrique subsaharienne. L'endémie est instable en Asie et en Amérique latine, et quelques épidémies peuvent également survenir en Asie du Sud et dans certaines

régions du Moyen-Orient. Les risques plus élevés de l'Afrique subsaharienne tiennent à plusieurs raisons : la transmission de la maladie y est plus intense, la forme la plus létale du parasite y est particulièrement abondante et la région possède des systèmes de santé moins performants. Le paludisme est une maladie de la pauvreté, les cas et les décès étant concentrés dans les pays les moins avancés.

Cette maladie affecte surtout les populations jeunes et les femmes enceintes. Le paludisme est responsable de 10 % des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement, et cette proportion s'élève à 20 % en Afrique subsaharienne. Sur la totalité des décès provoqués par le paludisme, 86 % sont des enfants âgés de moins de 5 ans. En plus des décès, il peut avoir de graves conséquences sur le développement mental et physique des enfants. La maladie peut entraîner chez les femmes semi-immunisées jusqu'à 60 % de pertes fœtales et plus de 10 % de pertes maternelles et, chez l'adulte, elle peut avoir des effets débilissants, l'obligeant à s'arrêter de travailler plusieurs jours, voire plusieurs semaines.

Les conséquences de la maladie sont également d'ordre économique. Le paludisme entraîne une perte

moyenne de 1,3 % de croissance économique annuelle dans les pays les plus touchés. Le poids économique est lourd pour les familles comme pour les pouvoirs publics, en raison de la perte de productivité, de l'absentéisme scolaire et professionnel et du coût élevé des soins. « Les dépenses liées au paludisme peuvent représenter jusqu'à 40 % des dépenses de santé publique, de 30 à 50 % des hospitalisations et jusqu'à 60 % des consultations externes. Sur plusieurs années, cette perte creuse des différences substantielles de PIB entre les pays impaludés ou non. » (Vaillant et Salem, 2008.)

Pour éradiquer le paludisme, un contrôle soutenu de la maladie est essentiel. L'un des moyens de prévention du paludisme, considéré comme le plus efficace, est l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Un certain nombre de pays africains ont étendu son usage. L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour protéger les enfants de moins de 5 ans a augmenté de façon spectaculaire en Afrique subsaharienne. Elle est passée de 2 % en 2000 à 39 % en 2010 (Nations unies, 2012). Cependant, peu de pays s'approchent de 60 % de couverture, objectif qui était fixé pour 2005 lors du sommet africain « Faire reculer le paludisme », en 2000. De même, l'objectif révisé de

80 % d'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide en 2010 n'est pas encore atteint. Selon les estimations de l'OMS, les moustiquaires disponibles dans les pays africains permettent de couvrir plus de la moitié de la population exposée au paludisme.

L'utilisation de médicaments efficaces contre le paludisme multirésistant se heurte à un problème de coût. Le financement international semble avoir atteint son apogée de 1,9 milliard de dollars en 2011, bien en dessous des 6 milliards nécessaires pour la mise en place et l'accès universel à la prévention et aux interventions de contrôle de la maladie. Dans les pays endémiques, les dépenses nationales liées au paludisme restent souvent inadéquates.

La résurgence de la tuberculose

La tuberculose, réputée définitivement vaincue, a réapparu récemment, en lien avec l'épidémie de Sida. C'est une maladie curable la plupart du temps. Elle est souvent associée à un état de malnutrition et à de mauvaises conditions de logement. La tuberculose frappe les groupes d'âge les plus productifs, c'est-à-dire les adultes. L'estimation de la prévalence de la maladie est très incertaine, mais le nombre de personnes vivant avec la maladie est estimé à 12 millions en 2010. Près de neuf millions ont été nouvellement diagnostiquées, en 2011, et près de deux millions en meurent chaque année. L'Inde, la Chine, l'Indonésie, l'Afrique du Sud et le Nigeria enregistrent le plus grand nombre de cas. Le nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes avoisine 150-160 personnes dans les régions en développement, contre 27 personnes pour 100 000 dans les pays développés. L'incidence la plus élevée est enregistrée en Afrique subsaharienne (300 personnes pour 100 000), en Asie du Sud-Est (220 personnes pour 100 000) et en Asie du Sud (200 personnes pour 100 000). Le Sida est le principal déterminant de la hausse de l'incidence observée en Afrique

subsaharienne entre 1990 et 2006 (350 000 personnes en 2006). L'OMS estime que 15 % des cas qui se déclarent concernent des personnes séropositives au VIH. Le rapport de l'OMS pour l'année 2007 précise que la proportion des sexes parmi les nouveaux cas était de 1,8 homme pour 1 femme, signifiant que les hommes sont près de deux fois plus touchés que les femmes. Une des explications fournies est que « dans certains groupes d'âge, les différences biologiques entre hommes et femmes ont un effet sur les risques d'infection ou de progression jusqu'au stade actif de la maladie ». Les rôles sociaux, différents pour les hommes et les femmes, auraient un impact sur l'exposition au risque et l'accès aux soins.

Bien qu'un nombre croissant de malades arrive à guérir, des millions n'ont pas accès à des soins de santé de qualité. Les taux de mortalité par tuberculose sont en baisse depuis 2003 en Afrique subsaharienne, même s'ils n'ont pas encore atteint les niveaux les plus bas des années 1990. L'incidence de la maladie a commencé à se stabiliser, et l'épidémie mondiale de tuberculose semble être sur le point de décliner. Cependant, la progression n'est pas suffisamment rapide pour atteindre les cibles fixées par le partenariat « Faire reculer la tuberculose », qui souhaite diminuer

de moitié la prévalence et les taux de mortalité entre 1990 et 2015. Au vu des dernières améliorations, il est fort improbable que l'Afrique subsaharienne atteigne cette cible.

Les affections nutritionnelles

Les pathologies liées à l'état nutritionnel représentent, dans le monde en développement, une part non négligeable de la charge de morbidité et sont responsables de nombreux décès, notamment chez les enfants. L'état nutritionnel est souvent utilisé pour décrire l'état de santé des populations. Un retard de taille par rapport à l'âge et/ou un retard de poids par rapport à la taille révèlent le contexte environnemental et social, les habitudes alimentaires, l'accès aux soins préventifs et curatifs. La malnutrition se manifeste par une forte prédominance de faibles poids à la naissance. Les pays en développement sont généralement marqués par la maigreur alors que les pays développés sont davantage le siège de problèmes de surpoids et d'obésité. On a ainsi établi un modèle de transition nutritionnelle, à l'image de la transition démographique et de la transition épidémiologique, dont les différents stades marqueraient les étapes du développement. En réalité, les situations locales sont beaucoup plus complexes. Il est avéré que de fortes prévalences de maigreur et de retard de croissance des enfants, ou de faible poids des femmes, se rencontrent

quasi exclusivement dans les pays pauvres, plus particulièrement en Afrique subsaharienne. La prédominance de l'obésité chez les enfants et les adultes est plutôt le fait des pays développés et émergents. Or, dans certains pays en développement (Liberia, Namibie, Mozambique ou Égypte), la charge liée à l'état nutritionnel est triple : maigreur des enfants, obésité des enfants et des adultes.

Plusieurs facteurs, non strictement médicaux, se combinent et interagissent pour expliquer ces situations de retard de croissance. Au Mozambique par exemple, les principaux facteurs contribuant aux inégalités de retard de croissance des enfants sont l'accès à l'eau potable pour 19 %, le niveau de revenu du ménage (17 %), la zone de résidence (16 %) et l'activité de la mère (13 %). De nombreux autres facteurs expliquent, à raison de 35 %, les retards de croissance. La plupart du temps tous ces handicaps se cumulent, l'indigence étant souvent corrélée avec un milieu de vie défavorable (Vaillant et Salem, 2008). Les enfants ne sont pas les seuls à souffrir d'un mauvais état nutritionnel. La proportion de personnes dénutries dans le monde en développement s'élève à 16 % en 2005-2007, dernière période pour laquelle l'OMS dispose de données. Des progrès ont été notés depuis

1990-1992 où cette proportion était de 20 % mais, depuis les années 2000-2002, la situation tend à stagner. Cependant, le nombre d'individus dénutris est en augmentation, s'élevant à 830 millions de personnes en 2005-2007 contre 797 millions en 1995-1997. La hausse des prix des denrées alimentaires en 2008 et la crise financière de 2009 ont sans doute aggravé la situation.

L'Organisation des Nations unies estime qu'il y avait peut-être jusqu'à 915 millions de personnes dénutries en 2008 et plus d'un milliard en 2009. C'est en Afrique subsaharienne que la proportion de personnes dénutries est la plus élevée, atteignant 26 % de la population. L'Asie du Sud vient ensuite avec 20 % environ d'individus dénutris, suivie de l'Asie du Sud-Est (14 %), de l'Asie de l'Est (11 %) et de l'Amérique latine (9 %). La sous-alimentation et la dénutrition dont souffrent les habitants des pays en développement sont souvent aggravées par des carences en micronutriments, notamment en iode, en fer, en vitamine A et en zinc. La géographie des états nutritionnels révèle tout autant des types d'organisation sociale et des traits culturels qu'un signe de développement au sens strict du terme. Cette géographie est à l'image de la géographie de la santé

présente et à venir de la planète : incertaine (Vaillant et Salem, 2008).

Les autres maladies transmissibles

Selon l’OMS, un quart de la population mondiale, vivant dans les régions en développement, souffrirait de parasitoses intestinales chroniques (schistosomose ou bilharziose, leishmaniose, filarioses, onchocercose, trypanosomoses humaines). Bien qu’elles soient rarement une cause directe de mortalité, ces affections ont des conséquences négatives sur la croissance des enfants et sont un facteur important de malnutrition. La lutte contre ces parasitoses intestinales passe par l’assainissement de l’environnement, l’éducation sanitaire et le déparasitage systématique des enfants dans le cadre des systèmes de santé.

Le choléra, maladie diarrhéique particulièrement grave, est présent à l’état endémique dans 80 pays en développement. En 2008, près de 200 000 cas de choléra ont été notifiés par l’OMS, dont 85 % vivent en Afrique (OMS, 2010). Des épidémies peuvent, en outre, se déclarer de manière sporadique, souvent à l’occasion de catastrophes écologiques, comme en Haïti après le séisme de 2010. La zone intertropicale est une aire géographique touchée par l’hépatite B, la plus

dangereuse des maladies virales du groupe des hépatites. Elle peut provoquer une cirrhose du foie qui peut devenir mortelle, ou encore un cancer primitif du foie. On compte, dans le monde, près de 70 millions de nouveaux porteurs chaque année, notamment en Afrique, en Extrême-Orient et dans le Pacifique. Selon l'OMS, 3 % de la population mondiale serait infectée et 170 000 millions de personnes seraient porteuses chroniques, soit cinq fois plus que le nombre de personnes infectées par le VIH.

La dengue, du groupe des arboviroses, et notamment la dengue hémorragique connaissent une recrudescence liée à l'urbanisation. La stratégie de contrôle primordiale est aujourd'hui la lutte antivectorielle, en attendant un vaccin. La fièvre jaune est également en recrudescence en Afrique et en Amérique latine, avec la survenue de flambées épidémiques responsables de milliers de morts. La lèpre se rencontre à l'état endémique en Asie du Sud-Est, puis, plus secondairement, en Amérique latine et en Afrique. L'OMS a recensé près de 250 000 cas de lèpre dans le monde, en 2008, dont près de 70 % en Asie du Sud-Est. Suite à la mise en place d'un protocole thérapeutique de polychimiothérapie, la prévalence mondiale est en recul depuis plusieurs années (5,2

millions de cas en 1985). La poliomyélite, qui rendait paralytiques tant d'enfants dans le monde en développement, est en voie d'éradication totale. On ne compte plus aujourd'hui que sept pays où elle sévit encore à l'état endémique (Pakistan, Afghanistan, Inde, Égypte, Somalie, Niger et Nigeria). En 2006, 1 760 cas ont été déclarés dont 1 000 au Nigeria et 500 en Inde.

Le VIH/Sida et ses conséquences socio-économiques

Les maladies sexuellement transmissibles (MST), mal notifiées dans la plupart des pays, constituent un grave problème de santé publique et sont de plus en plus fréquentes dans les pays en développement. Le Sida occupe une place à part parmi les MST, du fait de sa gravité et de son extension très rapide. Depuis la peste bubonique du ^{xiv}^e siècle, aucun agent pathogène n'a eu d'effets aussi dévastateurs. Dans les régions où il sévit le plus, et notamment dans quelques-uns des pays les plus pauvres de la planète, il a contribué à annuler les gains d'espérance de vie réalisés dans les dernières décennies du ^{xx}^e siècle. Depuis son apparition, le Sida a causé la mort d'au moins 30 millions de personnes dans le monde, et l'OMS élève à 34 millions le nombre de personnes porteuses du virus en 2010. La charge de morbidité la plus lourde est supportée par le continent africain où la propagation de la pandémie s'accélère sous l'influence de plusieurs facteurs, notamment une pauvreté générale, les inégalités entre hommes et femmes et le fléchissement des systèmes de santé.

Depuis 1996, le nombre annuel de nouvelles infections est en baisse, se situant à 2,5 millions en 2011. La mortalité liée au Sida est également en diminution : le nombre de décès est passé du pic de 2,2 millions en 2004 à 1,7 million en 2010. Ces tendances positives sont en majeure partie dues à la baisse du nombre annuel de nouvelles infections dans certains pays d'Asie, d'Amérique latine et d'Afrique subsaharienne et sont à mettre en relation avec un accès accru aux antirétroviraux dans les pays les plus pauvres. Les personnes contaminées par le virus survivent plus longtemps, ce qui explique l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le Sida en dépit d'une baisse des nouvelles infections (ONUSIDA, 2013).

Les dernières données épidémiologiques de l'OMS indiquent que, sur les 34 millions de personnes qui vivent avec le Sida, 23,5 millions, soit 70 %, sont en Afrique subsaharienne. La différence de grande ampleur entre l'Afrique subsaharienne et les autres régions du monde est bien connue. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée, avec 72 % des nouvelles infections en 2010 et 76 % des décès dus au Sida. L'épidémie africaine est très hétérogène, avec des pays touchés très tôt et où la prévalence

demeure relativement basse (comme les deux Congo), des pays où l'épidémie a rapidement atteint des taux très élevés (Rwanda, Ouganda) et enfin des pays où l'épidémie a démarré plus tardivement (dans les années 1990) mais atteignant les prévalences les plus fortes comme les pays d'Afrique australe. L'Afrique australe est le premier territoire infecté, regroupant 35 % des personnes contaminées pour 0,8 % de la population mondiale. Le quart de la population âgée de 15 à 49 ans est infecté par le VIH au Swaziland, au Botswana et au Lesotho ; 15 à 20 % au Malawi, au Mozambique, en Zambie, au Zimbabwe et en Afrique du Sud.

Déracinement, ménages éclatés entre villes et campagnes, célibat des hommes, femmes seules en ville, une femme à la ville et une autre à la campagne... L'urbanisation rapide de cette Afrique des mines, voire de l'industrie, et les migrations bouleversent les structures d'encadrement qui pouvaient être protectrices, notamment vis-à-vis des MST (Vaillant et Salem, 2008). En Afrique orientale, la prévalence du VIH s'établit désormais à moins de la moitié de celle que l'on observe en Afrique australe, à savoir entre 5 et 10 % au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda. La prévalence en Afrique occidentale (3 % en Côte d'Ivoire) est environ égale au cinquième de celle que connaît l'Afrique australe. Cette situation tient à un

certain nombre de facteurs socio-économiques, culturels, comportementaux et biologiques tels que les migrations ou la circoncision des garçons.

Parallèlement à l'aggravation de l'épidémie, un nombre croissant de femmes mariées est contaminé, ainsi que de nombreuses filles et jeunes femmes. Les femmes représentent près de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde, et près de 60 % des individus infectés en Afrique subsaharienne. Les femmes sont plus exposées au VIH pour des raisons physiologiques et parce qu'elles manquent d'autorité dans les relations sexuelles, se trouvant souvent en état d'infériorité et contraintes d'accepter des relations sans guère de possibilité d'obtenir que ces rapports soient protégés. Ainsi, les rapports de force inégaux entre les hommes et les femmes favorisent une féminisation de l'épidémie. L'acceptation sociale tacite de la violence envers les femmes ne fait qu'aggraver le problème.

La dimension socio-économique

L'impact du Sida est considérable. Ses effets sur la mortalité sont cruciaux et bien connus, mais les conséquences humaines, sociales et économiques constituent aussi des aspects importants de la pandémie. Dans de nombreux pays, notamment les plus gravement touchés par le VIH/Sida, la tendance à la baisse de la mortalité infanto-juvénile s'est inversée dans les années 2000, faisant ressortir l'effet négatif que peut avoir l'épidémie. L'OMS estime que le Sida est responsable de 8 % environ de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne et de 20 à 60 % de ces derniers dans les pays d'Afrique australe. Cependant, en l'absence de données fiables sur les causes de décès dans ces pays, les répercussions de l'infection au VIH sur la mortalité des enfants sont mal connues. Les effets les plus notoires se sont manifestés sur la mortalité des adultes. Dans les pays les plus touchés d'Afrique orientale et australe, la probabilité pour un jeune de 15 ans de décéder avant l'âge de 60 ans s'est accrue brutalement, passant de 10-30 % au milieu des années 1980 à 30-60 % au milieu des années 2000. Les études réalisées en Afrique orientale

montrent que, chez les adultes infectés par le VIH, la mortalité a été 10 à 20 fois plus forte que chez ceux qui ne l'étaient pas, les écarts les plus grands étant observés entre 20 et 40 ans (OMS, 2005). Les femmes ont tendance à mourir plus jeunes que les hommes, les taux d'infection culminant généralement cinq à dix ans plus tôt que chez les hommes.

La propagation de l'épidémie a été d'une telle rapidité et d'une telle ampleur que, dans beaucoup de pays africains, les progrès de l'espérance de vie ont été réduits à néant. Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, l'espérance de vie a stagné entre 1985 et 2005, de même qu'en Afrique orientale. En Afrique australe, alors que l'espérance de vie à la naissance était la plus élevée des régions africaines à la fin des années 1980 (> 61 ans), celle-ci a perdu 10 ans de vie en une dizaine d'années. Les pays les plus touchés ont perdu jusqu'à 15 ans d'espérance de vie entre 1985-1990 et 2005, comme le Botswana et le Swaziland, voire 20 ans au Zimbabwe. L'OMS estime que le pire est encore à venir. Les régions pauvres d'Asie, et en particulier les zones à fort peuplement de l'Asie du Sud-Est, sont les dernières à avoir été touchées par le Sida, et au cours des deux dernières décennies le nombre de cas s'est accru de manière alarmante. La charge de morbidité et

de mortalité va prendre une ampleur considérable si l'on ne parvient pas à freiner ou à inverser la tendance actuelle de l'épidémie. En effet, bien qu'un nombre croissant de malades bénéficie de traitements, le nombre d'individus contaminés est en progression. Ainsi, même si l'incidence et la prévalence de la maladie diminuent dans les années à venir, la mortalité liée au Sida va continuer à augmenter en lien avec l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH. L'OMS prévoit qu'au cours des vingt prochaines années, les décès dus au Sida pourraient entraîner une augmentation de moitié de la mortalité infantile dans certains pays. L'impact sur la mortalité s'accroît encore sous l'effet des interactions du Sida avec d'autres maladies infectieuses comme le paludisme, les infections bactériennes et la tuberculose.

L'épidémiologie du VIH ne révèle qu'un aspect du problème. Le Sida exerce, dans le tissu social des populations les plus affectées, des ravages bien plus grands encore que les souffrances occasionnées par la maladie. Des milliers d'enfants se retrouvent orphelins, des communautés sont anéanties, les services de santé sont débordés et des pays entiers sont aux prises avec la famine et l'effondrement économique. Le Sida modifie la structure même de la population. La proportion de

personnes à charge augmente dans beaucoup de pays d'Afrique, avec un nombre réduit d'adultes en âge de travailler devant assurer la subsistance des enfants et des personnes âgées.

Il y avait, en 2009, environ 17 millions d'enfants de moins de 18 ans orphelins du Sida, ayant perdu au moins un de leurs parents, dont près de 90 % (15 millions) vivaient en Afrique subsaharienne (Nations unies, 2012). Dans les pays les plus atteints, 15 à 25 % des enfants sont des orphelins. Les enfants orphelins du Sida risquent plus d'avoir une mauvaise santé, une éducation insuffisante et un manque de protection que ceux qui ont perdu leurs parents pour d'autres raisons. Ils sont aussi plus souvent malnutris, malades ou victimes du travail des enfants, de maltraitance et d'abandon ou de l'exploitation sexuelle, toutes pratiques qui augmentent leur vulnérabilité à l'épidémie. Ils subissent également la stigmatisation sociale et la discrimination, et se voient refuser l'accès à des services de base comme l'éducation. Le nombre d'orphelins va continuer à augmenter, même dans les pays où la prévalence s'est stabilisée, à mesure que des parents contaminés décéderont de la maladie. Plusieurs pays ont pu, jusque-là, prendre en charge leurs orphelins, mais tous ne pourront pas faire face à

l'explosion du phénomène. Lorsque ces orphelins sont peu nombreux, ils peuvent être assumés par la famille élargie, mais leur effectif est devenu tel que beaucoup d'entre eux finissent dans la rue. Face aux effets négatifs de la propagation du VIH, des mesures de prévention et d'amélioration de l'accès aux soins ont été adoptées.

La prévention et l'accès aux soins pour les malades du Sida

On dispose aujourd'hui de quelques armes pour lutter contre la propagation du Sida, mais la première chose à faire pour éviter la contamination c'est de comprendre comment prévenir la transmission de la maladie. C'est particulièrement important pour les jeunes de 15 à 24 ans. Or, la compréhension exacte et complète du VIH et des moyens de prévenir celui-ci demeure très insuffisante chez les jeunes, dans la plupart des pays. En moyenne, moins d'un tiers des jeunes gens et moins d'un cinquième des jeunes femmes des pays en développement disent posséder ce type de connaissances à propos du VIH. En 2010, les connaissances sur la maladie se situaient donc bien en dessous des 95 % fixés par la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations unies sur le VIH/Sida en 2001.

Les disparités observées en Afrique subsaharienne, en termes de connaissances de la maladie par les jeunes de 15 à 24 ans, tiennent au sexe, à la richesse des ménages et au lieu de résidence. L'information sur

le VIH augmente, pour les hommes comme pour les femmes, en fonction du niveau de revenu des ménages. Les écarts entre les sexes sont accrus pour les plus pauvres et en milieu rural ; ils diminuent au contraire chez les riches et en zone urbaine. Le secteur de l'éducation a donc un rôle primordial à jouer dans la prévention de l'épidémie. Il est attesté qu'une éducation sexuelle complète, fournie par les écoles, peut modifier efficacement les attitudes et pratiques qui conduisent à des comportements à risque. Les jeunes femmes sont plus vulnérables quand elles n'ont pas les connaissances et aptitudes nécessaires pour se protéger et n'ont qu'un accès limité aux services de santé sexuelle et génésique. Les normes, pratiques, croyances et lois culturelles et sociales peuvent aussi aggraver l'impuissance relative des jeunes femmes et leur susceptibilité à une infection par le VIH. Le lien qui existe entre la violence sexiste et la propagation du VIH montre combien il est important de sensibiliser les adolescents à travers des programmes de prévention complets. Des changements sociaux sont tout autant nécessaires pour arriver à une tolérance zéro à l'égard de la violence faite aux femmes et aux filles.

L'utilisation du préservatif est un moyen simple de prévention du virus du Sida ; or, dans la plupart des

pays en développement, la majorité des jeunes n'en utilisent pas pendant les rapports sexuels, même s'ils risquent de contracter le VIH. En moyenne, moins de 50 % des jeunes gens et un tiers des jeunes femmes ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels à risque élevé. On constate, toutefois, que des politiques et interventions adéquates peuvent donner de bons résultats. Le taux d'utilisation de préservatifs par les jeunes femmes est ainsi passé, entre 2000 et 2010, de 48 à 64 % en Namibie, de 29 à 37 % au Mozambique ou encore de 25 % à 67 % au Kenya. De tels progrès sont dus, en fait, à des gestes individuels, appuyés par un ensemble d'interventions comportementales, biomédicales et structurelles, et grâce aux efforts collectifs des États, des partenaires du développement et de la société civile.

Les traitements par antirétroviraux sont encore d'un coût trop élevé pour les populations des pays en développement, et les systèmes de santé sont peu performants pour assurer l'accès de tous les malades à une thérapie. Fin 2010, environ 6,5 millions de malades recevaient un traitement antirétroviral dans les régions en développement. Toutefois, pour deux personnes qui commencent le traitement chaque année, cinq sont nouvellement infectées par le VIH. Le

taux de nouvelles infections continue d'augmenter plus rapidement que la mise à disposition des traitements. Il est donc urgent d'intensifier les mesures d'accès au traitement comme à la prévention.

Sur l'ensemble des 13,7 millions d'individus ayant besoin d'un traitement dans les pays en développement, 48 % ont reçu un traitement en 2010. La contamination *in utero* des enfants peut être combattue en donnant aux mères enceintes une thérapie antirétrovirale. En 2010, 48 % des femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement, soit une augmentation de 10 % par rapport à l'année précédente. C'est en Afrique subsaharienne que vivent environ 92 % du million et demi de femmes enceintes ayant besoin d'un traitement chaque année. Des programmes de prévention de l'infection du nouveau-né sont mis en place dans la plupart des pays les plus gravement touchés, mais le problème de la transmission par l'allaitement maternel demeure. Alors que la promotion de l'allaitement maternel a été un des fers de lance de la lutte contre la mortalité infantile, il est délicat de recommander aux femmes infectées par le VIH de nourrir leur bébé au biberon, notamment dans des conditions d'hygiène précaire.

La montée des maladies non transmissibles et des traumatismes

L'adoption, dans les pays en développement, de modes de vie et d'habitudes « modernes » entraîne la diffusion de nouveaux risques dits « de civilisation », au fur et à mesure que les pays progressent sur le chemin des transitions démographique et sanitaire. L'OMS estime que les maladies non transmissibles et les traumatismes ont été responsables en 2004 de 33 millions de décès dans les pays en développement et qu'elles représenteront une proportion grandissante de la mortalité totale dans l'avenir. À long terme, la santé des individus se détériore aussi sous l'effet des maladies chroniques, des troubles sensoriels et mentaux et de la violence.

Les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles ont été, pendant longtemps, considérées comme des maladies de pays industrialisés, des maladies occidentales, dues à des modes de vie complètement différents de ceux qui prévalaient dans la plus grande partie de l'Afrique, de l'Asie et dans bien d'autres régions en développement. L'idée est encore répandue dans l'opinion que les maladies cardio-vasculaires touchent essentiellement les classes aisées et sont dues aux processus naturels de vieillissement et de dégénérescence. On considère encore souvent qu'il s'agit de maladies liées aux modes de vie qui dépendent entièrement de la volonté des individus. Dans les pays en développement, la mortalité par maladies cardio-vasculaires représente 20 % de la mortalité générale, et la prévalence des maladies coronaires et des accidents vasculaires rejoint celle des maladies infectieuses et nutritionnelles. Sur les huit millions de personnes qui meurent chaque année de maladies coronaires, 80 % se produisent dans les régions en développement qui sont débordées par le phénomène. Les décès par maladies cardio-vasculaires sont en réalité deux fois plus nombreux dans les pays

en développement que dans les pays développés, et ces maladies se situent au troisième rang de la charge de morbidité (derrière les traumatismes et les troubles neuropsychiatriques).

L'âge relativement jeune auquel les habitants des pays en développement succombent à ces maladies, par rapport à ceux des régions développées, est particulièrement préoccupant. En Inde, un décès par maladie cardio-vasculaire sur deux survient avant l'âge de 70 ans, alors que la proportion est d'un sur cinq dans les pays à économie bien développée. Les principaux facteurs de risque sont l'hypertension et l'hypercholestérolémie. La mondialisation du commerce et l'essor du marketing continuent de faire évoluer la nutrition vers des régimes riches en graisses saturées, en sucre et en sel. Le diabète sucré, longtemps associé à l'opulence et à une alimentation de type occidental, devient un problème de santé publique pour les pays en développement où la mortalité qui lui est liée est en hausse et survient à un âge précoce, alors qu'elle diminue dans les pays développés. Les facteurs en sont certainement l'évolution des régimes alimentaires, avec l'urbanisation et l'industrialisation, et le manque d'établissements de soins à même de dépister le diabète et d'éviter les complications aux

malades. Conjuguée au tabagisme et au manque d'exercice physique, cette alimentation développe l'athérosclérose dans l'ensemble de la population et entraîne une large distribution des maladies cardio-vasculaires. La population de presque tous les pays est en très grande majorité exposée au risque de maladies cardio-vasculaires, car les principaux facteurs de risque dépassent les niveaux optimums. Il n'y a guère que dans quelques pays très démunis que ces facteurs ne sont pas encore devenus de grandes préoccupations de santé publique.

L'exemple des pays industrialisés, où ces maladies régressent, montre qu'on pourrait freiner leur expansion dans les pays en développement par une prévention, et une prise en charge appropriées. Cependant, les contextes dans lesquels se développent ces maladies ne sont pas les mêmes. Les pays en développement, frappés par la brutalité des changements des modes de vie liés à l'urbanisation, opérés en moins de cinquante ans contre plus de deux siècles pour les pays développés, et marqués par la pauvreté, sont dépourvus de systèmes de prévention et l'accès aux traitements, même les moins onéreux, reste difficile. On s'attend donc à ce que plus de 80 % de l'augmentation future de la mortalité par maladies

cardio-vasculaires soit supportée par les pays en développement et par les populations les plus pauvres de ces pays. En 2025, presque les trois quarts de la population mondiale hypertendue vivront dans les pays en développement. Celle-ci représente déjà près de 30 % de la population adulte en Afrique subsaharienne.

Les cancers constituent un autre facteur de morbidité, non moins important, pour les pays en développement. Plus de 70 % des 7,6 millions de décès par cancer surviennent dans les pays en développement. La mortalité par cancer demeure moindre dans les pays en développement, où les tumeurs sont responsables de 10 % des décès contre plus de 20 % dans les pays développés. Les habitants des pays en développement sont tout autant que les autres exposés au risque mais, ayant une espérance de vie plus courte et étant donné le temps de latence de nombreux cancers, ils meurent souvent d'une autre pathologie avant d'avoir développé un cancer. Cette situation, apparemment favorable aux pays en développement, cache de fortes inégalités d'accès au dépistage et aux traitements entre régions du monde : 80 % des décès par cancer du col utérin ont lieu dans les pays en développement, alors qu'il n'est pas mortel quand il est dépisté et traité tôt. Les cancers les plus

courants dans les pays en développement ont été associés à des virus : le cancer du foie au virus de l'hépatite B, le cancer du col de l'utérus au virus du papillome humain, le cancer du lymphome de Burkitt et celui du nasopharynx au virus Epstein-Barr. Les cancers de l'estomac et du col de l'utérus sont aussi associés à un niveau socio-économique bas, alors que les cancers de l'intestin, du sein ou encore de la prostate sont considérés comme des maladies de sociétés riches.

Le tabagisme est, parmi les pratiques néfastes liées à la modernisation, déjà responsable de fortes mortalités et morbidités dans le monde en développement. La moitié des cinq millions de décès par an dans le monde ont lieu dans les pays en développement, et la plupart surviennent avant 70 ans. Outre les cancers qu'il provoque, le tabagisme peut entraîner des maladies chroniques des voies respiratoires inférieures dont la bronchite chronique est la plus répandue. Alors qu'on observe une baisse de la consommation de tabac dans beaucoup de pays industrialisés, la consommation s'accroît dans les pays en développement. Selon les dernières estimations de l'OMS, la prévalence de la consommation de tabac chez les hommes adultes était, en 2006, de 18 % dans la Région africaine, d'un tiers en

Méditerranée orientale et de 40 % en Asie du Sud-Est, avec dans certains pays près de 50 % de fumeurs dans la population masculine, voire plus. Les prospectives prévoient encore une extension de la consommation dans ces pays dans les années à venir.

La prévalence du tabagisme chez les jeunes gens de 13 à 15 ans est supérieure à 20 % dans les régions en développement ; elle se situe entre 15 et 20 % dans la population féminine du même âge (OMS/CDC, 2010). Malgré l'adoption, en 2003, par l'Assemblée mondiale de la santé, de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, rares sont les pays qui ont pris toutes les mesures nécessaires pour réduire sensiblement la consommation de tabac. La plupart n'en ont pas les moyens. Ils n'ont ni l'infrastructure ni les ressources humaines nécessaires pour maintenir un programme minimum contre le tabagisme. En outre, dans nombre de pays en développement, l'opinion publique ne s'est pas encore mobilisée. Le traitement de la dépendance tabagique est une autre mesure à envisager dans les pays à revenu faible. Les programmes de sevrage tabagique destinés aux adultes seront indispensables pour améliorer l'état de santé de la population au cours des vingt ou trente prochaines années, car les mesures de prévention auprès des jeunes ne feront pas sentir

leurs effets avant plusieurs dizaines d'années. De nombreux obstacles empêchent la plupart des pays d'offrir un traitement contre la dépendance tabagique. Les systèmes de soins de santé pourraient venir en aide aux populations déshéritées les plus enclines à fumer en leur offrant un appui et des facilités d'accès au traitement. Le succès de la lutte antitabac dépend d'un engagement politique suivi et de l'apport de ressources supplémentaires au niveau mondial et national.

Les traumatismes

Les traumatismes de tous ordres, intentionnels ou accidentels, avec souvent pour séquelles des invalidités graves, représentent une part non négligeable de la charge de morbidité des pays en développement (13 %). La principale cause de morbidité liée aux traumatismes est constituée par les accidents de la circulation routière. Le bilan est particulièrement lourd dans les pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, où l'épidémie de traumatismes dus aux accidents de la route ne fait que commencer. La mortalité et les incapacités consécutives aux accidents de la circulation routière devraient progresser dans de nombreux pays en développement, en relation avec l'augmentation du parc de véhicules, si le réseau routier demeure insuffisant et si des mesures de sécurité ne sont pas imposées aux conducteurs. L'OMS estime qu'entre 2010 et 2020 le nombre de morts sur les routes aura alors augmenté de 92 % en Chine, de 147 % en Inde et de 80 % en moyenne dans beaucoup d'autres pays en développement.

Or, les accidents de la route sont, dans une large mesure, évitables. Il existe de nombreuses interventions économiquement abordables pour prévenir les accidents et épargner des vies mais, jusqu'à présent, leur efficacité a surtout été étudiée dans les pays développés, et d'autres recherches sont nécessaires dans les pays en développement. On sait que dans les pays en développement, les accidents mortels sont bien plus fréquents que dans les pays développés, la mortalité étant parfois jusqu'à 200 fois plus élevée. L'accès universel aux moyens de sécurité passera, pour les pays les plus pauvres, par une assistance internationale pour les aider à développer leurs infrastructures et leurs ressources humaines. Les gouvernements pourraient être incités à considérer la sécurité routière et la prévention des accidents comme un moyen important de favoriser un développement économique, social et environnemental, et de mobiliser les forces nécessaires pour enrayer une épidémie qui deviendra de plus en plus visible si l'on ne fait rien. L'augmentation du nombre de véhicules entraîne, en plus des traumatismes et des décès, d'autres conséquences graves sur la santé. Dans certains pays, la pollution de l'air par les véhicules à moteur fait plus de morts encore que les accidents de la circulation. Pourtant, cette morbidité retient encore peu l'attention

par rapport aux principales maladies transmissibles et non transmissibles.

Les conséquences, à long terme, des maladies et des traumatismes représentent une cause importante d'incapacités dans les populations. Les troubles de l'acuité visuelle, les déficits auditifs et l'infection au VIH/Sida sont à l'origine du plus grand nombre d'années vécues avec une incapacité, dans les régions en développement à forte mortalité. Dans les pays en développement à faible mortalité, en plus des troubles de l'acuité visuelle et des déficits auditifs, la pneumopathie obstructive et les autres maladies non transmissibles, notamment les accidents cérébrovasculaires, sont responsables de la majorité des incapacités de l'adulte. Paradoxalement, plus de 80 % des années vécues avec une incapacité dans l'ensemble du monde le sont dans les pays en développement, et pour plus de la moitié d'entre elles dans ceux de ces pays où la mortalité est forte. Le nombre d'années vécues avec une incapacité, plus élevé dans les pays en développement (près de 200 ‰ habitants contre 130 ‰ dans les pays développés), est la marque d'une incidence plus élevée des maladies invalidantes, lesquelles sont également plus graves. Les habitants des pays en développement ont un risque

plus élevé de décéder jeunes que ceux des pays développés, mais ils ont aussi un risque plus fort de vivre avec une incapacité.

Conclusions

La situation sanitaire dans le monde en développement s'est améliorée au cours des dernières décennies, comme en témoigne la baisse de la mortalité. Cependant, il subsiste de profondes inégalités entre pays et les problèmes demeurent sérieux, surtout en Afrique subsaharienne.

La coexistence de systèmes de mortalité très différents s'interprète généralement au niveau macrosociétal, en termes de niveaux de développement économique et social. Une fracture de plus en plus grande se creuse entre pays en développement, mais aussi à l'intérieur des États ; elle s'explique en grande partie par le contexte dans lequel les systèmes de santé se sont développés. L'association est tellement systématique que le niveau de mortalité infantile est devenu l'un des indicateurs du niveau de développement du pays. Au niveau individuel, l'ampleur des inégalités en matière de mortalité infantile pourrait aussi servir d'indicateur de l'équité de la répartition des ressources dans un pays. L'urgence est d'autant plus grande que, comme la situation

s'améliore moins rapidement qu'on l'avait espéré, le gain réalisé en matière de décès évités est en partie effacé par la poussée démographique. Le nombre de décès prématurés de mères pourrait bien être en augmentation car, bien que les taux soient en diminution, le nombre de mères et de naissances continue à croître. Dans l'ensemble du monde, le nombre de naissances vivantes est estimé à 138 millions par an vers 2015, soit près de deux millions de plus qu'aujourd'hui (*World Population prospects, The 2010 Revision*). Cet accroissement aura lieu, pour l'essentiel, en Afrique subsaharienne et dans certaines régions d'Asie ; régions où l'accouchement présente le plus de risques et où la mortalité, suite à des avortements non médicalisés, est la plus élevée.

Les pays en développement sont loin d'avoir éradiqué les anciennes pathologies infectieuses et parasitaires dont le développement (ou la résurgence) a été accéléré par la croissance démographique rapide dans la plupart des régions, malgré les efforts réalisés pour enrayer la propagation des épidémies. Alors que ces vieilles pathologies infectieuses et parasitaires frappent toujours, l'épidémie de maladies non transmissibles atteint déjà de nombreux pays en développement. Les « maladies de l'abondance »

(maladies cardio-vasculaires, maladies digestives, cancers) ne sont plus les caractéristiques du développement et de la richesse ; elles sont en voie de devenir des causes importantes de morbidité et de mortalité au sein même des pays les plus pauvres de la planète. La brutalité des changements fait que le surpoids et l'obésité coexistent avec la malnutrition, parfois au sein d'un même environnement social, voire dans une même famille. Les maladies cardio-vasculaires ont fait leur apparition dans presque tous les pays les plus pauvres, et leur poids est amené à s'alourdir dans les années à venir, ne serait-ce qu'avec le vieillissement de la population qui va s'imposer aux pays en développement. Les effectifs absolus de personnes âgées pourront quadrupler au cours des 25 prochaines années, soit une augmentation jusqu'à huit fois supérieure à celle enregistrée dans les sociétés déjà âgées d'Europe occidentale, où le vieillissement de la population s'est étalé sur une période bien plus longue. La propagation des maladies chroniques dans les pays les plus pauvres est une manifestation de la transition épidémiologique dite de la « double charge », par laquelle le groupe des maladies non transmissibles vient s'ajouter aux maladies transmissibles qui continuent de sévir. Dans les pays en développement, le principal problème pour les responsables du choix

des politiques de santé publique est donc de faire face à cette double charge de morbidité. La tâche est plus ardue encore lorsque les systèmes de santé manquent cruellement de ressources, d'autant plus que cette double charge, de plus en plus lourde, risque de compromettre le développement socio-économique de ces pays.

Quelques références

Nations unies (2010), *Objectifs du millénaire pour le développement, rapport 2010*, New York (en ligne).

– (2012), *Objectifs du millénaire pour le développement, rapport 2012*, New York (en ligne).

– (2012), *World Population Data Sheet 2012*, New York, Population Reference Bureau (en ligne).

– (2012), *World Population Prospects, the 2010 Revision Database*, Division de la Population, New York (en ligne).

Organisation mondiale de la santé (2005), *Rapport sur la santé dans le monde, 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Genève (en ligne).

– (2010), *Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS)*, Genève (en ligne).

– (2010), *Statistiques sanitaires mondiales 2010*, Genève (en ligne).

Sachs Jeffrey D. (2005), *The End of Poverty. Economic*

Possibilities for Our Time, Londres, Allen Lane.

Severino Jean-Michel (2008), « La situation des pays en voie de développement », *Les Tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, n° 21, p. 31-39.

Tizio Stéphane (2004), « État de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : la contribution des politiques de santé au développement durable », *Mondes en développement*, n° 127, p. 101-117.

UNAIDS (mai 2013), Special Report, « How Africa Turned Aids around », Africa Union Summit, *Update* (en ligne).

Vaillant Zoé, Salem Gérard (2008), *Atlas mondial de la santé : quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?*, Paris, Autrement.

World Health Organization (2001), *Macroeconomics and Health. Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Genève (en ligne).

CHAPITRE 3

Le mystère de la baisse de la fécondité (1950-2010)

Les démographes se réfèrent systématiquement à une théorie globale, dite de la transition démographique, pour expliquer la baisse de la fécondité, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Mais celle-ci n'est pas exempte de faiblesses théoriques et épistémologiques majeures (I). Face à l'impossibilité de s'appuyer sur cette théorie, alors que l'on constate une baisse quasi universelle de la fécondité dans les pays en développement, nous proposons une autre ligne d'analyse, qui ne présuppose pas de schéma évolutionniste, mais qui part de l'idée que les faits de population sont, par nature, complexes. Nous évaluerons d'abord les théories partielles qui ont été élaborées de manière inductive sur la base des données recueillies dans plusieurs pays : entre autres, l'insularité, la baisse de la mortalité infantile, le recul de la religion, la contraception et les politiques de population (II). D'autres explications plus globalisantes ont été avancées pour expliquer la baisse de la

fécondité (III). Aucune n'emporte pourtant l'adhésion, ce qui conduit à une extrême prudence et oblige à élargir encore la réflexion.

I. La théorie de la transition démographique et ses insuffisances

Même si le modèle a été constaté empiriquement, comment aller au-delà et contextualiser le mouvement de la natalité et de la mortalité ? Nous proposons ici une esquisse d'interprétation pour l'Europe du passé, complétée par quelques indications sur la situation actuelle.

La transition en Europe et dans les pays industrialisés

Au cours de la phase prétransitionnelle, la mortalité et la natalité s'équilibrent à des niveaux élevés, d'où une relative stabilité de la population. Mais cette stabilité n'est qu'apparente. En réalité, des fluctuations importantes se produisent dues aux crises de mortalité évoquées dans le chapitre 2¹⁵. Démographiquement, il en résulte un ralentissement de la croissance, voire une diminution de l'effectif de la population, du fait de la hausse de la mortalité et de l'effondrement des naissances, lui-même lié au report du mariage à des temps meilleurs. Dans certains cas, la population fuit devant la faim en émigrant. Comment la situation se rétablit-elle ? Dès qu'une meilleure récolte est engrangée ou que l'épidémie s'arrête, la mortalité diminue, les mariages qui avaient été retardés sont célébrés, et les naissances surviennent très vite dans ces sociétés qui ne pratiquent pas la contraception. Ces mécanismes de crise de mortalité sont pertinents pour les pays en développement. Cependant, la révolution des moyens de communication au xx^e siècle et la prise de conscience des responsabilités internationales ont

abouti à la mise en place de réponses aux situations d'urgence. Encore faut-il que l'aide humanitaire atteigne ceux à qui elle est destinée.

La transition proprement dite a commencé au milieu du XVIII^e siècle dans trois des pays de l'Europe du Nord (Danemark, Suède, Norvège) et en Angleterre. Elle se généralise en Europe et aux États-Unis au cours du XIX^e siècle. Les excédents importants de population, produits par l'écart entre une mortalité en baisse et une natalité qui restait élevée, ont alimenté l'émigration anglaise et, plus généralement, européenne vers le Nouveau Monde. On a longtemps cru que la croissance s'expliquait par les progrès de la médecine et de l'hygiène publique, mais il a été démontré que ceux-ci étaient très faibles avant 1850 (l'ère pastorienne commence en 1880) et n'ont pu jouer qu'un rôle marginal dans la lutte contre la maladie et la mort. Cette thèse revient surtout à supposer que l'évolution démographique a été indépendante de l'ensemble des changements économiques et sociaux. Le recul de l'âge au mariage a été, au contraire, directement lié aux changements sociaux qui se sont produits à partir du XIX^e siècle, en particulier la scolarité obligatoire de plus en plus longue et la participation croissante des femmes à l'activité professionnelle. Il a influé sur la

fécondité selon un mécanisme simple : comme la quasi-totalité des naissances se produit dans le mariage, si l'âge au mariage est plus tardif, la période de procréation est plus courte, et les couples disposent de moins d'années pour mettre au monde des enfants. Ce mécanisme de recul de l'âge au mariage a été utilisé dans plusieurs pays en développement pour réduire la fécondité.

Mais l'âge au mariage n'explique pas tout. La révolution agricole, qui a accompagné l'industrialisation de l'Europe, a agi sur la mortalité indépendamment de la nuptialité en améliorant de manière substantielle l'alimentation des populations, comme le prouve la disparition des famines au XIX^e siècle en Europe. Bien plus que les progrès de la médecine, dont les effets positifs se manifestent à la fin du siècle, c'est ce facteur qui a permis une meilleure résistance des populations aux maladies et une baisse de la mortalité. Enfin, plusieurs facteurs convergents ont contribué à réduire la fécondité. Dans de nombreux pays d'Europe, les mouvements néomalthusiens ont prôné l'utilisation de la contraception dans les classes moyennes et populaires pour améliorer leur niveau de vie en faisant moins d'enfants. La révolution industrielle, grâce à la production de masse à faible

coût, a permis aux populations d'accéder à des biens de confort qui ont contribué à améliorer leur niveau de vie, ce qui a suscité une baisse de la fécondité pour maintenir le niveau de vie acquis. En même temps, le statut socio-économique de la femme a évolué avec le progrès vers l'égalité entre les hommes et les femmes, tandis que la montée de l'activité féminine salariée (en milieu rural, les femmes ont toujours travaillé) ouvrait d'autres horizons que le rôle unique de procréatrice.

En fin de processus (phase post-transitionnelle), il n'est pas sûr que la natalité reste supérieure à la mortalité, d'où la possibilité d'une diminution, en chiffres absolus, de la population. Un des débats actuels porte sur l'hypothèse que la fécondité, dans les pays industriels, pourrait se stabiliser bien en-dessous du niveau de remplacement (2,1) à des niveaux de l'ordre de 1,5, voire 1,3 enfant par femme¹⁶. De fait, aujourd'hui (en 2013), plusieurs pays d'Europe, et non des moindres, n'assurent plus le renouvellement de leur population avec 1,4 enfant par femme en Allemagne, Autriche, Espagne, Italie, 1,3 en Pologne, 1,2 en Hongrie, 1,6 en Russie, etc. Situation que la théorie n'avait guère prévue, au point que certains démographes ont été conduits à proposer cette variante de non-renouvellement lors de la « sortie de la

transition ». Lorsque se conjuguent, comme c'est le cas en Europe, une faible fécondité (qui diminue les flux annuels des naissances et, par conséquent, le taux de natalité du schéma) et une structure par âge vieillie (ce qui favorise un taux de mortalité élevé), le risque de non-renouvellement est sérieux. Au total, les mutations démographiques furent inséparables, en Europe, des évolutions économiques et sociales.

Un débat confus

Pourtant, le constat des insuffisances de la théorie de la transition démographique fait l'objet d'un consensus assez large : son phasage n'est pas toujours vérifié, il est plus ou moins rapide selon le pays, et de sérieuses exceptions historiques peuvent être objectées. En France par exemple, contrairement à la plupart des autres pays, la baisse de la mortalité a précédé celle de la fécondité. Quant au grand projet international conduit par l'université de Princeton sur la transition en Europe, aucun indicateur socio-économique ne se dégagait qui put expliquer la baisse de la fécondité (Watkins, 1986). Mais il y a plus grave, il y a ambiguïté sur sa nature même : s'agit-il d'une simple généralisation à partir de séries statistiques ou d'une véritable théorie ?

Les débats sur la théorie de la transition démographique sont, en effet, souvent confus. En toute rigueur, on devrait ne débattre que de la *validité* du modèle de passage d'un « équilibre haut » à un « équilibre bas » des taux de mortalité et de fécondité, et donc de la *réalité ou non* du phasage. Face au constat

de la pauvreté théorique de ce phasage, les démographes ont dû « greffer » des théories sur ce schéma, la première étant celle de la modernisation, que nous présenterons ci-dessous. Toutes ces théories ne devraient pas entrer dans la discussion de la transition en tant que telle, car elles n'ont pas le même objet. En effet, savoir si les faits culturels ou économiques expliquent la transition ne justifie aucunement la réalité du phasage, qui est devenu un quasi-dogme. Comme l'objet même de la transition démographique a été de chercher à théoriser la *dynamique de la population*, les démographes, en se plaçant dans cette perspective, se sont positionnés *de facto* dans une perspective diachronique sur le long terme (observer la succession de phases), et ils ont souvent eu pour seul objectif de recherche de vérifier la conformité de telle ou telle population au modèle descriptif (par exemple, le décrochage de la fécondité au Maroc). Ce faisant, ils ont implicitement adopté une posture évolutionniste et, s'il en a été ainsi, c'est en raison d'un piège épistémologique : la focalisation sur les séries longues a inévitablement conduit à privilégier la dynamique de population, au détriment des faits proprement dits. Des champs entiers de recherche, entrant dans le paradigme de la population et du développement, se sont d'ailleurs

construits d'une manière totalement indépendante de la théorie de la transition démographique, alors même qu'ils étaient directement liés aux deux variables du schéma de la transition : la natalité et la mortalité.

Ainsi, la nuptialité et la famille, les relations intergénérationnelles, l'épidémie de Sida, la santé de la reproduction et la pauvreté constituent des *questions de population* en soi qui peuvent, par exemple, être totalement traitées – et qui l'ont été – en dehors du cadre de la théorie de la transition démographique, définie une fois encore en tant qu'*articulation* de séries longues.

La seule voie ouverte est donc de partir des faits observés dans les pays en développement et d'en induire des explications de la baisse de la fécondité.

II. Les explications monocausales

L'insularité

Comme la fécondité avait commencé à baisser dès 1960 dans de petits territoires qui étaient en général des îles (Maurice, La Réunion, Sri Lanka, Fidji, Jamaïque), l'idée a été avancée que l'insularité favorisait la diffusion d'attitudes nouvelles à l'égard de la fécondité, le seul indicateur disponible étant à l'époque le taux de natalité (figure 18).

Figure 18. *Baisses de la natalité dans de petits territoires (1960-1970)*

Diminution entre 1960 et 1970			
Jamaïque	- 13,8 %	Costa Rica	- 28,0 %
Sri Lanka	- 16,2 %	Réunion	- 31,1 %
Guadeloupe	- 20,7 %	Maurice	- 33,2 %
Martinique	- 22,1 %	Trinité-et-Tobago	- 34,7 %
Malaisie occidentale	- 23,7 %	Singapour	- 35,4 %
Tunisie	- 21,7 %	Hong Kong	- 42,0 %

Source : Conférence de Bucarest, 1974, E/Conf60/3, cité par Charbit, 1975.

L'insularité, en tant que simple caractéristique

géographique, n'explique rien, mais elle a incontestablement une dimension psychosociologique et sociale. Plusieurs des petits pays qui figurent sur la [figure 18](#) associent une densité élevée à l'insularité et fonctionnent comme des espaces sociaux relativement clos. Ils se caractérisent par une interconnaissance plus poussée entre les individus que dans de vastes territoires. Et même quand ils connaissent une émigration internationale, les migrants de retour diffusent dans leur société d'origine de nouveaux modèles de comportement. De plus, l'action sanitaire et sociale y est plus facile et efficace, car les distances sont moins importantes. Dans ces conditions, l'adoption par les populations de la contraception y est plus rapide, comme nous l'avons mis en évidence dans une enquête réalisée en 1975 en Guadeloupe et en Martinique.

Cette séduisante explication se heurta très vite à plusieurs objections majeures : si les phénomènes d'interconnaissance sont pertinents, alors quel est le rôle des cultures qui imprègnent ces sociétés ? On pense ici au confucianisme à Hong Kong, à Singapour et en Malaisie, dont on s'accorde à penser qu'il favorise un pragmatisme économique favorable à l'adoption de la contraception. Par ailleurs, pour la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion, le statut de département

d'outre-mer a lourdement pesé. La France, qui s'inquiétait de la croissance rapide de la population, y a mis en œuvre bien plus vite qu'en métropole la loi votée en 1967 sur la contraception (loi Neuwirth), relayant l'action d'associations privées très efficaces sur le terrain depuis plusieurs années. Quant à la Tunisie, ni densément peuplée ni insulaire, le facteur clé fut sans aucun doute la politique très volontariste de Bourguiba, qui promulgua en 1956 le Code du statut personnel, conférant aux femmes un statut très en avance sur tous les autres pays arabes, et mit en place une politique de population efficace. Comment, enfin, expliquer la baisse de la fécondité qui se produit ensuite dans de grands États (Mexique, Chine) ou même dans des continents entiers (Amérique latine) ?

La baisse de la mortalité infantile

On a ensuite observé une remarquable correspondance, voire un parallélisme, entre la baisse de la mortalité infantile et celle de la natalité entre 1960 et 1980 ([figure 19](#)) et tenté, cette fois, de proposer une interprétation centrée sur le changement de comportement des couples face à la baisse de la mortalité infantile, indépendamment du contexte géographique.

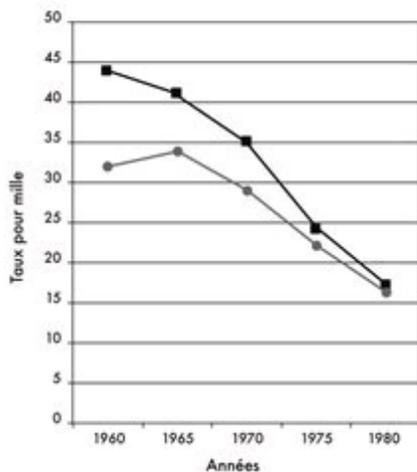
À Singapour, par exemple, une baisse de 35,4 % de la natalité ([figure 19](#)) a été concomitante d'une baisse du taux de mortalité infantile de 41 % et, à Hong Kong, toujours entre 1960 et 1970, la baisse de la natalité était de 42 % pour une baisse du taux de mortalité infantile de 52 %. S'agissait-il d'une simple coexistence ou d'une véritable relation causale ? Une chaîne de causalités semblait s'imposer. Dans des sociétés sans système de protection sociale, les enfants constituent une assurance vieillesse. Lorsque la mortalité infantile est élevée, les couples doivent mettre beaucoup d'enfants au monde pour qu'au moins deux ou trois atteignent l'âge adulte et prennent en charge les vieux parents

lorsqu'ils ne seront plus en état de subvenir à leurs besoins. Ainsi, la mortalité infantile doit baisser préalablement à la fécondité, et dès que les populations en ont pris pleinement conscience, ce mécanisme de « naissances de remplacement » ne joue plus.

Figures 19a, 19b, 19c, 19d

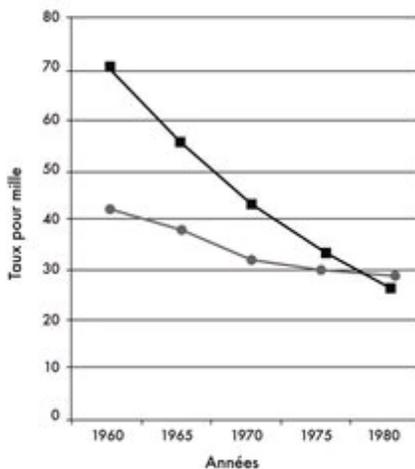
Baisses de la mortalité infantile et de la fécondité (1960-1980)

CUBA



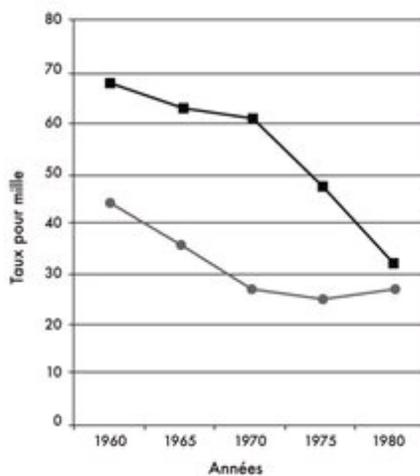
■ Taux de mortalité infantile
● Taux de natalité

MALAISIE



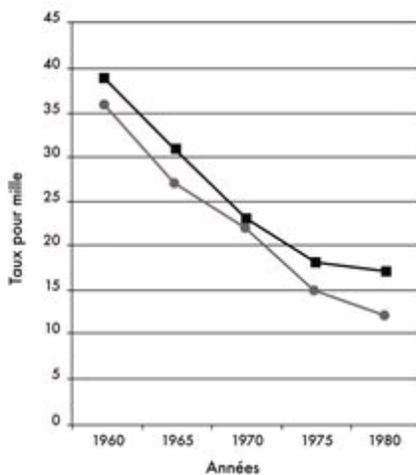
■ Taux de mortalité infantile
● Taux de natalité

MAURICE



■ Taux de mortalité infantile
● Taux de natalité

SINGAPOUR



■ Taux de natalité
● Taux de mortalité infantile

Source : Nos calculs d'après les données de Population Division, United Nations Secretariat, 2010 Revision.

La faiblesse de l'argument est que la mortalité infantile et la baisse de la fécondité pourraient être, en réalité, deux conséquences de variables sous-jacentes, mais non prises en compte dans le raisonnement : le développement économique et l'amélioration du niveau de vie. La réalité est, en effet, beaucoup plus complexe et ne se réduit pas à une simple relation *mécanique* entre la mortalité infantile et la fécondité. D'une part, le développement influe sur la mortalité infantile au niveau des États et des familles, d'autre part, il agit aussi sur la fécondité à ces deux niveaux. En ce qui concerne la mortalité infantile, la croissance économique du pays permet des investissements qui améliorent l'offre de soins, mais aussi les transports, facilitant l'accès aux soins et diminuant la mortalité infantile. De même, les familles bénéficient de revenus plus importants et peuvent, une fois les besoins essentiels assurés, en premier lieu l'accès à la nourriture et à l'eau, dépenser plus pour la santé et l'éducation des enfants, ou encore améliorer le logement, tous facteurs qui contribuent à réduire les risques de maladie et donc de mortalité infantile. En outre, l'éducation des mères est décisive. Le fatalisme

prévaut là où la mortalité infantile est très forte (« Dieu me l'a donné, Dieu me l'a repris », nous a déclaré une femme sénégalaise). Les pratiques nocives à la santé sont plus facilement combattues si la mère a des notions d'hygiène (un biberon doit être stérilisé). Par ailleurs, le développement influe sur la fécondité par des mécanismes largement indépendants de ceux de la mortalité infantile. Au niveau des États, les revenus générés par le développement permettent de créer ou d'améliorer les infrastructures et donc d'étendre l'offre en matière de santé et d'éducation, le plus souvent au bénéfice des zones rurales, jusqu'alors délaissées.

Les deux photographies ci-contre illustrent la réalité des conditions sanitaires dans les villes et les risques épidémiologiques qui en résultent.

Les comportements des familles changent aussi avec le développement. On observe très généralement une amélioration du statut de la femme, d'abord liée à l'élévation de leur niveau d'instruction, puisque la généralisation de l'éducation (primaire, puis secondaire et supérieure) se traduit en pratique par un rééquilibrage des taux de scolarité au bénéfice des filles. En effet, elles étaient jusqu'alors sacrifiées quand les parents avaient à choisir entre scolariser leurs

garçons ou leurs filles. Enfin, avec une instruction plus poussée, se diffuse dans les jeunes couples, souvent en rupture avec la position des parents, l'idée qu'il est possible et légitime de décider du nombre d'enfants.



©IRD P. Gazin



©IRD C. Costantini

En même temps, la contraception est mieux acceptée et surtout utilisée plus efficacement. Au Burkina Faso, par exemple, 44 % des femmes de niveau secondaire utilisaient fin 2010 la contraception moderne, contre 11 % des femmes analphabètes.

Bien évidemment, l'effet positif du développement est d'autant plus marqué que la répartition de la richesse n'est pas trop inégalitaire. C'est dire que le développement a une dimension politique qui ne doit pas être sous-estimée. On le voit bien dans les pays

d'Afrique où des richesses pétrolières ou minières ont été découvertes. Le risque est alors grand que se mettent en place des processus politiques de captation de cette rente par certains groupes sociaux ou même par certaines régions, ce qui dégénère parfois en conflits. Tel est le cas du Soudan. Il n'y a donc pas de relation causale explicative directe entre mortalité infantile et fécondité.

Le recul de la religion : le paradoxe iranien

Il est courant de penser que la religion favorise une fécondité élevée et qu'elle est un facteur de résistance au changement démographique. Le recul de la religion, du fait d'un processus de sécularisation des attitudes et des comportements, serait-il alors une condition de la baisse de la fécondité ? Dans les années 1960, on évoquait le natalisme de la religion catholique (« croissez et multipliez ») pour prédire l'impossibilité de l'adoption de la contraception pour les couples et donc l'improbabilité de la baisse de la fécondité.

En réalité, à partir des années 1960, la fécondité a diminué de moitié en dix ou quinze ans dans plusieurs pays d'Amérique latine et de la Caraïbe. Quelle qu'ait pu être l'influence du catholicisme, l'erreur du pronostic tient à plusieurs facteurs. Tout d'abord, les positions prises sur le terrain par le clergé catholique local ont pu diverger fortement des recommandations issues du Vatican. Mais cette analyse, qui *essentialise* la religion et ignore la différence élémentaire entre croyances, attitudes et pratiques, se double d'une méconnaissance de la dimension politique de la

question du contrôle de la population dans l'Amérique latine des années 1960, bien analysée par Joseph-Mayone Stycos (Stycos, 1971). L'opposition venait d'abord des milieux d'extrême gauche, sous l'influence de la doctrine communiste qui reprenait la théorie de Marx : l'accroissement du prolétariat devait accélérer les contradictions du capitalisme et précipiter son effondrement. L'opposition venait aussi des milieux de droite qui étaient, en général, au pouvoir. Hostiles aux programmes de planification familiale au nom d'une idéologie nationaliste, ils se démarquèrent du grand frère yankee, accusé de vouloir affaiblir la base démographique des États en imposant sur leur territoire un modèle de comportement dit malthusien. En face, finirent par l'emporter la gauche réformatrice et les programmes de contraception internationaux, moins marqués que ceux de la coopération américaine et présentant la contraception comme le moyen pour les familles de sortir du cercle vicieux forte fécondité/pauvreté. Enfin, des femmes, en général bourgeoises, assumant clairement leur désir d'avoir un ou deux enfants seulement, servirent de modèle aux autres.

Le rôle supposé du facteur religieux a été réaffirmé au cours des années récentes à propos de l'islam, mais qu'en est-il vraiment ?

Figure 20. Évolution de la fécondité et % de musulmans dans divers pays (1970-2010)

Pays	Nombre d'enfants		% de musulmans
	1970-1975	2012	
Afghanistan	7,7	6,2	100
Algérie	7,34	2,9	100
Arabie Saoudite	7,3	2,8	97
Bangladesh	6,1	2,3	90
Égypte	5,7	2,9	95
Indonésie	5,2	2,3	88
Iran	6,4	1,9	99
Jordanie	7,8	3,8	98
Koweït	6,9	2,3	95
Libye	7,6	2,6	97
Maroc	6,9	2,3	99
Ouzbékistan	6,3	2,6	96
Pakistan	6,6	3,6	96
Syrie	7,5	3,0	92
Tadjikistan	6,8	3,3	84
Tunisie	6,2	2,1	99
Turkménistan	6,2	2,4	93
Turquie	5,3	2,0	98
Yémen	8,5	5,2	99

Sources : 1970-1975, TVIII.16, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects*.

The 2004 Revision. Highlights, New York, 2005 ;

2012 : Population Reference Bureau ; *Pew Forum on Religion & Public Life*, 8 octobre 2009.

L'évolution de la fécondité dans la plupart des pays

où la religion musulmane est très largement majoritaire se caractérise par une baisse spectaculaire de celle-ci en une quarantaine d'années ([figure 20 ci-dessus](#)). La simple liste de ces pays suggère que l'islam est imbriqué dans des contextes politiques, sociaux, économiques et culturels si différents qu'il ne peut être invoqué comme un facteur *commun* de résistance à la baisse de la fécondité. La Turquie a, certes, bénéficié d'une laïcisation à marche forcée depuis Kemal Atatürk, mais pourquoi et comment, en dépit de l'islam wahhabite de l'Arabie Saoudite, la fécondité a-t-elle diminué dans ce pays ?

Mais c'est l'Iran qui fournit la meilleure démonstration de l'erreur commise en considérant que l'islam, en tant que tel, pourrait être un facteur de blocage de la baisse de la fécondité. En 1967, le gouvernement du shah avait mis en place le premier programme de planification familiale, mais à la veille de la Révolution khomeyniste de 1979 il n'avait atteint aucun résultat significatif. En 1979, la République islamique, tout en autorisant l'usage des contraceptifs, a suspendu les programmes de planification familiale sans définir formellement sa politique de population. Mais en ramenant, selon les règles de la *charia*, l'âge minimum légal au mariage des femmes et des hommes

à 9 ans pour les filles et 15 ans pour les garçons, en redonnant aux hommes le droit unilatéral au divorce et à la polygamie, en abolissant la loi légalisant l'avortement et, enfin, en cultivant la division traditionnelle entre sphère sociale masculine et sphère familiale féminine (Ladier-Fouladi, 2009), le régime khomeyniste s'affirmait fortement pronataliste. De plus, avec la guerre contre l'Irak, les familles furent appelées à remplir les rangs de « l'armée des 20 millions ». Pourtant, en dépit de ce contexte juridico-politique défavorable, la fécondité, contre toute attente, commença à diminuer (de 6,9 à 5,3 enfants) en 1989, date à laquelle la République islamique revint sur sa position initiale pour adopter une politique néomalthusienne. En 1989, le retournement de la politique de population fut justifié ainsi : « Le guide suprême peut modifier la loi islamique en fonction des circonstances¹⁷. » Dans la mesure où 50 % des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans recouraient déjà aux pratiques contraceptives modernes ou traditionnelles, malgré l'absence de propagande sur la limitation des naissances entre 1979 et 1989 – ce qui était le signe d'une ferme motivation des femmes –, le second programme de planification familiale connut un accueil très favorable et accéléra le recul de la fécondité. Celle-ci passa de 4,8 enfants par femme en 1990 à 1,9 en

2012, faisant de la transition démographique iranienne l'une des plus rapides au monde : en l'espace de dix-sept ans (1986-2003), la fécondité a baissé de près de 70 %. Deux facteurs furent décisifs : l'augmentation régulière de l'âge moyen au premier mariage des femmes (de 19,7 ans en 1976 à 24 ans en 2006) et surtout la contraception : dès 2000 les trois quarts des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisaient des moyens contraceptifs modernes ou traditionnels.

Mais ce constat ne fait que déplacer la question. Pourquoi ce recul de l'âge au mariage et ce recours accru à la contraception ? Le contexte socioculturel et politique est décisif. Dans ce pays qui ne cesse de s'urbaniser, passant de 47 % à 68 % entre 1976 et 2006, l'alphabétisation a aussi fortement progressé : de 59 % à 89 % parmi les hommes et de 35 % à 80 % parmi les femmes. Ainsi, la très grande majorité des femmes urbaines et un peu plus des deux tiers des femmes rurales ont des relations de couple assez largement égalitaires (Ladier-Fouladi, 2009). Le deuxième facteur est lié à la guerre contre l'Irak (1980-1988). En dépêchant sur le front les soldats et les appelés de l'armée régulière, les troupes des Pasdaran et les volontaires devenus par la suite les Bassidji (mobilisés), la République islamique n'éprouva pas la

nécessité de décréter la mobilisation générale. En conséquence, la guerre n'eut pas un impact démographique direct, et le nombre des victimes fut bien plus modéré qu'on ne l'a cru (pour les huit années de guerre, le nombre des victimes militaires et civiles s'éleva à 200 000 personnes).

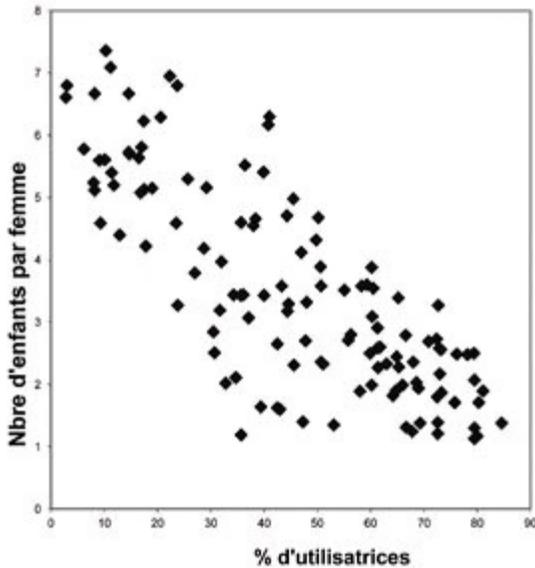
Mais au coût de 500 milliards de dollars s'ajouta, pour 300 milliards de dollars, la reconstruction postconflit. Surtout, dans cette économie fortement dépendante du pétrole, le contre-choc pétrolier de 1984-1990 et la crise économique ont aggravé le chômage et contraint l'État islamique à réduire les subventions de tous les services et produits de consommation. Si le gouvernement procéda à un virage radical dans sa politique de population, qu'illustre la loi n° 13985 citée ci-dessus, en dépit de la réaffirmation constante de la prééminence du caractère théocratique du régime, c'est parce qu'il était bel et bien contraint au compromis. En effet, avec la crise il était nécessaire pour les couples d'avoir un deuxième salaire, tandis que le régime ne cessait d'être contesté par les jeunes et les femmes, d'où une fragilisation de la base sociale du régime qui le conduisit inéluctablement à assouplir sa position. En résumé, l'Iran est un cas d'école de l'instrumentalisation de la religion par le politique (voir

ci-dessus le revirement de 1989) et la religion, en soi, n'explique rien.

La contraception et les politiques de population : le Kenya

Depuis les années 1950, de plus en plus de pays ont organisé avec efficacité l'accès à la contraception moderne, permettant ainsi aux couples qui le souhaitent d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent. Tous les indicateurs concordent. Une étude ancienne, portant sur 93 pays en développement, avait déjà montré qu'en sept ans à peine (1968-1975) le nombre d'enfants par femme avait diminué de 0,21 enfant là où les campagnes de promotion de la contraception étaient « faibles », de 0,96 enfant pour les endroits où elles étaient d'intensité « moyenne » et de 1,16 enfant là où elles étaient « actives ». Pour mettre en évidence la relation entre la fécondité et la contraception, il suffit de calculer la corrélation entre ces deux variables. Tel est l'objet de la **figure 21** qui porte sur 25 pays en développement.

Figure 21. Relations entre la fécondité et la contraception



Source : données du PNUD.

La corrélation est forte ($r = - 8$)¹⁸ et négative : plus la prévalence contraceptive augmente, plus la fécondité baisse. Mais dans le domaine des sciences sociales, une corrélation n'est jamais parfaite, et on voit bien sur le graphique qu'un même niveau de prévalence (par exemple 40 % de femmes mariées utilisant la contraception) peut correspondre à des fécondités sensiblement différentes, variant entre deux et six enfants par femme. L'explication est simple : la contraception n'est pas le seul déterminant de la fécondité, d'autres variables interviennent, en

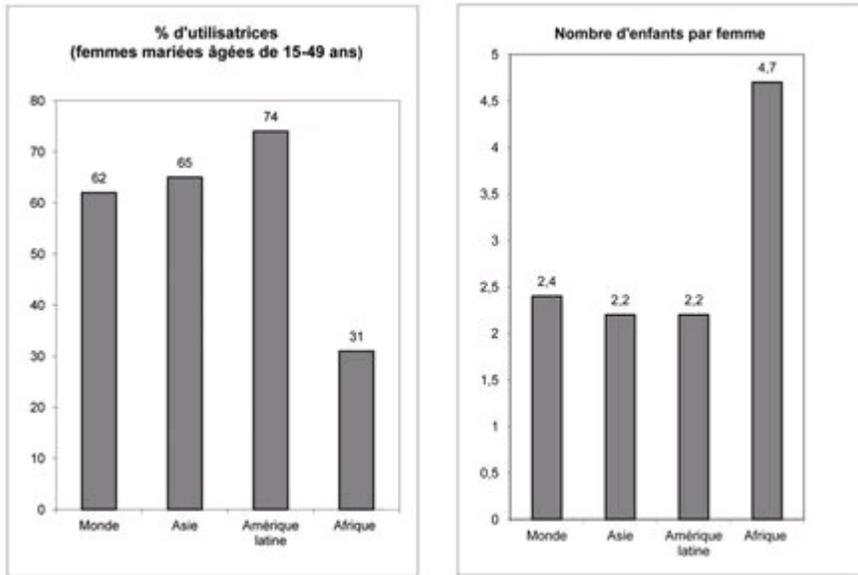
particulier la nuptialité. Plus la femme se marie tard, moins de naissances surviendront au cours de sa vie génésique, qui s'étend de la puberté à la ménopause (15 à 49 ans).

Moins connu que le recul de l'âge au mariage est le rôle de l'instabilité de la nuptialité (divorces, séparations de fait, etc.). Dans la Caraïbe (Charbit, 1987), cette instabilité des unions, qui tient à divers facteurs socioculturels qu'il est impossible de résumer ici, peut se traduire par de longues périodes de solitude pour les femmes ; leur fécondité est nécessairement plus faible que si elles étaient restées constamment mariées. Une autre variable, beaucoup plus difficile à mesurer, est l'avortement qui est utilisé dans plusieurs pays comme un substitut de la contraception. En Corée par exemple, dans les années 1960-1970, une grossesse sur deux aboutissait à une naissance vivante et l'autre était interrompue par un avortement.

Quoi qu'il en soit, dans l'ensemble des pays en développement, la proportion de femmes mariées utilisant la contraception a évolué de manière spectaculaire (9 % en 1960, 60 % vers 2000).

***Figures 22a et 22b.** Comparaison entre l'utilisation de la contraception et la fécondité*

(Monde et continents, 2012)



Source : Population Reference Bureau, 2012.

Cependant, les figures 22 montrent le décalage entre l'Afrique et les autres continents. Les chiffres indiqués sur le graphique 22a portent sur toutes les méthodes, qu'elles soient traditionnelles (donc peu efficaces) ou modernes. Or, moins la prévalence contraceptive est élevée (cas de l'Afrique), moins les couples utilisent des méthodes modernes. L'écart entre les continents est encore plus marqué si l'on s'en tient aux seules méthodes modernes : 26 % pour l'Afrique contre 67 % pour l'Amérique latine et 59 % pour l'Asie.

Que penser de cette relation entre fécondité et contraception ? Admettons, avec le démographe américain Ansley Coale (1973), que trois conditions doivent être réunies pour que la fécondité baisse : qu'elle soit l'objet d'un calcul conscient (*readiness*), que la réduction du nombre d'enfants soit perçue comme avantageuse (*willingness*), que la contraception soit disponible (*accessibility*). Dans ces conditions, ce qui est décisif est la rencontre entre la « demande », par les couples désireux de restreindre leur fécondité, et l'offre de contraception. L'analyse révèle alors une réalité beaucoup plus complexe que nous illustrerons par deux configurations opposées. La première privilégie une approche anthropologique pour éclairer la faible prévalence en Afrique subsaharienne, la seconde, plus sociologique et institutionnelle, permet de comprendre comment la pratique de la contraception a pu augmenter en peu de temps.

Partons de la typologie qui distingue les méthodes modernes (pilule, stérilet, diaphragme, préservatif) des méthodes traditionnelles. En Europe, ces dernières sont principalement le retrait et l'abstinence périodique, dite méthode Ogino, et bien sûr l'avortement (clandestin en France jusqu'à la loi Veil de 1974), qui est utilisé comme un substitut de la

contraception ; mais au lieu de prévenir la grossesse, il permet, après la conception, d'éliminer le fœtus. Ce sont ces méthodes qui ont permis aux couples français de considérablement réduire leur fécondité à partir du XVIII^e siècle, donc bien avant l'invention de la contraception moderne. En Afrique, trois méthodes régulent la fécondité avec plus ou moins d'efficacité : l'allaitement, le tabou post-partum, c'est-à-dire l'interdiction de relations sexuelles pendant une période d'au moins quarante jours après la naissance de l'enfant et enfin des pratiques qui ont une dimension qu'il faut bien qualifier de magique, tant que leur efficacité pour prévenir une nouvelle naissance n'aura pas été prouvée scientifiquement telles que les amulettes et autres grigris (portés au bras ou en ceinture autour du ventre) ainsi que des pratiques postérieures à la naissance, telles que l'enterrement du placenta.

S'agit-il réellement de méthodes contraceptives ? La rationalité sous-jacente à ces pratiques est, à notre sens, totalement indépendante d'une logique, disons « occidentale », de pure réduction de la fécondité. En effet, les sociétés ouest-africaines ont de tout temps fortement valorisé la fertilité de la femme, au point que dans certaines ethnies une jeune fille doit avoir prouvé

par une grossesse, résultant de relations sexuelles précoces, qu'elle sera une bonne épouse, capable de faire des enfants. Dans ces conditions, il est extrêmement douteux que les couples fassent un calcul conscient pour espacer leurs naissances ou limiter le nombre total de leurs enfants. Il est nécessaire d'élargir la perspective et de ne pas dissocier la reproduction d'une double vulnérabilité économique et sanitaire : ces sociétés reposent sur des agricultures fragiles et se caractérisent par une forte mortalité, notamment infantile. Le problème majeur qu'elles ont eu à résoudre à travers les siècles a été d'assurer la survie du groupe. Une telle question débouche nécessairement sur une problématique anthropologique, puisqu'elle revient à dire que l'homme est confronté à l'obligation d'organiser le social et le culturel par rapport au biologique, ou encore à préserver la vie face à la mort. Si l'on admet cet arrière-plan, quel est le comportement rationnel en matière de fécondité ? On pourrait penser qu'il importe, pour une ethnie donnée, que la fécondité de ses femmes soit maximale et que toute forme de contraception, moderne ou traditionnelle, doive logiquement être condamnée. De même, un moyen efficace à obtenir des femmes du groupe semble être qu'elles fassent un nombre d'enfants maximum, grâce à des mariages aussi nombreux et précoces que

possible. Ainsi, toutes les femmes contribueront à la reproduction du groupe. On peut ajouter que le lévirat permet, en cas de décès du mari, de remarier la veuve au frère du défunt : elle peut donc continuer à produire des enfants, et ceci de manière commode puisque sa main-d'œuvre, voire les parcelles qu'elle possède, reste en quelque sorte dans la famille.

Ce raisonnement, pour séduisant qu'il soit, repose sur le postulat implicite que la meilleure solution est que la fécondité soit maximale. Mais c'est oublier la réalité, et précisément les conditions de survie. Que se passe-t-il, en effet, si une femme qui vient d'accoucher redevient rapidement enceinte ? C'est ici qu'intervient le rôle de l'allaitement : on le sait, le lait maternel protège le nouveau-né contre les maladies infectieuses, au moment même où il est le plus fragile. Une mère confrontée à la survenance d'un nouveau-né, alors qu'elle est encore en train d'allaiter l'enfant précédent, n'a guère d'autre choix que de sevrer l'enfant précédent pour donner son lait au plus jeune. Du coup, l'enfant sevré va être réduit aux conditions alimentaires du groupe et va souffrir de malnutrition. En 1972, une enquête avait parfaitement mis en évidence, au Sénégal, un résultat atypique : outre la traditionnelle pointe de mortalité avant 1 an, on observait une

nouvelle hausse des décès au moment du sevrage, vers 2-3 ans. En d'autres termes, la succession de grossesses trop rapprochées se traduit par une aggravation des risques de mortalité infantile, donc par un gâchis au regard de l'objectif de reproduction du groupe.

Cette logique n'est pas une construction théorique du démographe. Dans la société Wolof, au Sénégal, une expression condamne les grossesses trop rapprochées : loin d'être valorisée, on dit de la femme qu'elle souffre de « *nef* ». Continuons à dérouler l'argument. Le tabou post-partum, s'il réduit le risque de grossesse, ne s'analyse pas nécessairement en tant que moyen contraceptif. Ici encore, les dictons populaires sont extraordinairement parlants : on affirme que « le sperme gâche le lait », exprimant par là qu'une reprise trop précoce des relations sexuelles aggrave le risque de mortalité infantile. Quel est alors le rôle de la polygamie ? Il est indéniable que sa fonction économique et sociale est de concentrer la force de travail et les possibilités de reproduction des femmes entre les mains des hommes les plus âgés et les plus riches, les seuls en mesure d'entretenir plusieurs épouses. La polygamie assure donc la suprématie sociale et économique des hommes les plus âgés sur les

plus jeunes, en leur fermant l'accès au marché matrimonial. Cependant, elle s'inscrit aussi dans la problématique que nous privilégions. Une phrase revient parfois dans les entretiens réalisés sur le thème de la fécondité et de la famille : la polygamie permet à l'homme de « laisser tranquille la femme qui vient d'accoucher ». Autrement dit, l'homme dispose de ses autres épouses comme partenaires sexuelles. D'ailleurs, pour renforcer encore davantage cette protection contre le risque de relations sexuelles, il est courant que la femme retourne physiquement vivre chez ses propres parents après l'accouchement. C'est donc bien dans une logique de reproduction du groupe, et non de contraception au sens de la rationalité occidentale, que doit s'analyser la combinaison de l'allaitement, du tabou post-partum et de la polygamie dans les pratiques autour de la maternité.

Cet exemple illustre un modèle de comportement, en matière de fécondité, qui tire sa cohérence de son substrat culturel et social. Que se passe-t-il lorsque des sociétés qui valorisaient la fécondité sont soumises à l'influence des politiques de population, qui promeuvent un changement dans le sens de la famille restreinte ? Répondre à cette question nécessite une analyse sociologique et économique plutôt

qu'anthropologique. Prenons l'exemple du Kenya. En 1977, l'Enquête mondiale sur la fécondité avait révélé qu'il détenait le record mondial de fécondité avec 8,3 enfants par femme. En 2012, dans ce pays rural à 72 %, où 31 % des femmes en âge de procréer sont analphabètes, la baisse de la fécondité est très marquée : 4,4 enfants, soit une diminution de 47 % en 35 ans. Que s'est-il passé ?

La contraception a certainement permis aux femmes kényanes de réduire leur fécondité. L'offre de contraception, mais plus généralement les prestations en matière de santé se sont améliorées avec le plan quinquennal de 1975-1979 : autorisation de l'avortement pour protéger la santé de la femme, aide aux couples en cas de stérilité, fourniture gratuite et décentralisée des services de planification familiale. Mais l'explication par le seul comportement d'une élite de « femmes pionnières » ne suffit pas. En 2008, 46 % des femmes urbaines et, fait encore plus notable, 37 % des femmes rurales, et même 12 % des femmes analphabètes utilisaient une méthode moderne de contraception (Kenya National Bureau of Statistics, 2010). Plusieurs facteurs socio-économiques et institutionnels expliquent le changement dans le comportement des femmes, mais aussi des hommes, et

ceci, en ville comme en milieu rural. D'importantes mesures législatives ont été prises : l'âge minimum au mariage a été fixé à 18 ans pour les femmes et à 20 ans pour les hommes, et de nouvelles lois foncières et successorales ont considérablement accru les droits des femmes. Elles interdisent à l'homme de vendre les terres dont les femmes et leurs enfants ont besoin pour subsister. Une des lois prévoit que toutes les personnes en ligne directe qui étaient à la charge du défunt (ses veuves, ses fils et ses filles) doivent hériter de ses biens et, en l'absence de testament, le partage égalitaire s'impose. Le résultat a été de faire prendre conscience aux hommes des conséquences d'une fécondité élevée, puisque chaque naissance supplémentaire réduit les parts d'héritage, et surtout d'accroître l'autonomie des femmes. Simultanément, on a observé que la dot tend à perdre son importance et même à disparaître dans certaines ethnies.

Enfin, à partir de 1979, la principale association féminine a joué un rôle décisif dans la promotion de la planification familiale, non seulement par l'organisation de campagnes d'information, mais aussi en offrant des services en milieu rural et en améliorant l'autonomie des femmes grâce à des projets de développement économique. Ainsi, le développement

social, associé à un effort pour mettre à la disposition de la population la contraception, a pu efficacement contrebalancer le système de valeur nataliste.

Le foncier : la saturation des terres au Rwanda

Puisque pendant plusieurs décennies les populations ont été essentiellement rurales, l'hypothèse d'une relation entre la croissance démographique et la disponibilité en terres cultivables mérite d'être explorée. Que se passe-t-il lorsqu'il n'y a pas de pression sur la terre, comme c'est le cas pour les populations qui vivent dans les fronts de peuplement et procèdent, par exemple, à des défrichements forestiers ? Inversement, en quoi la saturation des terres, liée à leur surpeuplement, est-elle susceptible de réduire la fécondité ?

Dans la forêt tropicale amazonienne, par exemple, en 1990 les colons équatoriens avaient un nombre de huit enfants par femme, tout à fait comparable à celui observé dans des zones frontalières au Brésil (8,3) et au Pérou (8,4), et cette fécondité était bien supérieure à celle mesurée partout ailleurs, en milieu urbain et dans le reste du milieu rural. De même, aux Philippines, en 1952, une enquête avait montré que parmi les femmes en fin de vie féconde (45 à 49 ans) le nombre d'enfants

variait de 4,8 à 7 lorsque la taille de l'exploitation passait de 1 à plus de 4 hectares. Des enquêtes plus récentes confirment cette relation au Bangladesh, en Inde, au Mexique, au Brésil, en Égypte et en Thaïlande. Ici encore, les comparaisons historiques sont éclairantes : la fécondité était très élevée aux États-Unis dans les zones frontalières, lors de la conquête de l'Ouest. Derrière le constat empirique, la logique est économique : la survie des colons dépend de leur main-d'œuvre familiale, donc de leur fécondité, alors que le coût des enfants est quasi nul : pas d'école ni d'offre de soins sur ces fronts pionniers où tout est à construire (données tirées de Carr et Pan, 2002).

En revanche, dès lors que la croissance démographique sature l'espace et stabilise les populations, la réduction progressive des surfaces disponibles par famille peut aboutir à un morcellement tel que les familles ne peuvent plus vivre de la terre. En France, les contemporains s'interrogeaient au milieu du XIX^e siècle sur la baisse de la fécondité dans les campagnes. Ils évoquaient le partage égalitaire institué par le Code civil napoléonien comme la cause du fractionnement ; il est cependant très probable que les pratiques coutumières aient tourné la loi dans plusieurs régions de France. Mais si le rôle réel de ce

facteur institutionnel n'est toujours pas élucidé, la motivation économique liée à la taille des exploitations ne fait pas de doute. Face au démembrement des exploitations agricoles, les petits paysans propriétaires avaient mis au point une stratégie efficace : ils mariaient leur fils unique avec la fille non moins unique du voisin, ce qui permettait à chaque génération successive de regrouper les terres.

Cette hypothèse de la saturation de la terre est importante pour les pays en développement aujourd'hui. Un des arguments opposés par certains idéologues aux programmes de population visant à faire baisser la fécondité est le sous-peuplement du continent africain. C'est oublier que la superficie totale d'un pays est un indicateur très insatisfaisant, seules les terres arables pouvant produire de quoi nourrir la population. De fait, on observe des écarts considérables entre les densités au bord des grands fleuves (Niger, Sénégal, Nil) et des zones distantes d'à peine quelques kilomètres du lit de ces fleuves. En ce sens, il est inexact d'affirmer que l'Afrique est sous-peuplée. Finalement, face à la saturation des terres, deux solutions s'offrent aux populations rurales : la réduction de la fécondité ou l'exode rural. Mais la seconde pose le problème de l'urbanisation dans les

pays en développement : les villes ne peuvent absorber les excédents ruraux qu'au prix de difficultés croissantes (dégradation de l'environnement, infrastructures saturées), et les nouveaux venus sont confrontés à des difficultés aussi grandes qu'en milieu rural. Les prévisions de croissance de certaines villes ont d'ailleurs dû être revues à la baisse.

Le Rwanda, où la densité sur les terres arables dépasse les 500 habitants au km², semble être un cas d'école. La population rurale dépendant de la terre a augmenté de 27 % depuis 1984 et, en 2002, 72 % des ménages ruraux possédaient moins de 0,75 hectare (dont 43 % moins de 0,5 et 17 % moins de 0,25 hectare). En outre, l'augmentation des terres cultivées s'est produite aux dépens des pâturages, jachères et superficies boisées, qui sont passées de 22 % du territoire du pays en 1990 à 7 % en 2002. La terre est donc maintenant cultivée plus intensivement, sans laisser le temps au sol de se reconstituer. On constate une chute du nombre de calories par personne et par jour et, en 2002, le niveau de 1984 (avant le génocide) avait à peine été retrouvé (Mpyisi, Weber, Shingiro et Loveridge 2004). Comme l'exprime un responsable rwandais :

« 80 % de notre population vit de la terre. Par le passé, plus un paysan avait d'enfants, plus il était riche. Mais ça a radicalement changé. À présent, plus d'enfants engendrent plus de frais de scolarité et de santé pour le paysan et moins de terre en héritage pour chaque enfant » (*Jeune Afrique*, 2012).

Mais alors pourquoi, en 2010, au Rwanda la population augmente-t-elle au rythme de 2,9 % par an avec une densité moyenne de 431 habitants au km² et avec à peine 19 % de population urbaine ? Pourquoi, surtout, le nombre d'enfants est-il encore de 5,3 enfants par femme ? Le maintien d'une fécondité élevée s'explique par la possibilité de nourrir cette population en expansion. La fertilité des sols et une bonne pluviométrie, liée à l'altitude, permettent deux saisons de culture. Les paysans ont ainsi pu compenser la croissance des besoins alimentaires en réduisant les jachères au profit des terres cultivées, en intensifiant la culture des sols, en combinant des cultures vivrières associées à la bananeraie et aux autres cultures de rente, le café et le thé.

En d'autres termes, au Rwanda comme dans d'autres pays d'Afrique, tels l'Ouganda ou le Burkina Faso, l'agriculture devient de plus en plus intensive, avec un fort input de main-d'œuvre, celle-ci étant largement excédentaire. Si tel n'avait pas été le cas, l'exode rural aurait été et serait encore bien plus important qu'il ne l'est. L'erreur vient d'un pronostic pessimiste sur la capacité des paysans à répondre à la pression démographique : en 1948 le pays comptait 1,8 million d'habitants, 4,5 millions en 1978 et 10,9 millions en 2011.

Que réserve l'avenir ? À chaque étape de cette croissance démographique, les experts considéraient le pays en état de surpeuplement, constat démenti de décennie en décennie¹⁹. On pourrait donc penser que les atouts du Rwanda laissent encore une marge de manœuvre pour la croissance. On peut, en sens inverse, observer que l'augmentation des rendements n'est pas illimitée et que, tôt ou tard, la saturation de la terre contraindra à une réduction de la fécondité ou à un exode rural. Les dernières années ont tranché. En 2012, le taux de croissance n'était plus que de 2,2 % par an contre 2,9 % en 2008 ; en outre, la fécondité a baissé, passant de 7,6 à 5,3 enfants par femme aux mêmes dates. Cette diminution résulte directement

d'une forte augmentation de la demande de contraception entre 2005 et 2010. L'utilisation de moyens contraceptifs a augmenté de 50 % en quelques années, et l'on comptait 45 % de femmes utilisatrices des méthodes modernes en 2012. La cause majeure est la mise en place d'un programme de planification familiale particulièrement actif depuis le milieu des années 2000, caractérisé par des campagnes de sensibilisation dans les médias et une augmentation de l'offre de contraception. On pourrait considérer que la saturation des terres est à l'origine de cette demande de contraception. Cependant, au moins trois facteurs doivent être invoqués, qui n'ont, à l'évidence, aucun lien direct avec la pression sur le foncier. Le premier est la fin de l'instabilité politique et de la guerre civile des années 1990, le deuxième est la croissance économique et le troisième est une augmentation de la scolarisation dont ont surtout bénéficié les femmes (Boongarts et Casterline, 2013).

II. Les explications globales : famille et société

Nous avons évoqué tour à tour l'insularité, la mortalité infantile, la religion, la contraception, les politiques de population et la saturation de la terre. Bien d'autres pistes auraient pu être aussi explorées, mais chacune poserait le même problème de méthode, la fécondité étant un fait complexe, à la fois culturel, économique et social, qui implique la femme, mais aussi son conjoint, et, dans certains pays d'Afrique, sa parentèle et son ethnie. Comment croire qu'un seul facteur pris isolément puisse expliquer la mise au monde – ou non – d'un enfant ? D'ailleurs, des objections ont surgi à chaque fois, fondées sur d'autres facteurs qui ont pu jouer en même temps que celui privilégié dans l'analyse, par exemple le confucianisme quand nous discutons du rôle de l'insularité. Il faut donc s'orienter vers des explications multifactorielles. La théorie de la « modernisation des comportements » est la plus répandue, mais elle soulève immédiatement deux objections : la « rationalité de la famille nombreuse » et le « malthusianisme de pauvreté », qui elles-mêmes se révèlent discutables.

La modernisation socioculturelle

Selon la théorie de la modernisation socioculturelle, avec le développement économique, l'urbanisation et l'élévation du niveau général d'instruction, la famille perd son importance en tant qu'unité de production, les femmes exercent de plus en plus d'emplois rémunérés et diverses activités autres que ménagères ou familiales. Tous ces changements contribuent à alourdir les frais à engager pour élever les enfants et font que ceux-ci participent de moins en moins au revenu familial. Le nombre d'enfants que les couples estiment avoir les moyens d'élever tend également à diminuer au fur et à mesure que s'accroissent les exigences quant au niveau de vie de la famille et à celui de l'éducation à dispenser aux enfants. Les données des enquêtes internationales montrent que ce modèle de comportement s'applique assez bien aux femmes instruites et qui vivent en milieu urbain. Elles se marient plus tard et font moins d'enfants, grâce à une utilisation bien maîtrisée de la contraception. On parle souvent à leur sujet de « pionnières », susceptibles d'entraîner, par un effet d'imitation, les autres femmes, dans une logique de fécondité restreinte. Des

spécialistes ont repris cette idée : ce qui explique la baisse de la fécondité c'est la diffusion des idéaux occidentaux, favorisée par la mondialisation de la culture (Cleland et Wilson, 1987).

La théorie de la modernisation présente le défaut de généraliser, à partir des trois facteurs contextuels précités (salarariat, éducation, urbanisation) qui ont caractérisé l'évolution socio-économique des pays industrialisés, le basculement des sociétés européennes du monde rural au monde industriel moderne. Cependant, la comparaison entre les villes de la révolution industrielle, par exemple Manchester ou Lille, et Bombay ou Le Caire, doit être sérieusement nuancée. Alors que les premières étaient créatrices d'emploi et de richesse, la croissance des grandes mégalo-poles des pays en développement, et sans doute de plusieurs milliers de villes moyennes, s'explique surtout par l'accumulation de populations pauvres d'origine rurale qui tentent de survivre. Elles contribuent à aggraver une urbanisation, en partie anarchique, en s'accumulant dans des quartiers périphériques, sans accès à l'eau, à l'électricité et au système de voirie. De même, la part des emplois salariés dans ces villes est sans doute bien inférieure à ce qu'elle était en Europe au XIX^e siècle, puisque s'y est

surtout développée une économie informelle. Or, ce secteur, qui échappe très largement à l'impôt, rend difficile l'organisation de systèmes de protection sociale et de retraite. Contrairement aux pays industrialisés, qui ont vu s'organiser tout au long du XIX^e siècle la socialisation de la santé de la maladie grâce aux ressources du budget de l'État, dans les pays en développement, cette fonction de protection sociale reste l'apanage des familles.

Enfin, croissance économique ne signifie pas forcément développement social. Dans les États pétroliers du golfe Persique, l'énorme augmentation du produit intérieur brut contraste avec des taux d'analphabétisme des femmes encore très élevés : 32 % en Arabie Saoudite auxquelles s'ajoutent 12 % de femmes qui n'ont même pas terminé le cycle primaire et encore 12 % qui l'ont achevé sans prolonger leurs études. Autrement dit, plus de la moitié des femmes (32 % au Qatar) ne disposent pas d'un niveau d'instruction suffisant pour affirmer leur autonomie en matière, notamment, de choix de contraception et, plus généralement, pour jouer des rôles sociaux que l'on associe habituellement à la modernisation, à savoir une autonomie économique et une réelle indépendance par rapport aux conjoints et à la parentèle.

La rationalité de la famille nombreuse

Au-delà de ces critiques, la modernisation est-elle d'ailleurs le seul cheminement possible ? Le défaut de la théorie est, finalement, de présupposer que tout un ensemble de conditions économiques et culturelles favorables est réuni, ce qui n'est nullement vrai dans le monde rural qui représente encore plus de la moitié de la population de l'Afrique : l'analphabétisme est important, le travail non rémunéré prédominant et le statut de la femme sensiblement inférieur à celui de l'homme. En milieu rural, les facteurs économiques façonnent aussi la réalité sociale, mais selon une tout autre logique. Il est rationnel d'avoir une famille nombreuse, parce que la famille reste une unité de production, très peu mécanisée, reposant sur la main-d'œuvre du groupe domestique (femmes, enfants et autres parents hébergés), et que les coûts de l'enfant en matière d'éducation, de santé et de logement sont nuls ou faibles.

En l'absence de système public de couverture sociale et de retraite, ceux-ci constituent une véritable assurance multirisque, en tout cas en matière de santé

et de vieillesse. L'argument se prolonge : avoir beaucoup d'enfants permet de satisfaire prioritairement les besoins en main-d'œuvre pour la production agricole, surtout dans le cas des familles vivant en autosubsistance. Une fois satisfaite cette condition de survie, les enfants « excédentaires » peuvent être orientés vers des métiers d'artisan et, mieux encore, le chef de famille peut investir dans leur éducation en les envoyant dans une ville voisine. Ceci revient, certes, à réduire l'aléa climatique qui pèse sur les revenus de l'agriculture et donc la vulnérabilité.





© IRD, E. Bernus

Mais, en arrière-plan, le calcul probabiliste est imparable : si chaque enfant supplémentaire ne coûte presque rien, mais qu'il peut rapporter gros (réussite en ville), alors pourquoi se priver de cette possibilité ? Tout repose sur la *weltanschauung* du père de famille : sa stratégie s'étend-elle au-delà des limites du village ?

D'un point de vue socioculturel cette fois, à la famille nombreuse est associé un grand prestige, tandis que la société valorise l'autorité des parents et des anciens, ce qui ne favorise pas l'émancipation des femmes et entretient des valeurs traditionnelles orientées vers la

reproduction du groupe. C'est pourquoi les femmes sont confinées dans leur rôle de reproductrice, outre leur contribution à l'économie familiale. Il n'est pas question qu'elles envisagent un destin personnel et elles doivent se marier tôt pour répondre aux attentes du groupe familial, social ou ethnique en Afrique. Mais alors pourquoi la fécondité a-t-elle diminué aussi dans les milieux urbains pauvres, en Asie et en Amérique latine, et en milieu rural, certes de manière moins rapide que dans les villes ?

Le malthusianisme de pauvreté

Cosio-Zavala (1992) a proposé de parler de « malthusianisme de pauvreté », par opposition au malthusianisme traditionnel des milieux favorisés. Ce serait la pression de la pauvreté qui induirait, chez les plus démunis, le recours à la contraception et à l'avortement. Avec l'urbanisation et le coût croissant des enfants en ville, la pauvreté s'aggrave, et les femmes décident souvent de restreindre leur descendance, soit pour les femmes jeunes en espaçant leurs grossesses, soit pour les plus âgées en utilisant une méthode de contraception qui règle définitivement le problème de la fécondité. Pour les premières, les méthodes varient selon les pays et les orientations choisies par les programmes nationaux ou les ONG spécialisées dans le domaine (pilule et autres formes de contraception hormonale). Pour les plus âgées, les méthodes les plus utilisées sont le stérilet, la ligature des trompes et, plus rarement, la stérilisation du partenaire²⁰. Au Zimbabwe par exemple, au moment de l'enquête de 1994, l'âge médian des femmes au moment de la stérilisation était de 34 ans. Cette méthode contraceptive radicale est clairement en

contradiction avec la valorisation de la fertilité, mais ceci est vrai, plus généralement, de l'utilisation de la contraception. Aussi, les femmes n'y ont-elles recours qu'après avoir « fait leurs enfants » et répondu ainsi aux attentes de la famille et du milieu social.

Quelles que soient les méthodes utilisées, il existe donc bien un comportement commun aux milieux pauvres, qu'ils soient ruraux ou urbains. Cette théorie soulève cependant deux objections. Elle pèche, d'abord, par l'absence de mise en perspective historique : la situation actuelle des individus et des ménages est-elle vraiment plus « critique » que dans le passé ? On n'a pas fourni la preuve d'une aggravation de la pauvreté depuis les années 1950, par rapport au début du siècle : l'espérance de vie était alors beaucoup plus basse qu'aujourd'hui, signe de conditions de vie d'une dureté impitoyable. Ensuite, il n'est pas sûr que la pauvreté soit la vraie cause qui sous-tend les comportements. La situation est vécue en termes de différences perçues : la généralisation des modèles culturels liés à la mondialisation de l'information rend la recrudescence de l'écart entre riches et pauvres insupportable, surtout avec le retour à la démocratie qui a caractérisé plusieurs pays d'Amérique latine, d'Afrique et d'Asie ainsi que les aspirations qu'il a

déclenchées. Mais s'il en est ainsi, le pouvoir explicatif de la crise doit être reconsidéré : ce n'est pas tant la crise que les idéologies liées à l'évolution sociale qui sont le moteur de l'adoption de la contraception par les pauvres.

Conclusions

Finally, the only reasonable conclusion that one can draw from this sifting of possible causes of the decline in fertility is that it can correspond to several different logics, susceptible of coexisting within the same country and, *a fortiori*, within the same continent. Point of arrival, in any case, is foreseeable, in view of our initial postulate that a work of contextualization as fine and rigorous as possible must prevail over the alleged universalist syntheses. Chapter 1 had shown the great diversity – from the strictly demographic point of view – of fertility levels and growth rhythms; not only between Latin America, Asia and Africa, but also within the same continent, in particular Africa.

This leads to emphasize that the expression « Third World », forged in 1953, was without doubt striking and mobilizing, in that it referred to the Third Estate of 1789, politically and economically dominated by the two other orders, the nobility and the clergy. But this denomination has slowed the

contextualisation de l'analyse des évolutions démographiques dans ces sociétés, et tout donne à penser que l'on ne peut plus se satisfaire des généralisations à l'emporte-pièce sur le Tiers Monde, qui prévalaient encore dans les années 1970. Ainsi le Brésil, la Chine et l'Inde sont-ils des géants dont l'efficacité économique surclasse celle de bien des pays traditionnellement définis comme développés, et chacun de ces trois pays ayant son modèle de développement, il faut aussi renoncer à une vision linéaire du développement. Et même l'idée d'une mondialisation inéluctable mérite d'être relativisée. La question est plutôt de savoir comment les logiques économiques, sociales, culturelles et, bien sûr, politiques des États ou des sous-ensembles régionaux, telle l'Union européenne, vont entrer en conflit avec cette dérégulation systématique que l'on qualifie de globalisation et qui s'apparente davantage à un capitalisme multipolaire, bien différent du modèle historique de l'impérialisme unipolaire incarné par l'Angleterre du XIX^e siècle.

Quelques références

Bongaarts John et Casterline John (2013), « Fertility Transition : Is Sub-Saharan Africa Different ? », *Population and Development Review*, vol. 38 (supplément), p. 153-168.

Carr David L. et Pan William (2002), « Fertility Determinants on the Frontier : Longitudinal Evidence from the Ecuadorian Amazon », Association of American Geographers Annual Meeting, Los Angeles.

Charbit Yves (1975), *La Population du monde et la Conférence de Bucarest*, Paris, La Documentation française.

– (1987), *Famille et nuptialité dans la Caraïbe*, Ined-Puf.

– (2001), « La croissance de la population et la transition démographique », in Charbit Yves (dir.), *La Population des pays en développement*, Paris, La Documentation française, p. 11-31.

Cleland J. et Wilson C. (1987), « Demand Theories of

the Fertility Transition. An Iconoclastic View », *Population Studies*, p. 5-30.

Coale Ansley (1973), « The Demographic Transition Reconsidered », *International Population Conference*, Liège, IUSSP, p. 53-73.

Coale Ansley J. et Watkins Cotts Susan (1986), *The Decline of Fertility in Europe*, Princeton, Princeton University Press.

Cosio-Zavala Maria-Eugenia (16-20 November 1992), « Demographic Transition and Social Development in Low-Income Countries », in *Population Growth and Demographic Structure, Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting for Preparation of ICPD*, Paris, p. 123-149.

Department of Economic and Social Affairs (2005), Population Division, *World Population Prospects, the 2004 Revision, Highlights*, New York (en ligne).

Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2010), Population Division, *World Population Prospects, the 2010 Revision*, New York (en ligne).

Freedman Ronald (1986), « Theories of Fertility Decline », in Mahadevan K. (dir.), *Fertility and Mortality, Theory, Methodology, and Empirical Issues*, New Delhi, Sage Publications, p. 30-36.

Kenya National Bureau of Statistics (2010), *Kenya Demographic and Health Survey 2008-2009*, Nairobi (en ligne).

Ladier-Fouladi Marie (2009), *Iran, un monde de paradoxes*, Nantes, l'Atalante.

Mpyisi Edson, Weber Michael, Shingiro Emmanuel et Loveridge Scott (2004), *Changements dans l'allocation des terres, la production et la taille des exploitations dans le secteur des petits exploitants rwandais sur la période 1984/1990 à 2002*, Rwanda Food Security Research Project/MINAGRI, n° 6 F (en ligne).

Stycos John Mayone (1971), *Ideology, Faith and Family Planning in Latin America*, New York, McGraw Hill.

Szreter Simon (1993), « The Idea of Demographic Transition and the Study of Fertility Change. A Critical Intellectual History », *Population and Development Review*, vol. 19, n° 4.

United Nations Population Fund (2010), *State of World Population*.

CHAPITRE 4

La croissance démographique est-elle un frein au développement ?

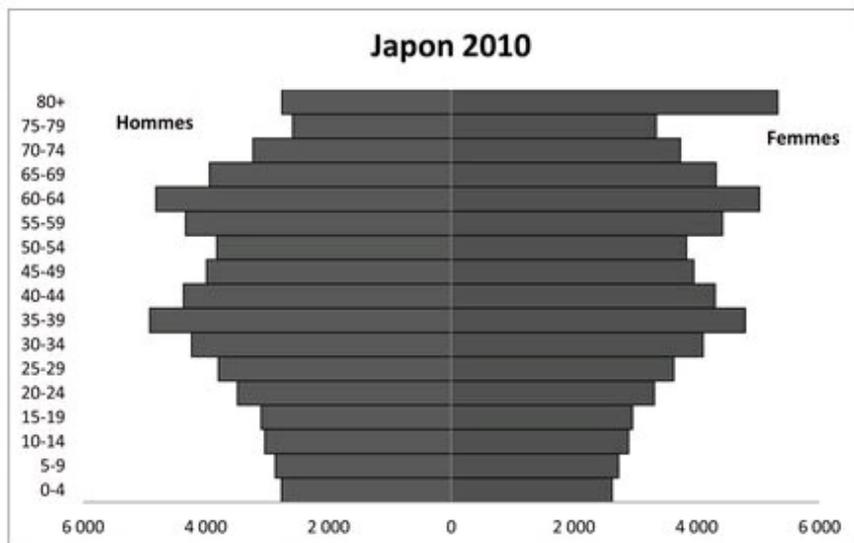
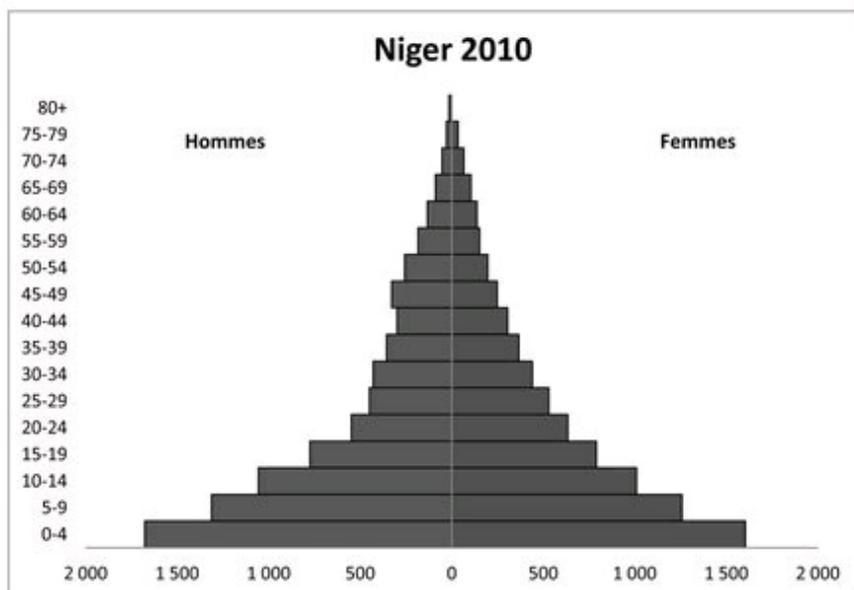
Dès le début de cet ouvrage, nous avons souligné le caractère trompeur du graphique de la croissance de la population mondiale qui induisait l'idée d'un mouvement inéluctable et incontrôlable, alimentant alarmisme et pronostics pessimistes. Nous avons aussi longuement démontré la nécessité de contextualiser les faits démographiques qui ne prenaient sens qu'à cette condition. Mais, du coup, se pose une question fondamentale : quelles sont les interactions entre les populations et les contextes dans lesquels elles évoluent ? Dans la perspective qui est la nôtre, l'enjeu central est plus précisément de savoir dans quelle mesure la population est « responsable » du sous-développement. Pour une bonne partie de l'opinion publique, la croissance démographique trop rapide est considérée comme un obstacle majeur au développement économique, en Afrique notamment. Le même argument avait été avancé à propos de l'Asie et de l'Amérique latine dès le milieu des années 1950. On va le voir, la réalité est bien plus complexe. D'une

part, la croissance démographique peut être un atout majeur pour le développement ; d'autre part, l'analyse de certains problèmes de sous-développement montre que la variable démographique ne joue qu'un rôle mineur.

Mais parler de population est évidemment trop imprécis, et il convient de distinguer la croissance en elle-même de ses différentes composantes : la fécondité, la mortalité et les migrations. Commençons par la croissance et par une caractéristique démographique importante, la répartition des populations par sexe et par âge, ce que l'on appelle la pyramide de la population, qui est directement et mécaniquement liée au mécanisme de la croissance. En un mot, si la fécondité est forte, le taux de natalité va être élevé et donc la base de la pyramide beaucoup plus large que son sommet (cas du Niger, graphique 23a). Si, en outre, la mortalité est forte, relativement peu d'enfants vont survivre et, par conséquent, le haut de la pyramide va rapidement se resserrer. Si, au contraire, la fécondité et la mortalité baissent, les taux de natalité et de mortalité vont être faibles et se compenser, entraînant un ralentissement de la croissance. Alors, la pyramide va progressivement évoluer et voir « son ventre se gonfler », car les jeunes générations (0 à 5

ans) vont être moins nombreuses, tandis que celles nées il y a deux décennies vont passer à l'âge adulte. Encore plus tard, la population va entrer dans une phase de vieillissement, comme c'est le cas au Japon (figure 23b).

***Figures 23a et 23b.** Pyramides des populations du Niger et du Japon en 2010*



En milliers de personnes du groupe d'âge.

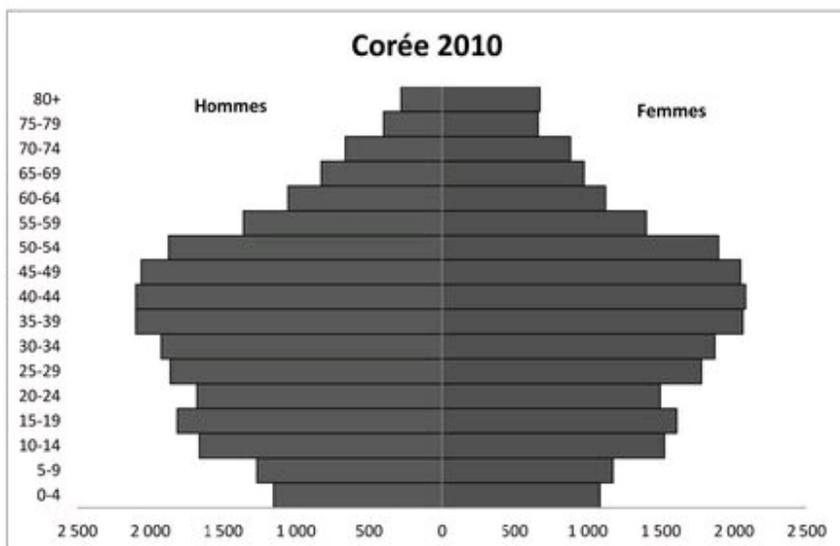
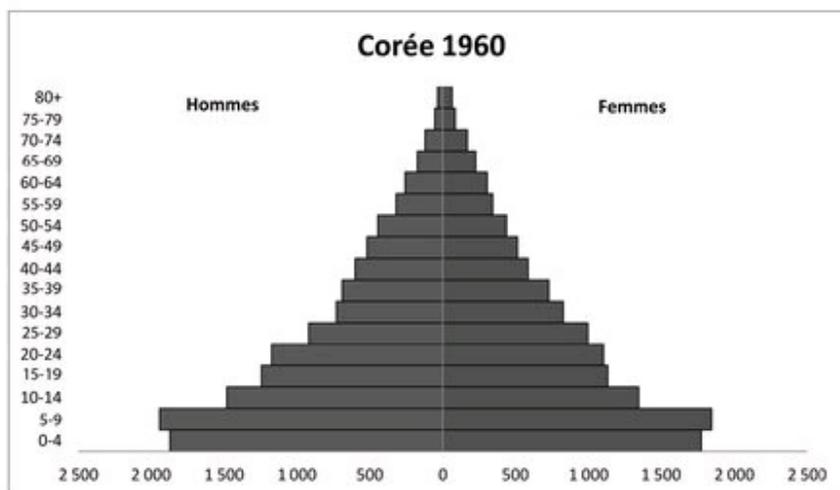
Source : l'auteur, à partir des données des Nations unies.

I. Le dividende démographique

En ce qui concerne la croissance, l'argument majeur actuellement développé est celui du dividende ou « bonus démographique ». Il est assez simple : dans une population donnée, il arrive toujours un moment où les enfants deviennent de jeunes adultes et où ils passent du statut de consommateurs à celui de producteurs. On appelle « rapport de dépendance » le ratio entre les adultes « actifs » et les « inactifs », en pratique les jeunes et les personnes âgées qui sont à leur charge. Ce ratio, qui jusqu'alors était défavorable (trop de consommateurs à la charge des producteurs), redevient favorable, raisonnement acceptable à la condition que les nouvelles générations soient moins nombreuses que les précédentes, sinon le rééquilibrage ne se produira pas. L'existence d'un dividende démographique suppose donc que la base de la pyramide se soit rétrécie et donc que la fécondité ait diminué. La Corée du Sud en est un bon exemple : entre 1960, année où la fécondité a commencé à décliner), et 2010, la baisse de la fécondité a été très nette tandis que s'est dessiné le vieillissement au sommet de la pyramide. Le contraste est saisissant. Ce fut précisément le moment où le général Park prit le

pouvoir (1961-1978) et engagea autoritairement la Corée dans une modernisation accélérée.

Figures 24a et 24b. Baisse de la fécondité et vieillissement en Corée du Sud (1960-2010)



En milliers de personnes du groupe d'âge.

Source : l'auteur, à partir des données des Nations unies.

L'argument n'est pourtant pas aussi simple. Pour qu'un pays puisse pleinement exploiter ce double avantage (plus de générations actives et moins de générations dépendantes), il doit avoir prévu et réalisé les investissements nécessaires dans la santé et l'éducation et, surtout, avoir défini une stratégie économique de développement pour fournir des emplois à cette réserve de main-d'œuvre qui va se présenter sur le marché du travail. En Asie orientale, selon la RAND, la baisse de la mortalité, puis de la fécondité, a été telle qu'entre 1965 et 1990 la population en âge de travailler a augmenté quatre fois plus vite que les personnes dépendantes.

Un système éducatif fort et des politiques de libéralisation commerciale ont permis aux économies nationales de transformer ce boom générationnel en main-d'œuvre. Le dividende démographique a alimenté l'expansion économique spectaculaire de la région : la croissance du revenu réel par tête a avoisiné les 6 % par an entre 1965 et 1990 ; le dividende démographique a représenté à lui seul

approximativement 20 à 25 % de cette croissance (Rand, RB505).

En Corée, par exemple, le taux de scolarisation dans le primaire est passé de 54 %, dans les années 1960, à 97 % en 1990, avec une éducation fortement orientée vers la production et centrée sur les acquisitions de savoir-faire utiles au développement (Gribble et Bremner, 2012). La question est donc de savoir si ces nombreux enfants qu'il a fallu mettre au monde, soigner, scolariser, loger vont désormais constituer une main-d'œuvre capable de contribuer au développement. Si cette main-d'œuvre manque de formation générale et surtout de qualification professionnelle, ce flux de jeunes actifs va, pour l'essentiel, aggraver le chômage et peser sur le marché du travail, sans être vraiment créateur de richesses. La « qualité » de la population est donc essentielle. Comment se pose le problème en Afrique subsaharienne ?

La population de l'Afrique va probablement doubler d'ici 2050, et certains experts estiment que son produit intérieur brut augmentera d'au moins 5 % chaque année. L'Afrique va donc être caractérisée par une

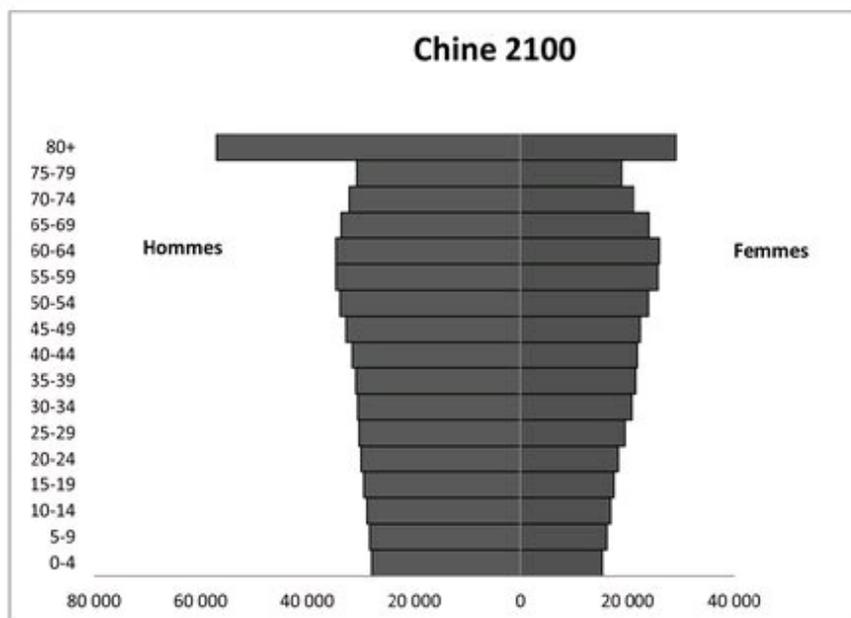
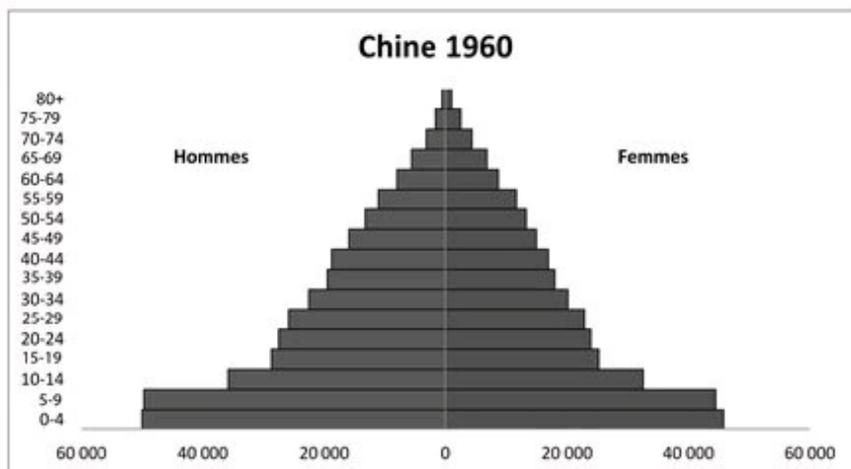
croissance rapide, aussi bien démographique qu'économique. Elle apparaît d'ores et déjà comme un marché potentiel stratégique pour des pays tels que la Chine ou la Turquie, qui ne veulent pas laisser le champ libre aux puissances traditionnellement présentes sur le continent africain : la France et les États-Unis en particulier. La Chine est d'ailleurs désormais le premier partenaire commercial de l'Afrique et son principal bailleur. Ainsi, le total cumulé des sommes investies dans des infrastructures s'élevait, selon l'agence Chine nouvelle, à 15,3 milliards de dollars fin 2012. À l'évidence, des infrastructures améliorées faciliteront à la fois l'exploitation des ressources naturelles, dont la Chine a grand besoin pour son propre développement, et la diffusion de ses produits de consommation.

Indépendamment de ces considérations stratégiques, le challenge pour l'Afrique est de créer suffisamment d'emplois. Au cours de la décennie 2000-2010, 37 millions d'emplois salariés ont été créés, bien en deçà du nombre nécessaire pour répondre aux besoins des personnes en recherche d'emploi et pour maintenir une croissance satisfaisante. En dépit du développement économique remarquable que plusieurs pays ont connu, presque les deux tiers de la

population, soit 660 millions de personnes, vivent encore avec moins de deux dollars par jour. Une croissance économique accélérée est donc nécessaire pour réduire la pauvreté et les inégalités qui l'accompagnent, à condition, bien sûr, que s'améliore en parallèle la gouvernance des États africains et que l'instabilité ainsi que les crises politiques n'obèrent pas la croissance²¹.

L'argument n'est pas simple pour une deuxième raison. Ce bonus démographique est de courte durée, on parle d'ailleurs de « fenêtre d'opportunité ». Car, ces générations qui entrent sur le marché du travail vont, quelques décennies plus tard, vieillir à leur tour et cette fois, c'est le haut de la pyramide (donc la proportion de personnes de plus de 65 ans) qui va se révéler une charge particulièrement lourde. À cet égard, l'évolution de la pyramide de la population de la Chine est spectaculaire.

*Figures 25a et 25b. Évolution de la pyramide de la Chine
(1960-2100)*



En milliers de personnes du groupe d'âge.

Source : l'auteur, à partir des données des Nations unies.

En 1982, la fécondité de la population chinoise avait déjà fortement diminué en raison d'une politique antinataliste très coercitive dite de « l'enfant unique » mise en place en 1978, certes avec des exceptions en faveur des minorités ethniques et des paysans. En 2000, elle tirait pleinement parti du bonus démographique avec 70 % d'actifs, plus que partout ailleurs : 62 % en Inde et 66 % au Brésil, au Japon, en Europe de l'Ouest ou en Amérique du Nord (Attané, 2008). Les projections pour 2100 montrent clairement que cet avantage va s'évanouir. Il suffit en effet de calculer la proportion des personnes âgées (65 ans ou plus) dans la population totale : de 3,9 % en 1960, leur poids relatif passera probablement à 26,9 % en 2100. Économiquement, il en résultera un vieillissement de la population active, et si la fécondité ne remonte pas, des entrées moins nombreuses de jeunes sur le marché du travail, d'où un renchérissement inéluctable de la main-d'œuvre, tandis que d'un point de vue social l'enfant unique chinois va se retrouver en charge de ses deux parents et de ses quatre grands-parents, même si la politique actuelle tente de favoriser une reprise de la fécondité.

II. Les enjeux de l'éducation²²

Revenons sur les investissements dans la qualité de la population, ce qu'on appelle le capital humain, puisque nous présumons que l'accès à l'éducation est une des clés du développement. Quelle est la situation actuelle de l'Afrique en matière d'éducation ?

La situation s'améliore au niveau primaire où aujourd'hui 63 % des filles et 71 % des garçons ont terminé le cycle primaire. Mais cette moyenne cache des écarts entre les régions : 85 % de garçons et de filles scolarisés en Afrique du Sud, contre 47 % des filles et 64 % des garçons en Afrique centrale. Indéniablement, l'éducation permet d'améliorer leur niveau de vie : chaque année supplémentaire passée par une fille à l'école primaire augmente son salaire moyen de 10 % à 20 % et, au niveau secondaire, la rentabilité de l'investissement dans l'éducation est encore plus forte puisque son salaire moyen croît de 15 à 25 % par année supplémentaire. Les familles africaines ont parfaitement compris l'importance de l'éducation même si elles tendent à privilégier les garçons plutôt que les filles, comme on le voit bien dans les chiffres cités ci-dessus au niveau primaire : plus le niveau moyen de scolarisation est bas, plus les garçons sont

privilegiés. Ces écarts sont encore plus marqués au niveau secondaire, contribuant à perpétuer la situation de dépendance dans lesquelles les femmes se trouvent à l'égard des hommes puisqu'elles ne peuvent avoir accès à des emplois salariés. Ainsi, seulement 17 % des femmes occupent des emplois salariés, mais un nombre bien plus élevé travaille dans le secteur dit « informel », sans compter celles dont l'activité reste enfermée dans l'économie domestique et dont le travail ne donne lieu à aucune forme de rémunération.

À nouveau, la situation est très différente selon les régions. En Afrique du Sud et du Nord (du Maroc à l'Égypte), le niveau d'instruction des femmes et leur participation à l'économie moderne sont bien supérieurs aux autres régions de l'Afrique, à l'ouest, au centre et à l'est. Enfin, l'élévation du niveau d'instruction des femmes se traduit très généralement par une autonomie dans un autre domaine, celui de la fécondité. Les femmes instruites au niveau secondaire ont nettement moins d'enfants que les autres, essentiellement parce qu'elles utilisent bien davantage la contraception. Toutes les données des enquêtes le confirment. Quelles sont alors les relations entre croissance, fécondité et éducation en Afrique subsaharienne ?

Les effectifs à scolariser

Il faut faire intervenir un nouveau paramètre strictement démographique : le rythme de la croissance de la population. Un rythme soutenu de croissance démographique, combiné à une structure par âge jeune peut constituer un obstacle majeur à la généralisation de l'éducation dans les pays en développement. Alors que les ressources des États sont faibles, la jeunesse de la population exige de lourds efforts pour l'enseignement, surtout que les pays ne disposent que d'un petit nombre d'adultes pour former la grande masse des jeunes.

Selon le rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous (Unesco, 2009), des progrès considérables ont été réalisés. En Afrique subsaharienne, où l'on enregistre les plus importantes proportions d'analphabètes, le taux net moyen de scolarisation est passé de 54 à 70 % entre 1999 et 2006. La même tendance a été observée en Asie, où le taux moyen de scolarisation a évolué de 75 à 86 %. Malgré ces efforts, comme le nombre absolu d'enfants est en constante augmentation, l'évolution du taux de

scolarisation n'a pas empêché un accroissement des effectifs non scolarisés. Ainsi, la croissance démographique, favorisée par une fécondité demeurée forte, prend le pas sur les progrès réalisés en matière de scolarisation. C'est ainsi qu'en 2006 l'Unesco estimait à 75 millions le nombre d'enfants qui n'étaient pas scolarisés. Dans ce nombre, 55 % étaient des filles et la moitié vivaient en Afrique subsaharienne (Unesco, 2009). Ces données récentes confirment les projections réalisées par l'OCDE, qui estimait en 2000 à 80 millions le nombre d'enfants supplémentaires pour qui il fallait construire, entre 2000 et 2015, des écoles, former des enseignants et fournir des ouvrages scolaires (OCDE²³).

L'analyse démographique permet de mettre en évidence un cercle vicieux et un cercle vertueux ([figure 26](#)). Partons d'une situation de forte fécondité en 2000, et donc d'une croissance démographique annuelle rapide pendant toutes les années qui suivent.

Figure 26. *Un cercle vicieux et un cercle vertueux*

Cercle vicieux	Cercle vertueux
Génération des mères	Génération des mères
<p>T1 Départ : femmes nées en 2000</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte fécondité • Forte croissance annuelle <p>T2 Période scolaire (2005-2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investissements faibles • Génération nombreuses à scolariser • Faibles taux de scolarisation • Scolarité courte <p>T3 Période de fécondité (2015 à 2050)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mariages précoces (dès 15 ans) • Contraception rare • Fécondité forte (15 à 50 ans) 	<p>T1 Départ : femmes nées en 2000</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible fécondité • Faible croissance annuelle <p>T2 Période scolaire (2005-2025)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investissements forts • Génération peu nombreuses à scolariser • Forts taux de scolarisation • Scolarisation prolongée (25 ans) <p>T3 Période de fécondité (2025 à 2050)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mariages tardifs (après 25 ans) • Contraception fréquente • Fécondité faible (25 à 50 ans)
Génération des filles	Génération des filles
<p>T3 (2015 à 2050)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Génération nombreuses • Forte croissance annuelle <p>T4 (2020 à 2055)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filles nombreuses à scolariser • Investissements faibles • Faibles taux de scolarisation • Scolarisation courte 	<p>T3 (2025 à 2050)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Génération peu nombreuses • Faible croissance annuelle <p>T4 (2025 à 2050)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filles moins nombreuses à scolariser • Investissements accrus • Forts taux de scolarisation • Scolarisation longue

Dès que les premières générations vont atteindre l'âge d'entrer à l'école (dès 2005 pour les filles qui sont nées en 2000), chaque année des générations nombreuses devront être scolarisées à partir de 2005. Dans un pays pauvre, ceci ne pourra pas être accompagné d'investissements massifs dans le budget de l'éducation, d'où un faible taux de scolarisation, surtout des filles, et une brève durée de scolarisation, de dix ans au maximum (période 2005-2015). Mais, en pratique, l'âge moyen de fin de scolarité est, le plus souvent, bien inférieur à 15 ans. Celles-ci vont donc se marier tôt (dès l'âge de 15 ans pour certaines, donc dès 2015). Ces jeunes femmes vont, elles aussi, avoir une fécondité élevée, source d'une croissance démographique rapide. Les générations de filles nées à partir de 2015 vont donc reproduire le comportement de leurs mères. Le cercle vicieux sera ainsi bouclé.

En sens inverse, le cercle vertueux est le suivant : une faible fécondité et une croissance lente vont permettre un investissement important de l'État dans le secteur de l'éducation. Le recul de l'âge au mariage (à 25 ans, voire même plus tard) va favoriser une baisse de la fécondité, renforcée par le fait que des femmes instruites utilisent davantage la planification familiale. Les générations futures seront donc moins

nombreuses. Elles pourront ainsi accéder à une éducation plus complète et plus poussée, d'où une élévation du niveau d'instruction qui va engendrer un recul de l'âge au mariage qui, à son tour, va entraîner une baisse de la fécondité.

La qualité de l'éducation

L'effet de la dynamique démographique sur la qualité de l'éducation est une autre dimension, non moins négligeable, du problème. Si de gros efforts sont faits pour scolariser des effectifs en expansion et pour assurer un minimum d'instruction, moins de ressources seront disponibles pour améliorer la qualité, notamment pour réduire le ratio nombre d'élèves par maître, entretenir les équipements scolaires, introduire de nouvelles techniques d'enseignement et favoriser la recherche pour une éducation plus adaptée aux besoins du pays. C'est ainsi que la plupart des pays en développement se caractérisent par une pénurie d'enseignants qualifiés. Entre 1999 et 2007, le nombre d'enseignants du primaire est passé de 2 millions à 2,8 millions. Malgré tout, le nombre d'élèves par enseignant reste très élevé. En 2008, il était de 51 élèves pour un enseignant au Mali, 52 au Congo et en Tanzanie, 54 au Burundi, 64 au Mozambique, 68 au Rwanda, 90 en République centrafricaine et atteignait 93 au Malawi (Institut de la statistique de l'Unesco, 2009). D'après les projections de l'Unesco, pour accomplir l'objectif de l'enseignement primaire

universel d'ici 2015, il faudrait 1,2 million d'enseignants supplémentaires en Afrique subsaharienne entre 2007 et 2015. L'étude des redoublements et des abandons scolaires permet de prendre la mesure de la dépréciation de la qualité de l'enseignement. Dans les pays en développement, à peine trois élèves sur quatre parviennent à boucler cinq années d'études et encore moins en Afrique subsaharienne : un sur deux. La plupart d'entre eux abandonnent donc leur scolarité sans avoir eu le temps d'acquérir les connaissances les plus élémentaires. Les facteurs les plus fréquemment cités pour expliquer les abandons scolaires sont liés au coût de l'école, au travail des enfants et aux grossesses précoces. Les abandons et échecs scolaires ont un coût financier considérable. D'après l'Unesco (1998), les abandons et redoublements pendant les quatre premières années du primaire engloutissent 16 % du budget consacré à l'éducation dans les pays en développement.

Mais les retards scolaires et les abandons ne sont pas uniquement imputables à une offre de formation médiocre. Ils s'expliquent aussi par des facteurs liés à la demande d'éducation par les familles. Le travail des enfants en milieu rural est, en effet, un facteur de déscolarisation et, en tout cas, d'absentéisme. Une

thèse récente (Balde, 2009) a, par exemple, confirmé qu'en milieu rural guinéen les membres du ménage, et en particulier les enfants, jouent un rôle décisif en tant que main-d'œuvre familiale au service de l'agriculture de subsistance, de la pêche ou de l'élevage. Cette étude apporte aussi un élément nouveau. On pourrait penser que l'éducation, dans cette perspective, serait un atout majeur pour les ménages, puisqu'elle permet d'avoir une main-d'œuvre plus qualifiée. Or, l'utilisation de la main-d'œuvre ne suppose pas toujours une éducation au sens formel du terme, mais l'acquisition d'un savoir-faire utile pour l'exercice de petits métiers rémunérateurs. Par ailleurs, certaines familles préfèrent le passage par une école coranique, dont elles considèrent qu'elle éduque à la vie en transmettant des valeurs. L'autre raison pour laquelle la scolarisation n'apparaît pas comme un objectif prioritaire, c'est le conflit entre le long terme (à savoir une logique d'investissement dans le capital humain) et les contraintes du court terme : le calendrier agricole et le calendrier scolaire sont largement incompatibles. Le conflit est patent : les enfants ne peuvent pas passer deux des trois contrôles prévus dans l'année. Enfin, les ethnies ont des stratégies différentes en matière d'éducation, tantôt au détriment de l'aîné, tantôt au détriment des filles. Nous retrouvons la logique de la

rationalité de la famille nombreuse, évoquée dans un chapitre précédent : il s'agit de diversifier les projets éducatifs faits pour chaque enfant, afin de réduire la vulnérabilité de la famille, mais modulés selon les valeurs de chaque ethnie.

Pour conclure, retenons que la croissance de la population et, plus généralement, les facteurs démographiques n'expliquent pas tout. Les données quantitatives sont inséparables de leur contexte sociologique, économique et institutionnel, d'autant que la relation causale inverse doit être prise en compte : les comportements démographiques sont fortement influencés par l'éducation, vaste champ d'étude qui sort du cadre de notre réflexion.

III. Migrations, transferts et développement

Quelles sont les relations entre les mouvements migratoires et le développement ? Dans le passé, l'immigration a incontestablement contribué au développement économique des pays aujourd'hui industrialisés, tels que les États-Unis d'Amérique et la France. Aux États-Unis, l'immigration est même un des mythes fondateurs de la nation, car, depuis les Pilgrim Fathers débarqués en 1620 du *May Flower*, le peuplement des nouveaux territoires n'a été possible que grâce aux millions d'immigrants venus principalement d'Europe. Aujourd'hui, l'immigration du Mexique et du Honduras fournit une main-d'œuvre bon marché à l'économie américaine. En France, le général de Gaulle prit, en 1945, une ordonnance assignant deux objectifs à la politique migratoire de la France : d'une part contribuer à la natalité, puisque depuis plusieurs décennies le renouvellement de la population française n'était plus assuré, d'autre part fournir de la main-d'œuvre pour la reconstruction de l'économie.

S'il est acquis que les étrangers ont été un facteur

important de la croissance des pays industrialisés, la problématique de la contribution des migrations au *développement des pays d'origine* est beaucoup plus récente. Un émigrant ayant travaillé dans l'industrie, en France ou en Allemagne, était censé avoir acquis une qualification utile pour son pays à son retour. Le capital amassé pouvait générer des créations d'entreprises. On a vite constaté, au cours des années 1960, que la majorité des migrants, pourtant originaires de régions rurales, n'y retournaient pas mais s'installaient en ville et que les sommes disponibles étaient surtout investies dans le petit commerce urbain ou la spéculation foncière, beaucoup plus rentables et moins risqués que le secteur industriel.

La question s'est reposée dans les années 1970 avec les premiers retours induits par le choc pétrolier de 1974, la récession en Europe et les licenciements qui en ont résulté. Depuis les années 1980, la question a encore resurgi face au constat des sommes considérables que les travailleurs vivant à l'étranger transféraient à leurs familles. Les « remises » se chiffrant, à l'échelon mondial, en centaines de milliards de US \$, contribuent-elles ou non au développement par des investissements productifs générateurs d'emploi, ou, au contraire, alimentent-elles des

dépenses de consommation ? Corrigent-elles ou aggravent-elles les déséquilibres régionaux, et, finalement, réduisent-elles l'écart entre pays riches et pauvres ou accroissent-elles leur dépendance ?

Nous ne traiterons pas ici des migrants qualifiés, qui sont les acteurs de cette nouvelle « économie de la connaissance ». La « mobilité des cerveaux » génère, de fait, une concurrence entre pays riches et pauvres : à qui va profiter le savoir-faire et la technicité des cadres les plus qualifiés, médecins ou informaticiens ? Ici encore, l'Afrique est lourdement pénalisée. Comparons la France et l'Inde à deux pays d'Afrique, le Congo et le Cameroun. Les répartitions des émigrants selon leur niveau de diplôme sont comparables : pour les quatre pays, sur 100 émigrants, pas moins d'un tiers est de niveau supérieur. Mais, au regard de l'ensemble des diplômés formés par le pays, la perte est très lourde : l'émigration a prélevé 25,7 % des Camerounais diplômés, contre à peine 3,5 % parmi les Indiens.

*Figure 27. Répartition des migrants
selon leur niveau d'instruction
(migrants dans les pays de l'OCDE)*

Pays d'origine	Niveau d'instruction des migrants				En % des diplômés*
	Primaire	Secondaire	Supérieur	Ensemble	
Congo	27,1	34,2	34,9	100	25,7
Cameroun	23,3	32,3	41,9	100	12,5
Inde	25,5	19,5	51,2	100	3,5
France	32,0	30,7	32,3	100	4,2

Source : PNUD, 2009. (*) : en % de l'ensemble des diplômés de cette nationalité, qu'ils aient été formés dans leur pays ou à l'étranger.

Pour clarifier les relations entre migrations, transferts et développement, distinguons le niveau macroéconomique des États de celui des individus et des familles (niveaux micro et méso).

Le développement des économies nationales

Des données sont collectées régulièrement sur les transferts d'argent effectués par les migrants au profit des ménages et des familles restées dans les pays de départ. Les sommes en jeu sont bien supérieures à deux autres agrégats internationaux : l'aide publique au développement (APD) et les investissements directs de l'étranger (IDE). En 2007, le volume des transferts officiellement enregistrés vers les pays en développement représente environ quatre fois le volume de l'APD. Ils sont également supérieurs aux IDE. Au Sénégal, par exemple, les transferts ont été douze fois plus importants en 2007 (PNUD, 2009). Aussi, n'est-il pas surprenant qu'il existe une vaste littérature sur la contribution des transferts au développement des pays d'origine des migrants, et les principaux arguments du débat actuel figurent dans la [figure 28](#).

Figure 28. *Conséquences négatives et positives des transferts*

Conséquences négatives	Conséquences positives
<ul style="list-style-type: none"> • Importation de produits étrangers/fragilité de la balance des paiements • Effets inflationnistes (inélasticité de l'offre de biens) • Aggravation des écarts villes/campagnes • Dépenses improductives, somptuaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Apport de devises (pénurie souvent aiguë) • Emplois induits au pays par le pouvoir d'achat • Réduction des inégalités sociales • Couverture micro des besoins de base (santé, logement, éducation) • Amélioration du statut des femmes

Plutôt que d'illustrer chacun de ces items (on pourra consulter Charbit, 2007), attachons-nous à un pays, le Kerala. Cet État du Sud de l'Inde s'enorgueillit d'un modèle social très avancé, mais l'incontestable progrès social ne s'appuie pas sur un développement économique. Le Kerala a le niveau d'instruction le plus élevé de toute l'Inde, il a réussi une profonde réforme foncière et a été le premier État au monde à être dirigé par un gouvernement communiste démocratiquement élu. Mais, c'est aussi celui qui avait en 1973 la plus forte densité de population de toute l'Inde et le taux de chômage le plus élevé. Au regard de tous ces facteurs, il a suffi qu'une demande extérieure se manifeste pour que l'émigration se déclenche. Le nombre de Keralais résidant à l'étranger passa ainsi de 34 000 en 1973 à 1

140 000 en 2000, dont 1 104 000 dans les États du Golfe (sept fois sur dix en Arabie Saoudite ou dans les Émirats arabes unis).

Les émigrants du Kerala représentent le tiers de l'ensemble des émigrants indiens, pourcentage à mettre en regard du poids démographique du Kerala : à peine 3 % de la population totale de l'Inde. De fait, les transferts étaient, en 2002, plus importants que tout le budget de l'État, ils équivalaient à 2,5 fois les fonds reçus du gouvernement fédéral et ils rapportaient au pays plus que le tourisme ou les épices. Selon le rapport d'une enquête de l'époque, la migration a été le seul facteur de dynamisme durant la période 1970-2000, contribuant davantage à réduire la pauvreté et le chômage que n'importe quel autre facteur, y compris les réformes foncières, l'action des syndicats et la législation sociale (Zachariah, Kannan, Rajan, 2002).

La mesure du rôle exact des transferts dans le développement se heurte à un obstacle méthodologique. Les transferts informels, qui ne passent pas par le secteur bancaire mais par des courtiers privés (les *hawaladars*) et le « commerce à la valise » (les biens de consommation rapportés au pays lors des retours annuels), contribuent eux aussi au

développement²⁴. On ne saurait donc créditer les seuls transferts officiels des changements observés. Quoiqu'il en soit, ces sommes peuvent être rapportées à d'autres indicateurs, en particulier le chiffre de la population et le PIB. Nous avons donc calculé, pour chaque pays où les données sont disponibles, deux ratios : le montant en dollars des transferts par habitant et le PIB par habitant. Nous n'avons pas retenu les transferts par *migrant*, pour deux raisons : il s'agit d'évaluer l'impact sur les familles des pays d'origine et le nombre des émigrés est mal connu en raison de l'émigration non documentée.

Partons de l'hypothèse la plus intuitive : si la mobilité contribue au développement, on doit observer une corrélation forte entre le montant des transferts par habitant et le PIB par habitant. Or, ce calcul, effectué pour deux années différentes (2003 et 2006) sur plus de 60 pays (Charbit et Chort, 2006), révèle une corrélation positive mais médiocre : + 0,4. Ce résultat, qui va à l'encontre des idées reçues sur la contribution de la migration au développement, est en réalité prévisible et souhaitable.

Prévisible, parce que les migrants ne représentent qu'une très faible proportion de la population active.

Prenons un pays comme l'Inde : en dépit de sa forte émigration vers les États-Unis, l'Angleterre et les pays du Golfe, il est clair que la migration ne représente qu'un très faible pourcentage de sa population, qui s'élève à 1,2 milliard d'habitants. Mais lorsque le pays est plus petit ou que son économie est moins diversifiée, l'effet est beaucoup plus net. Ainsi, dans les pays classés par le PNUD comme de petits pays, en 2007, les transferts de fonds se sont élevés à 233 US \$ par habitant, contre 52 US \$ en moyenne pour les pays en développement. Quant aux pays dont les économies sont peu diversifiées, les transferts représentent une part non-négligeable du PIB. Alors qu'en Inde les transferts représentent 3,1 % du PIB, cette proportion atteint 45 % au Tadjikistan et 38 % en Moldavie (PNUD, 2009).

Cette faible corrélation est, par ailleurs, un résultat souhaitable dans la perspective du développement, car une corrélation plus forte impliquerait que la migration est un facteur décisif de contribution au PIB. Ce serait le signe d'une forte dépendance à l'égard des pays demandeurs de travailleurs migrants, et donc une cause supplémentaire de fragilité économique des pays d'origine.

Enfin, la mesure de la contribution des transferts au développement suppose de bien définir l'échelle à laquelle se situe le raisonnement. En effet, la limite de cet exercice est que l'on travaille au niveau des États, alors que cette faible contribution des transferts au développement peut masquer des effets spectaculaires et majeurs au niveau des régions ou des communautés. Il suffit de traverser les villages de la vallée du fleuve Sénégal pour s'en rendre compte : les équipements communautaires (écoles, dispensaires, mosquées) et les investissements économiques (système d'irrigation, par exemple) sont souvent payés par « l'argent des émigrés ».

Transferts et développement social : les migrants et leurs familles

Aujourd'hui, quitter un pays pauvre vers un pays du Nord à la recherche d'un emploi rémunérateur est une stratégie individuelle évidemment rationnelle, puisqu'une partie du salaire transféré à la famille restée dans le pays d'origine contribue fortement à alléger sa pauvreté. Il faut donc aller plus loin et poser la question de la nature du développement. Alors que l'indice du développement humain des Nations unies fait explicitement référence au « développement humain », pourquoi ne prend-on pas en compte l'amélioration des conditions de vie dans l'évaluation de la contribution des migrations au développement ? En la matière, le social est aussi important que l'économique.

Réduire pauvreté et vulnérabilité

Certaines dépenses, considérées comme non productives dans les comptabilités classiques, se transforment au contraire en investissements en capital humain. Une synthèse publiée en 1985 sur la situation des enfants et des familles restés ou revenus dans neuf pays du bassin Méditerranéen avait déjà pointé divers aspects de l'amélioration des conditions de vie : en matière de santé physique (moindre fréquence de certaines pathologies), meilleure alimentation (comme le montraient des enquêtes nutritionnelles et anthropométriques réalisées en Turquie), meilleur suivi pré- et postnatal des mères, logements qualitativement supérieurs, éducation plus poussée. Il s'agit là, à proprement parler, de développement. Cependant, les performances scolaires contradictoires (mesurées par les notes obtenues et le nombre d'années redoublées), tantôt meilleures, tantôt moins bonnes que les enfants de non-migrants, suggéraient que les ressources financières apportées par la migration ne suffissent pas, précisément parce que les parents sont des paysans analphabètes. Ceci conduisait à un problème central, celui du rôle réel de

la migration comme facteur du développement : elle ne pouvait contrebalancer toute une série de handicaps socio-économiques liés à la pauvreté. De même, le fait que les femmes aient à gérer l'argent des transferts en l'absence des maris, a entraîné en Égypte, au Kerala et aux Philippines un changement dans leur statut. Mais cette conséquence positive n'est pas toujours observée : au Pakistan, en l'absence du mari, ce sont les hommes de sa lignée qui contrôlent les ressources du ménage du migrant.

Pour la famille comme pour le migrant individuel, si l'on admet que la caractéristique des économies rurales traditionnelles est la récurrence quasi inévitable du risque (sécheresse, inondations, destruction par les insectes, notamment les acridiens), les transferts vont le minimiser. Poursuivons cette idée : l'affectation des transferts aux dépenses d'éducation apparaît aussi comme un investissement à moyen et à long terme. De même, il est logique que les investissements aient lieu dans les secteurs à faible risque, tel le commerce. Mais surtout, l'investissement dans le secteur foncier est parfaitement rationnel : pour les migrants originaires du milieu rural, l'achat de terre permet d'accroître la richesse foncière et d'avoir une superficie assez importante pour assurer l'autosuffisance et développer

une agriculture commerciale par la vente d'une partie de la production. En ville, la construction et l'amélioration de la résidence sont bien équivalentes à une assurance minimum d'être logé et de valoriser le capital immobilier. À Dakar-Pikine, par exemple, les investissements des émigrés ne correspondent pas uniquement à une logique spéculative. Parler de dépenses somptuaires est erroné, surtout si, en même temps, on dénonce les effets inflationnistes sur le marché immobilier. Il y a bel et bien valorisation du capital.

Entre le migrant et sa famille, une interdépendance économique

La famille étant, dans les pays en développement, une instance bien plus influente sur les comportements des individus que dans les pays industrialisés, la décision de migrer comme celle de revenir au pays doivent s'analyser comme les résultats des interactions entre le migrant et sa famille, surtout s'il s'agit d'une famille étendue, à structure d'autorité verticale. D'où la conceptualisation des comportements en termes d'interdépendance réciproque. C'est pourquoi il s'agit d'un « niveau d'analyse crucial » (Faist, 2000).

Si l'on considère l'ensemble de l'unité économique constituée par la famille et le migrant, qui collaborent à court et à moyen terme, le gain économique est certain pour la famille, les transferts d'argent contribuant à la diversification des ressources du ménage. Une famille rurale, qui veut passer de l'autosubsistance à une exploitation de type capitaliste, est confrontée à l'absence d'accès au crédit et à l'impossibilité d'emprunter soit pour acheter de la terre, soit pour

s'équiper en machines agricoles. C'est précisément ce rôle que vont jouer les transferts et que soulignent les enquêtes disponibles sur leur utilisation, qui font mention, en milieu rural, de l'achat de terres. En d'autres termes, l'unité familiale, à travers les gains escomptés de l'envoi d'un ou plusieurs actif(s), procède bel et bien à une optimisation ou, au moins, à une réallocation de ses ressources (Stark, 1991).

Et l'intérêt du migrant individuel ? Il a bénéficié de la capacité de la famille à mobiliser tout un capital : des ressources financières pour payer le départ, des réseaux familiaux ou communautaires pour prendre en charge le migrant (logement, démarches administratives, présentation et recommandation à des employeurs potentiels). Au Kerala, par exemple (Zachariah, Mathew, Rajan, 2002), les émigrants ont financé leur départ en cumulant des ressources, la famille jouant un rôle central : épargnes familiales (27 %), emprunts (50 %), vente de bijoux (40 %), emprunts bancaires (60 %). Une enquête réalisée au Botswana de 1978-1979 (Stark, 1991) montre que les échanges et retombées sont échelonnés dans le temps et que les transferts augmentent en fonction de trois variables : le niveau d'instruction, la taille des troupeaux et l'intensité des périodes de sécheresse. Les

transferts sont un investissement dans l'éducation des jeunes pour assurer des ressources ultérieures (mais ici la relation peut être inverse). Les troupeaux étant la principale forme d'héritage, le migrant a tout intérêt à marquer sa prétention à l'héritage. Enfin, l'envoi d'argent en raison de la sécheresse ne s'analyse pas comme pas un acte d'altruisme pur, mais un moyen de limiter le risque d'hériter de bêtes mortes de faim et de soif.

Pour que le système fonctionne, les liens entre le migrant et la famille doivent être suffisamment forts. L'hypothèse d'une rupture unilatérale du contrat est-elle envisageable ? Le risque est loin d'être nul, si le migrant met en œuvre une autre stratégie (mariage mixte et intégration définitive à l'étranger), mais la force des liens culturels et identitaires – impossibles à quantifier économiquement – va se traduire par une logique de retour ou de va-et-vient et de transferts. Ainsi, le non-respect du contrat familial peut exclure le migrant du marché matrimonial local, voire de la communauté. Le risque est, bien sûr, plus élevé pour un migrant célibataire que pour un homme marié.

IV. Santé et développement

Kofi Annan, secrétaire général des Nations unies de 1997 à 2006, l'exprimait ainsi en 2001 : « Le plus grand ennemi de la santé dans le monde en développement est la pauvreté²⁵ ». En réalité, les relations avec le sous-développement sont complexes (Gaimard, 2011). Le sous-développement est un facteur majeur de mortalité et de morbidité et la pauvreté accentue les inégalités, à l'inverse, un mauvais état sanitaire peut remettre en cause et menacer le développement économique et social, mais une bonne santé facilite le développement par le jeu de divers mécanismes. Le rapport *Macroéconomie et santé* de l'OMS (OMS, 2001) fait état des multiples effets que peut avoir l'amélioration de la santé sur l'économie : effets sur l'éducation, sur la productivité du travail, sur l'offre de main-d'œuvre, sur le pouvoir d'achat, la consommation, l'épargne, etc.

La place accordée à la santé arrive ainsi au premier rang des priorités internationales et témoigne de la prise de conscience de la forte corrélation qui existe entre pauvreté et santé. « La santé pour tous en l'an 2000 », slogan prôné par l'Organisation mondiale de la santé, traduisait une volonté de mobilisation générale en faveur des actions de santé dans le monde. La

Conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenue au Caire en septembre 1994, posait comme principe que « tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre ». L'amélioration de la santé des populations fait l'objet de trois des huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD), énoncés par les Nations unies en 2000, qui portent sur la baisse de la mortalité, notamment celle des enfants et des femmes, l'amélioration de la santé maternelle, le recul des grandes endémies comme le Sida, le paludisme ou encore la tuberculose. La santé est, en outre, de plus en plus perçue comme le pendant du premier objectif qui vise à éradiquer l'extrême pauvreté et la faim.

L'impact de la santé sur la croissance a pu être mesuré avec précision au niveau macro : « Des économistes ont établi que plus de la moitié de l'écart de croissance entre l'Afrique et l'Asie de l'Est s'expliquait par des différentiels d'états démographiques, géographiques et de santé. Des modèles de croissance s'accordent sur le fait qu'une augmentation de 10 % de l'espérance de vie induit une croissance du PNB de 0,3 à 0,4 % par an » (Sévérino, 2008). La théorie des « trappes à pauvreté »,

développée par Jeffrey Sachs (2005) dans le cas des pays en développement, accorde à la santé une place centrale. Les situations de pauvreté sont autoentretenuës par une conjonction de facteurs liés, entre autres, à la perte progressive du savoir et des capacités individuelles (malnutrition, maladies, etc.). À l'autre bout de l'échelle temporelle, Stéphane Tizio montre que « la maladie revêt une dimension intergénérationnelle de par ses conséquences sur les conditions d'existence des descendants » (Tizio, 2004). Jean-Michel Séverino analyse également l'impact de la santé au niveau micro, dans le cas des pays en développement : « La santé influe sur la capacité à exploiter ses "potentialités". [...] Une détérioration de la santé, qui réduit les capacités à élaborer des choix et à saisir des opportunités, a donc un impact directement négatif sur l'"efficacité" de l'économie dans son ensemble. »

Dans la lignée du modèle de croissance néo-classique, le lien causal était supposé aller du revenu vers la santé : un revenu plus élevé facilite à la fois l'accès à des modes de vie et à des biens et services améliorant la nutrition et la santé, et contribue aussi à une amélioration de l'éducation elle-même, favorable à de meilleurs comportements d'hygiène et de santé. En

outre, un revenu croissant constitue une protection contre les chocs exogènes, y compris sanitaires, comme les épidémies. Dès le début des années 1990, la possibilité d'un lien causal inverse a été explorée dans les travaux du prix Nobel R.W. Fogel qui montraient que l'amélioration du régime nutritionnel expliquait environ la moitié de la croissance britannique entre la fin du xvii^e et la fin du xx^e siècle, ces progrès alimentaires pouvant s'interpréter aussi bien comme un effet de revenu que comme un effet de santé. Dès 2001, le rapport de la Commission macroéconomie et santé de l'OMS, présidée par Jeffrey Sachs, considérait comme définitivement établi que « l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un *input* décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement à long terme », et que ce point avait « été grandement sous-estimé jusqu'à présent » par les politiques publiques (OMS, 2001).

La santé, facteur du développement

La mauvaise santé est un facteur de stagnation économique et sociale. Dans un article sur l'« État de santé et systèmes de soins dans les pays en développement », Stéphane Tizio (2004) décrit les différentes manières par lesquelles la maladie agit sur le développement humain et sur la croissance. Selon l'auteur, la maladie engendre tout d'abord une perte de bien-être individuel en occasionnant des pertes de possibilité de consommation : les traitements médicaux sont coûteux et, en l'absence de couverture maladie, comme c'est le cas dans les pays les plus défavorisés, les sommes affectées amputent les revenus des ménages. La maladie entraîne également une perte de revenu courant du fait des absences au travail et une perte des revenus futurs du fait de la mort prématurée qui vont provoquer une diminution de la consommation individuelle et ne permettront pas d'alimenter la demande globale au niveau macroéconomique. La mauvaise santé induit des coûts sociaux qui, en étant parfois importants, hypothèquent toute velléité d'amélioration de l'autonomie individuelle et de maintien de la croissance

économique. Le paludisme et le Sida (chapitre 2) en sont les exemples types. Les effets de l'épidémie sur la structure démographique et l'espérance de vie peuvent se traduire par des changements importants dans le mode de comportement socio-économique. Les familles qui doivent faire face à une perte de revenus et à une augmentation des dépenses de santé vont recourir à des solutions qui peuvent avoir des effets négatifs à long terme, comme l'émigration, le travail des enfants, la vente de leurs biens et la liquidation de leur épargne. Ce sont les populations pauvres qui sont les plus gravement touchées. Elles sont, d'une part, les plus vulnérables à l'infection et, d'autre part, elles auront plus de difficultés financières à faire face aux conséquences de l'épidémie. La maladie enfonce encore davantage les familles démunies dans la pauvreté.

La maladie d'aujourd'hui possède aussi un impact négatif sur la vie de demain : elle revêt, en effet, une dimension intergénérationnelle sur les conditions d'existence des descendants et ascendants de l'individu malade. Les comportements démographiques des pays en développement, caractérisés par une fécondité élevée et une forte mortalité, engendrent un cercle vicieux de « trappe à pauvreté » : en l'absence de

couverture sociale familiale, les familles nombreuses ne peuvent allouer à chacun de leurs enfants qu'une faible part du revenu pour les éduquer et les nourrir. Leur probabilité de survie est donc d'autant plus basse que les fratries sont importantes, et leur chance d'accéder à des revenus élevés d'autant plus faibles. Ces effets intergénérationnels au niveau microéconomique se traduisent au niveau macroéconomique par un fort accroissement naturel de la population avec un âge moyen faible. La population en âge de travailler, le PNB par tête et le taux d'épargne stagnent.

Enfin, pour Stéphane Tizio, la maladie engendre des coûts élevés pour la société. Une morbidité élevée, à côté du *turnover* important de la main-d'œuvre qu'elle engendre, rebute les investissements des entreprises, donc leur profitabilité, et décourage le tourisme, source de revenus en devises. De plus, lorsqu'une proportion importante de la population est malade, les budgets publics sont affectés prioritairement aux dépenses de santé, au détriment des autres services sociaux. La confiance de la population envers les autorités publiques s'affaiblit, tandis que les services sociaux sont saturés. La hausse de la productivité du travail, permise par l'emploi d'une main-d'œuvre bien soignée et bien nourrie, permettrait aux entreprises de réaliser

des profits et aux investisseurs étrangers d'être moins frileux pour accorder des financements aux firmes des pays en développement. Cette corrélation forte entre la productivité du travail et la croissance économique est d'autant plus importante dans les pays en développement où le travail est surtout manuel.

Ainsi, une population en bonne santé voit son espérance de vie augmenter et son cycle de vie s'allonger. L'espérance de gains futurs augmente avec l'horizon de planification des individus qui sont alors d'autant mieux disposés à investir en éducation, en santé et à se constituer une épargne financière (Tizio, 2004, p. 128).

Jean-Paul Moatti et Bruno Ventelou (2009) se sont eux aussi attachés, dans leurs travaux, à montrer que la santé peut être un facteur de développement par plusieurs mécanismes. Le premier processus par lequel la santé peut représenter une source de croissance tient aux pertes de productivité qui découlent de la morbidité et de la mortalité prématurée, ainsi qu'au fait que des travailleurs en bonne santé sont plus productifs et

génèrent des revenus plus élevés. Au plan microéconomique, il a été aisément démontré qu'un traitement médical efficace permet de restaurer la productivité affectée par la maladie. Mais ce mécanisme n'est pas forcément suffisant pour entraîner des effets macroéconomiques significatifs. Dans le cas du Sida, en dépit d'effets démographiques avérés qui, dans les pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés, ont quasiment annulé les progrès d'espérance de vie obtenus depuis 1950, les premiers modèles macroéconomiques prédisaient un impact de l'épidémie de l'ordre de la perte annuelle d'un point de croissance du PIB. Dans le modèle néoclassique courant, qui servait de cadre à ces premiers travaux, les pertes de production dues à la disparition des travailleurs sont, en partie, compensées par un effet mécanique d'augmentation du capital par tête du pays. Certains spécialistes (Couderc *et al.*, 2006) ont montré qu'il suffit qu'existe une importante main-d'œuvre inoccupée, comme dans la quasi-totalité des pays en développement, et que la disparition prématurée de 10 % d'une génération productive, pour cause de maladie, se traduise par une réduction proportionnellement moindre de l'*output* (par exemple de l'ordre de 5 %), pour que la productivité par tête augmente et pour que les effets macroéconomiques de

la mauvaise santé soient limités.

Par d'autres mécanismes, la santé n'est plus un bien de consommation comme les autres, mais un investissement générant des bénéfices significatifs sur le long terme. Ces modèles ont mis en lumière le rôle décisif de la transmission du capital humain dans la croissance à long terme, capital humain qui concerne, non seulement l'éducation, mais aussi le capital santé. L'analyse de l'expérience des pays émergents d'Asie du Sud-Est, ainsi que d'autres succès de sortie du sous-développement (le Sri Lanka, l'État du Kerala en Inde, le Botswana, le Lesotho, la Tunisie) insistent sur le processus par lequel un début d'augmentation de l'espérance de vie, en allongeant l'horizon temporel des ménages, favorise une demande plus forte d'éducation et des comportements d'épargne, deux facteurs cruciaux pour alimenter l'investissement productif. À cela vient s'ajouter le « dividende démographique » (voir ci-dessus).

Sur cette question de la fécondité, un débat s'est engagé récemment quant aux effets attendus de l'impact du VIH/Sida sur la croissance des pays africains. Deux thèses s'opposent. Pour les uns, l'épidémie entraîne une baisse de la fécondité des

populations atteintes, favorisant une participation accrue des femmes au marché du travail et, à terme, un effet positif sur l'économie des pays touchés par l'épidémie (Young, 2005). À l'inverse, les travaux de Kalemli-Ozcan (2002) associent le maintien d'une fécondité active à un comportement d'assurance contre le sinistre et prédisent un effet négatif du Sida sur l'investissement en capital humain effectué sur chaque enfant. David Weil, partisan de cette seconde thèse, propose un arbitrage empirique et montre, à partir de données rétrospectives portant sur 80 pays pour la période 1960-2000, que, par le passé au moins, les gains d'espérance de vie ont notablement contribué à une augmentation du PIB par habitant, expliquant même près d'un quart de sa variance entre pays (Weil, 2007). L'interaction entre santé et comportement de fécondité, d'une part, et fécondité et choix éducatif, d'autre part, apparaît une piste de recherche intéressante pour éclairer les dynamiques de croissance.

Sur le plan théorique, l'application au cas du Sida de modèles de croissance suggère que l'impact cumulé de l'épidémie peut entraîner certaines économies dans une véritable « trappe épidémiologique », mettant en danger leur régime de croissance. Ces travaux

apportent aussi une justification macroéconomique à l'engagement massif de la communauté internationale dans le financement de l'accès des populations malades aux antirétroviraux, dont la rentabilité du rapport coût par année de vie supplémentaire gagnée est contestée par une partie des économistes de la santé. Il faut, cependant, prendre garde à ce que le nouveau paradigme, qui fait de l'amélioration de la santé une condition nécessaire de la croissance, ne débouche pas sur la croyance, agitée par la majorité des organisations humanitaires mais aussi par certains experts, qu'il suffit d'augmenter l'aide internationale et les dépenses consacrées à la santé pour sortir les populations du monde en développement de la pauvreté.

La santé, conséquence du développement

La croissance économique comme le développement ont une incidence sur l'état de santé de la population par l'extension du système de santé et la satisfaction d'un plus grand nombre de besoins de la population. La croissance économique permet l'augmentation de l'allocation des ressources dévolues au secteur de la santé. Plusieurs auteurs en ont démontré les mécanismes. La croissance du PIB total et du PIB par habitant conduit à plusieurs changements dans les comportements des ménages, changements dont fait état Stéphane Tizio (2004). Tout d'abord, l'affectation des ressources des ménages se modifie en faveur des biens et services supérieurs, conformément à la loi d'Engel. L'élévation du niveau de vie permet aux individus de se préoccuper davantage de leur santé. La demande de santé et d'éducation est alors susceptible d'augmenter. Les études économétriques montrent d'ailleurs que l'élasticité-revenu de la demande est d'autant plus forte que le revenu initial des ménages est faible. Ensuite, les comportements démographiques se modifient eux aussi dans le sens d'une réduction de la fécondité, facteur favorable à l'accumulation de capital

humain pour les enfants.

La Banque mondiale, en 1993, a établi que l'espérance de vie croît avec le revenu par habitant, et ceci d'autant plus vite que ce revenu est faible. L'accroissement du revenu est alors un facteur déterminant de l'amélioration de l'état de santé des populations, indépendamment des progrès médicaux. Enfin, la croissance économique ouvre des possibilités de financement de systèmes de protection sociale. La socialisation du financement de la demande de santé permet alors de rendre solvable la demande des plus démunis. L'augmentation de la demande de santé et celle de la fréquentation des unités de soins, consécutives à la croissance des revenus, génèrent un revenu additionnel dans ce secteur.

Il apparaît ainsi que la santé en tant que système est au cœur des liens qu'entretiennent santé et développement. Ce rôle d'interface joué par la santé entre croissance économique et développement humain doit alors être entretenu et renforcé par des politiques adéquates, les politiques de santé durables. L'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé constituent dès lors un enjeu majeur du développement durable. Les politiques de santé, qui

modifient à la fois l'organisation et le financement des systèmes de santé, remplissent donc un rôle central dans la marche vers le développement. Toutefois, cette contribution positive des politiques de santé au développement durable reste étroitement liée à certaines conditions qui portent, d'une part, sur l'efficacité, productive et allocative, des systèmes de santé, et d'autre part, sur l'équité et la légitimité sociale et politique des réformes de politique sanitaire.

Le fondement d'une politique de santé est qu'elle doit permettre une amélioration de l'état de santé des populations. Pour cela, elle doit être efficace et c'est, en fait, la notion d'efficacité productive du système de santé qui est en question ici. Cette efficacité est, en outre, conditionnée par une véritable prise en compte des besoins individuels et collectifs en matière de santé *stricto sensu*, mais aussi en matière d'infrastructures. Il doit y avoir une adéquation entre le nombre et la qualité des services de santé par rapport aux besoins de la population en termes de soins primaires et de soins hospitaliers. Une amélioration de l'efficacité productive du système de santé passe également par la formation des personnels de santé à l'épidémiologie afin, notamment, que ces derniers puissent cerner les besoins les plus cruciaux des populations.

Une meilleure allocation des ressources financières dans le secteur de la santé nécessite la pérennisation du financement du secteur. La pérennité du financement assure, en effet, une continuité des approvisionnements en biens médicaux, notamment en médicaments, mais elle autorise également le recouvrement des charges, récurrentes ou non, comme l'entretien des locaux. La stabilité financière du système de santé permettrait, en outre, d'étendre le système lui-même, construction d'infrastructures nouvelles, mais aussi son champ d'intervention (soins de nouvelles pathologies, extension du domaine de la santé publique, etc.). Cette dimension financière de la durabilité du système de santé, et donc du développement, pose toutefois un certain nombre de questions qui relèvent des choix publics.

Au plan microéconomique, les modifications dans le mode de rémunération des producteurs de soins – paiement à l'acte, procédures de prépaiements individuels ou socialisés... – induisent des comportements différenciés des acteurs du système de santé, comportements dont il convient de tenir compte. Au plan macroéconomique,

l'identification des circuits de financement est également un préalable pour statuer sur la pérennité des systèmes de santé (Tizio, 2004, p. 112).

La politique sanitaire contribue au développement dès lors qu'elle permet de réduire les inégalités devant la santé. Dans les pays en développement, une redistribution inégalitaire du revenu influence négativement la croissance. Pour compenser les effets négatifs d'une telle redistribution, les politiques de santé doivent contribuer à aplanir les obstacles à l'accessibilité aux soins. Les inégalités ne sont pas seulement financières ; elles sont aussi géographiques, sociales et culturelles. Or, dans les pays en développement, on constate, qu'en réalité, la relation entre augmentation des dépenses de santé proprement dites et amélioration de l'état de santé est moins évidente même si celle-ci peut être retrouvée dès lors que les dépenses ciblent effectivement les secteurs les plus pauvres de la population. La médiation entre dépenses de santé, d'une part, et amélioration de la santé des populations, d'autre part, passe par des systèmes de santé qui continuent d'être affectés par des

rendements décroissants, de fortes inefficiences, voire des déséquilibres majeurs réduisant leur capacité d'absorption des flux d'aide.

Les gouvernements ne peuvent ignorer les risques de déséquilibres macroéconomiques que l'accroissement des dépenses de santé est susceptible d'entraîner. La dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure peut très vite s'avérer élevée dans le cas de programmes verticaux de lutte contre une maladie : dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les dépenses consacrées au Sida doivent leur rapide augmentation au fait d'être subventionnées pour plus de la moitié par l'aide internationale. Les nécessaires améliorations salariales à consentir aux professionnels de santé pour les retenir, et faire face à la crise des ressources humaines dans les systèmes publics de santé, peuvent entraîner un effet de contagion sur l'ensemble de la fonction publique et contribuer à alourdir excessivement le déficit public. Les arbitrages demeurent loin d'être évidents entre investissement dans les systèmes de santé et usages alternatifs des fonds pour d'autres dépenses sociales (Moatti et Ventelou, 2009).

Une étude récente du Fonds monétaire international (FMI) a montré que le fait de consacrer un point

supplémentaire de PIB aux systèmes de santé dans les pays à bas revenu était susceptible de réduire significativement la mortalité infantile, mais que les effets globaux sur la croissance à dix ans d'une augmentation similaire de l'investissement éducatif ou d'une amélioration de la gouvernance demeuraient supérieurs.

L'écart entre ceux qui ont accès aux soins et ceux qui en sont exclus est ainsi de plus en plus marqué. La pauvreté est un facteur déterminant pour la santé de la femme. Lorsqu'une femme meurt en donnant la vie à un enfant, c'est généralement à la suite d'une série de ruptures des interactions avec le système de santé : retard à se faire soigner, impossibilité de suivre les conseils du médecin et, enfin, incapacité du système de santé à offrir des soins de qualité ou en temps voulu. Ces défaillances risquent le plus souvent de survenir et de se conjuguer de façon catastrophique lorsque le contexte macroéconomique et social se dégrade. La prise en charge des risques occasionnés par la grossesse et par l'accouchement est inextricablement liée au statut de la femme dans la société. Partout où les femmes sont déniées de leur droit à décider elles-mêmes en matière de santé reproductive, la difficulté d'accès aux services de planification familiale diminue

leur capacité à espacer les naissances, à protéger leur santé et leur vie. La santé maternelle se trouve ainsi au cœur du processus de développement. Dans les pays les plus en retard, la réduction de la mortalité maternelle apparaît comme un facteur clé pour la survie et le développement des enfants jusqu'à l'adolescence. Investir dans les ressources humaines relève donc d'une saine politique de développement.

« La santé pour tous » : un défi à relever pour les pays en développement

Le défi est grand pour les pays en développement : faire face à la montée de nouvelles pathologies, les « maladies de l'abondance », alors que les vieilles maladies infectieuses ne sont pas éradiquées. Ils cumulent ainsi tous les types de pathologies, celles du premier âge de la transition sanitaire ainsi que les maladies chroniques, faisant peser sur la population une double charge de morbidité, alors que les moyens de soigner les malades risquent de manquer. Néanmoins, l'objectif de « la santé pour tous » reste réalisable dans les pays en développement. Pour cela, de gros progrès sont encore à réaliser.

L'accroissement du revenu est alors un facteur déterminant de l'amélioration de l'état de santé des populations, indépendamment des progrès médicaux. La croissance économique ouvre des possibilités de financement de systèmes de protection sociale. La socialisation du financement de la demande de santé permet alors de rendre solvable la demande des plus démunis. L'augmentation de la demande de santé et

celle de la fréquentation des unités de soins, consécutives à la croissance des revenus, génèrent un revenu additionnel dans ce secteur. L'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé constituent dès lors un enjeu majeur du développement durable. Les politiques de santé, qui modifient à la fois l'organisation et le financement des systèmes de santé, remplissent donc un rôle central dans la marche vers le développement. Toutefois, cette contribution positive des politiques de santé au développement durable reste étroitement liée à certaines conditions qui portent, d'une part, sur l'efficacité, productive et allocative, des systèmes de santé, et d'autre part, sur l'équité et la légitimité sociale et politique des réformes de politique sanitaire.

Or, les systèmes sanitaires, fondés sur les soins de santé primaires depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978, sont en crise et font encore défaut pour la moitié de la population des pays en développement. La mise en place de soins de santé primaires a rencontré de multiples difficultés sur le terrain. Ils se révèlent, d'une part, coûteux dès lors que la population cible en est la plus grande masse. Il y a eu, d'autre part, de fortes résistances, ne serait-ce que passives, à tout redéploiement important de moyens existants. La

plupart des gouvernements ont adopté des politiques de santé suivant la stratégie des soins de santé primaires, mais les commencements d'application réelle ont été plus rares et n'ont pratiquement jamais conduit au véritable renversement des priorités qui aurait pu aboutir aux résultats escomptés. Pour atteindre les objectifs fixés pour 2015, 1,6 milliard de personnes supplémentaires devront pouvoir accéder à un système de santé. Si la tendance de la dernière décennie se poursuit, ce sont 600 millions de personnes qui seront encore exclues des systèmes sanitaires en 2015 (Nations unies, 2007).

L'existence et le fonctionnement de systèmes de soins de qualité accessibles à tous supposent d'importantes dépenses et des mécanismes de financement viables. Or, si les dépenses mondiales de santé ont beaucoup augmenté depuis trente ans, cette augmentation est lente, voire inexistante, dans les pays les plus pauvres. Le manque d'agents de santé qualifiés touche plus fortement les pays en développement, alors que c'est là que les besoins sont les plus cruciaux. Dans les pays en développement, la pénurie plus ou moins grande de personnel et de matériel fait passer au second plan toutes les autres questions, comme la mise en place d'une protection sociale pour les plus pauvres.

Les agents sanitaires qualifiés des pays pauvres tendent à émigrer vers les pays riches. Pourtant, c'est bien cette stratégie qui a permis à des pays comme le Costa Rica, le Kenya ou l'État du Kerala en Inde, sans oublier la Chine, d'obtenir une progression de leur espérance de vie bien au-delà de ce qu'on aurait pu attendre de leur développement économique. Ainsi, l'OMS, dans son rapport sur la santé dans le monde de 2008, réaffirme la nécessité de réformer la manière dont fonctionnent les systèmes de santé sous forme de soins de santé primaires. Ces réformes deviennent primordiales pour faire face aux nouveaux défis sanitaires, aux attentes et aux exigences de la population pour des soins plus équitables et pour une meilleure protection sanitaire.

L'amélioration de la santé des populations dépend du bon fonctionnement des systèmes sanitaires mais aussi, et peut-être plus encore, du contexte socio-économique et politique qui joue un rôle primordial dans la promotion de la santé des populations. L'accès aux médicaments essentiels, mais aussi l'autosuffisance alimentaire, l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement du milieu de vie, la salubrité de l'habitat et les programmes d'éducation pour la santé sont autant de facteurs qui exercent une influence décisive sur l'état de santé. Il est donc

primordial de mettre en œuvre des politiques dans ces différents domaines. L'éducation est un facteur déterminant. L'instruction des femmes et des filles est aussi un facteur de baisse de la fécondité, de diffusion de la contraception et, par là même, de diminution de la mortalité maternelle. L'éducation est aussi l'un des outils les plus efficaces de prévention du sida. La santé des femmes se ressent de leur statut social et familial, et l'éducation peut être un facteur essentiel de l'égalité des sexes. En effet, les femmes, de par leur rôle au sein du ménage, et plus particulièrement certaines catégories (veuves, chefs de ménage), sont les plus vulnérables. Des mesures axées sur l'égalité des sexes doivent donc constituer un volet capital d'une politique de santé en faveur des plus pauvres.

La qualité de l'environnement influe directement sur l'état de santé, notamment l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Il s'agit là des moyens les plus efficaces pour lutter contre les infections transmises par les différents vecteurs présents dans les zones où les eaux stagnantes sont la principale source pour boire, cuisiner, se laver. Lorsqu'il n'y a pas d'assainissement, les bienfaits de l'eau potable et de l'hygiène personnelle sur la santé publique sont minorés. En 2008, un milliard d'individus dans le

monde n'avaient pas d'accès à l'eau potable et 2,6 milliards étaient privés d'accès à un assainissement amélioré. Dans les régions en développement, les trois quarts de la population utilisent une source d'eau améliorée, mais seulement 60 % en Afrique subsaharienne. Près de la moitié (48 %) de la population ne dispose pas d'un assainissement de base ; cette proportion s'élève à 69 % en Afrique subsaharienne et à 64 % en Asie du Sud.

L'assainissement et l'eau potable ne sont pas souvent considérés comme des priorités dans les budgets nationaux et dans l'aide publique au développement, en dépit de leurs énormes retombées sur la santé publique. En outre, l'expansion rapide des villes rend difficile l'amélioration sanitaire des taudis dans lesquels le nombre d'habitants ne cesse d'augmenter. En 2010, les Nations unies estiment à plus de 800 millions d'habitants le nombre de personnes vivant dans des taudis urbains. L'Afrique subsaharienne est une des régions en développement les plus marquées par le manque d'abris pour les populations urbaines qui affluent. Au Tchad, en République centrafricaine et en Éthiopie, 80 % des habitants des villes vivent dans des taudis.

L'importance de la place accordée à la santé est

révélatrice de la prise de conscience de la communauté internationale quant à la forte corrélation qui existe entre santé et pauvreté. La santé est au cœur du développement. La Commission macroéconomie et santé de l'Organisation mondiale de la santé a montré qu'une amélioration sensible de la situation sanitaire est un préalable indispensable au développement. Des travailleurs en bonne santé sont plus productifs, et une forte productivité de la main-d'œuvre encourage l'investissement. L'amélioration de la situation sanitaire accroît les résultats scolaires des enfants, ce qui, à terme, contribue à élargir la base du capital humain. Les fonds consacrés à l'épargne augmentent avec une population en bonne santé. Sous l'effet de l'amélioration de la situation sanitaire et de l'augmentation du niveau d'instruction, la fécondité vient à diminuer entraînant une réduction du rapport de dépendance économique²⁶ qui favorise la croissance du revenu par habitant, dans les pays les plus pauvres.

Améliorer la santé des pauvres revient donc à investir dans la croissance et le développement économique. Les pays vont devoir mobiliser des ressources supplémentaires, et orienter les investissements publics, en direction des populations défavorisées qui sont les plus vulnérables. Les pays les plus pauvres ne

pourront pas y arriver seuls. Les pays développés doivent maintenir leur promesse d'engagement à long terme et agir vite pour accroître leur aide²⁷. La directrice exécutive du Fonds des Nations unies pour la population, M^{me} Thoraya Ahmed Obaid, proclamait en mars 2004 :

Pour relever les défis auxquels le monde devra bientôt faire face, il est essentiel de multiplier les partenariats, non seulement entre les gouvernements, les ONG, les acteurs du secteur privé et les médias, mais aussi entre le Nord et le Sud et entre le Sud et le Sud.

Loin du slogan « La santé pour tous en l'an 2000 », les évolutions récentes de la santé dans les pays en développement sont révélatrices de la persistance et de l'apparition de graves problèmes de santé publique. Elles tendent à relativiser le modèle de la transition épidémiologique. Il reste beaucoup à accomplir et l'on peut faire encore plus si toutes les parties concernées sont fidèles aux engagements pris. Les objectifs sont toujours réalisables dans la plupart des pays en

développement, y compris en Afrique. La prévention apparaît de plus en plus comme la meilleure arme pour lutter contre les maladies transmissibles ou non transmissibles. Être en bonne santé est une valeur toute relative qui met en jeu un système multifactoriel complexe, qui relève de l'individuel et du collectif.

C'est la conjonction des progrès médicaux, des ressources économiques mises au service du développement humain (l'éducation et la santé sont essentielles), de l'efficience des politiques de santé, du recul de la pauvreté et de l'évolution du statut de la femme qui expliquent les améliorations de l'état de santé relevées au cours du siècle. Les États qui ont appliqué ce régime ont fait reculer les maladies infectieuses. La situation démographique des pays en développement est encore très favorable, avec des populations relativement jeunes, donc avec des organismes en bonne santé. Avec le vieillissement, ils devront faire face, comme les vieux pays industrialisés, à de nouveaux problèmes de santé publique que sont les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers. Y feront-ils face, ou pourront-ils y faire face, de la même manière ?

Quelques références

Africa Union Commission and Economic Commission for Africa (2013), « Industrialization for an Emerging Africa », Issues Paper, Abidjan. Factsheets :

– 2013 a, *Initiating the Demographic Dividend by Achieving a Fertility Decline* ;

– 2013 a, b, *Toward a Demographic Dividend : Invest in Health and Education* ;

– 2013 a, c, *Africa and the Challenge of Realizing the Demographic Dividend* ;

– 2013 c, *Creating Jobs : Challenge for a Demographic Dividend*.

Attané Isabelle (2008), « La Chine, un géant démographique aux pieds d'argile », *Fiche d'actualité scientifique*, Paris, Ined.

Balde Alhassane (2009), *Éducation, famille et pauvreté en Guinée rurale (sous-préfecture de Kanfarandé, Basse Guinée)*, thèse de doctorat de démographie, université Paris-Descartes.

Charbit Yves, Chort Isabelle (2006), « Les transferts monétaires des migrants : pays industrialisés et pays en développement », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 22, n° 2, p. 127-154.

Charbit Yves (2007), « Transferts, retours et développement : données, concepts et problématiques », in Petit Véronique (dir.), *Migrations internationales de retour dans la perspective des pays du Sud*, Paris, Centre population et développement, p. 44-75.

Charbit Yves, Kébé Mamadou (2010), « Croissance démographique, fécondité et éducation en Afrique subsaharienne », in Nohra Fouad (dir.), *Politiques éducatives, émancipation humaine et inégalités sociales dans les pays en développement*, Paris, L'Harmattan, p. 27.

Couderc Nicolas *et al.* (2006), « Sida et croissance économique : le risque d'une "trappe épidémiologique" », *Revue d'économie politique*, 116, p. 697-715.

Faist Thomas (2000), « The Crucial Meso-Level », in *The Volume and Dynamics of International Migration*

and Transnational Social Spaces, Oxford, Oxford University Press, p. 187-217.

Gaimard Maryse (2011), *Population et santé dans les pays en développement*, Paris, L'Harmattan.

Gribble James, Bremner Jason (2012), « Achieving a Demographic Dividend », *Population Bulletin (PRB)*, vol. 27, n° 2.

Kalemli-Ozcan Sebnem (2002), « Does the Mortality Decline Promote Economic Growth ? », *Journal of Economic Growth*, 7, p. 2-53.

Moatti Jean-Paul, Ventelou Bruno (2009), « Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation », *Revue Économique*, vol. 60, p. 241-256.

Nations unies (2007), *Objectifs du millénaire pour le développement, rapport 2007*, New York (en ligne).

– (2010), *Objectifs du millénaire pour le développement, rapport 2010*, New York (en ligne).

– (2012), *Objectifs du millénaire pour le développement, rapport 2010*, New York (en ligne).

OMS (2001), *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*, rapport de la Commission macroéconomie et santé, Genève (en ligne).

Petit Véronique (2013), *Counting Populations. Understanding Societies*, Springer-Verlag.

Pinnelli Antonella (2004), « Genre et démographie », in Caselli Graziella, Vallin Jacques, Wunsch Guillaume (dir.), « Démographie : analyse et synthèse », *Population et Société*, Paris, Ined, vol. 6, p. 419-452.

PNUD (2009), *Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières : mobilité et développement humain*, New York, Nations unies.

RAND (2001), « Preparing for an Aging World » (en ligne).

Sachs Jeffrey (2005), *The End of Poverty : Economic Possibilities for Our Time*, Londres, Allen Lane.

Severino Jean-Michel (2008), « La situation des pays en voie de développement », *Les Tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, n° 21, p. 31-39.

Siniscalco Schleicher, Maria Teresa (2000), *Réaliser l'éducation pour tous : les défis démographiques*, Paris, Unesco.

Stark Oded (1991), *The Migration of Labour*, Basil Blackwell.

Tizio Stéphane (2004), « État de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : la contribution des politiques de santé au développement durable », *Mondes en développement*, n° 127, p. 101-117.

Unesco (1998 a), *Addendum to the Education Public Awareness and Training Report of the Secretary General to CSD at Its Sixth Session*, Paris (en ligne).

– (1998 b), *L'Enseignement supérieur pour une nouvelle Afrique : la vision des étudiants : forum des associations d'étudiants en Afrique sur l'enseignement supérieur au xx^e siècle*, Accra (en ligne).

– (2000), *Rapport sur l'éducation dans le monde*, Paris (en ligne).

– (2009), *Éducation pour tous – Rapport mondial de suivi. Vaincre l'inégalité : l'importance de la gouvernance*, Paris (en ligne).

– (2009), *Projections de la demande mondiale d'enseignants : atteindre l'objectif de l'enseignement primaire universel d'ici 2015*, Institut de statistique, Montréal (en ligne).

Unicef (1999). *La Situation dans le monde. Éducation*, New York (en ligne).

Vaillant Zoé, Salem Gérard (2008), *Atlas mondial de la santé*, Paris, Autrement.

Véron Jacques (2002), « Population et éducation », in Charbit Yves (dir.), *Le Monde en développement. Démographie et enjeux socio-économiques*, Paris, la Documentation française.

Weil David N. (2007), « Accounting for the Effect of Health on Economic Growth », *The Quarterly Journal of economics*, 22(3), p. 265-306.

Young Alwyn (2005), « The Gift of the Dying : the Tragedy of Aids and the Welfare of Future African Generations », *The Quarterly Journal of Economics*, 20, p. 423-466.

Zachariah K.C., Kannan K.P., Irudaya Rajan S. (2002), *Kerala's Gulf Connection*, Thiruvananthapuram,

Centre for Development Studies.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Avec la prise de conscience du développement durable, s'est reposée, ces dernières années, la question du rôle que la croissance démographique, en tant que telle, exerçait sur les ressources naturelles de la planète. Mais c'est un débat ancien. La croissance de la population mondiale avait été largement médiatisée depuis les années 1950, tant au niveau scientifique que dans l'opinion publique et des instances telles que les Nations unies ou la Banque mondiale. Dès 1945 avait en effet resurgi le « spectre de Malthus », la crainte d'un excédent de population par rapport aux subsistances disponibles et l'inéluctable sanction par la mortalité de cette croissance excessive. Dans le contexte de l'époque, le risque de famine dans des pays aussi importants que l'Inde était réel. Aussi, la communauté internationale s'est-elle dotée, à partir des années 1960, des outils nécessaires pour mesurer les dynamiques démographiques, et l'on sait aujourd'hui analyser le rôle exact des deux grandes composantes de la croissance : la mortalité et la fécondité.

Sans aucun parti pris idéologique, ce livre a porté un regard critique sur le vaste débat qui s'est longtemps

crystallisé autour de l'explosion de la population mondiale. S'agit-il d'un risque réel pour l'avenir de l'humanité ? Position diamétralement opposée : est-ce un faux problème ? Au lieu de s'enfermer dans une radicalisation du débat, ne faut-il pas déconstruire chacune des étapes du raisonnement ?

Retour sur le concept de Tiers Monde

Le concept même de population mondiale est loin d'être encore valide, et nous vivons sur une idée reçue. Tout au long des années de la guerre froide, on a, en quelque sorte, transposé le débat politique dans le champ démographique. On opposait ainsi le monde capitaliste, le bloc soviétique et ce qu'Alfred Sauvy et Georges Balandier avaient appelé, en 1953, le Tiers Monde en référence au Tiers état, écrasé sous les impôts perçus par les deux autres ordres de l'Ancien Régime, la noblesse et le clergé. Le Tiers Monde, pauvre et massivement rural, présentait alors des caractéristiques démographiques homogènes et, en particulier, une croissance démographique rapide. Mais aujourd'hui, il n'est plus qu'une fiction, et tous les chiffres confirment la nécessité absolue d'éclater cette catégorie pour raisonner sur chaque grand continent et, au sein de chacun d'entre eux, pour s'attacher aux différences entre les pays qui les composent. Désormais, la croissance démographique de l'Asie et de l'Amérique latine est lente (environ 1 % par an), sans pour autant être aussi faible que celle des pays industrialisés (0,3 %), alors que l'Afrique continue à

augmenter au rythme de 2,4 % par an. Mais, au sein même du continent africain, les écarts sont spectaculaires : la croissance est rapide au Centre, à l'Est et à l'Ouest de l'Afrique, mais bien plus faible au Nord et au Sud.

On est donc, inévitablement, conduits à ne pas trop se focaliser sur les chiffres et, au contraire, à s'interroger sur les raisons des différences observées, ce qui revient à plaider pour une contextualisation des évolutions démographiques. Car si l'on parvient à identifier les facteurs socio-économiques, culturels et politiques sous-jacents à la croissance démographique, on pourra, par retour du balancier, donner du sens aux chiffres.

La théorie de la transition démographique

La seconde étape de la nécessaire déconstruction des idées reçues porte sur la théorie de la transition démographique. Il s'agit d'une théorisation fondée sur l'évolution des taux de mortalité et de natalité observée en Europe depuis la fin du xvii^e siècle, quand des statistiques fiables furent disponibles. On put alors reconstituer des séries annuelles sur la longue durée. On l'a dit, après une phase pluriséculaire de quasi-stabilité de l'effectif total de la population, la mortalité décrocha la première, suivie quelques décennies plus tard par la fécondité, dont la baisse devint irréversible. À la fin du processus, natalité et mortalité s'équilibrèrent à nouveau et la population, après une phase de croissance rapide au xix^e siècle, cessa quasiment de croître au xx^e siècle. Il n'est d'ailleurs même pas certain que, pour les pays développés, le renouvellement de la population soit dorénavant assuré. La fécondité des femmes étant basse, les flux annuels des naissances sont faibles tandis que, dans ces populations vieillissantes, les décès annuels sont nombreux.

Dès les années 1950, les experts, principalement nord-américains, avancèrent l'idée que tous les pays du Tiers Monde, à croissance rapide, devraient, tôt ou tard, passer par ces mêmes phases de déclin de la mortalité et de la natalité. La réduction spectaculaire de la mortalité, grâce aux progrès de la médecine et d'hygiène, justifiait cet optimisme, mais la question était de savoir si la baisse de la fécondité se produirait. La solution martelée par les pays développés était simple : mettre en place des politiques de population volontaristes dans les pays en développement. Celles-ci ont beaucoup contribué, en synergie avec des évolutions sociétales profondes telles que l'élévation du niveau d'instruction des femmes, ou encore l'élévation du niveau de vie, à définitivement éloigner le spectre de l'explosion de la population, notamment en Amérique latine, où la croissance était pourtant particulièrement rapide. Au cours des décennies ultérieures, le processus s'est généralisé en Asie, en Océanie et au Nord et au Sud de l'Afrique, d'où le rythme de croissance plus faible que dans les autres sous-régions du continent.

La théorie de la transition démographique est très largement dominante chez les démographes. Ils y font constamment référence, et aucune autre théorie n'a été

produite depuis plus d'un demi-siècle. Pour autant, elle ne doit pas être acceptée aveuglément. Dans d'autres disciplines qui se targuent de scientificité, elle aurait depuis longtemps été mise au rancart, si nombreuses sont ses faiblesses (sur ce point, on consultera utilement Petit, 2013). Outre les contre-exemples factuels qui concernent l'Europe, et surtout la France, où la baisse de la mortalité est postérieure à celle de la fécondité, dans les pays en développement, les changements sont beaucoup plus rapides.

Deux critiques plus fondamentales s'imposent. La première porte sur le présupposé implicite que toutes les sociétés doivent, tôt ou tard, aligner leur comportement sur les sociétés occidentales. Il est frappant qu'au même moment, un sociologue majeur des années 1950 et 1960, William Goode, n'ait pas hésité à proclamer que la famille nucléaire, si magnifiquement logique et fonctionnelle, comme on le constatait alors en Europe et en Amérique du Nord, allait inévitablement s'imposer dans tous les pays. On sait le cinglant démenti apporté par les populations, jusque dans nos propres pays : l'évolution de la condition de la femme et la montée de l'individualisme ont amplement démontré la fragilité de la famille nucléaire. Un naïf postulat évolutionniste sous-tend

ainsi la transition démographique.

La seconde critique est d'ordre épistémologique. Elle a été évoquée au début du chapitre 3 et porte sur le caractère quasi tautologique de cette théorie, qui a été définie uniquement par la succession de phases, sans problématisation aucune et sur la seule base des données collectées. De simples généralisations statistiques, la théorie de la transition démographique est devenue un véritable modèle : les séries statistiques des différents pays, au fur et à mesure de leur disponibilité, allaient nécessairement confirmer sa validité prédictive. Mais, constater le parallélisme des évolutions ne fait que renvoyer à la définition étroite adoptée initialement, car un modèle n'est justement pas une théorie. En d'autres termes, la fécondité baisse, mais pourquoi ? Comme la théorie reste muette, on est contraint de chercher des explications à l'extérieur de celle-ci. Le piège positiviste de la tautologie s'est refermé.

Les leçons de l'histoire

Notre premier chapitre s'est attaché à quatre études de cas, à raison d'une par continent. Si nous avons fait appel à l'histoire, c'est parce que le recul qu'elle permet par rapport à la démographie est particulièrement précieux. La théorie de la transition démographique postule une phase initiale de stabilité en dépit de crises à court terme, induite par de mauvaises récoltes ou des épidémies. Historiens et démographes ont analysé à l'envi les hausses brutales de mortalité suivies d'une « récupération » des naissances et des mariages. Mais alors, comment expliquer des phénomènes de dépeuplement massif, tels que l'effondrement de la population mexicaine ou péruvienne à la suite de la conquête espagnole ?

Ces événements majeurs de l'histoire de l'humanité sont absolument inexplicables par la théorie de la transition démographique, précisément parce que celle-ci exclut totalement de son champ un facteur pourtant essentiel dans l'histoire : la mortalité liée à la violence politique. Dira-t-on avec Jean Ferrat que « le sang sèche vite en entrant dans l'histoire » et que la civilisation a progressé, interdisant le retour de telles destructions humaines ? On l'a vu, la mortalité dans la

Chine de Mao Tsé-toung montre que, malheureusement, de tels faits peuvent se reproduire. Il faudra bien que, tôt ou tard, la démographie tente de théoriser ces lourds aléas. Les catastrophes de la peste noire en Europe et la traite esclavagiste en Afrique apportent un autre enseignement. Pour comprendre la succession de ces ponctions démographiques massives et les mécanismes de récupération, la transition démographique ne nous est d'aucun secours. Nous avons dû faire appel à des facteurs économiques qui s'inscrivaient dans le très long terme : on ne peut pas comprendre la peste noire si l'on oublie que, depuis le ^{XII}^e siècle, stabilité politique et progrès de l'agriculture avaient réuni les conditions d'une surpopulation latente. La survenance de cette pandémie s'analyse comme un retour à un niveau de peuplement raisonnable. C'est pourquoi la catastrophe démographique n'a pas abouti à une dépression démographique à long terme, du moins dans le demi-siècle qui a suivi la peste.

Le visage complexe de la mortalité

La mortalité, la première des deux grandes variables qui gouvernent la croissance démographique, soulève des questions majeures.

D'abord, les progrès méthodologiques de la démographie ont, depuis longtemps, conduit à abandonner les taux bruts de mortalité au profit de deux indicateurs plus fins : l'espérance de vie et la mortalité infantile. Pour les analyses internationales qui font l'objet de cet ouvrage, l'un et l'autre permettent de mieux appréhender la relation entre la mortalité et le développement. Cependant, la mortalité n'est qu'un aspect de la réalité du niveau de développement. De ce point de vue, la morbidité, qui mesure la santé des populations, est sans doute aujourd'hui plus importante que la mortalité proprement dite : on ne meurt plus de certaines maladies, mais on subit diverses formes d'invalidité qui, toutes, entravent le développement d'une manière ou d'une autre. En revanche, les taux de mortalité restent un indicateur d'un grave problème de santé publique : en Afrique, des dizaines de milliers de femmes meurent lors d'une grossesse ou d'un accouchement.

Ensuite, la relation entre santé et développement est en réalité double. Pendant longtemps, la recherche a mis en évidence les mécanismes par lesquels le développement permettait d'améliorer la santé. Citons, par exemple, l'amélioration des conditions sanitaires et, en particulier, l'accès à l'eau potable. C'est tout récemment que l'on s'est attaché à la relation inverse : une bonne santé est un facteur important du développement. En témoigne notamment le fait que la malnutrition et les parasitoses affaiblissent considérablement la productivité de la main-d'œuvre. Dans les campagnes des pays en développement, la production agricole étant faiblement mécanisée, l'efficacité de la main-d'œuvre est essentielle.

Enfin, la recherche sur la mortalité fait aujourd'hui l'expérience d'une remise en cause de ses certitudes. Les spécialistes distinguaient deux modèles de mortalité, l'un propre aux pays riches, l'autre spécifique des pays en développement. Le premier était caractérisé par les maladies dites de civilisation : stress, environnement, alcoolisme, tabagisme, avec des causes de mortalité relevant essentiellement des cancers et des accidents cérébraux et cardio-vasculaires. Le second insistait sur l'importance des maladies infectieuses, gastro-intestinales ou respiratoires, et sur leur

caractère épidémique. Le constat qui s'impose aujourd'hui est l'existence d'une double charge de morbidité qui frappe les pays en développement. Ainsi, en Afrique, on peut mourir à la fois d'une maladie infectieuse comme le paludisme, mais aussi d'hypertension artérielle ou de diabète.

Les chemins de la fécondité

Nous l'avons dit, la transition démographique en tant que telle est bien peu utile pour comprendre l'évolution de la fécondité. En réalité, dès les années 1960, les démographes ont dû greffer d'autres théories sur celle de la transition pour tenter de sociologiser un tant soit peu les comportements démographiques, en particulier la fécondité et la nuptialité. Ce premier effort, la théorie dite de la modernisation, portait les stigmates évolutionnistes de l'époque. La confrontation des travaux des démographes avec ceux des spécialistes de l'économie rurale et des anthropologues a conduit à élargir considérablement la réflexion.

Nous avons ainsi passé en revue différentes explications de la baisse de la fécondité. On aura constaté que notre réflexion était interdisciplinaire, et elle devait l'être car, pour analyser un phénomène aussi complexe que la fécondité, aucune des sciences humaines ne doit être négligée. Bien évidemment, il ne s'agissait pas, dans les limites de ce bref essai, de procéder à des analyses disciplinaires approfondies, mais de butiner théories, concepts et données empiriques en relation directe avec la question posée : pourquoi et comment la fécondité a-t-elle diminué

partout dans le monde en développement, sauf dans trois régions d'Afrique et dans quelques rares pays du Moyen-Orient ?

Le plus commode pour le lecteur était de procéder à un bilan en évoquant, tour à tour, des facteurs pris isolément et supposés explicatifs : la mortalité infantile, la religion, la contraception et les politiques de population. À chaque fois, nous avons montré que ces explications se heurtaient à la contre-épreuve des faits. Mais c'était peut-être la nature même de la démarche qui était à remettre en cause. En sciences humaines, la complexité de la réalité est telle que le modèle expérimental des sciences dures, qui consiste à établir une relation causale étroite entre une variable indépendante et une variable dépendante, n'est pas acceptable. Nous avons donc privilégié des explications plus globales, multifactorielles ; globales, en ce sens que nous avons décentré l'analyse du niveau des individus et de la famille pour nous intéresser au rapport à la terre, à la pauvreté et aux politiques de population ; autrement dit, à des facteurs économiques et politiques qui ne s'inscrivent pas dans les analyses traditionnelles de la fécondité, focalisée sur les individus et les familles elles-mêmes, mais qui restituent ces acteurs dans des contextes sociétaux plus

larges.

Finally, a constat s'est imposé : il n'existe aucune explication unique. La réalité est tout simplement qu'au sein d'un même pays coexistent divers chemins de baisse de la fécondité. Nous sommes loin de la prétention de la théorie de la transition démographique à universaliser le modèle occidental.

Population et développement

Nous l'avons souvent observé, quand la conversation se porte sur la population et, surtout, sur la fécondité, un mécanisme projectif se déclenche. Sur la foi de son propre vécu, de ses convictions, de ses attitudes, chacun y va de son explication. Et, si l'on n'a pas d'idée arrêtée, on se tourne vers le démographe pour lui demander de lui dire la vérité. Car l'on prête à l'expert, qui bénéficie du prestige et de l'autorité du chiffre, la capacité de tout expliquer. Quand on aborde la question des pays en développement, ces mêmes personnes ont souvent un réflexe malthusien : elles font porter à la population le chapeau de la responsabilité du sous-développement.

L'un des objectifs du dernier chapitre était de combattre cette vision simpliste. Si nous avons traité la question de l'environnement, nous aurions aisément pointé le fait que les 20 % les plus riches de la population mondiale sont responsables de 80 % de l'empreinte carbone. Ce simple constat conduit à distinguer le chiffre de la population en tant que telle de ses caractéristiques en termes de richesse et de pauvreté. Or, non seulement plusieurs aspects du sous-développement ne peuvent être imputés à la croissance

démographique, mais de surcroît la population peut être un facteur de développement, comme on l'a vu à propos du dividende démographique, de la santé ou des migrations.

Au terme de cet ouvrage, nous espérons avoir convaincu le lecteur de la diversité des situations observées sans pour autant que la complexité de la réalité l'ait déconcerté.

QUELQUES RÉFÉRENCES

Goode, William J. (1963), *World Revolution and Family Patterns* (1963), New York, London, Free-Press of Glencoe, Collier-Macmillan.

Petit Véronique (2013), *Counting Populations, Understanding Societies. Towards an Interpretative Demography*, Springer, Dordrecht.

Dans la même série

Isabelle Ferreras, *Gouverner le capitalisme ? Pour le bicamérisme économique*, 2012

Christian Flavigny, *La querelle du genre. Faut-il enseigner le « gender » au lycée ?*, 2012

Pierre-René Serna, *L'Anti-Wagner sans peine*, 2012

Nathalie Sarthou-Lajus, *Éloge de la dette*, 2012

Frédérique Ildefonse, *Il y a des dieux*, 2012

Gérald Bronner, *La démocratie des crédules*, 2013, prix de la Revue des Deux Mondes, prix Procope des Lumières, prix Sophie Barluet

Robert Salais, *Le viol d'Europe. Enquête sur la disparition d'une idée*, 2013

Hicham-Stéphane Afeissa, *Des verts et des pas mûrs. Chroniques d'écologie et de philosophie animale*, 2013

Adrien Candiard, *En finir avec la tolérance ? Différences religieuses et rêve andalou*, 2014

François Durpaire, Béatrice Mabilon-Bonfils, *La fin de*

l'école. L'ère du savoir-relation, 2014

Georges Guille-Escuret, *L'écologie kidnappée, 2014*

Sabine Prokhoris, *L'insaisissable histoire de la psychanalyse, 2014*

Gérald Bronner, *La planète des hommes. Réenchanter le risque, 2014*

Renan Larue, *Le végétarisme et ses ennemis, vingt-cinq siècles de débats, 2015*

Alexandre Moatti, *Au pays de Numérix, 2015*

Notes

1

De manière significative, il était quasiment impossible pour les chercheurs d'obtenir des financements dans les années 1970 pour effectuer des recherches sur les migrations internationales, sans doute parce que les migrations n'influent que très marginalement sur la croissance totale. Aujourd'hui, avec la maîtrise de la fécondité, la mobilité internationale est revenue au premier plan. Tout aussi significative est l'évolution des préoccupations des pays du Nord : des enquêtes internationales ont été montées par la Banque mondiale, agissant en consortium avec d'autres bailleurs internationaux, pour mesurer la pauvreté en collectant des informations sur les budgets et la consommation des familles.

2

On trouvera un bilan détaillé dans Guilmoto, Attané et Oliveau, 2012. Les références bibliographiques complètes se trouvent à chaque fin de chapitre. Ici, voir p. 17.

3

Elles ne sont pas traitées dans ce livre, qui cherche à répondre à une question simple : peut-on encore parler d'une explosion au niveau mondial ? Dans un pays donné, un flux d'immigrants peut contribuer à sa croissance (tels les États-Unis d'Amérique au XIX^e siècle), ou inversement une émigration la freiner (l'Irlande à la même époque). Au niveau mondial, par définition, les flux d'entrée et de sortie se compensent et ne peuvent contribuer à la croissance mondiale.

4

Au niveau mondial, le solde migratoire est forcément nul.

5

Et entre 1871 et 1911 l'immigration a contribué pour 60 % de la croissance démographique totale dans des situations démographiques normales. Par contre, dans les années 2000, la France comptait chaque année 200 000 naissances de plus que de décès, alors que le solde migratoire était de l'ordre de 65 000 personnes (Héran, 2004).

6

À titre de comparaison, la pandémie suivante (1894-1903) commença à Canton et à Hong Kong en 1894. Avec les progrès des transports (navires à vapeur), elle se propagea très vite. Entre 1894 et 1903, des cas apparurent sur les cinq continents, dans 77 ports. Elle fit 13 millions de morts en Inde (Tikhomirov, 1999).

7

Raoul Le Glabre, moine chroniqueur du ^x^e siècle, utilisa cette belle image.

8

Ainsi, l'ordre cistercien, qui comptait 697 abbayes à son apogée en 1300, contribua à travers toute l'Europe (depuis le Sud de l'Espagne jusqu'au Nord de l'Angleterre, et de la Bretagne jusqu'à la Pologne et la Bulgarie actuelle) à mettre en place une vaste organisation économique fondée sur la richesse de la terre, l'utilisation des cours d'eau et l'exploitation des forêts, et, à partir du ^{xiii}^e siècle, sur la métallurgie et la banque.

9

Sur la relation entre les famines et le cynisme politique

par Mao, on pourra consulter : Dikötter, 2010 ; Fairbank et Goldman, 2010 ; Domenach, 2012 ; Chang et Halliday, 2011 ; Domes, 1985 ; Yang, 2012 ; et enfin le film documentaire de Grangereau et Cabouat, 2011.

10

Fin 1929, Staline lança une réforme qui élimina économiquement puis physiquement les *koulaks*, les paysans aisés. Ils furent dépossédés de leurs terres, assassinés ou déportés en Sibérie : on estime à près de trois millions le nombre de morts.

11

Données provenant de la *World Population Data Sheet* publiée par le Population Reference Bureau en 2012.

12

L'OMS distingue les pays en développement à forte mortalité où la mortalité des enfants et des adultes est élevée (pays de l'Afrique subsaharienne, les pays pauvres d'Asie, d'Amérique latine et de la Méditerranée orientale). Les autres pays en développement (les plus avancés d'Amérique du Sud, d'Amérique centrale et d'Asie) constituent les pays en développement à faible

mortalité.

13

Les pays les moins avancés (PMA) sont une catégorie de pays créée en 1971 par l'Organisation des Nations unies (ONU), regroupant les pays de la planète les moins développés socio-économiquement. Ils présentent les indices de développement humain (IDH) les plus faibles. On compte, depuis 2011, 49 PMA : 34 en Afrique subsaharienne (Ex : Angola, Bénin, Burkina-Faso, Burundi, Djibouti, Guinée, Lesotho, Mali, Niger, etc.), 9 en Asie (dont l'Afghanistan et le Bangladesh), 5 en Océanie et 1 dans les Antilles (Haïti).

14

Objectifs adoptés en septembre 2000 par les dirigeants politiques du monde entier rassemblés au siège des Nations unies à New York à l'occasion du Sommet du Millénaire.

15

Les grandes catastrophes démographiques non suivies de récupération ne se prêtent pas à l'analyse qui suit,

car celle-ci ignore les destructions structurelles liées, on l'a dit, à la violence politique.

16

La contraception joue un rôle décisif, car elle permet une maîtrise quasi parfaite de la fécondité. On définit comme « exposées au risque de grossesse » les femmes qui sont en union et ne sont ni enceintes ni stériles. Avec cette définition, dans une population qui régule parfaitement sa fécondité, la proportion d'utilisatrices de la contraception parmi les femmes exposées doit être égale à 100 %. En 2011, cette proportion était en France de 97 % parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, et elle atteint 99,1 % parmi celles âgées de 15 à 17 ans.

17

Ayatollah Sanie, Centre d'instruction religieuse de l'université de Chom, *Kayham*, 6 avril 1990, n° 13895.

18

Le coefficient de corrélation entre deux variables mesure l'intensité de la liaison qui peut exister entre elles. Le coefficient de corrélation est compris entre -1 et 1 . Une corrélation positive de $+1$ indique par

exemple qu'un accroissement observé dans l'une des deux variables se répercute intégralement par un accroissement de l'autre. Une corrélation négative indique au contraire que les accroissements de l'une se traduisent par des diminutions de l'autre. La valeur 0 indique une absence totale de relation entre les deux variables.

19

Communication personnelle de Luc Cambrézy.

20

Jeuneafrique.com, « Face à la croissance démographique, le Rwanda encourage les hommes à la vasectomie », consulté le 5 décembre 2012, (en ligne).

21

Ces analyses sont celles d'un groupe d'experts réunis par les Nations unies (2013, *Industrialization for an Emerging Africa Factsheets 2013 a, b, c, d*).

22

Ce développement s'appuie sur Charbit et Kébé, 2010.

23

L'Observateur de l'OCDE, n° 223, octobre 2000, cité par Balde, 2009.

24

Le système, couramment utilisé au Bangladesh, au Pakistan et en Inde, implique deux courtiers. Par exemple, un travailleur pakistanais en Arabie Saoudite remet physiquement une somme d'argent au *hawaladar* 1. L'ordre de paiement est transmis au *hawaladar* 2 du Pakistan, qui remet la même somme à la famille bénéficiaire. Le gain des courtiers se fait sous forme d'une commission ou grâce au différentiel des taux de change. La dette du *hawaladar* 2 envers le *hawaladar* 1 est acquittée soit à l'occasion de transferts ultérieurs, soit l'argent est réexpédié d'une manière ou d'une autre, entendez légale ou illégale (Charbit, 2007).

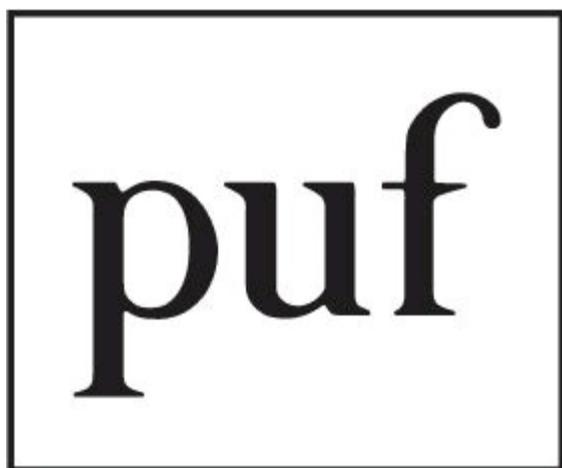
25

Allocution à l'Assemblée mondiale de la santé, 2001.

26

Rapport entre le nombre d'actifs et le nombre d'inactifs.

L'aide à l'Afrique subsaharienne n'a pratiquement plus varié depuis 2004, si l'on exclut l'allègement de la dette et l'aide humanitaire (Nations unies, 2007).



www.puf.com