

Pauvretés, crises et population

Patrice Vimard

En 1990, au terme d'une décennie de crises économiques successives, la Banque mondiale avait consacré son rapport mondial, le treizième du genre, à la pauvreté. Elle le concluait en prônant une stratégie à deux volets pour lutter contre ce fléau : une croissance à forte intensité de main-d'œuvre par l'ouverture des économies et par des investissements dans les infrastructures d'une part, la mise en place de services sociaux adéquats dans les domaines de l'enseignement primaire, des soins de santé de base et de la planification familiale, d'autre part. Dix ans après, symbole sans aucun doute de la grande inanité des efforts accomplis en la matière, elle renouvelle cet exercice en titrant son rapport 2000/2001 : *Combattre la pauvreté*. Entre-temps, le Programme des Nations unies pour le développement (Pnud) avait lui-même orienté ses travaux sur ce même sujet dans son rapport de 1997 *Le développement humain au service de l'éradication de la pauvreté* (1).

Dans notre monde, et tout particulièrement dans sa partie dite « en développement », la pauvreté est en effet voisine de l'abondance. Sur les 6 milliards d'habitants que compte la planète, près de la moitié (soit 2,8 milliards) a moins de deux dollars par jour pour vivre et un cinquième (soit 1,2 milliard) a moins de un dollar par jour. Cette pauvreté perdure, voire s'intensifie, alors que la croissance économique et l'amélioration des conditions de vie ont été durant tout le xx^e siècle plus intenses que durant toute l'histoire de l'humanité qui l'a précédée. Mais cette croissance sans précédent n'a pu abolir les inégalités, lorsqu'elle ne les a pas accrues voire diversifiées.

Comme nous le verrons dans ce chapitre, à travers ces deux composantes majeures de la reproduction des populations que sont la fécondité et la mortalité, la pauvreté est, dans ses diverses dimensions, l'un des facteurs des dynamiques démographiques. Dynamiques démographiques dont l'évolution

(1) Pour plus de précisions sur ces différents rapports, le lecteur consultera la bibliographie à la fin de cette contribution.

a pu être modifiée, à l'échelle d'une population ou d'une nation, par les crises contemporaines d'ordre économique, mais aussi politique et épidémiologique.

Pauvretés et crises dans le monde en développement

Les multiples dimensions d'une pauvreté inégalement répartie sur le globe

Si la pauvreté a longtemps été considérée dans une acception uniquement monétaire, elle se trouve aujourd'hui appréciée de manière plurielle et il est habituel de parler « des pauvretés » en distinguant :

a) la pauvreté monétaire ou « de revenus », résultant d'une insuffisance de ressources entraînant une consommation de biens insuffisante ;

b) la pauvreté des conditions de vie ou « d'existence », représentant l'impossibilité de satisfaire certains de ses besoins fondamentaux et se traduisant par un déficit en matière d'alimentation, de scolarisation, de santé, de logement...

c) et la pauvreté de potentialités ou de « capacités », qui provient du fait que l'on n'a pu se constituer un capital suffisant pour tirer parti de ses capacités individuelles (2).

Ces deux dernières formes de pauvreté peuvent être regroupées sous la notion de « pauvreté humaine », introduite par le Programme des Nations unies pour le développement, dans son *Rapport mondial sur le développement humain 1997* qui lui est consacré, en la définissant comme la privation de certaines ou de toutes les potentialités humaines d'un individu : mener une vie longue et créative, s'instruire, bénéficier d'un niveau de vie décent, jouir de sa dignité et du respect de soi et de celui des autres.

Dans le monde en développement, la réduction, entre 1987 et 1998, de la part de la population vivant dans cet état a été lente et essentiellement réservée à l'Asie de l'Est et au Pacifique (- 199 millions), où la pauvreté a considérablement reculé. La situation a été quasi stable en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (- 3 millions) où la pauvreté monétaire est plus réduite (tableau 1). Par contre, le nombre de pauvres s'est accru durant cette même période en Afrique subsaharienne (+ 74 millions), en Asie du Sud (+ 48 millions) et en Amérique latine (+ 14 millions), régions où les progrès sont lents ou inexistants. Et la pauvreté, quasiment inconnue en 1987, a explosé en Europe et en Asie centrale (+ 24 millions) avec l'effondrement de l'Union soviétique. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud (dont l'Inde) sont d'ailleurs les régions les plus touchées, avec respectivement 46 et 40 personnes sur 100 vivant en situation de pauvreté. Viennent ensuite l'Amérique latine et les Caraïbes (16 %), puis l'Asie de l'Est et le Pacifique (15 %), l'Europe et l'Asie centrale (5 %) et enfin les pays arabes (2 %). Ainsi les régions les plus pauvres sont également celles où les progrès sont parmi les plus lents, et à la fin du xx^e siècle, sur 100

(2) Dubois (J.-L.), « Pauvreté et inégalités : situation et politiques de réduction », in Léry (A.), Vimard (P.) (coord.), *Population et développement : les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire*, Les Documents et manuels du Ceped, n° 12, Paris, Ceped, 2001, 220 p.

pauvres, 44 vivent en Asie du Sud et 24 en Afrique subsaharienne. En définitive, si la proportion de pauvres a décliné, de 28 à 24 %, leur nombre est resté stable durant la dernière décennie (1987-1998), montrant tout le chemin qui reste à faire pour l'éradication de la pauvreté monétaire.

Tableau 1. – Tendances de la pauvreté monétaire selon la région dans le monde en développement (1987-1998)

	Personne vivant avec moins de 1 dollar et par jour, en parité de pouvoir d'achat de 1993 (1)				Répartition de 1 000 personnes vivant avec moins de 1 dollar par jour
	En millions		En %		
	1987	1998	1987	1998	1998
Afrique subsaharienne	217	291	47	46	243
Afrique du Nord et Moyen-Orient	9	6	4	2	5
Amérique latine et Caraïbes	64	78	15	16	65
Asie de l'Est, Asie du Sud-Est et Pacifique (Chine comprise)	417	278	27	15	232
Asie de l'Est, Asie du Sud-Est et Pacifique (Chine exclue)	114	65	24	11	
Asie du Sud	474	522	45	40	435
Europe et Asie centrale	1	24	–	5	20
Total	1 183	1 199	28	24	1 000
Total, Chine exclue	880	986	28	26	

(1) Pour l'estimation de ce seuil de pauvreté, on utilise pour chaque pays une unité de compte qui a le même pouvoir d'achat qu'un dollar aux États-Unis ; dans la mesure du possible, cette estimation est faite à partir de la consommation des individus, et non de leur revenu monétaire.

Source : Chen (S. H.), Ravallion (M.), cité par la Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001. Combattre la pauvreté*, Éditions ESKA, 2000.

Les résultats du tableau 1 sont établis à partir d'une ligne de pauvreté uniforme, fixée arbitrairement à 1 dollar par jour, représentant un niveau de pauvreté monétaire pour les pays les plus démunis. Cette mesure considère ainsi la pauvreté en fonction de normes admises par exemple en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Mais une autre manière d'apprécier la pauvreté est de considérer une ligne de pauvreté spécifique à chaque pays, qui sera fonction des ressources nécessaires pour participer aux activités et bénéficier d'un niveau de vie satisfaisant dans chacun d'eux. Une telle ligne de pauvreté peut être fixée à un tiers du niveau de la consommation nationale moyenne.

Cette deuxième définition conduit à une augmentation de la proportion de pauvres dans les pays où le niveau moyen de la consommation est élevé et dans ceux où les inégalités sont les plus fortes. En Amérique latine, si 15 % de la population sont sous la ligne de pauvreté de 1 dollar par jour, 51 % sont en dessous de la ligne de pauvreté relative, établie en moyenne à 3,3 dollars par jour (tableau 2). En Afrique du Nord et au Moyen-Orient comme en Europe et en Asie centrale la pauvreté estimée avec la ligne de pauvreté relative est nettement supérieure à celle mesurée avec une ligne à 1 dollar par jour : respectivement 11 % en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (contre 2 %) et 26 % en Europe et en Asie centrale (contre 5 %). Il en est de même dans l'Asie de l'Est et le Pacifique, si l'on excepte la Chine (25 % contre 11 %). Par contre, les évolutions de 1987 à 1998 sont similaires entre la pauvreté absolue et la pauvreté relative.

Tableau 2. – Tendances de la pauvreté monétaire relative selon la région dans le monde en développement (1987, 1993, 1998)

	Ligne de pauvreté moyenne régionale (1)	Part de la population vivant avec moins d'un tiers du niveau moyen de consommation nationale (en %)		
		1987	1993	1998
Afrique subsaharienne	1,3	51	54	51
Afrique du Nord et Moyen-Orient	1,8	19	14	11
Amérique latine et Caraïbes	3,3	50	51	51
Asie de l'Est, Asie du Sud-Est et Pacifique	1,3	33	30	20
Asie de l'Est, Asie du Sud-Est et Pacifique, Chine exclue	1,9	45	31	25
Asie du Sud	1,1	45	43	40
Europe et Asie centrale	2,7	8	25	26
Total	1,6	36	37	32
Total, Chine exclue	1,8	39	39	37

(1) Cette ligne de pauvreté estimée en dollar par jour pour chacune des régions considérées représente les ressources nécessaires pour bénéficier d'un niveau de vie satisfaisant.

Source : Chen (S. H.), Ravallion (M.), cité par la Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001. Combattre la pauvreté*, Éditions Eska, 2000.

Parmi les différents indicateurs exprimant la pauvreté d'existence (tableaux 3 et 4), l'effectif de population privée d'eau potable est le plus inquiétant (1,2 milliard), suivi de l'effectif d'adultes analphabètes (842 millions) et de la population privée de services de santé (766 millions). Ce déficit d'accès aux services de santé se traduit par un fort risque de décès avant l'âge de 40 ans, concernant, pour l'ensemble des pays en développement, 507 millions de

Tableau 3. – Indicateurs de pauvreté selon la région dans le monde en développement (en millions)

Région ou groupe de pays	Analphabétisme des adultes (1995)	Population privée des services de santé (1990-1995)	Population privée d'eau potable (1990-1996)	Enfants de moins de 5 ans mal nourris (1990-1996)	Population risquant de décéder avant l'âge de 40 ans (a)	Taux de mortalité maternelle (b)
Afrique subsaharienne	122	205	249	28	124	971
Pays arabes	59	29	54	5	26	380
Amérique latine et Caraïbes	42	55	109	5	36	190
Asie de l'Est	167	144	398	17	81	95
Asie du Sud	407	264	230	82	184	554
Asie du Sud-Est et Pacifique	38	69	162	20	52	447
Pays les moins avancés	143	241	218	34	123	1 030
Pays en développement	842	766 (c)	1 213	158 (c)	507	471

(a) Population âgée de 0 à 39 ans, années 1990.

(b) Pour 100 000 naissances vivantes en 1990.

(c) Compte tenu de la Turquie et de Chypre.

Source : Programme des Nations unies pour le développement (Pnud), *Rapport mondial sur le développement humain 1997*, Économica, Paris, 1997, 268 p.

Tableau 4. – La pauvreté d'existence dans les pays en développement (en %)

Région ou groupe de pays	Analphabétisme des adultes (% de la population de plus de 15 ans) 1998	Population privée d'accès à l'assainissement (en %) 1990-1998	Population privée d'accès à l'eau potable (en %) 1990-1998	Insuffisance pondérale des moins de 5 ans (en %) 1990-1998	Population risquant de décéder avant l'âge de 40 ans (en %) (a) 1998
Afrique subsaharienne	40,6	52	46	31	34,6
Pays arabes	40,3	23	17	19	12,2
Amérique latine et Caraïbes	12,3	29	22	10	9,7
Asie de l'Est	16,6	–	32	–	7,5
Asie du Sud	45,7	65	18	49	15,7
Asie du Sud-Est et Pacifique	11,3	49	29	–	12,0
Pays les moins avancés	49,0	60	36	40	30,3
Pays en développement	27,6	56	28	31	14,3

(a) Population âgée de 0 à 39 ans.

Source : Pnud, *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, Paris-Bruxelles, De Boeck Université, 2000, 290 p.

personnes, soit 14 % de la population, avec des risques nettement plus accusés en Afrique subsaharienne (35 %) et dans les pays les moins avancés (30 %). Il se traduit également par un taux de mortalité maternelle particulièrement élevé : 471 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes, avec une situation encore plus dramatique dans les pays les moins avancés et en Afrique subsaharienne (autour de mille décès pour cent mille naissances). Les données globales cachent en effet de profondes disparités entre les régions. Si l'analphabétisme des adultes concerne 28 % de la population des pays en développement, cette proportion atteint près d'un adulte sur deux (49 % exactement) dans les pays les moins avancés, 46 % en Asie du Sud, 40 % en Afrique subsaharienne et dans les pays arabes, mais seulement 11 % en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique et 12 % en Amérique latine et aux Caraïbes. Les disparités sont extrêmes également pour ce qui concerne l'accès aux infrastructures : 56 % de la population sont privés d'assainissement (de 65 % en Asie du Sud à 23 % dans les pays arabes) et 28 % sont privés d'eau potable (de 46 % en Afrique subsaharienne à 17 % dans les pays arabes). La malnutrition est une autre composante de la pauvreté humaine : dans l'ensemble des pays en développement, 31 % des enfants de moins de 5 ans, soit 158 millions, souffrent d'insuffisance pondérale et cette proportion atteint 40 % dans les pays les moins avancés et 49 % en Asie du Sud. Si les disparités sont variables selon les indicateurs comme on le constate à travers ce panorama, l'Asie du Sud, l'Asie de l'Est et, surtout l'Afrique subsaharienne se caractérisent par une situation très défavorable où analphabétisme, privation d'accès aux équipements, malnutrition et risques élevés de décès conjuguent leurs effets.

La pauvreté, telle qu'elle est mesurée par le Pnud pour 85 pays en développement, résume bien ces disparités. Elle s'échelonne de 4 % de la population en Uruguay à 65 % au Niger. Si 9 pays se caractérisent par une proportion inférieure à 10 %, par contre pour plus du tiers des pays (29 exactement), la pauvreté concerne plus de 33 % de la population, et pour 8 d'entre eux, dont 7 situés en Afrique subsaharienne, elle concerne plus de la moitié de la population (3).

Même si l'adéquation n'est pas stricte, une relation forte existe évidemment entre pauvreté d'existence et pauvreté monétaire. Les pauvres profitent moins que les riches des services publics (formations sanitaires (4), écoles, eau, électricité...), en recevant ainsi une moindre proportion des dépenses et des investissements publics, censés profiter à tous, et sont par conséquent davantage frappés par le sous-équipement, la sous-scolarisation et la surmortalité. Ces inégalités selon le revenu s'articulent avec des disparités entre villes et campagnes, entre régions, et entre hommes et femmes.

(3) La mesure de cette pauvreté humaine par le Pnud appréhende le dénuement de la population à travers le risque de décès avant 40 ans, l'analphabétisme, la privation d'accès à l'eau potable et aux services de santé, ainsi que par l'insuffisance pondérale des enfants.

(4) Pour les inégalités des avantages liés aux dépenses publiques de santé, importantes dans ses conséquences sur le retard de la transition démographique dans les groupes pauvres, se reporter à Brunet-Jailly (J.), « La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone », *Afrique contemporaine*, numéro spécial « La santé en Afrique », n° 195, La Documentation française, Paris, juillet-septembre 2000, p. 191-203.

Tableau 5. – Disparités selon le milieu de résidence de la pauvreté monétaire relative dans sept pays africains

Pays et année (a)	Milieu de résidence	Part de la population sous la ligne nationale de pauvreté (en %) (b)		Taux de croissance annuel 1990-1999 (en %)	
		Année 1	Année 2	PIB	Population
Baisse ou stabilisation de la pauvreté					
Burkina Faso 1994, 1998	Rural	51,1	50,7		
	Urbain	10,4	15,8		
	Ensemble	44,5	45,3	3,8	2,4
Ghana 1991/1992, 1998/1999	Rural	45,8	36,2		
	Urbain	15,3	14,5		
	Ensemble	35,7	29,4	4,3	2,7
Mauritanie 1987, 1996	Rural	72,1	58,9		
	Urbain	43,5	19,0		
	Ensemble	59,5	41,3	4,1	2,8
Ouganda 1992, 1997	Rural	59,4	48,2		
	Urbain	29,4	16,3		
	Ensemble	55,6	44,0	7,2	3,0
Accroissement de la pauvreté					
Nigeria 1992, 1996	Rural	45,1	67,8		
	Urbain	29,6	57,5		
	Ensemble	42,8	65,6	2,4	2,8
Zambie 1991, 1996	Rural	79,6	74,9		
	Urbain	31,0	34,0		
	Ensemble	57,0	60,0	1,0	2,7
Zimbabwe 1991, 1996	Rural	51,5	62,8		
	Urbain	6,2	14,9		
	Ensemble	37,5	47,2	2,4	2,2

(a) Les dates de cette colonne correspondent à l'année 1 et l'année 2.

(b) Lignes de pauvreté basées sur l'alimentation. Les comparaisons des niveaux de pauvreté entre pays ne sont pas valides.

Source : Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001. Combattre la pauvreté*, Éditions Eska, Paris, 2000.

En effet, la pauvreté n'est pas également répartie à l'intérieur des différents pays. On note tout d'abord une différence flagrante entre les sexes, qui traverse tous les milieux géographiques ou sociaux. Elle est particulièrement perceptible dans l'alphabétisation, fondement d'autres inégalités, dans la précocité et la nature de l'activité, l'accès à l'emploi moderne, le niveau de revenu... Dans les pays en développement, 66 % des femmes en milieu rural et 38 % en zone urbaine sont analphabètes, contre respectivement 43 % et 21 % des hommes. Les inégalités de la pauvreté d'existence concernent également les milieux de résidence, comme on vient de le voir, avec un analphabétisme plus fréquent dans les campagnes. La pauvreté monétaire est, elle aussi, nettement plus répandue dans les campagnes que dans les villes, avec des écarts qui peuvent aller de 1 à 3, comme au Burkina Faso et en Ouganda, voire de 1 à 4 comme au Zimbabwe. Par contre, dans d'autres pays, au Nigeria par exemple, l'écart peut être moindre, autour de 10 % (tableau 5).

L'accès aux services sociaux est également moindre dans les campagnes que dans les villes, avec des disparités très variables selon les pays. Les différences peuvent être particulièrement accusées. Ainsi, en Argentine et en Sierra Leone, l'accès au service de santé est-il 4 fois plus faible en milieu rural qu'en zone urbaine. De même, l'accès à l'eau potable à la campagne est, par rapport à la ville, 6 fois plus faible au Libéria, près de trois fois plus faible en Sierra Leone, et 2,5 fois plus faible en Argentine (tableau 6). Des disparités

Tableau 6. – Disparités entre villes et campagnes dans l'accès aux services sociaux dans quelques pays en développement

Pays	Part de la population ayant accès aux services sociaux (en %)					
	Santé		Eau potable		Assainissement	
	Villes	Campagnes	Villes	Campagnes	Villes	Campagnes
Disparités fortes						
Argentine	80	21	77	29	73	37
Libéria	50	30	79	13	56	4
Sierra Leone	90	20	58	21	17	8
Disparités faibles						
Corée, Rép. de	100	100	100	76	100	100
Maurice	100	100	95	100	99	99
Trinité-et-Tobago	100	99	99	92	99	98
Tunisie	100	80	100	89	98	94
Moyenne pour l'ensemble des PED	96	76	87	60	72	20

Source : Unicef, *La situation des enfants dans le monde 1997*, Oxford University Press, New York, 1997.

géographiques existent également au sein des pays, les régions autour des capitales étant souvent mieux placées que d'autres, surtout lorsque celles-ci sont éloignées des pôles économiques, au regard de la pauvreté monétaire, de l'espérance de vie, de l'accès aux services sociaux et publics. Enfin, on peut relever des inégalités entre ethnies, entre communautés comme entre castes. Ainsi, les minorités ethniques et les groupes en situation d'apartheid sont nettement défavorisés : en Afrique du Sud, 18 % des Noirs courent le risque de ne pas atteindre l'âge de 40 ans, contre 3 % des Blancs, et 16 % d'entre eux ne sont pas allés à l'école, contre 8 % chez la population blanche.

Les disparités régionales face aux crises économiques

Les économistes définissent les crises comme un retournement brutal de la conjoncture économique d'un pays se traduisant par une détérioration des conditions d'échanges sur le marché international et une dégradation des conditions de vie des populations. Ces crises ont durement frappé, depuis la fin des années 1970, les régions en développement, et tout particulièrement l'Afrique subsaharienne, les pays arabes, l'Amérique latine et les Caraïbes, alors que le continent asiatique se trouvait en partie épargné. Ces crises se sont ainsi traduites, durant les années 1980, par des taux annuels de croissance du PIB par tête négatif : - 2,2 % en Afrique subsaharienne, - 0,8 % dans les pays arabes et - 0,6 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes, c'est-à-dire par une réduction du niveau de vie moyen en une décennie de 20 % en Afrique subsaharienne, 8 % dans les pays arabes et 6 % en Amérique latine (tableau 7). Cette dégradation s'est d'ailleurs poursuivie dans les années 1990 en Afrique subsaharienne. Le PIB moyen par tête des Africains a perdu près du quart de sa valeur durant les

Tableau 7. – Croissance annuelle du PIB par habitant selon la région et la période (en %)

	Afrique subsaharienne	Pays arabes	Amérique latine et Caraïbes	Asie de l'Est	Asie du Sud	Europe de l'Est
1965-1973 (1)	3,2	5,5	3,7	5,1	1,2	4,8
1973-1980 (1)	0,1	2,1	2,6	4,7	1,7	5,3
1980-1989 (1)	- 2,2	- 0,8	- 0,6	6,7	3,2	- 0,8
1990-1998 (2)	- 0,4	0,5	1,9	4,4 (a)	3,6 (b)	- 4,3 (c)

(a) Chine non comprise.

(b) Inde non comprise.

(c) Y compris la CEI.

Sources : (1) Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1991. Le défi du développement*, Oxford University Press, New York, 1991, 304 p. ; (2) Pnud, *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, De Boeck Université, Paris-Bruxelles, 2000, 290 p.

vingt dernières années du XX^e siècle ! Et l'Afrique est la seule région en développement dont le niveau de vie a décliné depuis les années 1970, alors que la croissance économique permettait une nette amélioration du niveau de vie en Asie de l'Est et du Sud-Est, où le PIB par habitant a été multiplié par plus de quatre, et dans une moindre mesure en Asie du Sud et en Amérique latine, où il progressait de plus de 50 % (tableau 8).

Si les performances asiatiques sont incontestables, elles ont été cependant récemment remises en cause par la grave crise monétaire et financière, la cinquième du genre depuis la fin des années 1970, qui a commencé en Asie en 1997 et a frappé le plus durement les pays les plus avancés, se trouvant justement qualifiée de « crise du développement ». L'effondrement des marchés financiers s'est accompagné d'emplois perdus par millions et d'un recul sérieux de la lutte contre la pauvreté, si bien qu'aujourd'hui les analystes sont partagés sur la question de savoir si ces pays retrouveront rapidement leur niveau d'activité économique et de développement humain (5).

Tableau 8. – Évolution du PIB par habitant (en dollars de 1987)

	1970	1997
Afrique	546	525
Afrique, sans l'Afrique du Sud	525	336
Asie du Sud	239	449
Asie de l'Est et du Sud-Est	157	715
Amérique latine	1 216	1 890

Source : Banque mondiale, *L'Afrique peut-elle revendiquer sa place au XXI^e siècle ?*, 2000.

Pour la période la plus récente (1990-98), les moyennes régionales cachent de profondes disparités entre les pays (tableau 9). Dans toutes les régions, sauf en Asie du Sud, certains pays ont vu leur produit par tête décliner (6). Dans le même temps, dans toutes les régions, des pays bénéficient de croissance supérieure à 3 %, voire à 4 %, et ce même en Afrique subsaharienne, région la moins dynamique, où 10 % des pays sont malgré tout dans ce cas, montrant ainsi que la stagnation n'est pas consubstantielle à ce sous-continent.

(5) Voir à ce sujet Ricupero (R.), « Pour un développement à visage humain », p. 501-506, et Hugon (P.), « La croissance, la crise et la reprise en Asie de l'Est », p. 555-565, dans le numéro de la *Revue Internationale des Sciences Sociales*, « Le débat sur le développement au-delà du consensus de Washington », Unesco/Érès, n° 166, décembre 2000.

(6) 44 % des pays d'Afrique subsaharienne sont dans ce cas, de même que 33 % des pays arabes, 29 % des pays d'Asie du Sud-Est et du Pacifique, 25 % des pays d'Asie de l'Est, 10 % des pays Amérique latine et des Caraïbes, soit pour l'ensemble du monde en développement 27 % des pays, représentant 31 pays sur 113. Signalons que dans le même temps, 90 % des pays de l'Europe de l'Est et de la CEI (où la décroissance du PNB par tête atteint annuellement -4,3 %) et 7 % des pays de l'OCDE sont dans le même cas.

Mais ce sont souvent les pays les plus pauvres qui ont la croissance la plus faible, quelquefois négative comme nous venons de le vérifier, alors qu'ils auraient besoin d'une croissance plus rapide afin de dégager des ressources suffisantes pour lutter contre la pauvreté et se diriger vers son éradication. Aussi le nombre de pauvres a-t-il tendance à se stabiliser dans les régions les plus pauvres telles l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud, voire à s'accroître au tournant des années 1980 dans beaucoup de pays d'Afrique noire, alors qu'il se réduit en Asie de l'Est et du Sud-Est, moins démunies. Si nous examinons l'évolution de la pauvreté au regard de la situation économique dans la décennie 1990 pour les sept pays africains du tableau 5, nous constatons que les pays dont la croissance du produit intérieur brut (PIB) excède nettement celle de la population voient la part de leur population vivant dans la pauvreté monétaire se réduire ou se stabiliser (Burkina Faso, Ghana, Mauritanie et Ouganda) ; par contre, cette pauvreté s'accroît dans les pays où la croissance du PIB est voisine (Zimbabwe) ou inférieure (Nigeria, Zambie) à la croissance démographique. La réduction de la pauvreté ne peut aller sans croissance économique, quels que soient les bienfaits par ailleurs des politiques dites de développement humain ou des programmes de lutte contre la pauvreté.

Tableau 9. – Effectif de pays selon leur rythme moyen de croissance du PNB par habitant entre 1990 et 1998 (en %) et selon la région

	Afrique subsaharienne	Pays arabes	Amérique latine et Caraïbes	Asie de l'Est	Asie du Sud	Asie du Sud-Est et Pacifique	Ensemble PED	Europe de l'Est et CEI	OCDE
> 4 %	1	1	4	2	0	2	10	0	2
3-4 %	3	1	4	0	4	3	15	1	2
0-3 %	20	6	21	1	4	5	57	1	22
< 0 %	19	4	3	1	0	4	31	18	2
Total	43	12	32	4	8	14	113	20	28

Source : Pnud, *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, De Boeck Université, Paris-Bruxelles, 2000, 290 p.

L'impact de la crise sur la pauvreté se développe souvent selon des processus de nature microéconomique, à l'échelle familiale notamment. Les situations de crise et de précarité économiques accusent l'instabilité matrimoniale et familiale qui conduisent le plus souvent à la croissance du nombre de femmes chefs de ménage, surtout dans les groupes les plus pauvres (7). Dans ces

(7) On trouve un exemple de cette évolution en Côte d'Ivoire, voir Vimard (P.) et N'Cho (S.), « Évolution de la structure des ménages en Côte d'Ivoire 1975-1993 », in Pilon (M.) (et alii) (dir.), *Ménage et famille en Afrique*, Les études du Ceped, n° 15, Ceped-Ensea-INS-Orstom-URD, Paris, 1997, p. 101-123.

situations (mais aussi pour les populations touchées par l'épidémie de sida ou les groupes de réfugiés, comme on le verra plus loin), devenir chef de ménage pour une femme constitue de plus en plus souvent une situation imposée, résultant de diverses circonstances : refus de l'époux de subvenir aux besoins de la famille, émigration du mari à la recherche d'un emploi. Cette situation renforce la précarité socio-économique de ces femmes et participe pour une large part du processus de « féminisation de la pauvreté » (8), phénomène bien réel même si l'affirmation souvent mentionnée selon laquelle 70 % des pauvres seraient des femmes apparaît exagérée au regard de ce que l'on peut retirer des quelques données fiables sur le sujet qui permettent de mentionner un pourcentage compris entre 53 % et 62 % de femmes parmi les pauvres (9).

Les autres facteurs de la pauvreté : guerres et sida

Les crises de nature purement économique ne sont pas le seul facteur du maintien d'un niveau de pauvreté élevé à l'échelle mondiale, voire de son accroissement dans certains pays. Les crises de nature politique, épidémiologique, environnementale contribuent également à la persistance de la pauvreté, comme à sa diversification, en déstabilisant les économies domestiques. Sans être directement liées à la crise économique, l'épidémie de sida et la croissance du nombre des réfugiés ont des effets spécifiques sur les économies des pays en développement, tout particulièrement sur le continent africain, particulièrement touché, et leur effet se trouve aggravé dans les périodes de récession.

Les guerres déchirent l'Afrique subsaharienne, des conflits internes entre factions rivales (Angola, Libéria) à l'affrontement des grands lacs, au cœur du continent, qui succède aux conflits inter-ethniques qui ont déchiré le Rwanda et le Burundi. Aujourd'hui ce sont près d'une dizaine de pays, regroupés en deux coalitions, qui s'affrontent dans ce qu'il est convenu d'appeler la « première guerre mondiale africaine », qui aurait déjà provoqué la mort de 1,7 million de Congolais et le déplacement de 2 millions de réfugiés.

Plus généralement, le problème des réfugiés se pose en Afrique sous sa forme la plus aiguë : il touche des pays déjà pauvres (au départ comme à l'arrivée), dont la situation s'est en outre souvent fortement aggravée du fait de la crise économique. Les conséquences sur la survie des familles sont également très importantes : décès, ménages éclatés, abandons des plus faibles, femmes violées ou délaissées dans les camps, difficulté, voire impossibilité, des retours dans le milieu d'origine, etc. Les premiers touchés sont les femmes et les enfants, qui prédominent dans les camps de réfugiés, après avoir fui les zones de combat ou d'insécurité, alors que les hommes adultes restent pour se battre, ou ont été fait prisonniers, ou bien encore sont morts. Durant la fuite ou dans les camps, « les familles réfugiées ne sont pas toujours capables de prendre en charge les

(8) Bessis (S.), « La féminisation de la pauvreté », in Bisilliat (J.) (dir.), *Femmes du sud, chefs de famille*, Karthala, Paris, 1996, p. 49-57.

(9) Marcoux (A.), « The Feminization of Poverty : Claims, Facts, and Data Needs », *Population and Development Review*, vol. 24, n° 1, 1998, p. 131-139.

personnes âgées, infirmes ou simplement faibles. Elles n'ont souvent d'autre choix que de les abandonner » (10). Les déstructurations familiales ainsi occasionnées fragilisent les unions, et les femmes réfugiées, partant seules ou avec leurs enfants, se retrouvent de fait chefs de ménage dans de très fortes proportions et confrontées à des conditions économiques particulièrement difficiles.

Selon les estimations du Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, l'Afrique comptait, en 2000, environ 6,2 millions de réfugiés, sur un total mondial de 22,3 millions (11), soit plus de six fois plus qu'en 1970, où les réfugiés étaient aux alentours de un million.

Le sida perturbe également l'organisation familiale de façon diverse et complexe, en modifiant les rôles familiaux, fragilisant les unions et éprouvant les solidarités, et il pèse sur les économies familiales. En effet, « en l'absence de système de couverture sociale ou de prise en charge mutualiste, et confrontées à la réduction drastique des budgets de l'État, les populations ont à supporter des charges de plus en plus élevées pour leur santé, charges auxquelles s'agrègent souvent des coûts de déplacement pour accéder aux soins » (12). Lorsque la maladie survient, les autres membres du ménage doivent s'occuper du malade, le soigner et le remplacer dans ses activités productives, ce qui modifie profondément la répartition des tâches au sein du ménage : déscolarisation ou non-scolarisation des enfants mis au travail, sollicitation des personnes âgées, accroissement des charges de travail des femmes, déjà élevées, réduisant ainsi leur capacité productive et leur disponibilité pour les tâches domestiques et d'éducation des enfants. On assiste ainsi à une double inversion des flux intergénérationnels : les enfants viennent en soutien productif de leurs parents (en âge actif), mais surtout, les adultes malades et leurs enfants deviennent tributaires des personnes les plus âgées. Cette fragilisation familiale pousse souvent les orphelins du sida vers la rue : que ce soit par exclusion ou abandon, incapacité de la famille à faire face financièrement, ou absence d'autres solutions.

Le sida est ainsi à la source d'un enchaînement de circonstances qui suscite ou aggrave la pauvreté des familles. Pour faire face à ces situations, les pratiques de solidarité sont donc fortement sollicitées ; mais les charges financières croissantes pesant sur les ménages risquent de les rendre de plus en plus sélectives et difficiles. Souvent, des choix s'imposent. Comme cela a été

(10) Haut Commissariat pour les réfugiés (HCR), « Focus : année internationale de la famille », *Réfugiés*, vol. 95, n° 1, 1994, 30 p. Voir également, Adepoju (A.), « Les conséquences des mouvements de réfugiés sur les pays d'accueil en Afrique », in Appleyard (R.) (dir.), *L'incidence des migrations internationales sur les pays en développement*, OCDE, Paris, 1989, p. 251-268.

(11) Il s'agit des personnes relevant de la compétence du HCR : réfugiés proprement dits (11,7 millions), demandeurs d'asile, rapatriés et personnes déplacées ; voir *Les réfugiés en chiffres : l'an 2000* sur le site <http://www.unhcr.ch>.

(12) Delcroix (S.), Guillaume (A.), « Le devenir des familles affectées par le sida : une étude de cas en Côte d'Ivoire », in Pilon (M.) (et alii) (dir.), *Ménage et famille en Afrique*, Les études du Cepad, n° 15, Cepad-Ensea-INS-Orstom-URD, 1997, p. 345-369. Voir aussi CIE (Centre international pour l'enfance), *Devenir socio-économique des enfants et familles touchés par l'infection à VIH/sida dans les pays en développement. Étude multicentrique*, CIE, Paris, 1991, 101 p.

observé à Brazzaville, dans un contexte de précarité économique, « il peut sembler inutile de dépenser de l'argent pour les soins d'un mort en sursis alors que la survie des vivants est déjà préoccupante ». De même dans les milieux de migrants, l'aide des compatriotes ou co-originares s'essouffant, le malade est contraint de regagner son milieu d'origine, où il ira finir ses jours (13).

Si nous avons insisté ici sur les processus d'évolution de la pauvreté à l'échelle familiale, il va de soi que ces phénomènes ont un impact démographique, avec un recul important de l'espérance de vie dans les pays les plus touchés par la pandémie, et macro-économique, en désorganisant les structures de production, diminuant la part des actifs, provoquant un accroissement du nombre des malades pour des systèmes de soin déjà souvent démunis.

D'après une étude des Nations unies, la pandémie du sida pourrait faire reculer l'espérance de vie en coûtant en moyenne dix-sept années d'espérance de vie aux neuf pays, parmi les plus pauvres de la planète, où la prévalence du VIH chez les adultes est égale ou supérieure à 10 % (Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe). Au lieu d'augmenter pour atteindre 64 ans d'ici 2010-2015 si le sida n'existait pas, l'espérance de vie retomberait à 47 ans en moyenne (14).

Cycle économique et processus démographiques

Les effets démographiques des crises économiques : question de temporalité, problème de mesure

Dès 1927, Raul Prebisch avait montré, en étudiant les évolutions démoeconomiques en Argentine, que les mariages, les naissances et la migration internationale suivaient sensiblement les cycles économiques de l'époque. Mais, dans l'appréciation du rôle des crises sur les phénomènes démographiques, il importe de distinguer, autant qu'il est possible, l'impact conjoncturel des effets à moyen et long terme. Il a été démontré que la crise économique et la famine qui touchèrent la Chine à l'époque du « grand bond en avant », l'une des plus dramatiques de la période contemporaine, se traduisit, d'une part, par une baisse de cinquante pour cent de la fécondité par rapport à son niveau d'avant la crise puis par une remontée de celle-ci pendant deux ans à des niveaux jamais atteints auparavant, d'autre part, par un doublement du taux de mortalité infantile dès 1958, suivi d'une diminution à un niveau plus bas que celui d'avant la crise. Les

(13) Gruenais (M. É.), « Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité à Brazzaville (Congo) », in Gidis-CI (dir.), *Les sciences sociales face au sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan/Paris, Orstom, 2^e éd., 1993, p.163-172. Voir également, Vidal (L.), Nguessan (B. T.) et Blibolo (A. D.), *Coûts du sida et prise en charge de la séropositivité : aspects anthropologiques et économiques de la maladie à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Abidjan, Orstom, 1994, 59 p. (rapport multigr.).

(14) Nations unies, *The Demographic Impact of Aids*, Population Division and Unaid, report on the technical meeting, 10 novembre 1998, ESA/P/WP.152, New York, 1999.

impacts démographiques à court terme étaient ainsi suivis d'effets compensatoires et au-delà (15).

On ne peut comprendre les conséquences d'une crise économique dans tel ou tel pays sans prendre en compte l'ensemble des changements socio-économiques qui l'ont précédée. En d'autres termes, si la transition de la fécondité intervient ou s'accélère dans beaucoup de pays en période de difficultés, ce sont les mutations antérieures (accroissement de l'instruction, amélioration sanitaire, affaiblissement de la culture traditionnelle, autonomie sociale et économique des couples et des individus...) qui permettent cette évolution, la crise ne jouant qu'un rôle déclencheur ou accélérateur dont les fondements sont plus anciens, comme cela transparait de la situation de maintes populations en Afrique (16).

Comme on l'a vu, les pays en développement et notamment en Amérique latine et en Afrique subsaharienne, ont été marqués par des conditions économiques très défavorables, par leur intensité comme par leur durée, durant les décennies 1970 et surtout 1980 où la croissance du PIB réel fut souvent négative. Pour lutter contre ces crises, beaucoup d'États ont, sous la pression des institutions de Bretton Woods, le Fonds monétaire international et la Banque mondiale, mis en place une série de programmes macro-économiques dit « d'ajustement structurel », les PAS (programmes d'ajustement structurel), ayant pour objectif de renouer avec l'équilibre des finances publiques lourdement endettées et de stimuler l'offre privée. Programmes qui eurent souvent de si lourdes conséquences sociales, consécutives à la baisse des budgets sociaux, qu'ils durent être complétés par des programmes de lutte contre la pauvreté.

L'analyse des conséquences des crises et des PAS sur les mouvements démographiques s'est dans un premier temps focalisée sur les conséquences à court terme, faute de recul suffisant mais aussi afin d'informer les institutions politiques. Mais l'effet de crises courtes ou des programmes d'ajustement structurel demeure difficile à apprécier pour des raisons conceptuelles et méthodologiques. Comment dissocier l'impact d'une brève récession de l'effet à court terme des tendances sociales et économiques de long terme ? Comment évaluer les conséquences des PAS lorsque les mesures statistiques qui sont disponibles traduisent dans le même temps les effets directs des PAS et les causes qui ont provoqué les crises qu'ils sont censés juguler ? Certaines études permettent cependant d'améliorer notre connaissance en la matière.

Les effets des ralentissements économiques sur les phénomènes démographiques en Afrique : éléments d'une analyse macro

Pour sept pays d'Afrique subsaharienne – Botswana, Ghana, Kenya, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Togo –, une analyse des effets à court terme de l'évolution de différents indicateurs macro-économiques sur les événements démographiques

(15) Coale (A. J.), *Rapid Population Change in China, 1952-1982*, Committee on population and demography, report n° 27, National Academy Press, Washington DC, 1984.

(16) *V. infra.*

conduit à une conclusion nuancée. Quelques résultats méritent cependant d'être relevés (17).

En matière de fécondité, la première naissance est beaucoup plus sensible à l'évolution économique à long terme que les naissances suivantes ou le mariage. Sauf au Kenya, au Botswana et au Nigeria, où les effets sont moins nets, le ralentissement de la croissance économique s'est traduit par un recul de l'âge à la première naissance essentiellement en milieu urbain, l'évolution en zone rurale étant peu prononcée.

Les améliorations économiques conjoncturelles se traduisent toujours, sauf en milieu urbain sénégalais, par une vie féconde plus précoce, mais avec un effet compensatoire deux ans après, et inversement des difficultés économiques retardent le calendrier de constitution de la descendance. Elles suscitent également un retard des premières unions, les mariages réagissant davantage aux conditions domestiques de fonctionnement de l'économie (produit national par tête, prix au producteur des produits agricoles exportés) qu'à des éléments internationaux (prix mondial des produits exportés). Quant à la mortalité des enfants avant 5 ans, elle augmente l'année même où le produit national par tête se détériore.

Les termes de l'échange ont un effet positif sur la fécondité urbaine, qui pourrait s'expliquer par l'hypothèse suivante : ils affectent d'abord les ménages urbains, à travers la redistribution de revenus par le budget de l'État, avant de toucher les autres milieux. De même, les prix des produits miniers affectent les revenus des populations urbaines par leur influence sur les revenus des États et des grandes sociétés. En milieu rural, les quantités de produits agricoles exportés et le prix réel au producteur de ces produits, qui détermine le revenu réel des ménages d'agriculteurs, sont associés de manière positive avec une maternité précoce.

Le Nigeria est le pays où les revirements économiques ont eu les effets démographiques les plus nets de par la dépendance de ce pays envers son seul produit de base, le pétrole, et la gravité de la crise économique. Au Kenya, au contraire, les effets sont relativement faibles, sans doute de par une crise moins brutale et une économie plus diversifiée.

D'après cette analyse, le ralentissement économique de l'Afrique subsaharienne durant la période a eu des conséquences démographiques certaines avec une mortalité plus forte des enfants et un retard dans la constitution de la famille. Les évolutions conjoncturelles favorables ont eu, elles, tendance à faire baisser l'âge au premier mariage, celui aux premières maternités et le niveau de la mortalité des enfants.

(17) Cette analyse porte sur une période qui va du début des années 1960 à la fin des années 1980. Les indicateurs économiques dont l'effet est analysé sont : PIB par habitant, volumes exportés, termes de l'échange, prix mondial des produits miniers exportés, prix mondial des produits agricoles exportés, prix au producteur des produits agricoles exportés. Les effets mesurés varient selon les indicateurs économiques, les pays et les milieux d'habitat, mais il est difficile de distinguer exactement les conséquences d'une récession économique générale des effets des politiques d'ajustement structurel ; National Research Council, *Demographic Effects of Economic Reversals in Sub-Saharan Africa*, National Academy Press, Washington DC, 1993, 193 p.

Les conséquences de la crise et des programmes d'ajustement structurel en Amérique latine

Pour l'Amérique latine, les analystes se sont efforcés d'apprécier l'effet des crises économiques et des PAS qui s'ensuivirent sur l'alimentation, la santé et la reproduction des populations, d'une part en comparant les situations avant et après l'ajustement à partir de deux ou plusieurs mesures, d'autre part en étudiant les variations à court terme à l'aide de séries chronologiques à l'instar de l'étude sur l'Afrique subsaharienne. En Amérique latine, les crises et les PAS furent si aiguës que la décennie 1980 fut qualifiée de « décennie perdue ». Les PAS ont conduit à des baisses de salaire et des augmentations des prix des aliments qui ont affecté négativement le niveau de vie des urbains, exclusivement consommateurs d'aliments, mais positivement celui des ruraux, producteurs de ces mêmes aliments. Les effets sont donc distincts selon les pays. Et ils peuvent être également différents selon les périodes. D'après une étude concernant l'Argentine et le Chili, la sensibilité de la nuptialité et de la fécondité aux chocs économiques de court terme demeure relativement constante au cours du temps, alors que celle de la mortalité tend à diminuer ; l'existence de programmes alimentaires et de santé permet d'expliquer cette moindre réactivité de la mortalité aux crises économiques les plus récentes (18).

Au Brésil également, les conséquences de la crise sur la nuptialité furent importantes, et l'on a pu noter, dans les années 1980, une baisse du taux de nuptialité comme de l'effectif des mariages, et ceci bien qu'une disposition légale autorisant les remariages ait été prise à la fin de la décennie précédente. La question de l'impact sur le long terme de cette décennie perdue est essentielle, même si les données disponibles ne permettent que des hypothèses en la matière. La possibilité d'une réversibilité de cette tendance a bien entendu été considérée par les analystes qui n'excluent pas le rattrapage d'un certain nombre de mariages, reportés pour cause de manque de travail ou de revenu insuffisant. Mais, pour eux, la permanence du travail féminin salarié, qui ne fut pas remis en cause par la récession, modifie les attentes des femmes. Il leur permet de développer des projets de vie à l'extérieur de leur famille d'origine et en dehors de toute union conjugale. Aussi, le déclin de la nuptialité pourrait-il être une tendance de long terme, indépendamment d'une éventuelle aggravation des difficultés économiques, montrant ainsi l'imbrication des facteurs de crise, plus ou moins conjoncturels, et de facteurs plus structurels liés à des évolutions culturelles ou sociales dont les fondements sont antérieurs à la crise, même si cette dernière peut conduire à leur inscription définitive dans les structures mentales de la population parce qu'ils correspondent mieux à la nouvelle situation socio-économique résultant d'une période de difficultés.

(18) Pour l'ensemble des analyses, on pourra se reporter à : Tapinos (G.), Mason (A.) et Bravo (J.) (eds.), *Demographic Responses to Economic Adjustment in Latin America*, International Studies in Demography, Oxford University Press, 1997, 258 p.

Les changements de fécondité : malthusianisme de pauvreté ou transition de crise ?

On a coutume de penser que la forte fécondité est l'apanage des populations pauvres et démunies et que l'accroissement du niveau de vie conduit à une diminution de la natalité. Une analyse des relations entre l'indice de développement humain (IDH) et la fécondité de 1960 à 1970 pour 69 pays en développement montre en effet une corrélation négative entre la fécondité et l'IDH (19).

Cependant, cette relation n'est pas linéaire, et jusqu'à un IDH égal à 0,4, la fécondité semble largement indépendante des progrès socio-économiques. En outre, la fécondité varie fortement entre des pays qui se situent à même niveau d'IDH ; par exemple, pour des pays pauvres dotés d'un IDH de 0,4, la fécondité est comprise entre 4,5 et 8 enfants par femme. Ainsi, le niveau de développement ne fournit-il qu'une explication partielle des écarts de fécondité entre les pays (20).

L'analyse des relations entre fécondité et pauvreté montre d'ailleurs que les situations sont diverses et que plusieurs types de cas peuvent être rencontrés. Depuis les exemples de relation plutôt positive, où la fécondité augmente avec le niveau de vie, jusqu'à la relation négative, où la fécondité s'accroît avec le recul du niveau de vie, en passant par une relation dite en J-inversé, où la fécondité diminue tout d'abord des groupes pauvres aux groupes moins démunis avant d'augmenter dans les groupes plus riches.

En fait, la diversité des situations se rencontre essentiellement dans les populations à forte fécondité (5 enfants et plus) ; par contre, lorsque la fécondité est plus faible (autour de 4,5 enfants), on observe une relation nettement négative, la fécondité baissant des groupes pauvres aux plus riches. Et dans les populations à faible fécondité, on note un maintien voire un recul de ces inégalités. En conclusion, en dehors des cas de forte fécondité (durant les années soixante ou soixante-dix, ou dans les population actuellement les plus fécondes), la pauvreté semble conduire à une fécondité plus forte (21).

Dans ce domaine, des analyses récentes permettent de distinguer ce qui relève d'une baisse de la fécondité dans les pays ou les groupes les plus pauvres, souvent appelée « malthusianisme de pauvreté », d'une baisse intervenant dans des populations plus aisées en période de grandes difficultés économiques que l'on peut dénommer « transition de crise ».

(19) L'indice de développement humain (IDH) est un indice composite du niveau moyen d'un pays en termes de potentiel humain élémentaire ; il est mesuré à partir de trois composantes : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation et le niveau de revenu. Cet indicateur a été élaboré pour la première fois en 1995 par le Pnud et il est calculé annuellement pour l'ensemble des pays du monde (Pnud, *Rapport mondial sur le développement*).

(20) Bongaarts (J.) et Watkins (S. C.), « Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions », *Population and Development Review*, 22, n° 4, 1996, p. 639-682.

(21) Voir, pour plus de détails, Schoumaker (B.) et Tabutin (D.), *Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du sud*, documents de travail n° 2, département des sciences de la population et du développement, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 1999, 32 p. + annexes.

Baisse de la fécondité dans un pays pauvre : l'exemple du Bangladesh

Aujourd'hui, le Bangladesh est classé 146^e pays, sur 174, en termes d'IDH, avec un PIB par habitant inférieur de respectivement 20 % et 35 % à ceux de ces voisins, le Pakistan et l'Inde. La part de sa population vivant dans une situation de pauvreté monétaire est de 44 %, contre 40 % au Pakistan et 35 % en Inde. Et pourtant sa fécondité est aussi faible que celle de l'Inde (3,1 enfants par femme) et nettement inférieure à celle du Pakistan (5,0 enfants par femme). C'est donc un pays parmi les plus pauvres de la planète dont la transition de la fécondité est aussi parmi les plus avancées.

Durant toute la première partie du XX^e siècle, les populations de ce qui devint en 1971, par une partition du Pakistan, l'État indépendant du Bangladesh ont vécu dans un régime démographique marqué par une fécondité et une mortalité fortes et par des mariages très précoces. Les années cinquante ont vu le début de la baisse de la mortalité, facteur d'une accélération de la croissance démographique, puisque la fécondité demeurait à un niveau élevé. La diminution de la fécondité s'amorça à la fin des années 1960 et se poursuivit jusqu'à la décennie quatre-vingt-dix, passant de 6,8 enfants par femme en 1963 à 3,3 enfants par femme en 1994-1996. Cette transition de la fécondité a commencé dans un pays dont 90 % de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté absolue, et où se mêlait malnutrition, analphabétisme, mortalité encore élevée sur fond de densification extrême, qui en font aujourd'hui le pays le plus densément peuplé de la planète (890 habitants par kilomètre carré), d'explosion du nombre de paysans sans terre, d'exode rural et d'urbanisation accélérés. Et cette transition s'est poursuivie alors que la pauvreté se maintenait, puisque 50 % de la population vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté absolue dans les années 1990 (22).

Des hypothèses peuvent bien entendu être avancées sur les mécanismes de cette évolution de la fécondité : recul de l'âge au mariage et progrès de la contraception, notamment moderne, ainsi que sur les facteurs de cette baisse : diminution de la mortalité dans l'enfance, progrès de l'alphabétisation et de l'activité des femmes, éclatement des familles étendues, recul de l'adéquation entre la famille et l'unité de production... Toutes ces explications potentielles et partielles convergent sur un fait : la forte fécondité est devenue de moins en moins compatible avec l'évolution socio-économique du Bangladesh, et sans doute tout particulièrement avec l'évolution même des formes de la pauvreté. Comme l'indique S. Adnan, la forte fécondité s'est révélée « dysfonctionnelle » pour la famille en tant qu'unité de reproduction comme pour le système socio-économique tout entier. En effet, en régime de pauvreté, autant une fécondité élevée peut être un atout pour une famille élargie organisée en tant qu'unité de production agricole sur une surface foncière suffisante, situation de nombreuses familles dans les années 1960, autant elle se révèle un fardeau

(22) Se reporter, pour une lecture plus complète de ces phénomènes, à Adnan (S.), « Baisse de la fécondité en situation de pauvreté absolue. Aspects paradoxaux du changement démographique au Bangladesh », in Chasteland (J.-C.), Chesnais (J.-C.) (dir.), « La population du monde. Enjeux et problèmes », *Travaux et Documents de l'Ined*, n° 139, Paris, 1997, p. 41-77. On pourra également consulter Attané (I.), « Au Bangladesh, une transition inespérée », *Population et Sociétés*, n° 357, mai 2000, p. 1-4.

insupportable pour une famille nucléaire urbaine ou pour un couple de paysans sans terre dont la femme est obligée de travailler, comme c'est le cas de la majorité des familles d'aujourd'hui. L'évolution du Bangladesh montre que ce n'est pas tant le degré de la pauvreté qui détermine le niveau de la fécondité, que ses caractéristiques du moment et la nature des stratégies de survie que les familles sont en mesure de développer en fonction de leur environnement socio-économique.

Malthusianisme de pauvreté en Amérique latine

L'existence d'un « malthusianisme de pauvreté » a été mis en évidence en Amérique latine (23). Dans ce sous-continent, il faut attendre 1965 pour voir baisser la fécondité, et cela au terme de trois décennies de baisse de la mortalité, avec une espérance de vie à la naissance qui atteint 60 ans dès les années soixante. Cette diminution de la fécondité intervient dans le cadre de la seconde révolution contraceptive, fondée sur la diffusion de méthodes médicales de contraception (pilule, stérilet et stérilisation). Cette diminution est alors rapide : de 10 à 61 %, entre 1960 et 1985, dans presque tous les pays. Par contre, la fécondité demeure plus élevée, comme la mortalité, dans les pays où le développement économique et social marque le pas : par exemple en Bolivie, au Guatemala et au Honduras, avec environ 6 enfants par femme en 1985. Ces pays, à faible niveau de vie et où domine la rareté des infrastructures scolaires et sanitaires, se caractérisent par un retard de la transition démographique.

De même, à l'intérieur des pays, des différences significatives apparaissent entre riches et pauvres, entre villes et campagnes. La transition de la fécondité est plus précoce et plus rapide dans les milieux sociaux les plus modernes et les plus avancés économiquement. Elle correspond à une forte participation à la croissance économique, aux bienfaits d'une politique de santé, et à un changement d'attitude face à la reproduction, éléments caractéristiques d'un premier modèle de transition latino-américain lié à la modernisation économique et sociale.

Mais, dans les couches défavorisées des sociétés latino-américaines, en marge du développement économique et social, la transition s'effectue plus tardivement et selon des modalités distinctes, dans le cadre d'un deuxième modèle de transition. Dans ces groupes, la fécondité a commencé à baisser essentiellement depuis le début des années 1980, marquant l'apparition de ce que M. E. Cosío-Zavala appelle un « malthusianisme de la pauvreté », la réduction de la descendance étant utilisée par les familles comme une stratégie de survie. Cette baisse s'effectue dans un contexte, qui la rend possible, de large disponibilité de moyens contraceptifs, même pour les plus pauvres. Ces moyens sont utilisés pour une contraception d'arrêt, après une phase de reproduction traditionnelle. Après avoir obtenu une descendance de 5 à 8 enfants, les femmes

(23) Voir à ce sujet : Cosío-Zavala (M. E.), « Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique latine », in Pilon (M.), Guillaume (A.) (dir.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au sud*, coll. Colloques et séminaires, Éditions IRD, Paris, 2000, p. 21-33.

recourent à une méthode, le plus souvent la stérilisation, qui intervient comme premier et seul moyen de limitation des naissances employé au cours de la vie féconde.

Ces modalités expliquent que la baisse de la fécondité s'effectue dans un contexte de pauvreté, de sous-équipement en infrastructures, de faible scolarisation, de malnutrition, et de comportements de reproduction restés traditionnels durant toute la première phase de constitution de la descendance, soit des conditions bien différentes de celles inscrites dans les transitions de la fécondité liées à la modernisation. Cependant, un facteur essentiel reste nécessaire : l'accessibilité à des infrastructures médicales, dispensatrices de méthodes de planification. Dans ce cadre, le rôle des médiateurs institutionnels et l'intégration inégale des groupes de population aux systèmes de santé public ou parapublic se révèlent décisifs (24). Aussi, lorsque la disponibilité des moyens contraceptifs n'est pas assurée, par exemple dans les pays les plus pauvres comme le Honduras, la transition reste-t-elle limitée aux groupes les plus favorisés, et les milieux ruraux, majoritaires, demeurent à l'écart de la transition.

Ainsi, les analyses de M. E. Cosio-Zavala nous suggèrent la coexistence, en un même continent et pour une même période, d'un triple modèle d'évolution de la fécondité en relation avec le niveau et la répartition du développement à l'intérieur des sociétés latino-américaines : baisse liée à la modernisation socio-économique, diminution liée à la pauvreté, absence de baisse véritable.

Baisse de la fécondité et crise socio-économique dans les pays arabes et en Afrique subsaharienne

L'évolution démographique récente de la Syrie est une démonstration très éclairante de l'impact d'une crise économique sur la baisse de la fécondité (25). Jusqu'au début des années 1980, la Syrie a bénéficié d'un développement important, synonyme de modernisation économique et sociale et de généralisation de l'enseignement, concomitant d'un accroissement de sa fécondité. Celle-ci, qui s'est accrue pour les différents groupes socio-éducatifs, a atteint 7,8 enfants par femme en 1981, situant alors la Syrie au troisième rang mondial, au terme d'une décennie de croissance économique record de 9,4 % par an. D'après Y. Courbage, cette absence paradoxale de lien entre croissance économique et baisse de la fécondité apparaît notamment liée à un affadissement du « message modernisateur de l'école », de par le déclassé social des maîtres d'école, une faible participation des femmes à l'activité économique et la non-intervention de l'État qui conserve une vision populationniste.

À l'inverse, on observe une concordance, dans la seconde moitié des années 1980, entre une baisse de la fécondité généralisée à tous les niveaux

(24) Gautier (A.), Quesnel (A.), *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*, coll. Études et thèses, Orstom Éditions, Paris, 1993.

(25) Se reporter à : Courbage (Y.), « Évolution démographique et attitudes politiques en Syrie », *Population*, 3, 1994, p. 725-750.

d'instruction féminine (environ un tiers de baisse entre 1986 et 1991), et une crise économique marquée par une diminution de la production et un accroissement des prélèvements fiscaux. Cette crise conduit à une baisse des revenus des ménages conjuguée à une réévaluation des frais d'éducation des enfants. Dans le même temps, l'entrée des femmes sur le marché du travail rend leur projet de fécondité plus dépendant de leurs attentes professionnelles. Ces éléments se conjuguent pour modifier les attitudes de fécondité et faire naître une volonté de réduction de la descendance de la part de familles instruites et relativement aisées confrontées à la gestion d'une augmentation des coûts de leurs enfants dans une période de réduction de leur revenus. Ceci se traduit par un recul de l'âge au mariage et un recours croissant aux programmes de planification familiale, alors encouragés par la puissance publique devenue plus malthusienne. Cette évolution de la Syrie nous enseigne qu'une crise économique peut susciter une transformation des idéaux de fécondité que la croissance antérieure n'avait pas produite, même si elle en constitue sans aucun doute l'indispensable fondement.

Pour l'Afrique subsaharienne, l'évolution de la fécondité selon l'évolution économique durant la décennie 1980, marquée par la crise, mérite également d'être signalée (26). Les pays (Kenya et Sénégal) en stagnation se caractérisent par une baisse de la fécondité. Les pays en récession se distinguent généralement par une augmentation de la fécondité, comme le Cameroun, le Ghana et le Nigeria ; par contre la Côte d'Ivoire, marquée par une récession sévère, fait exception avec une forte diminution de sa fécondité (tableau 10).

Même si la relation entre crise et fécondité est incertaine à l'échelle nationale, la baisse de la fécondité, lorsqu'elle se produit, est plus forte pour les femmes scolarisées, les femmes urbaines et les groupes socioprofessionnels les plus élevés (mari commerçant ou col blanc). Et, dans les pays où, à l'inverse, la fécondité a augmenté, des catégories de femmes se distinguent par une baisse. Ainsi, on note une baisse de la fécondité des femmes nigérianes et camerounaises les plus instruites (respectivement - 0,45 et - 0,33 enfant respectivement), contrastant avec l'évolution des autres groupes. Compte tenu de l'importance de la crise dans ces deux pays (baisse du PIB par tête de 21 % au Nigeria et de 11 % au Cameroun sur l'ensemble de la période), il est difficile de croire que les femmes les plus instruites n'en n'ont pas subi les effets.

Manifestement, dans un même contexte de crise, les groupes ajustent de manière divergente leur comportement en matière de fécondité en fonction de leur niveau de vie et de leurs caractéristiques socioculturelles. Les catégories à la situation la plus précaire, en termes de niveau de vie ou d'alphabétisation, semblent se diriger vers une augmentation de leur fécondité ; celles à la situation moins défavorable, de par leur instruction, leur activité et leur résidence urbaine, paraissent s'orienter vers une baisse de celle-ci. C'est le cas au Kenya et au Sénégal.

Globalement, la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, durant ces années 1980 de stagnation voire de récession économiques, est

(26) Voir Vimard (P.), « Évolutions de la fécondité et crises africaines », in Coussy (J.) et Vallin (J.) (dir.), *Crise et population en Afrique*, Les études du Ceped, n° 13, Ceped, Paris, 1996, p. 293-318.

Tableau 10. – Évolution de la fécondité (1) selon différentes caractéristiques socio-économiques dans six pays d'Afrique subsaharienne classés selon le taux de croissance du PNB par habitant

	Pays en stagnation		Pays en récession			
	Kenya	Sénégal	Cameroun	Ghana	Nigeria	Côte d'Ivoire
Taux de croissance annuelle moyenne du PNB par habitant de 1980 à 1991 (en %) (1)						
	+ 0,3	+ 0,1	- 1,0	- 0,3	- 2,3	- 4,6
Évolution, entre les deux dates d'observation, de la fécondité légitime (2)						
Fécondité	6,86 / 6,14	6,11 / 5,70	5,16 / 5,43	5,30 / 5,45	5,41 / 5,60	7,4 / 5,7
Écart	- 0,72	- 0,41	+ 0,27	+ 0,15	+ 0,19	- 1,7
Évolution de la fécondité légitime cumulée selon la durée de scolarité des femmes (2)						
0 année	- 0,37	- 0,31	+ 0,62	+ 0,37	+ 0,16	- 1,3
1-3 années	- 0,69	- 0,91	+ 0,06	+ 0,39	+ 0,19	- 1,8
4-6 années	- 0,67	- 0,72	- 0,33	+ 0,11	- 0,45	- 1,8
Évolution de la fécondité légitime cumulée selon le milieu de résidence des femmes (2)						
Urbain	- 1,24	- 0,71	0	- 0,1	- 0,32	- 1,9
Rural	- 0,55	- 0,26	+ 0,48	+ 0,25	+ 0,33	- 1,3
Évolution de la fécondité légitime cumulée selon l'activité du mari (3)						
Agriculteur	- 0,8	- 0,3	*	+ 0,4	*	*
Manuel	- 0,9	- 0,5	*	- 0,3	*	*
Commerce	- 1,9	- 0,7	*	- 0,4	*	*
Col blanc	- 1,1	- 1,4	*	+ 0,1	*	*

(1) Dates d'observation : Kenya : 1977-1978 et 1988-1989 ; Sénégal : 1978 et 1986 ; Cameroun : 1978 et 1991 ; Ghana : 1979-1980 et 1988 ; Nigeria : 1981-1982 et 1990 ; Côte d'Ivoire : 1980 et 1994.

* Donnée inconnue.

Sources : (1) Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*, Banque mondiale, Washington, 1993, 339 p. ; (2) Muhuri (P. K.), Blanc (A. K.) et Rutstein (S. O.), 1994, *Socio-Economic Differentials in Fertility*, Demographic and Health Surveys, Comparative Studies n° 13, Macro International Inc., Calverton, Maryland. ; (3) Rodriguez (G.), Aravena (R.), *Socio-Economic Factors and the Transition to Low Fertility in Less Developed Countries : a Comparative Analysis*, Demographic and Health Surveys World Conference (5-7 août 1991, Washington DC), Proceedings, vol. I, 1991, p. 39-71.

donc davantage une transition de crise concernant les couches moyennes et supérieures de la population, alors que les couches pauvres se caractérisent par la permanence d'une fécondité plus forte.

Les mécanismes de l'impact de la crise sur la fécondité

L'hypothèse d'un effet positif de la crise ou de la pauvreté sur la baisse de la fécondité pour des populations culturellement et socialement aussi différentes que celles d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des pays arabes conduit à approfondir les mécanismes qui sous-tendent cette relation dans les pays en développement.

Nous devons tout d'abord retenir l'idée générale d'une variation du niveau et des mécanismes d'impact de la crise selon la position de la population dans le calendrier de la transition démographique; idée qui repose sur la différenciation des facteurs dominants de la régulation de la fécondité dans chacune des phases de la transition établie par R. Bulatao et R. Lee (27). Pour ceux-ci, la baisse de la fécondité est essentiellement déterminée dans sa période initiale par des facteurs concernant l'offre d'enfants (âge au mariage et fécondabilité); dans les phases intermédiaires, par des facteurs liés à la régulation de la fécondité (coûts et disponibilité des moyens contraceptifs); et dans la période terminale de la transition, par des facteurs relatifs à la demande d'enfants (coût d'opportunité, arbitrage entre qualité et quantité). Même si on peut estimer que cette différenciation est trop schématique et peut subir des variations en fonction des législations et des politiques relatives au mariage, au programme de planification familiale et de santé maternelle et infantile propres à chaque pays, la pluralité des intensités et des mécanismes d'impact de la crise semble pouvoir être retenue.

Pour ce qui est des facteurs liés à l'offre d'enfant, l'effet du chômage et de la baisse des revenus individuels sur le recul de l'âge au mariage semble l'élément le plus déterminant (28). La hausse de l'âge à la puberté en période de forte disette semble aussi attestée, mais elle joue seulement un rôle déterminant sur le raccourcissement de la période de fécondabilité dans les populations où l'activité sexuelle pré-maritale est répandue ou l'âge au mariage précoce. La crise peut également accroître les coûts de la régulation par la réduction des crédits publics alloués au secteur de la planification familiale et par la hausse des prix des produits contraceptifs importés (29). Enfin, la demande d'enfants, particulièrement mise en avant par le modèle de la nouvelle économie du ménage de G. Becker, semble affectée d'effets contradictoires. Les

(27) Bulatao (R. A.) et Lee (R. D.) (eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, New York Academic Press, New York, 1983.

(28) Pour le détail des analyses on se reportera à Mason (A.), « The Response of Fertility and Mortality to Economic Crisis and Structural Adjustment Policy During the 1980's : a Review », *Congrès international de la population*, Montréal, 1993, tome 2, UIESP, Liège, 1993, p. 411-429.

(29) Cet accroissement est particulièrement fort dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne qui dépendent entièrement des importations pour les produits contraceptifs modernes et ont subi récemment une dévaluation du franc CFA qui a surenchéri le prix de ces produits pour la population.

incertitudes économiques, relatives notamment aux revenus du couple, et l'augmentation des dépenses d'éducation des enfants conduisent en effet à une diminution de la demande d'enfants ; mais en sens inverse, l'accroissement du chômage entraîne une diminution du coût en temps d'élever des enfants pour les parents et notamment pour la mère, et peut susciter un accroissement de la fécondité.

Il faut aussi tenir compte de la gravité de la crise. À l'extrême, une crise économique sévère, par exemple une famine, réduit l'activité sexuelle et la fécondabilité (on a même pu observer des cas d'« aménorrhée de famine ») : ce fut le cas lors de la période du « grand bond en avant » (1957-1961) en Chine, des inondations de 1974-1975 au Bangladesh ou de la sécheresse de 1984-1985 au Soudan.

Mais la diminution de la fécondité à court terme est toujours suivie d'une remontée de celle-ci, voire d'une phase de récupération, et même si des simulations montrent une diminution de la croissance d'une population résultant sur le long terme d'une phase de baisse de la fécondité (et d'augmentation de la mortalité) consécutive à deux années de famine, l'impact de telles crises drastiques semble faible sur le calendrier de la transition démographique.

Quant à l'effet de crises moins circonscrites, c'est-à-dire moins sévères mais plus durables, les analyses demeurent plus circonspectes. Pour les pays développés, des études montrent l'effet du chômage sur le retard des mariages et la réduction de la fécondité légitime aux États-Unis comme en Israël. En Afrique subsaharienne, nous avons vu que les difficultés économiques ont eu des conséquences certaines à court et moyen terme sur la constitution des familles par un retard des mariages et des premières naissances, élément particulièrement important dans cette région du monde où le recul du début de constitution de la descendance constitue l'une des deux voies par lesquelles s'opère une amorce de transition de la fécondité, mais ces effets demandent à être confirmés par des analyses du long terme. De même, en Amérique latine, on a pu noter une baisse rapide de la fécondité durant la grande dépression (1930-1935), sans aucun doute par l'intermédiaire d'une hausse de l'âge au premier mariage, et un impact des difficultés économiques des années 1980 avec la baisse de la fécondité au Chili et au Brésil. En revanche, dans d'autres pays latino-américains les résultats des analyses ne permettent pas de démontrer une influence des fluctuations économiques sur les tendances démographiques (30).

L'ensemble de ces analyses concerne essentiellement des impacts à court voire à moyen terme, et les effets à plus long terme demeurent, compte tenu des données disponibles et des schémas d'explication, beaucoup plus difficiles à établir en l'état actuel des connaissances.

(30) Voir Hill (K.), Palloni (A.), « Demographic Response to Economic Shocks : the Case of Latin America », *Proceedings of the Conference on the Peopling of the Americas*, IUESP, Veracruz, 1992.

Mortalité, pauvreté et crise

Pauvreté et niveau de mortalité

Un faible niveau de mortalité est l'une des dimensions du développement humain et *a contrario* une mortalité excessive se révèle comme l'une des expressions de la pauvreté d'existence. La relation négative entre le niveau de la mortalité et celui des revenus est d'ailleurs nette : ce sont les régions d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud, les plus pauvres, qui ont les taux de mortalité les plus élevés.

Cette relation se vérifie avec tous les indicateurs de la mortalité disponibles : mortalité infantile, mortalité maternelle et mortalité générale, exprimée par l'espérance de vie à la naissance (tableau 11).

Tableau 11. – Mortalité infantile, mortalité maternelle et espérance de vie selon le niveau de revenu et la région

	Mortalité infantile (pour mille naissances vivantes) (1)		Mortalité maternelle (pour cent mille naissances vivantes) (2)	Espérance de vie à la naissance (3)	
	1980	1998	1995	1970-1975	1995-2000
Économies					
à faible revenu	97	68			
à revenu intermédiaire	60	31			
à revenu élevé	12	6			
Ensemble	80	54			
Économies à revenu faible ou intermédiaire					
Afrique subsaharienne	115	92	975	45,0	48,9
Moyen-Orient et Afrique du Nord	95	45	396	52,4	65,6
Amérique latine et Caraïbes	61	31	191	61,1	69,5
Asie de l'Est et Pacifique	55	35	449 (a)	52,3 (a)	65,9 (a)
Asie de l'Est seulement			95	63,2	70,0
Asie du Sud	119	75	551	50,1	62,7
Europe et Asie centrale	41	22			

(a) Asie du Sud-Est et Pacifique seulement.

Sources : (1) Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001. Combattre la pauvreté*, Éditions Eska, 2000. ; (2) Pnud, *Rapport mondial sur le développement humain*, Économica, Paris, 1998, 254 p. ; (3) Pnud, *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, De Boeck Université, Paris-Bruxelles, 2000, 290 p.

On observe en outre que la baisse de la mortalité a été moins rapide dans les économies et les régions les plus pauvres durant les dernières décennies : entre 1980 et 1998, la mortalité infantile a baissé de moitié dans les

économies à revenu élevé ou intermédiaire, et de 30 % seulement dans les économies à faible revenu. La différence de tendance est également importante pour la mortalité générale. Entre 1970-1975 et 1995-2000, le gain d'espérance de vie est de moins de quatre années pour l'Afrique subsaharienne, de près de sept années pour l'Asie de l'Est, de huit années pour l'Amérique latine et d'environ treize années pour les pays arabes, l'Asie du Sud-Est et l'Asie du Sud. L'écart de mortalité a donc tendance à s'accroître entre les pays en développement les plus pauvres et les autres, ce qui nous amène à nous interroger sur les tendances actuelles et futures de la mortalité.

La diminution résistible de la mortalité : vers une remise en cause des modèles de baisse sous l'effet des crises ?

L'importance du rôle joué par le secteur public dans la réduction de la mortalité est un point central des analyses des facteurs de la baisse de la mortalité dans le monde. Ce rôle est direct, à travers le développement des services de santé, et indirect, avec l'accroissement de l'éducation, l'amélioration de l'environnement (qualité de l'eau, confort de l'habitat, hygiène publique...) et la mise en œuvre de politique alimentaire. En conséquence, une baisse des crédits d'investissement et de fonctionnement ou une désorganisation des secteurs publics, et notamment de celui de la santé, pouvant découler de divers types de crise, sont susceptibles d'intervenir sur le niveau de la mortalité. Cependant, les études sur le sujet ne permettent pas de déterminer l'impact effectif d'une diminution des dépenses publiques, bien réelle dans certains pays, qui se trouve contrebalancée par différents éléments : diminution des salaires et croissance de la productivité du travail des agents du secteur public, meilleure sélectivité des programmes (vers les plus pauvres, en faveur des soins de santé primaire), baisse des prix mondiaux des produits alimentaires, etc. Les effets positifs du développement dans différents secteurs (éducation, niveau et répartition des revenus, consommation alimentaire) peuvent également être contrariés en période de crise et une baisse du niveau de vie pourrait avoir ainsi des conséquences durables sur la baisse séculaire de la mortalité.

Les analyses de l'évolution de la mortalité dans les années 1970 et 1980 dans les pays en développement circonscrivent les périodes d'augmentation de la mortalité des enfants avant un an à l'État de Sao Paulo, au Brésil, et à plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (Angola, Ouganda, Ghana, Rwanda, Madagascar, Mozambique, Zambie) sous l'effet de crises politiques, économiques ou de désorganisation de l'État. Par contre, pour tous les autres pays étudiés, la baisse est de rigueur. Cependant, certaines analyses discernent une baisse plus lente durant cette période que lors des années précédentes : c'est le cas de sept des dix pays latino-américains étudiés et, parmi ceux-ci, les pays où la baisse des revenus a été la plus forte sont ceux où le ralentissement de la baisse de la mortalité fut le plus sensible ; c'est également le cas de pays d'Asie et du Pacifique comme la Corée du Sud et les Philippines. Mais cette hypothèse d'un ralentissement de la transition de la mortalité sous l'effet de conditions

économiques défavorables est remise en question, excepté pour l'Asie, par d'autres analyses (31).

Cependant, une analyse de l'évolution de l'espérance de vie depuis 1950 dans les cinquante-cinq pays, développés et en développement, de plus de 15 millions d'habitants révèle un ralentissement de la baisse de la mortalité (32). Dans une première phase, correspondant à la période 1950-1975, on observe une variation du gain d'espérance de vie en fonction de l'espérance de vie au début de la période : le gain est faible pour les pays où l'espérance de vie est la plus basse en 1950-1955, car les progrès médicaux ne profitent qu'à une frange de la population. Les gains sont beaucoup plus sensibles pour les pays qui avaient atteint 40 ans d'espérance de vie, les avancées sanitaires se diffusant à l'ensemble de la population. Et les gains redeviennent plus lents pour les pays les plus avancés, car l'ensemble des progrès concernant les maladies infectieuses sont réalisés et les avancées concernant d'autres pathologies restent encore à accomplir. Mais ce schéma n'est plus totalement valable pour la période 1970-1995. Si la majorité des pays suivent encore la logique antérieure, les exceptions révèlent que d'autres logiques sont sans doute en œuvre. D'un côté, de nombreux pays d'Afrique subsaharienne ne bénéficient pas des progrès rapides que l'on aurait pu espérer, compte tenu de leur espérance de vie atteinte au début de cette période, tandis que d'autres voient leur espérance de vie stagner voire régresser. La dégradation de la situation socio-économique et politique de l'Afrique tropicale conjugue ici ses effets au développement de maladies émergentes ou réémergentes. Leur impact (VIH/sida, paludisme résistant, recrudescence de la tuberculose...) est de plus en plus sensible et contribue au ralentissement de la baisse de la mortalité, voire à une inversion de cette tendance dans les pays africains les plus touchés. D'un autre côté, les pays d'Europe de l'Est et de l'ex-Union soviétique voient leur espérance de vie stagner ou régresser, sous l'effet d'une hausse de la mortalité des adultes. En Russie, par exemple, l'espérance de vie a reculé en 1999 à 59 ans pour les hommes (contre 63,8 dans les années 1960) et à 72 ans pour les femmes (contre 72,4 à la même époque). L'hypothèse d'un effet de la crise économique, sociale et politique sur la désorganisation du système de santé comme sur le délitement de la politique sociale et la dégradation des conditions de vie des populations (pauvreté, malnutrition, alcoolisme, surpeuplement des habitations) peut être sérieusement avancée. Dans ce contexte, ce sont tous les types de maladies qui progressent, dans une nouvelle forme, catastrophique et régressive, de transition épidémiologique : maladies de dégénérescence (cancers, maladies cardiovasculaires), de société (suicides, meurtres, accidents de la route), infectieuses (tuberculose) et émergentes (VIH/sida et hépatite B).

À l'opposé de cette situation des pays africains ou est-européens, il faut mettre en évidence les succès de certains pays en développement d'Asie et d'Amérique latine qui ont atteint des niveaux d'espérance de vie proches voire

(31) Sur ce sujet, on pourra consulter : Cornia (A. P.), Jolly (R.) et Stewart (F.) (dir.), *L'ajustement à visage humain : protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance*, Unicef-Économica, Paris, 1987 ; Garenne (M.), « La mortalité des jeunes enfants », in Léry (A.) et Vimard (P.) (coord.), *op. cit.* ; Mason (A.), art. cit.

(32) Pour le détail de cette analyse voir : Mesle (F.), Vallin (J.), *La mortalité dans le monde : tendances et perspectives*, Les dossiers du Ceped, n° 30, Ceped, Paris, 1995, 25 p.

supérieurs à bien des pays développés, dans la mesure où la victoire contre les maladies infectieuses se conjugue avec une absence des maladies de société, et à un niveau de pauvreté nettement plus faible qu'en Afrique subsaharienne.

Finalement, les situations, durant les dernières décennies, largement marquées par les crises économiques et politiques, sont relativement contrastées. Si les crises ne manquent pas d'avoir des effets défavorables sur la santé des populations, elles ne semblent pas remettre en cause de manière fondamentale la tendance universelle à la baisse de la mortalité, même si celle-ci peut se trouver significativement ralentie, voire inversée dans quelques pays et pour des périodes plus ou moins brèves. Les effets des crises semblent en effet être atténués, voire contrebalancés, d'une part, par les évolutions lourdes (comme le progrès dans l'éducation et l'hygiène des populations, le transfert des technologies sanitaires), d'autre part, par un amortissement, grâce aux solidarités familiales et communautaires ou aux politiques sociales, du coût des dépenses de santé pour les individus.

Les bénéfices de la croissance économique sont chaque jour plus inégalement répartis entre les nations comme entre les individus d'un même pays, et ceci tout particulièrement dans les régions en développement. Cette mauvaise répartition des fruits de la croissance contribue à accentuer la pauvreté, d'ordre relatif ou absolu selon les régions. Dans le même temps, notre acception du développement évolue et il est admis qu'il ne peut plus être mesuré à l'aune de la seule croissance économique, et qu'il doit reposer sur de nouveaux droits à la santé, à l'éducation, à la maîtrise de la vie reproductive, à la démocratie... qui devraient concerner tous les individus. Mais ces nouveaux droits, très diversement répartis, sont en fait l'objet de nouveaux manques et inégalités, fondements d'une pauvreté dont la qualité multidimensionnelle est aujourd'hui mise en évidence dans toutes les analyses de la question.

Chaque crise économique, en déstabilisant les systèmes productifs, sociaux et financiers, accentue les inégalités, les précarités de toute nature et les situations de pauvreté. Il en est de même des crises d'origine épidémiologique, ou de celles liées à une guerre entre États ou entre fractions rivales d'un même pays. Mais les relations entre, d'une part, la pauvreté et les crises, d'autre part, les dynamiques démographiques, sont complexes, comme le montrent les quelques exemples présentés dans ce chapitre. Si la faible fécondité est plutôt le fait de populations dotées d'un niveau satisfaisant de développement socio-économique, il arrive que la transition de la fécondité puisse s'accomplir dans un pays pauvre ou dans une population démunie, ou bien encore que cette transition s'amorce sous l'effet d'une crise économique.

Les relations entretenues par la pauvreté et les crises avec la mortalité définissent une situation plus univoque. Le développement social et économique d'un pays s'accompagne d'une baisse de la mortalité, qui est moins rapide pour les populations les plus pauvres. En outre, les crises économiques de ces dernières décennies ont pu occasionner des remontées de la mortalité infantile dans plusieurs pays, voire de la mortalité générale lorsque la crise perdure. Quant au ralentissement de la baisse tendancielle de la mortalité, phénomène structurel, les crises économiques ne sont qu'un facteur parmi

d'autres : développement des maladies émergentes ou ré-émergentes, faible adéquation des systèmes de soin à la demande de la majeure partie des populations démunies, crises politiques et conflits armés...

Le maintien, voire l'accroissement, de la pauvreté et la diversification de ses formes à travers le monde, malgré la croissance économique et les différentes stratégies de lutte mises en œuvre depuis plus d'une décennie, devraient nous amener à remettre en question le modèle de développement imposé aux pays du sud, créateur d'inégalités et d'exclusions, davantage qu'à rechercher les voies de sa meilleure efficacité. À ce titre, si la lutte contre la pauvreté est devenue le nouveau paradigme des agences de coopération bilatérales et multilatérales, les actions en la matière demeurent inspirées par la stratégie mise en avant par la Banque mondiale (33), qui bénéficie d'un consensus au sein des grands bailleurs de fonds. Cette stratégie traduit une meilleure appréhension de la multiplicité des dimensions du phénomène, mais elle ne semble pas de nature à mieux répondre à ce défi que celles mises en avant dix ans auparavant, dans la mesure où elle s'attaque davantage à la pauvreté elle-même qu'aux processus d'appauvrissement qui en sont le fondement. Dans cette perspective, le maintien d'un nombre élevé de pauvres et la persistance des inégalités devraient retarder globalement la baisse de la fécondité et de la mortalité de bien des populations et par là-même ralentir la transition démographique à l'échelle mondiale.

Bibliographie

Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001. Combattre la pauvreté*, Éditions Eska, 2000.

Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1990. La pauvreté*, Banque mondiale, Washington, 1990, 287 p.

Coussy (Jean), Vallin (Jacques) (dir.), *Crise et population en Afrique*, Les études du Ceped, n° 13, Ceped, Paris, 1996, 574 p.

Garcia (Brigida) (ed.), *Women, Poverty and Demographic Change*, IUSSP International Studies in Demography, Oxford University Press, 2000, 311 p.

Gendreau (Francis) (dir.), *Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays du sud*, Aupelf-Uref et Estem, 1998, 415 p.

Livi-Bacci (Massimo), de Santis (Gustavo), *Population and Poverty in Developing*

Countries, IUSSP International Studies in Demography, Oxford University Press, 1998, 305 p.

Programme des Nations unies pour le développement (Pnud), *Rapport mondial sur le développement humain 1997. Le développement humain au service de l'éradication de la pauvreté*, Economica, Paris, 1997, 268 p.

Vimard (Patrice), « Modernisation, crise et transformation familiale en Afrique subsaharienne », *Autrepart* (2), 1997, p. 143-159.

Vimard (Patrice), *Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise*, Documents de recherche, n° 3, ETS, Orstom, Paris, 1997, 31 p.

Winter (Gérard) (dir.), *Inégalités et politiques publiques en Afrique : pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Khartala-IRD, Paris, 2001, 453 p.

(33) Cette stratégie repose sur un triptyque : développer les opportunités économiques et financières pour les pauvres par la stimulation de la croissance ; les insérer dans les processus de développement en renforçant la décentralisation et les capacités locales ; mieux assurer leur sécurité matérielle par des systèmes nationaux et internationaux de gestion des risques.

Vimard Patrice. (2002)

Pauvretés, crises et population

In : Charbit Y. (ed.) Le monde en développement :
démographie et enjeux socio-économiques

Paris : La Documentation Française, 43-73. (Les Etudes de la
Documentation Française). ISBN 2-11-004982-0