

37<sup>ème</sup> session

Commission de la population  
et du développement de l'ONU

New York  
22 – 26 mars 2004

# Population et développement

## « *Le Caire +10* »

*La situation dans les pays du Sud :*

*Synthèse et ensemble des contributions*

de chercheurs des institutions de recherche partenaires



Groupement d'intérêt scientifique  
INED – IRD – PARIS I – PARIS V – PARIS X  
<http://ceped.cirad.fr>

13 MARS 2008

ME



## Présentation

La Conférence internationale du Caire en 1994, par rapport à celles qui l'avaient précédées à Mexico (1984) et à Bucarest (1974), a constitué un tournant important pour la mise en œuvre de politiques démographiques. Un programme d'action ambitieux<sup>1</sup> a mis en avant la nécessité d'intégrer les stratégies en matière de population dans le cadre plus large du développement durable, et surtout il a mis au centre de son principe du droit au développement, l'égalité des sexes et la promotion de la femme (chapitre IV) et les droits à la santé de la reproduction (chapitre VII). Les orientations du Programme d'action en matière de santé de la reproduction ont été relayées par la Conférence de Beijing, aussi les retombées du Caire, ses réussites ou ses échecs, sont-ils le plus souvent envisagés à l'aune des changements dans le domaine de la santé de la reproduction, et plus particulièrement, à l'aune de la situation des femmes dans ce domaine. Or, le Caire comme les conférences de population précédentes n'a pas manqué de considérer la situation dans le domaine de la mobilité, et plus particulièrement celle des déplacés et des réfugiés. De même le Programme a abordé la question de la pression démographique sur les ressources et l'environnement. Aussi, il y a cinq ans le CEPED, lorsqu'il a participé au travail du groupe interministériel, mis en place et piloté par la Direction de la population et des migrations (DPM, ministère de l'emploi et de la solidarité), avait-il pris le parti de considérer les différentes dimensions du champ « Population et développement ». Cette fois encore, plus qu'une évaluation du Programme d'action, les chercheurs réunis par le CEPED, ont voulu rendre compte des enjeux qui se présentent dans les principales thématiques de la Conférence regroupées sous trois chapitres :

- *Santé et droits de la reproduction.* Ce premier chapitre, qui rassemble sept contributions, est divisé en deux parties ; d'une part, différentes dimensions de la santé de la reproduction sont abordées en référence au plan d'action du Caire, et d'autre part, une attention toute particulière est portée aux impacts du VIH/Sida et à la lutte contre le Sida.
- *Familles, inégalités et vulnérabilité.* Ce deuxième chapitre rassemble cinq contributions, qui examinent les questions touchant les familles les plus pauvres des pays du Sud, et plus particulièrement au sein de ces familles, la prise en charge des personnes âgées et de la scolarisation des enfants ainsi que la discrimination et la violence qui s'exercent à l'égard des femmes et des enfants.
- *Peuplement, mobilité et espaces de vie.* Ce chapitre comprend quatre contributions qui s'attachent à montrer que la mobilité ne doit pas être dissociée de la dynamique de peuplement et de la redistribution de la population qui résultent de la forte croissance démographique toujours très soutenue dans les pays en développement, et qu'elle façonne les espaces ruraux et urbains, autrement dit les espaces de vie des individus.

Dix ans après la Conférence du Caire, et cinq ans après la première contribution du Ceped au débat, les enjeux sont toujours les mêmes : répondre aux nouveaux défis en matière de santé ; réduire les inégalités entre les populations et entre les individus ; répondre à la précarité des

---

<sup>1</sup> Fonds des Nations Unies pour le Population, *Programme d'Action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, 5-13 septembre 1994, New York, Nations Unies et CIPD 1994.

milieux urbains et ruraux ; s'orienter vers un développement socialement et écologiquement durable<sup>2</sup>. Force est de constater que ces enjeux se sont aiguisés et que la connaissance de leurs différentes dimensions s'est quelque peu affinée bien que la recommandation d'améliorer les moyens de mesure à court et à long terme se fasse récurrente. Il ressort des différentes contributions que les instances politiques et institutionnelles sont au cœur de la mise en place de nouvelles formes de régulation alors que c'est l'insuffisance d'orientations claires et de moyens qui prévaut le plus souvent. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que les recommandations concernant tant les recherches que les actions à mettre en œuvre visent les institutions qui interviennent dans le champ « Population et développement ».

Le document présenté par le Ceped a été établi à partir d'un ensemble de contributions produites par des chercheurs spécialistes de ces questions dont on trouve la liste ci-après. Ces contributions seront par la suite rassemblées dans une même publication.

Les idées présentées dans ce document n'engagent que leurs auteurs.

André Quesnel  
Directeur exécutif du Ceped

CEPED  
Groupe d'intérêt scientifique INED – IRD - Paris I - Paris V -Paris X  
43 bis Avenue de la Belle Gabrielle  
94 736 Nogent sur Marne cedex  
Tel: 33 (0)1 43 94 72 90  
Fax: 33 (0)1 43 94 72 92  
[ceped@ceped.cirad.fr](mailto:ceped@ceped.cirad.fr)  
<http://ceped.cirad.fr>

---

<sup>2</sup> Alain Léry et Patrice Vimard, 2001. *Population et développement : les enjeux cinq ans après la Conférence du Caire*, CEPED/LPE, Paris.

## **Chapitre 1 Santé et droits de la reproduction** **Les pays du Sud, dix ans après la Conférence du Caire.**

Ce chapitre de synthèse a été préparé par :

**Benoît Ferry**, Directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), UMR 151 IRD-Université de Provence (LPED), et coordinateur du champ *Santé de la reproduction* au Centre Population et Développement (CEPED), ferry@ceped.cirad.fr

et par **Arlette Gautier**, Maîtresse de Conférence à l'Université Paris X, chercheuse en accueil à l'UMR 151 IRD-Université de Provence (LPED), et responsable du réseau *Politique de santé de la reproduction et droits reproductifs* au CEPED, arlette.gautier@u-paris10.fr

### **Liste des contributions**

Arlette Gautier : « *De la planification familiale à la santé de la reproduction : L'évolution des programmes dix ans après les accords du Caire* », 19p.

Magali Barbieri : « *Santé et survie de l'enfant* », 8p. et « *Santé maternelle et maternité sans risque* », 6p.

Agnès Guillaume : « *L'avortement en Afrique 10 ans après la conférence du Caire* », 15p.

Benoît Ferry : « *L'impact démographique du Sida dans les pays en développement* », 15p.

Jacques du Guerny : « *Impact du Sida sur les structures productives : le cas de l'agriculture* », 6p.

Anne Juillet : « *Avancées et limites dans l'accès aux traitements du VIH/Sida dans les pays en développement* », 12p.

Annabel Desgrées du Loû : « *Prévention de la transmission du VIH/Sida dans les PVD : quelles pistes pour aujourd'hui ?* », 21p.

## **Chapitre 2 Familles, inégalités, vulnérabilité**

Ce chapitre de synthèse a été préparé par :

**Olivia Samuel**, Maître de conférence à l'Université de Versailles-Saint Quentin, et coordinatrice du champ *Société, famille et genre* au CEPED, osamuel@noos.fr

### **Liste des contributions**

Olivia Samuel : « *Evolutions des familles contemporaines au Sud* »

José Miguel Guzman : « *Vieillesse et solidarités intergénérationnelles* »

Isabelle Atané : « *Surmasculinité et discriminations des femmes en Asie du Centre et du Centre-sud* »

Bernard Schlemmer : « *Scolarisation, éducation, « travail des enfants » et enfants travailleurs a demande d'éducation (primaire) en Afrique* »

Arlette Gautier : « *Les violences au sein de la famille* »

### **Chapitre 3 Peuplement, mobilité, espaces de vie**

Ce chapitre de synthèse a été préparé par :

**Valérie Golaz**, Chargée de recherche à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), UR Mobilités, territoire, habitat et sociabilité et responsable du réseau Mobilité et urbanisation au CEPED, [valerie.golaz@ined.fr](mailto:valerie.golaz@ined.fr)

et **Philippe Hamelin**, Ingénieur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), UMR IRD-Université de Provence (LPED) et coordinateur du champ Peuplement, urbanisation, mobilité et environnement au CEPED, [hamelin@bondy.ird.fr](mailto:hamelin@bondy.ird.fr)

#### **Liste des contributions**

X Françoise Dureau : « *Croissance et dynamiques urbaines dans les pays du Sud* », 19p.

X Luc Cambrézy : « *Réfugiés et populations déplacées* », 15p.

X Christophe Guilmo et Frederic Sandron : « *Migration internationale* », 15p.

X Hervé Domenach : « *Processus de mobilité spatiale et mutations environnementales* », 12p.

# Chapitre 1

## Santé et droits de la reproduction

### Les pays du Sud, dix ans après la Conférence du Caire.

**Benoît Ferry et Arlette Gautier**

La Conférence Internationale sur La Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994 a permis de développer un Programme d'Action<sup>3</sup> très ambitieux. Les recherches menées par quelques experts français s'efforcent de préciser l'étendue de la mise en œuvre du Programme d'Action, en matière de santé et droit de la reproduction et ainsi de fonder plus scientifiquement les actions à mener.

#### **1 - Les dimensions de la Santé de la Reproduction et le Plan d'Action du Caire**

##### **1.1 - L'inégale transformation des politiques de planification familiale en politiques de santé de la reproduction<sup>4</sup>**

Le Programme d'Action du Caire a mis au centre des politiques démographiques les femmes et les hommes de tout âge, et non plus seulement les femmes d'âge reproductif, l'ensemble de la santé de la reproduction, la qualité des services et le respect des patients. Dix ans plus tard, on constate des progrès dans les indicateurs de planification familiale : une augmentation des connaissances et des pratiques contraceptives et une diversification des méthodes utilisées. L'information sur les différentes méthodes de contraception ainsi que la prévalence contraceptive ont progressé de façon très inégale aussi bien en Afrique subsaharienne que dans les autres pays. La progression observée dans plusieurs pays est souvent due à une utilisation plus intense du préservatif. En général, les femmes n'ont pas été informées des effets secondaires éventuels des méthodes, des mesures à prendre s'ils se produisent, et des autres méthodes contraceptives possibles.

Des études avaient montré l'importance d'une approche intégrée des politiques de prévention des naissances, des infections et maladies sexuellement transmissibles, car elle permet de lutter efficacement contre la propagation du VIH mais aussi des cancers et des stérilités. Cet objectif a été repris par le programme d'action du Caire. De nombreux pays ont entamé l'intégration des divers services, de façon cependant très variée. La transformation des services de planification familiale en services de santé reproductive a été réalisée plus souvent en Amérique latine qu'en Afrique et surtout qu'en Asie. Elle s'est fréquemment limitée à l'adjonction de la planification familiale aux services de santé materno-infantile et parfois d'activités de prévention des MST et VIH.

---

<sup>3</sup> Fonds des Nations Unies pour le Population, *Programme d'Action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, 5-13 septembre 1994, New York, Nations Unies et CIPD 1994.

<sup>4</sup> Sur la base de la contribution d'Arlette GAUTIER « *De la planification familiale à la santé de la reproduction : L'évolution des programmes dix ans après les accords du Caire* », 19p.

Il faut souligner l'absence de progrès réalisés depuis dix ans dans l'accès des parturientes à de bonnes conditions d'accouchement : dans les pays en développement une femme sur deux continue d'accoucher sans l'aide de personnel qualifié (infirmières, sages-femmes ou médecins). « Sauver la vie de celles qui la donnent », n'est manifestement toujours pas une priorité des politiques publiques, ce qui augure mal de la volonté de mettre en œuvre le reste du Programme d'Action du Caire.

On manque de données sur la longue durée pour savoir si les cancers de l'appareil reproductif, les stérilités, les difficultés de la ménopause ont diminué. Tout au plus peut-on dire que même dans des pays à la pointe de la transformation des politiques de planification familiale en politiques de santé de la reproduction, comme au Mexique, dont le programme de planification familiale était d'ailleurs déjà intégré aux services de santé, peu a été fait dans ce domaine. On peut donc légitimement s'inquiéter pour les pays, comme l'Inde, où les programmes de santé et de planification familiale étaient séparés<sup>5</sup>.

Ces progrès limités peuvent s'expliquer par le maintien d'objectifs malthusiens au détriment de la reconnaissance des droits reproductifs des individus, par la dégradation de la situation politique ou économique de certains pays, la poursuite de programmes d'ajustement structurels qui réduisent leurs marges de manœuvre et leurs dépenses sociales, et les réformes de la santé qui ont parfois réduit l'accès aux soins. Il serait donc nécessaire de réaffirmer les principes du Caire en les inscrivant fermement dans l'objectif de la santé pour tous qui reste une nécessité absolue.

## 1.2 - La mortalité infanto-juvénile, des évolutions bien inégales<sup>6</sup>

Dix ans après Le Caire, des progrès ont incontestablement été accomplis, puisque presque quatre millions d'enfants supplémentaires ont survécu après l'âge de cinq ans à travers le monde<sup>7</sup>. Quelques 48 pays ont enregistré un succès remarquable avec un recul de plus de 30 pour cent du taux de mortalité infanto-juvénile entre 1990 et 2000. Dans près d'une centaine d'autres, la baisse a été supérieure à 15 pour cent, ce qui permet de penser que l'objectif d'un recul du tiers de la mortalité des moins de cinq ans formulé dans le Programme d'Action du Caire devrait pouvoir être atteint sans difficulté en 2015.

En revanche, les autres objectifs tels que la diminution des écarts géographiques et sociaux ne sont pas en vue car les baisses ont été plus fortes dans les régions et les zones déjà favorisées. L'Afrique notamment a connu une évolution contrastée, marquée par une **augmentation** de la mortalité des jeunes enfants dans l'une des sous-régions où elle était initialement la plus faible (l'Afrique australe, avec un taux de mortalité infanto-juvénile de 90 pour mille qui a augmenté de presque 25 pour cent en dix ans du fait de l'épidémie de SIDA qui y sévit) et une stabilisation là où elle était déjà de loin la plus élevée en 1990-95 (l'Afrique centrale, avec un taux supérieur à 200 pour mille).

La situation de nombreux pays demeure ainsi préoccupante. La baisse de la mortalité infanto-juvénile a été inférieure à 10 pour cent dans plusieurs républiques nouvellement

---

<sup>5</sup> Gautier Arlette, 2002, « Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction », dans Guillaume Agnès et Brouard Nicolas, Rapport français à la 35e session Population et développement, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la population et des migrations.

<sup>6</sup> Sur la base de la contribution de Magali BARBIERI : « Santé et survie de l'enfant », 8p.

<sup>7</sup> Il s'agit de la différence entre le nombre de décès estimé avant cinq ans avec le taux de mortalité de 1990 et celui estimé avec le taux de 2000.

indépendantes de l'ex-empire soviétique (notamment, mais pas seulement, celles situées en Asie centrale) ainsi qu'en Afghanistan et en Corée du Nord et, surtout, la mortalité des jeunes enfants s'est aggravée dans près de quinze pays d'Afrique sub-saharienne. Ce recul menace de réduire à néant les efforts considérables des années quatre-vingt. Cette situation est d'autant plus dramatique que ces enfants décèdent de maladies pour la plupart évitables avec des moyens technologiquement primitifs et dont le coût est faible. Elle s'explique en grande partie par la diminution des efforts consentis par les gouvernements des pays en développement et par la communauté internationale dans les soins de santé primaire. Leur accès concerne encore une trop faible minorité dans de nombreux pays en développement et, plus particulièrement, en matière de programmes de vaccination qui avaient permis de faire reculer de 35 pour cent les décès par maladies infectieuses. La détérioration des conditions de vie des populations d'Afrique sub-saharienne au cours des années quatre-vingt-dix est responsable quant à elle des faibles progrès enregistrés en matière d'environnement et d'hygiène et de l'absence de progrès contre la malnutrition.

En ce début de 21<sup>ème</sup> siècle, plus d'un milliard de personnes n'ont toujours pas accès à l'eau potable et 2,4 milliards vivent dans de mauvaises conditions d'hygiène.

Les perspectives politiques et socio-économiques défavorables observés dans les pays les plus pauvres de la planète et l'aggravation des conséquences de l'épidémie de VIH/Sida en Afrique sub-saharienne ne permettent pas d'entrevoir un changement d'évolution à court terme dans les régions les plus défavorisées. Il s'agit là sans doute d'un constat d'échec en matière de mortalité infanto-juvénile dans la perspective des recommandations de la Conférence du Caire.

### 1.3 - La mortalité maternelle, des disparités toujours aussi fortes<sup>8</sup>

Globalement la mortalité maternelle stagne depuis 1990 alors que le Programme d'Action du Caire prévoyait sa diminution par deux d'ici l'an 2000. Les écarts géographiques restent considérables.

Les tendances de la mortalité maternelle autoriseraient un certain optimisme dans certaines parties de l'Afrique du Nord, de l'Amérique latine, de l'Asie et du Moyen-Orient, mais la situation en Afrique sub-saharienne demeure alarmante. En effet de tous les indicateurs de santé, la mortalité maternelle est celui pour lequel les écarts entre pays développés et pays en développement sont les plus marqués, avec un taux vingt fois supérieur dans ces derniers que dans les premiers. En Afrique sub-saharienne, une femme sur 16 décède de mortalité maternelle, contre seulement une sur 2 800 dans les pays industrialisés. Les écarts sont également considérables entre sous-régions du monde en développement avec, à une extrême, l'Afrique, où le taux atteint 1000 décès maternels pour 100 000 naissances, et, à l'autre, l'Amérique latine et la Caraïbe, où il est inférieur à 200, mais quand même encore dix fois plus élevé que dans les pays industrialisés.

L'accouchement assisté par du personnel qualifié a progressé en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, mais pas en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. Les comportements reproducteurs, mesurés par les naissances de mères adolescentes ou de mères de plus de sept enfants, et les intervalles intergénéraliques manifestent des évolutions favorables, malgré un poids croissant des avortements.

---

<sup>8</sup> Sur la base de la contribution de Magali BARBIERI : « Santé maternelle et maternité sans risque », 6p.

Les deux fronts sur lesquels il conviendrait de concentrer les efforts sont : d'une part, la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement et, d'autre part, la transformation des comportements reproducteurs en faveur d'une baisse de la fécondité, surtout aux âges les plus jeunes et les plus élevés, ainsi que d'un espacement des naissances. Si l'évolution de la fécondité telle qu'elle est observée dans la très grande majorité des pays du monde influence favorablement la santé maternelle, les trop faibles progrès enregistrés en matière de soins obstétricaux dans les régions les plus défavorisées, au premier rang desquelles figure l'Afrique sub-saharienne, ne permettent pas d'entrevoir une baisse à court terme significative de la mortalité maternelle si la communauté internationale ne se mobilise pas pour soutenir les programmes mis en œuvre par les pays les plus pauvres dans des conditions parfois très difficiles.

#### 1.4 - L'avortement provoqué, peu de progrès et remise en cause des acquis <sup>9</sup>

Depuis l'adoption du Programme d'Action du Caire les arguments contre l'avortement se sont renforcés et l'on assiste sans doute à une régression sensible des acquis de la Conférence du Caire, à l'instigation notamment des Etats-Unis.

Concernant les avortements en Afrique sub-saharienne les législations ont peu progressé sauf au Cap Vert et en Afrique du Sud, où l'avortement est à la demande. Mais dans ce dernier pays l'accès n'est pas encore généralisé. Dans les autres pays, les progrès ont été très limités, voire inexistantes (on a même assisté à une régression des lois). Il faut inciter les États à revoir leurs législations en matière d'avortement : interdire l'avortement n'empêche pas sa pratique mais contribue au maintien de pratiques à risque, cause importante de morbidité et de mortalité maternelle.

La pratique de l'avortement reste peu documentée et il est important de mener des recherches dans ce domaine. Il s'agit d'abord d'améliorer la connaissance en terme de prévalence, d'étudier les facteurs et déterminants de l'avortement afin de mieux appréhender les processus qui amènent à l'avortement, et à recourir à l'avortement plutôt qu'à la contraception, et aussi d'envisager l'impact qu'il peut avoir sur la fécondité.

L'avortement, utilisé suite à l'échec d'une contraception ou en son absence conduit à s'interroger sur le fonctionnement des programmes de planification familiale, leur accessibilité et le *counselling* qui est fait aux femmes lors de la prescription. Ce *counselling* n'est pas toujours pensé en fonction des besoins concrets des femmes, et l'information qui leur est donnée est parfois insuffisante. Ceci pose également la question de l'accès des jeunes à la planification familiale et de la reconnaissance de leur sexualité par les personnels de santé.

Les programmes de prise en charge des complications des avortements et plus généralement de prise en charge *post-abortum* doivent être développés car ils ont fait leur preuve d'efficacité et de réduction des coûts pour les services de santé, mais surtout des coûts pour les femmes et des conséquences pour leur santé. Les procédures d'aspiration intra-utérine manuelle avec le protocole associé à ces programmes doivent être développés : notamment la formation des personnels (sages-femmes, infirmiers...), le *counselling* et programmes de planification familiale. Il est également important de développer des programmes pour

---

<sup>9</sup> Sur la base de la contribution d'Agnès GUILLAUME : « L'avortement en Afrique 10 ans après la Conférence du Caire », 15p.

introduire les avortements médicamenteux (le *misoprostol* ou *mifepristone* ou *RU486*) : actuellement cette technique n'est développée qu'en Tunisie alors qu'elle permet une meilleure prise en charge de ces avortements qui sont alors moins traumatisants pour les femmes et moins lourds de conséquences.

Enfin, la mise sur le marché de la contraception d'urgence qui est en train de s'opérer dans quelques pays africains devrait permettre de limiter les avortements à risque en particulier pour les jeunes femmes. Mais cela suppose que cette méthode soit largement diffusée et à moindre coût.

Les recherches devront mieux s'intéresser aux "institutions de santé", leur rôle, leur fonctionnement, l'accès aux soins en santé de la reproduction, en particulier de planification familiale et d'avortement sans risque. Cela doit passer par une amélioration du fonctionnement des programmes, notamment par une information des personnels de santé. Mais ce meilleur accès suppose aussi une amélioration du statut des femmes, en particulier de leur éducation pour leur donner une plus grande autonomie.

## **2 - Les dimensions épidémiologiques, démographiques et sociales de la lutte contre le Sida**

### **2.1 - Impact du Sida sur le développement, des effets en chaîne catastrophiques<sup>10</sup>**

La Conférence du Caire a contribué à la mobilisation politique et économique sur la question du Sida et des MST. Elle a constitué un plaidoyer pour que ces infections soient intégrées dans la santé sexuelle et reproductive et fasse partie des politiques et des programmes relatifs à la santé reproductive et sexuelle. En dix ans la situation du Sida dans le monde a évolué, et son poids se fait de plus en plus sentir sur le développement. On observe deux épidémies se développer, avec des dynamiques complètement différentes, dans les pays industrialisés avec l'introduction massive des traitements et une efficacité certaine de la prévention, d'une part, et dans les pays en développement, particulièrement l'Afrique et l'Asie, d'autre part. Nombre de questions restent encore posées. Notamment, bien des phénomènes ne sont pas encore compris dans la dynamique des épidémies de Sida et, de ce fait, il est difficile de prévoir leur impact dans toutes leurs dimensions. Les bouleversements sociaux, économiques et politiques dus au Sida dans les pays en développement auront certainement un impact dramatique dans les pays les plus touchés, mais peut-être plus encore sur d'autres plans pour le reste du monde.

Contrairement à ce que l'on croit souvent, ce ne sont pas les pays les plus pauvres qui sont généralement les plus infectés, mais ceux qui connaissent un certain développement associé à de grandes inégalités entre régions et entre catégories socio-économiques dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Zimbabwe ou bien la Côte d'Ivoire<sup>11</sup>, tous pays d'immigration. La migration des populations actives vers les pôles de développement constitue ainsi une cause d'intensification du sida dans les pays d'accueil et de retour.

---

<sup>10</sup> Sur la base des contributions de Benoît FERRY : « *L'impact démographique du Sida dans les pays en développement* », 15p; et de Jacques du GUERNY : « *Impact du Sida sur les structures productives : le cas de l'agriculture* », 6p.

<sup>11</sup> La Banque Mondiale et le PNUD ont montré les inter-relations entre développement et inégalités d'une part et la prévalence du Sida de l'autre : Banque mondiale (1997), *Confronting AIDS : Public Priorities in a Global Epidemic*. UNDP South East Asia HIV and Development Programme (juin 2002). *Introducing Governance into HIV/AIDS Programmes: People's Republic of China, Lao PDR and Viet Nam*. [www.hiv-development.org](http://www.hiv-development.org)

Le développement n'est donc pas nécessairement neutre face au Sida : il peut contribuer à augmenter ou à réduire la vulnérabilité des populations. Ceci est à prendre en compte car cela ouvre la voie à de nouvelles stratégies de lutte contre le Sida en y associant des programmes de développement sectoriels conçus de manière à réduire la vulnérabilité de populations face au Sida. L'exemple de l'agriculture permet d'exposer plus en détail certains des points mentionnés.

### *Impact du sida sur l'agriculture*

L'impact du Sida est toujours de nature systémique : le Sida a donc souvent des effets dans plusieurs domaines à la fois. Ainsi, le manque de bras nuit à l'agriculture vivrière comme aux cultures commerciales. La division du travail et donc des compétences fait qu'il n'est pas aisé de remplacer la main d'œuvre, qu'elle soit très ou peu qualifiée (comme les vétérinaires). La quantité et la qualité de la nourriture sont affectées. Pourtant, l'agriculture pourrait jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre le Sida en réduisant les vulnérabilités des villages et les risques d'exposition au VIH. Les soins au malade exigent du temps sur une période assez longue, il faut donc retirer les enfants de l'école pour y contribuer et parce que le foyer n'a plus les ressources pour payer l'école puisque les soins coûtent cher – la plupart des ménages ruraux sont au dessous du seuil de pauvreté défini par la Banque Mondiale (un dollar des Etats Unis par jour), donc tous les soins sont exorbitants pour ces ménages. Les filles, en raison de la division du travail en fonction du genre, sont donc en première ligne avec pour conséquence qu'elles arrivent sur le marché du travail au bout de quelques années sans qualification (même dans l'agriculture) risquant ainsi de devoir développer des stratégies de survie, incluant la prostitution même occasionnelle.

## 2.2 - Une dynamique épidémique difficilement mesurable<sup>12</sup>

Les relations entre la dynamique épidémiologique de l'infection à VIH et la dynamique démographique qui en résulte dans les pays du Sud sont complexes. Il est difficile d'en mesurer les éléments avec précision.

Les niveaux et les tendances des épidémies observées sont extrêmement disparates et relèvent de plusieurs types de dynamiques dont on ne comprend pas encore tous les déterminants et leurs interrelations. Certes le Sida a un impact important sur la mortalité, notamment celle des jeunes adultes, mais son impact sur la fécondité, fort complexe et divergent, est difficile à prévoir.

L'impact démographique du Sida, dans des situations épidémiologiques et des dynamiques extrêmement variées, devrait s'intensifier dans un futur proche pour les régions les plus touchées par le virus. L'évolution des épidémies de Sida et leurs impacts démographiques nécessitent encore un travail considérable pour en comprendre davantage les niveaux, les mécanismes, les déterminants et les interactions. Il s'avère dorénavant et déjà que l'impact du Sida sur la mortalité, la fécondité et les structures par âge sera important; il a des conséquences sociales et économiques qui sont susceptibles de déstabiliser sensiblement le développement des pays les plus touchés.

<sup>12</sup> Sur la base de la contribution de Benoît FERRY : « *L'impact démographique du Sida dans les pays en développement* », 15p.

Comme le souligne l'ONUSIDA, si le Sida a des conséquences démographiques et sanitaires majeures, son impact se fait aussi sentir lourdement sur les structures et l'organisation socio-économique des populations les plus touchées, dans la mesure où il fait disparaître les personnes dans leurs années les plus productives, entre 20 et 40 ans. Une partie des forces de travail est perdue, les charges sur les systèmes de santé augmentent de façon intolérable, un nombre important d'orphelins apparaît, enfin les systèmes communautaires et familiaux se trouvent bouleversés. Les conséquences, perceptibles dès aujourd'hui sur les structures familiales, la nuptialité et l'organisation sociale, se feront sentir pendant plusieurs décennies. Le Sida s'inscrit dans le contexte de crise et de sous-développement. Il vient se surajouter à la situation critique du développement de la majorité des pays, notamment africains, en écrasant des populations et des Etats accablés par la pauvreté, les conditions sociales et économiques. La difficulté à comprendre l'extension différentielle du Sida dans le monde en développement, la difficulté à en cerner les dimensions, les enjeux et les impacts proviennent en grande partie de son intrication avec le sous-développement. Le Sida vient enrayer les moteurs du développement sur les plans sanitaire, économique, social et politique.

### 2.3 - La prévention et l'accès aux traitements du VIH/Sida, encore beaucoup d'efforts à faire <sup>13</sup>

#### *Difficultés de la mise en place d'une prévention efficace*

On sait depuis le début de l'épidémie que le seul moyen de réduire la transmission sexuelle du VIH repose sur l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels. On sait que la transmission de la mère à l'enfant est évitable en ayant recours aux antirétroviraux en fin de grossesse et en substituant l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel. On sait aussi qu'en matière de prévention, les actions sont généralement d'un bon rapport coût-efficacité. Cependant on est obligé de constater que le virus continue à se propager car on observe des écarts entre la connaissance des modes de prévention et les changements dans les comportements.

Si la perception du risque que représente l'épidémie de VIH/Sida est généralisée concernant la transmission par voie sexuelle et mère-enfant, cela n'entraîne pas pour autant l'adoption de comportements de prévention efficaces dans les populations africaines. Pratiquer des tests de dépistage ou évoquer sa séropositivité restent très difficiles. Même une fois connue la séropositivité, le préservatif reste peu utilisé lors des rapports sexuels, qu'ils soient stables ou occasionnels. Par contre, il semble que la menace que fait peser cette épidémie sur la sexualité entraîne ou accélère des modifications dans les mentalités et les attitudes vis-à-vis de certains domaines de la sexualité, en particulier le multipartenariat et les relations occasionnelles. Par ailleurs, l'accès des femmes aux programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) reste faible. Il semble que l'échec partiel des différents programmes de prévention de la transmission du VIH vient en grande partie d'une insuffisante prise en compte de la dimension du couple impliqué dans ces transmissions.

---

<sup>13</sup> Sur la base des contributions d'Anne JUILLET : « *Avancées et limites dans l'accès aux traitements du VIH/Sida dans les pays en développement* », 12p; et de Benoît FERRY : « *L'impact démographique du Sida dans les pays en développement* », 15p.

### ***Prévention du VIH/Sida, la dimension du couple souvent oubliée***<sup>14</sup>

Dans les pays africains où la transmission horizontale est essentiellement hétérosexuelle, où la majorité des femmes infectées le sont aujourd'hui dans le cadre des relations sexuelles conjugales, la protection des rapports sexuels entre conjoints en cas d'infection par MST ou VIH (ou de suspicion d'infection) reste un des points faibles de la lutte contre le Sida. De la même façon qu'on a réalisé que les programmes de planning familial doivent s'adresser aux hommes et pas seulement aux femmes, il apparaît aujourd'hui, en matière de lutte contre le Sida, qu'il est nécessaire de mener des actions de prévention qui ne sont pas ciblées que sur les hommes, ou que sur les femmes, mais qui visent aussi le couple. Pour améliorer l'utilisation du préservatif lors des relations conjugales, il semble important par exemple que les programmes de prévention prennent en compte la communication qui va s'établir dans un couple à propos de ce préservatif, et non pas seulement la connaissance que les membres du couple ont du préservatif ou la disponibilité de ces préservatifs.

De même, c'est au niveau du couple, et non pas seulement des femmes, que se prennent les décisions en matière de procréation, lorsqu'un des deux conjoints est infecté par le VIH/Sida, mais aussi les décisions en matière d'alimentation du nourrisson, lorsqu'un enfant naît dans un couple affecté par le VIH. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ne peut être efficace sans une prise en compte effective des pères.

Il semble donc aujourd'hui qu'une des priorités dans la lutte contre le Sida en Afrique soit une meilleure prise en compte du concept de couple dans les différents programmes de prévention et de prise en charge du VIH/Sida. Cela implique de mieux cerner tout ce que recouvre la notion de couple en Afrique, notion qui évolue d'ailleurs rapidement, et c'est un champ de recherche encore largement inexploré.

### ***Articulation prévention – traitement : à la recherche d'un meilleur rapport coût- efficacité***

On peut s'interroger sur les rôles respectifs que doivent jouer la prévention et le traitement. Dans le cadre de la prévention de la transmission sexuelle, le traitement des maladies sexuellement transmissibles est moins complexe et d'un meilleur rapport coût-efficacité que le changement des comportements à risques. La prévention, à travers l'information, l'éducation, les préservatifs et autres mesures, s'est sensiblement développée, mais souvent de façon dispersée avec une efficacité limitée. On sait qu'il faudrait des efforts considérables pour atteindre les seuils qui permettraient un changement significatif sur le cours des épidémies; ce qui est loin d'être le cas, en Afrique notamment. Selon Peter Piot, directeur de l'ONUSIDA, la prévention ne touche qu'à peine un cinquième de ceux qui sont à risque.

La prévention de la transmission mère-enfant est tentée dans plusieurs pays mais la volonté politique de développer ces actions semble manquer. Le traitement par les antirétroviraux est efficace mais très cher, ce qui limite l'accès pour les plus démunis malgré diverses initiatives menées en Ouganda, au Sénégal et en Côte d'Ivoire. Malgré la gratuité ou le faible coût des antirétroviraux mis à disposition dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant, le passage de projets pilotes à une généralisation pose des difficultés. Difficultés renforcées en l'absence de volonté politique des pays concernés, ou en l'absence de capacités techniques dans les ministères en charge de ces questions, incapacité à concrétiser sur le terrain les intérêts politiques manifestés par les gouvernements.

<sup>14</sup> Sur la base de la contribution d' Annabel Desgrées du Loû : « *Prévention de la transmission du VIH/Sida dans les PVD : quelles pistes pour aujourd'hui ?* », 21p.

Ces traitements, qu'il est essentiel de mettre en œuvre rapidement et à grande échelle dans les pays en développement, fourniront un espoir décisif aux malades et auront un effet de synergie déterminant pour développer les actions de prévention qu'il est plus que jamais nécessaire de renforcer, particulièrement auprès des jeunes. Cependant, la couverture des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH augmentera à un rythme difficile à prévoir. Il en est de même de la mise en place des programmes de prise en charge des malades par les thérapies antirétrovirales. Tout dépendra de la disponibilité de centres de dépistage. Actuellement on estime que 90% des personnes infectées par le VIH ne le savent pas.

Depuis 1996, l'apparition de nouvelles molécules ayant démontré leur efficacité en matière de réduction de la mortalité dans les pays du Nord ont, dans les pays en développement, d'abord été objet de polémiques quant à leur introduction dans les traitements des patients du Sud du fait de la faible capacité supposée de ces derniers à suivre des traitements compliqués, de la difficulté des infrastructures médicales à rendre disponibles de tels traitements, et de leur coût exorbitant à l'époque. Plusieurs expériences d'accès aux traitements antirétroviraux menées dans des pays africains ont en fait démontré la capacité des patients à adhérer aux traitements qui leur étaient prescrits.

Lorsque des difficultés ont été relevées, il s'agissait essentiellement de problèmes d'accessibilité financière. Les initiatives ivoirienne, sénégalaise et ougandaise ont montré de façon exemplaire le rôle majeur des barrières tarifaires dans l'accès aux traitements du VIH : au Sénégal, le niveau d'observance a été amélioré de 83 à 90% en moyenne avec la diminution du prix des traitements antirétroviraux restant à la charge des patients. En Ouganda, l'effet de la dévaluation de la monnaie locale, en rendant plus coûteux le prix des antirétroviraux achetés en devise, a eu pour effet l'interruption de leur traitement par de nombreux patients. Ainsi donc, le problème du VIH en Afrique subsaharienne et dans les pays en développement de façon générale régressera de façon considérable si l'on peut agir sur le coût des traitements les plus efficaces. Sur cette question, les expériences ivoirienne et ougandaise ont démontré que la mise en concurrence des spécialités avec les génériques correspondants a largement participé à faire chuter les prix sur le marché international.

### *Que sait-on aujourd'hui sur l'accès aux traitements ?*

Entre la Conférence Africaine sur le Sida (CISMA) de Ouagadougou en 2001, où on en était encore au niveau du discours, et celle de Nairobi en 2003, les expériences menées ont également permis d'apprendre à « tester, prévenir, traiter ». Que sait-on aujourd'hui en définitive sur l'accès aux traitements ?

- On sait lutter contre le VIH avec les antirétroviraux dans les pays en développement. Leur efficacité a été démontrée, tout comme leur tolérance, l'adhérence et l'observance des patients du Sud vis à vis de ces traitements.
- On sait que lorsque des problèmes sont relevés, il s'agit généralement de barrières économiques. La mise en concurrence des firmes pharmaceutiques avec les producteurs de génériques, lorsque cela est possible, a permis des réductions significatives des tarifs des antirétroviraux. Néanmoins, les baisses observées ne sont encore pas suffisantes pour permettre un accès généralisé de ces thérapies à l'ensemble des patients infectés dans les pays en développement. Et quand bien même les accords de l'OMC à Cancun auraient abouti, ils n'auraient pas permis une prise en charge de la majeure partie des patients séropositifs des pays en développement dès

lors qu'ils n'auraient amélioré concrètement que l'accès aux soins des patients séropositifs vivant dans des pays disposant d'une industrie pharmaceutique capable de produire des antirétroviraux. Or, combien de pays en développement disposent et sont capables de disposer dans des délais raisonnables d'une telle industrie ?

- on sait que la prise en charge des infections opportunistes participe à l'amélioration de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH. L'efficacité du recours au *cotrimoxazole* a été mesurée. Malgré tout, l'utilisation de cette chimioprophylaxie n'est pas généralisée comme elle le devrait. Dans un contexte de rareté des ressources financières, dans lequel les coûts des traitements du VIH sont encore inaccessibles à une large partie de la population, *"l'utilisation du cotrimoxazole est une possibilité offerte pour améliorer la qualité de vie de millions d'Africains infectés par le VIH qui ne doit pas être négligée."* C'est ici la formation du personnel de santé et l'information auprès des patients qui fait défaut.

Ainsi, donc malgré les avancées faites, on en est toujours au stade de la recherche. Il n'y a pas de véritable généralisation des savoir-faire, des connaissances acquises. L'implication des politiques africaines n'est pas assez grande, elle est à l'image de l'accès à l'information sur ce domaine. Les moyens financiers sont maintenant disponibles (Fonds Global depuis 2002, Fonds Bush, Clinton, Gates) et la diminution des prix des antirétroviraux devrait rendre davantage disponible les traitements. Toutefois, l'information concernant le dépistage, le conseil et la prise en charge, auprès du plus grand nombre n'est pas faite. La formation des personnels de santé n'est pas complète et les difficultés recensées depuis longtemps dans les systèmes nationaux risquent de constituer les principales barrières de l'accès aux traitements du VIH.

## 2.4 - Le Sida, des acquis qu'il faut consolider.

Globalement on ne doit pas oublier cependant les acquis récents qui laissent espérer une amélioration future de la lutte contre le Sida et de la santé des populations sous-développées. Les progrès thérapeutiques remarquables auront tôt ou tard une application dans les pays en développement. Les interventions s'intègrent mieux dans les programmes de développement. La reconnaissance des droits de l'homme en matière de santé et les dimensions éthiques soulevées par le Sida ont constitué des avancées pionnières qui continuent à faire évoluer l'approche de la santé et les interventions. Du fait de la vulnérabilité spécifique des femmes et celles de leurs enfants, la perspective de genre est devenue partie intégrante de la lutte contre le Sida.

Ce ne serait que par un engagement politique de haut niveau et en intégrant le Sida comme une des dimensions majeures des problèmes de développement que l'on pourrait contrôler l'épidémie et résoudre les problèmes qui lui sont liés. Le Sida s'est installé dans le paysage des problèmes mondiaux et s'ajoute à la longue liste des problèmes liés au sous-développement.

C'est à des efforts considérables de solidarité, d'engagement politique, de recherche, non seulement biomédicale, mais aussi socio-comportementale et opérationnelle, de mobilisation de fonds et d'intégration de l'action contre le Sida dans les programmes de développement que le monde se trouve confronté en ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle.

### 3 - Des priorités politiques à fonder scientifiquement

Cette synthèse sur quelques-uns des points du Programme d'Action du Caire indique quelques pistes scientifiquement fondées pour la recherche française aussi bien que pour l'action politique.

**Pour la recherche française,** mener des recherches sur :

- Le fonctionnement et la qualité des services de santé reproductive, dont la planification familiale et le VIH/Sida.
- Le fonctionnement et les rapports de couple dans les pays en développement.
- La mesure de l'avortement et de ses déterminants.
- Les déterminants, la dynamique du VIH/Sida et son impact multisectoriel.

**Pour la politique française,** nécessité de poursuivre les efforts pour :

- Réaffirmer les principes du Caire en les inscrivant fermement dans l'objectif de la santé pour tous qui reste une nécessité absolue.
- Améliorer la couverture vaccinale.
- Soutenir les programmes de planning familial et de prise en charge *post-abortionum*.
- Soutenir les programmes de soins obstétriques d'urgence et permettre une véritable médicalisation de l'accouchement par l'assistance de personnel qualifié à l'accouchement.
- Développer l'intégration des services de santé de la reproduction, en y intégrant le VIH/Sida et en traitant notamment les maladies sexuellement transmissibles.
- Améliorer la formation des personnels de santé pour qu'ils aient une mission sociale, et non plus seulement sanitaire, en vue de fournir une information variée et objective sur les différentes méthodes de contraception, les moyens de prévenir et de traiter les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

## Chapitre 2 Familles, inégalités, vulnérabilité

Olivia Samuel

Les familles et leurs membres appartenant aux couches les plus pauvres des populations des pays du Sud sont chaque fois plus fragilisés par les conditions économiques et démographiques actuelles, et ceci en dépit des avancées juridiques et des conventions internationales en matière de droits individuels. La vulnérabilité économique et sociale est une réalité quotidienne des familles vivant dans les quartiers défavorisés des milieux urbains et de nombre de familles rurales. Au sein des familles, les personnes âgées, dont le nombre augmente sensiblement, les femmes, les enfants sont les premiers à subir la tension des relations intergénérationnelles et des relations de genre. La vulnérabilité, conséquence des inégalités socio-économiques touche les familles dont les formes et les rôles sont en pleine mutation et qui doivent de surcroît s'adapter à l'affaiblissement des structures traditionnelles. Elles doivent assumer des charges croissantes avec la scolarisation des enfants, le sous-emploi chronique, le désir légitime d'accéder aux biens de consommation moderne, et la prise en charge de leurs aînés. Il ne s'agit plus seulement aujourd'hui d'anticiper l'arrivée de générations âgées nombreuses, c'est une réalité dans bien des pays latino-américains et asiatiques. Les défis que pose cette responsabilité s'adressent aussi bien aux familles qu'aux Etats, et pour l'instant les interrogations sont plus nombreuses que les réponses pour y faire face. L'inégalité s'exprime aussi par les arbitrages que l'on pourrait qualifier d'insensés -au sens propre du terme- que les familles et leurs membres sont mises en demeure d'assumer : la mise en concurrence du travail et de la scolarisation des enfants rend en effet particulièrement difficile la survie des familles et dans le même temps leur demande d'éducation. Rendre compatible le rôle économique des enfants dans les contextes d'extrême pauvreté -en valorisant le travail et en misant sur la formation professionnelle-, avec l'accès au savoir scolaire est également un défi majeur à relever. Enfin, la vulnérabilité des individus c'est aussi le résultat de la discrimination associée à la violence dont ils sont l'objet. Accepter que naître fille est de moindre valeur que naître garçon, accepter que l'exercice de la violence de l'adulte sur l'enfant et de l'homme sur la femme, dans le domaine privé en particulier parce qu'il échappe plus facilement à la sanction, soient des fatalités culturelles, est l'expression même de la négation de l'individu en tant que tel. Là encore, le chemin est long et semé d'embûches pour éradiquer ces formes de violences.

### 1 - Des familles en pleine mutation<sup>15</sup>

Dans les sociétés du Sud des changements socio-économiques et culturels importants se sont produits au cours des dernières décennies : scolarisation, particulièrement celle des femmes, urbanisation, migrations, paupérisation, accès des femmes au marché du travail, etc. Les modes de constitution familiale et la reproduction démographique ont été plus ou moins fortement affectés par ces changements, mais chaque population a développé ses propres modalités d'adaptation à ces contextes en pleine mutation.

Dans bien des cas, en Afrique en particulier, la nuptialité a été un facteur tout à fait central de cette adaptation avec l'élévation de l'âge d'entrée en union. De sorte que la période qui va de

---

<sup>15</sup> Sur la base de la contribution d'Olivia Samuel, « Evolutions des familles contemporaines au Sud » et de José-Miguel Guzman, « Vieillesse et solidarités intergénérationnelles »

la puberté à la constitution d'une famille s'est fortement allongée, et a pu être mise à profit par les femmes pour se constituer un capital de formation et une certaine autonomie financière. Cependant, cette phase de célibat prolongé favorise une sexualité et des naissances pré-conjugales qui peuvent entraver cette individualisation.

La reproduction familiale est également affectée par le développement de nouvelles formes d'union et de résidence, et par de nouvelles formes d'organisations familiales, signes des difficultés à maintenir les structures traditionnelles dans des contextes de mobilités croissantes, provoquant leur affaiblissement et le recul du contrôle social et familial sur les individus. L'augmentation des unions libres, la régression de la polygamie, la hausse de la monoparentalité, l'installation en résidence autonome des couples constitués, la décohabitation des jeunes couples, en sont des manifestations.

L'ensemble de ces changements traduit une déconnection croissante entre les actes qui constituent le cœur de la reproduction démographique des familles : le mariage, la sexualité, la fécondité.

Une question centrale dans l'examen des dynamiques familiales aujourd'hui est celle des solidarités intergénérationnelles et, plus généralement, des solidarités familiales. Ces solidarités, sont largement mobilisées par les individus, elles sont essentielles au fonctionnement des sociétés. Les multiples facettes de ces solidarités montrent à quel point les sociétés et leurs acteurs déploient des stratégies innovantes pour consolider les structures sociales ou pour s'adapter aux contraintes de la nouvelle donne démographique, sociale et économique. La gestion de la crise et de l'appauvrissement des familles passe par le maintien des solidarités anciennes ou par l'activation de nouvelles formes de solidarités intergénérationnelles. Mais les enfants sont toujours une « assurance vieillesse » pour les parents, et notamment dans les situations de vulnérabilité aggravée, où l'âge avancé se cumule avec le veuvage et de faibles ressources. Le rôle des enfants devenus adultes est alors déterminant, singulièrement quand l'Etat assume difficilement le pari de la prise en charge des dépendants. Une question nouvelle dans la thématique de la dépendance et des solidarités au sein de la famille, est celle du VIH/Sida. La maladie et son issue, fatale dans bien des cas, est un élément de fragilisation, voire de déstructuration familiale. Le Sida contraint à une solidarité familiale pas toujours bien assumée, compte tenu des difficultés matérielles, psychologiques et affectives qui lui sont associées. Plus particulièrement en Afrique la question de la prise en charge des « orphelins du Sida » est au premier plan.

Les solidarités intergénérationnelles doivent être considérées également dans le cadre de processus macro-démographiques. Le vieillissement rapide de la population et les contraintes qu'il induit, particulièrement en Amérique Latine, dans les contextes de pauvreté, d'inégalité et d'insuffisance notoire des ressources des programmes sociaux, risquent de créer de fortes tensions intergénérationnelles. Dans quelle mesure les pays auront-ils la capacité d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, ou même simplement de leur garantir des ressources minimum, sans que cela ne se fasse au détriment des besoins des enfants et des adultes ?

## **2 - De l'inégalité des sexes : dès la conception dans certains pays d'Asie<sup>16</sup>**

Dans les pays asiatiques, confrontés également à de profonds changements familiaux, se pose avec une acuité particulière la question des relations de genre au sein de la famille et plus globalement au niveau sociétal, avec le renforcement de pratiques discriminatoires à l'égard de sexe féminin, de la conception jusqu'à l'âge adulte.

L'Asie est le continent « noir » pour les femmes. Des estimations situent dans la fourchette de 60 à 100 millions le déficit de femmes dans le monde en référence au rapport de masculinité attendu, dont l'immense majorité sur le continent asiatique. Dans cette partie du monde, les pays dans lesquels on relève les plus grosses anomalies sur le plan démographique sont la Chine, l'Inde, le Pakistan, le Bangladesh, la Corée du Sud, le Népal, Taiwan, le Sri Lanka. Tous ces pays ont une masculinité globale de leur population supérieure d'environ 10% à l'équilibre attendu (globalement autant de femmes que d'hommes). De plus en plus souvent, également, l'équilibre naturel des sexes à la naissance est rompu. Parmi les cas les plus flagrants, ceux de la Chine, avec 116,9 naissances de garçons pour 100 naissances de filles. Ce déséquilibre des sexes à la naissance, parfois accentué par des discriminations dans l'enfance, se répercute dans les classes d'âges plus élevées. En Inde, le rapport de masculinité des naissances est encore peu affecté par la préférence pour les fils et donc proche du niveau normal, bien qu'en hausse, mais, aux âges plus élevés, le déséquilibre s'accroît.

Le statut dévalorisé des femmes, corollaire de la traditionnelle préférence pour les fils, se traduit, dans certains pays, par une surmortalité féminine anormale. L'Inde, le Bangladesh, le Pakistan et le Népal sont parmi les rares pays au monde où l'espérance de vie des femmes à la naissance est équivalente, voire inférieure, à celle des hommes. Et dans certains pays, cette surmortalité anormale frappe les filles dès leurs premières années de vie. C'est le cas en Chine, où le taux de mortalité infantile des filles est de 40% supérieur à celui des garçons.

Dans cette région du monde, la discrimination dont les petites filles sont victimes revêt des formes similaires : avortements sélectifs, traitements différentiels en matière de soins de santé ou d'alimentation, infanticides... Dans le meilleur des cas, il ne s'agit que de sous-déclaration. Enfin, l'avortement sélectif selon le sexe est une pratique de plus en plus répandue.

## **3 - Vulnérabilité des enfants: quels arbitrages entre scolarisation et travail des enfants en Afrique?<sup>17</sup>**

Cette inégalité entre les sexes ne signifie en rien que les garçons soient dans leur ensemble les bénéficiaires des progrès sociaux. L'inégalité devant l'accès à l'éducation, qui touche les filles et les garçons, est sans doute l'une des formes les plus graves de l'inégalité, en ce qu'elle grève l'avenir et se reproduit ainsi presque fatalement. L'enfant, privé des moyens d'acquérir les connaissances qui sont aujourd'hui indispensables pour avoir l'opportunité réelle de peser sur son destin, risque à son tour de ne pouvoir procurer à ses propres enfants ces mêmes outils intellectuels qui lui auront manqué. Ce qui est vrai des enfants l'est également des nations. L'État qui ne parvient pas à procurer à l'ensemble de sa jeunesse l'enseignement de base — et

---

<sup>16</sup> Sur la base de la contribution d'Isabelle Attané, « Surmasculinité et discriminations des femmes en Asie du Centre et du Centre-sud »

<sup>17</sup> Sur la base de la contribution de Bernard Schlemmer, « Scolarisation, éducation, « travail des enfants » et enfants travailleurs à demande d'éducation (primaire) en Afrique »

un enseignement de qualité aux meilleurs d'entre eux — se voit privé des qualifications de plus en plus nécessaires, dans « l'économie basée sur le savoir » désormais dominante dans le monde entier, et voit déjà son retard s'accroître par rapport aux nations développées. L'éducation est facteur de développement, et le retard pris en ce domaine pénalise davantage les nations qui en souffrent.

En Afrique subsaharienne en particulier, le taux estimé d'analphabétisme chez les jeunes de 15 à 24 ans atteint les 25 %. Le taux brut de scolarisation est estimé par l'UNESCO à 81,2 % dans l'enseignement primaire, et tombe à 24,3 % dans le secondaire... L'accès à l'école n'est pas encore une réalité concrète pour nombre de familles rurales ; seuls les habitants des villes sont assurés de trouver une offre scolaire à proximité de leur domicile. La question est de savoir s'il s'agit d'une école adaptée à leurs besoins, réellement gratuite, et offrant un enseignement de qualité et socialement utile.

L'inégalité devant l'accès à l'éducation est d'autant plus grave, dans les pays pauvres, que la globalisation de l'économie a entraîné de profondes mutations de l'éducation traditionnelle qui se faisait par le travail. En effet, même réalisé au sein de la famille, le travail effectué par les enfants cesse trop souvent d'être le processus de socialisation qu'il représentait essentiellement, et voit la contrainte de rentabilité du travail prendre le pas sur toute autre considération. Cela conduit à des conditions de travail tellement inacceptables que la « Convention 182 de l'OIT concernant l'interdiction des pires formes de travail des enfants et l'action immédiate en vue de leur élimination » est la plus rapidement et la plus unanimement signée de toutes celles que cette organisation internationale ait jamais soumises à l'approbation des États.

Toutes les formes de travail que vise cette convention et qui sont détaillées dans son article 3 sont présentes en Afrique : enfants mis en esclavage, enrôlés de force (art. 3 a), livrés à la prostitution (art. 3 b), utilisés dans les trafics de stupéfiants (art. 3 c), exploités dans des conditions de travail particulièrement nocives et dangereuses (art. 3 d).

Il importe, chacun en est convaincu, de favoriser l'accès de tous à l'éducation, et de combattre l'exploitation des enfants mis précocement au travail. Mais l'application de ces droits se heurte à des conditions économiques et politiques qui en limitent dramatiquement la mise en pratique. C'est d'abord la pauvreté qui limite l'offre scolaire (frais de scolarisation trop élevés, manque à gagner par la non mise au travail des enfants). Impuissants à former et éduquer la population instruite que nécessite, à tous les niveaux, l'économie basée sur les savoirs, les États sont alors amenés à jouer de l'avantage comparatif que leur procure une main-d'œuvre certes peu qualifiée, mais bon marché, bien qu'ils sachent qu'ils sont perdants, à plus longue échéance.

En matière de lutte contre l'exploitation des enfants au travail, le bilan n'est guère plus probant. On connaît la croissance exponentielle des chiffres avancés par le BIT, passant en deux petites décades de 56 millions d'enfants de moins de 15 ans au travail, annoncés en 1979, à 250 millions, estimés en 1997. Cette explosion ne reflète guère que la prise de conscience du problème, qui n'était tout simplement pas perçu comme tel avant 1979. C'est en Afrique que le nombre d'enfants au travail est, en proportion, le plus élevé au monde.

Certes, des efforts financiers et humains importants ont été consentis pour améliorer la situation, et les résultats ne sont pas tous négatifs. Mais comment espérer réduire de façon drastique la mise au travail des enfants, dès lors que celle-ci correspond si souvent, pour les familles, à une stratégie de survie, et que les conditions économiques dans lesquelles elles se

débattent ne s'améliorent nullement, voire empirent ? La législation peut bien interdire des pratiques qui sont les conditions de la survie, celles-ci seront toujours tentées aussi longtemps que c'est bien de survie qu'il s'agit. Et comme, en Afrique, l'immense majorité des enfants qui sont astreints à accomplir des tâches variées se déroulent hors du secteur formel, les mesures législatives et administratives sont totalement inadaptées pour leur venir en aide.

Des deux objectifs que se sont fixées les nations, ni l'éducation pour tous, ni l'abolition des pires formes du travail des enfants, n'ont donc fait la démonstration de leur faisabilité. Les deux questions sont inextricablement liées, le système scolaire, tel qu'il existe, rejette les enfants défavorisés vers le travail, et le système économique, tel qu'il existe, interdit aux enfants qui travaillent l'accès à l'éducation. Toutefois le problème ne doit pas être considéré en opposant travail et éducation, mais en tenant compte des réalités qui les rendent tels.

Enfin, il convient surtout de se souvenir que le problème ne peut pas être isolé de l'ensemble du droit du travail : c'est là où ce dernier n'existe pas, ou il est bafoué, que l'exploitation des enfants fleurit, et il est totalement vain d'espérer que l'on pourra protéger les seuls enfants.

#### **4 - Vulnérabilité des femmes et des enfants : la violence en question<sup>18</sup>**

Les acteurs vulnérables de la famille sont les femmes et les enfants : face à la vie tout simplement (préférence pour les fils), face à l'éducation, face à la violence. Les 180 pays qui ont ratifié le programme d'action du Caire se sont engagés à lutter contre les violences envers les femmes<sup>19</sup> et les enfants. Dix ans plus tard, que sait-on aujourd'hui sur ces violences<sup>20</sup> et leurs déterminants ? Quelles actions les gouvernements ont-ils entrepris ?

*Les violences envers les femmes* : de grandes enquêtes quantitatives ont été menées depuis le début des années 1980 sur les violences commises envers les femmes dans les pays en développement. En particulier un certain nombre de pays ayant participé au programme des "Enquête Démographique et de Santé" (EDS) ont inclus un module sur la violence au sein de la famille. Mais ces enquêtes tendent à sous-estimer la violence maritale. Néanmoins, elles indiquent à la fois une forte prévalence de la violence physique grave par « un partenaire intime » (de 10 à 58 % de femmes victimes au cours de leur vie selon les pays) et sa variabilité. Les violences physiques sont souvent liées également à des abus psychologiques et elles s'accompagnent fréquemment de violences sexuelles. D'après l'OMS, c'est de 10 à 15% des femmes qui reconnaissent avoir été violées par un partenaire intime.

Les violences, même conjugales, ne proviennent pas seulement ni même principalement d'une agressivité de quelques hommes, et encore moins d'une agressivité masculine innée, puisque ces violences varient fortement dans le temps et l'espace et peuvent même être complètement absentes. La brutalité conjugale se produit le plus souvent dans les sociétés où les hommes détiennent le pouvoir économique et décisionnel dans le ménage, où il est difficile pour les femmes de divorcer, et où les adultes recourent couramment à la violence pour résoudre leurs conflits.

---

<sup>18</sup> Sur la base de la contribution d'Arlette Gautier, « Les violences au sein de la famille »

<sup>19</sup> Le Programme d'action de la Conférence de Beijing (1995) a défini encore plus précisément les nombreux aspects des violences envers les femmes. Un chapitre du rapport des experts français pour la 35<sup>e</sup> Commission Population et Développement avait présenté l'état des recherches scientifiques en reprenant cette typologie (Gautier, 2000).

<sup>20</sup> La définition de la violence utilisée ici reprend celle de l'OMS : « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » (OMS, 2002 : 5). On peut lire des commentaires sur cette enquête dans *The Lancet*, 60, 5 octobre 2002 : 1083-1604.

Par ailleurs, bien des États légitiment l'inégalité entre les sexes. Ainsi l'examen des codes civils et familiaux de 77 pays en développement montre qu'actuellement 38 % de ces pays prônent l'égalité entre les hommes et les femmes, 28 % légitime un pouvoir prédominant à l'homme et 34 % imposent l'obéissance aux conjointes. Or, les violences subies par les femmes varient fortement selon le mode de relations prescrit par les codes civils et familiaux. Elles sont notablement plus nombreuses à subir des violences dans les pays où l'inégalité entre les sexes est institutionnelle. Évidemment, il ne suffit pas de changer la loi pour transformer les relations entre les sexes. Même si, par exemple, la légalisation du divorce peut avoir à terme des conséquences importantes puisqu'elle donne la possibilité aux femmes de sortir de relations oppressives. Néanmoins, de nombreux pays ont voté (ou vont le faire) des lois contre la violence domestique. Cette violence est condamnée dans 80 % des pays latino-américains, dans 40 % des pays du Maghreb et du Moyen-orient, dans 20% pays d'Afrique Subsaharienne et autant en Asie. Cependant, la mise en application de ces législations est souvent difficile.

*Les violences envers les enfants* : de nombreuses sociétés pratiquent ou ont pratiqué les châtiments corporels pour inculquer aux enfants les normes sociales. Aujourd'hui encore, il est encore très difficile d'arriver à une définition commune de ce qui constitue des pratiques abusives ou de la négligence. Il y a cependant un accord unanime à condamner les méthodes disciplinaires très dures et les sévices sexuels. L'article 19 de la Convention relative aux droits de l'enfant stipule que des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives doivent être prises pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, y compris les mauvais traitements et la négligence. Toutefois, seuls quelques pays ont pris des dispositions juridiques qui visent toutes les formes de violences envers les enfants

Des enquêtes sont essentielles pour déterminer l'ampleur véritable des mauvais traitements infligés aux enfants. Certaines caractéristiques rendent l'enfant plus vulnérable. Les enfants « confiés » courent un plus grand risque d'être battus que les enfants ou les petits-enfants du chef de ménage. L'âge est un des facteurs les plus importants. La plupart des cas où la violence physique entraîne la mort concerne des nourrissons. Les filles risquent plus que les garçons d'être victimes d'infanticide, de privations sur le plan de l'éducation et de la nutrition. En revanche, ceux-ci sont, dans beaucoup de pays, davantage exposés à des châtiments corporels sévères. Ce type de punition est peut-être considéré comme une préparation aux rôles et aux responsabilités de l'âge adulte. Enfin, les atteintes sexuelles ne sont nulle part acceptées socialement, bien qu'elles soient assez répandues.

Violences envers les femmes et violences envers les enfants ont beaucoup en commun et vont également souvent de pair. Malgré des progrès récents, ces violences sont peu étudiées. Ainsi, seule une minorité de pays en développement dispose de données nationales sur les violences faites aux femmes, ils sont moins nombreux encore en ce qui concerne la maltraitance des enfants.

## 5 - Recommandations en termes de recherche et d'actions :

La vulnérabilité des enfants et des femmes et plus particulièrement au sein des familles les plus pauvres, est encore très mal connue, parce que l'on manque de données appropriées sur l'ampleur, les déterminants et les conséquences des violences envers les femmes et les enfants et parce que elles sont légitimées, et donc non reconnues comme telles, par le cadre juridique en vigueur. Il est donc nécessaire de développer ce champ d'études car le manque de données freinent l'élaboration d'interventions appropriées.

Dans le domaine de la recherche :

- Il convient de réaliser une meilleure évaluation et des analyses approfondies des recensements, des enquêtes et des états civils existants en vue de détecter plus précocement les biais démographiques attestant d'une discrimination des filles.
- Il convient également d'étendre les recherches et les analyses aux discriminations des femmes adolescentes et adultes.
- La recherche sur la discrimination des femmes et des enfants doit porter sur les médias qui en favorisent la légitimation, la pérennisation et la transmission comme par exemple dans le cas des manuels scolaires, des produits culturels (cinéma, littérature, presse...).
- De la même façon, il convient de procéder à une analyse des textes juridiques de droit civil, criminel... en vue d'éliminer les pratiques juridiques discriminatoires. En effet l'abolition des discriminations juridiques au sein de la famille est également un préliminaire à toute action contre les violences, même si elle ne suffit pas à elle seule.

Ces recherches permettront d'encourager en connaissance de cause les actions des organisations internationales et des ONG dans le domaine de la protection des femmes

En ce qui concerne l'attention aux enfants, les études comme les actions doivent se porter simultanément sur la discrimination des enfants quant à leur accès à l'éducation et leur exploitation précoce au sein de la cellule domestique et sur le marché du travail. Dans cette perspective il convient :

- de promouvoir la scolarisation, à condition qu'elle soit de qualité afin que l'enseignement fondamental ne soit pas transmis seulement à ceux qui l'auraient acquis de toute façon ;
- de réformer le contenu de l'enseignement, dans le sens d'une revalorisation du travail.

De la même façon il faut engager la lutte contre « les pires formes de travail », en y incluant les travaux qui interdisent de facto à l'enfant d'acquérir une réelle formation professionnelle. Enfin, il est nécessaire de lutter pour des législations spécifiques du droit du travail protégeant les enfants, en faisant en sorte de ne pas leur interdire le travail en tant que tel, ni boycotter ses produits.

## Chapitre 3

### Peuplement, mobilité, espaces de vie

**Valérie Golaz et Philippe Hamelin**

Le processus du peuplement, c'est-à-dire la manière dont se (re)distribue la population spatialement, connaît depuis le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle un profond bouleversement. Le dynamisme de la croissance démographique et la révolution apportée par le développement des réseaux de transports et de communication impliquent un mode de peuplement basé sur une concentration des populations en milieu artificialisé – les villes – et sur l'extrême mobilité des hommes, à l'opposé de la civilisation agricole où, proche de son terroir, l'homme se déplaçait rarement et lorsqu'il migrait c'était sans retour.

Aujourd'hui, un habitant de la planète sur deux vit en ville. L'espace de vie des familles est souvent éclaté entre différents lieux de résidence, de formation, d'activité... Les mobilités sont nombreuses et variées tant du point de leurs fréquences que des distances parcourues : du va-et-vient quotidien, entre résidence et travail, aux déplacements saisonniers, plus ou moins lointains, nationaux ou internationaux qui impliquent parfois la pluri-résidence. Les migrations ne sont jamais définitives, les lieux d'émigrations peuvent être multiples et le retour reste toujours probable, chaque lieu n'étant qu'une étape d'un parcours parfois complexe. La segmentation spatiale de l'espace de vie et la généralisation des mobilités posent de nouvelles problématiques territoriales parce qu'elles sont accompagnées de l'émergence de nouveaux modes d'organisation sociale et de relations différentes entre l'homme et son environnement. Les équilibres sociaux, environnementaux et géopolitiques sont déstabilisés et la rapidité de cette déstabilisation fait craindre aussi bien des flux migratoires de grande ampleur que des catastrophes écologiques majeures ou des conflits croissants pour le contrôle des territoires et de leurs ressources.

Cette nouvelle organisation du peuplement est concomitante au Nord et au Sud. Dans les pays du Sud, le phénomène est récent et très rapide ; de plus les Etats n'ont pas les ressources suffisantes pour développer les infrastructures nécessaires et accompagner les changements de répartition spatiale de la population, dont la croissance des villes et l'accumulation de réfugiés internationaux sont les expressions les plus fortes. Ils n'ont pas non plus d'Amérique pour accueillir leurs migrants et leurs exclus comme c'était le cas pour les migrants partis d'Europe au XIX<sup>ème</sup> siècle.

La mobilité doit être considérée comme un vecteur structurant les espaces ruraux comme les espaces urbains et plus encore les espaces périurbains ; elle devient une préoccupation tant des chercheurs que des politiques. Cette approche spatiale, sinon territoriale de la mobilité et de la population, autrement dit, de la recomposition des territoires en termes de peuplement, d'acteurs et d'usages, est, nous semble-t-il, une voie pertinente si l'on veut comprendre l'impact des migrations, qu'elles soient internes ou internationales, temporaires ou définitives, rurales ou urbaines.

Dans cette note nous proposons un état des connaissances sur le processus de transformation des modes d'utilisation et d'appropriation de l'espace, à la fois dans ses dimensions géographiques et sociales, sous quatre angles d'approche : la relation entre mobilité et environnement, la croissance urbaine, la question des réfugiés et des déplacés et enfin, les migrations internationales.

# 1 - Mobilités et mutations environnementales : des processus interactifs<sup>21</sup>

## 1.1 - Les nouvelles formes de mobilité accroissent les déséquilibres environnementaux

Il est probable que la planète n'en soit encore qu'aux prémices d'un processus intense de mobilité spatiale résultant des mutations environnementales en cours et à venir et que les déplacements massifs de populations engendreront encore des bouleversements sociaux, économiques et environnementaux, qui pourront entraîner de graves déséquilibres écologiques. Une série de ruptures dont on peut dresser une typologie selon des critères de nature écologique, économique ou politique provoque le déplacement de millions de personnes chaque année. La destructuration des modes de production agricole et plus globalement des sociosystèmes ruraux est porteuse de déplacements massifs et brutaux, sources de déséquilibres environnementaux de tous les espaces, ruraux, urbains et périurbains. La mécanisation agricole, les techniques modernes et sophistiquées, les moyens de communication instantanée, les transports rapides à des coûts réduits... ont modifié les processus migratoires, leur durée, leur réversibilité, etc. Cette (dé)régulation économique est la cause majeure d'importants mouvements contemporains de population, et de la mobilité qui va croissante, accélérant notamment l'urbanisation dans les pays en voie de développement et contribuant aux déséquilibres populations-ressources.

## 1.2 - La recomposition des espaces ruraux

Les signaux omniprésents des contraintes écologiques : saturation des terres cultivables, perte de productivité des terres agricoles, surexploitation des pâturages ... ont des répercussions directes sur l'environnement et les processus migratoires. L'exode rural a concerné plusieurs centaines de millions de personnes durant les 25 dernières années. Malgré cela, en Afrique, dont la population rurale a doublé entre 1960 et 2000, les taux d'accroissement de celle-ci resteront positifs dans les décennies à venir ; presque partout ailleurs, ces taux sont en régression. Les départs temporaires ou définitifs remettent en cause les fonctionnements des sociétés, affectant par là même les modes d'utilisation de l'espace et de gestion des ressources. Ainsi, dans l'avenir, les problèmes tenant aux usages des territoires, à l'appropriation et à la concentration foncière constitueront sans doute autant d'obstacles à la mise en place d'une agriculture durable. Suivant les situations écologiques, la tendance au morcellement, la privatisation des terres collectives, en fait tout ce qui a trait au foncier, ont des répercussions directes sur l'environnement et les processus migratoires.

## 1.3 - Au risque d'un monde de citadins

La dégradation des milieux est souvent un phénomène dont les causes sont à rechercher dans le fonctionnement et l'organisation des sociétés. La transformation des écosystèmes résulte en bonne part de la mobilité des hommes et de la distribution des populations dans l'espace; les populations urbaines tendent à former de nouveaux écosystèmes largement déconnectés de leur environnement physique où l'exploitation des ressources répond de plus en plus à des logiques marchandes globalisées. L'accroissement urbain s'accompagne de très fortes pressions sur les marchés fonciers, les ressources disponibles en eau et l'approvisionnement

<sup>21</sup> Sur la base de la contribution d'Hervé DOMENACH « *Processus de mobilité spatiale et mutations environnementales* », 12 p.

énergétique; plus les concentrations de population urbaine se développent, plus elles risquent de mobiliser les réserves au-delà du raisonnable et de peser sur les processus de renouvellement des ressources.

L'interactivité entre la dynamique des mobilités et les mutations environnementales provoque une instabilité structurelle du peuplement qui oblige à penser le développement suivant un mode de gestion où la mise en œuvre de nouvelles régulations vise la pérennisation des ressources. Or, si les pays nantis disposent de moyens pour prendre en compte les contraintes qui pèsent sur l'environnement, la première priorité des pays démunis est de satisfaire les besoins élémentaires de leur population, ce qui explique en partie les échecs successifs des conférences internationales quant à la gestion des espaces du futur. Et pourtant, seule la coopération internationale permettra de gérer :

- le développement des flux migratoires de toute nature : internes ou internationaux, légaux ou clandestins, pour le travail, la santé ou les études...
- le défi que représente l'instabilité du peuplement, engendrée par les mobilités, pour la mise en place d'un développement durable
- la résolution des conflits engendrés par le contrôle des territoires et l'accès aux ressources
- les choix énergétiques et les modes de production afin que les hommes aient le temps de prévenir les changements climatiques.

## **2 - Les défis urbains face à la recomposition continue des villes<sup>22</sup>**

Dans les pays du Sud, longtemps ruraux<sup>23</sup>, les dernières décennies ont été marquées par une urbanisation rapide. La proportion de population résidant en ville augmentera encore dans les prochaines décennies : malgré la diminution des migrations depuis les campagnes vers les villes, la jeunesse des structures par âge des populations résidant déjà en ville entretiendra des rythmes d'accroissement élevés, souvent supérieurs à ceux observés en milieu rural. Le processus d'urbanisation des pays en développement, même s'il n'a pas atteint les taux projetés par les organisations internationales dans les années 1980, est inéluctable. Plus que de tenter de freiner les migrations vers la ville, comme le préconisaient les recommandations émises à la CIPD du Caire en 1994, dans les pays du Sud l'enjeu actuel est la gestion de la ville et de ses habitants.

### **2.1 - Urbanisation et croissance urbaine, un phénomène complexe difficile à quantifier**

La croissance urbaine a touché tous les pays du Sud dans les dix dernières années. Cependant, malgré l'universalité du phénomène, il reste difficile à quantifier dans sa globalité. En effet, différentes définitions de la population urbaine se côtoient et s'opposent, fondées sur la notion de résidence en ville. Or comment définit-on la ville ? Par le bâti, par les activités qui s'y développent, ou par les densités de populations qu'elle supporte ? Le concept de résidence, supposée unique et fixe dans le temps, pose lui aussi des problèmes, comme le montrent de nombreuses études sur la circulation des individus entre milieux rural et urbain. Malgré les flottements qui entourent la définition de la croissance urbaine, on estime à environ 2 milliards la population urbaine du Sud.

La population urbaine est inégalement répartie dans les pays du Sud. Les pays les moins avancés sont en général moins urbanisés que la moyenne. De grosses différences peuvent être

<sup>22</sup> Sur la base de la contribution de Françoise Dureau «*Croissance et dynamiques urbaines dans les pays du Sud*» 19 p.

<sup>23</sup> En 1975, 27% de la population des pays en développement habite en ville. Cette proportion atteint 40% en 2000 (source : Nations Unies, 2002).

perçues à l'échelle des continents : l'Amérique latine connaît des taux d'urbanisation comparables à ceux des pays du Nord (plus de 70 % de population urbaine), alors que l'Afrique et l'Asie, malgré une croissance toute aussi forte, sont encore majoritairement rurales (moins de 40 % de population urbaine). Mais la situation au sein de ces continents est elle-même contrastée, l'ouest de l'Asie, l'Afrique du Nord et l'Afrique du Sud présentant des taux d'urbanisation largement supérieurs aux moyennes continentales.

Le rythme de croissance urbaine, en baisse dans la plupart des pays, est resté cependant élevé dans la dernière décennie (environ 3% par an). L'accroissement naturel reste élevé, du fait du déséquilibre démographique entre villes et campagnes, les jeunes en âge d'avoir des enfants étant plus nombreux en ville, et parmi eux, les femmes sont de plus en plus présentes.

## 2.2 - Hétérogénéité des métropoles et gouvernance

Phénomène nouveau et remarquable, la multiplication des villes de plusieurs millions d'habitants concerne les trois continents du Sud. Ces « métropoles » sont caractérisées par leur jeunesse, tant en ce qui concerne leur propre histoire que la structure de leur population et leur croissance démographique et spatiale rapide.

Au niveau global, les métropoles apparaissent de plus en plus composées d'une mosaïque de micro espaces. La ségrégation entre ces espaces est souvent marquée par un bâti de qualité très variable et un accès aux services publics (éducation, santé) très inégal. Ces fortes différenciations peuvent entraîner une marginalisation, renforcée pour les populations urbaines les plus pauvres qui faute de moyens de transport n'ont pas accès aux ressources de la cité. La recherche s'est beaucoup penchée, au cours de ces dernières décennies, sur la croissance urbaine par immigration et il est désormais nécessaire de s'interroger sur les dynamiques de peuplement intra-urbaines. En effet, après une première phase de construction et d'expansion spatiale, les villes s'agrandissent aussi à l'heure actuelle par la reconstruction d'espaces bâtis, par la densification de certaines zones, entraînant ainsi d'importantes recompositions du territoire urbain. Enfin, 36% de la population des villes du Sud vivent en deçà du seuil de pauvreté des Nations Unies, et sont généralement regroupés dans les quartiers périphériques des grandes agglomérations.

A l'heure où la population urbaine atteint des proportions nouvelles dans les pays du Sud, et où cette croissance urbaine est de plus en plus endogène, il est primordial de mieux connaître les dynamiques internes aux grandes villes, de disposer de données fines et d'outils pour en prévoir et planifier l'aménagement et en améliorer ainsi la gouvernance. Et, à l'échelle nationale ou régionale, il faut avancer dans la connaissance des relations qui s'établissent entre les villes pour promouvoir des maillages urbains qui respectent les équilibres territoriaux.

## 3 - Réfugiés et déplacés<sup>24</sup>

La majorité de la population réfugiée ou déplacée dans le monde se localise dans les pays du Sud, en Asie et en Afrique, principalement. Pour l'essentiel, ces populations sont victimes de guerres civiles et non pas de conflits entre deux états. Le continent africain est celui où l'ampleur du phénomène pose sans doute le plus de difficultés tant du fait de la durée des conflits que du fait de la pauvreté des pays sub-sahariens. Les réfugiés pris en charge par l'assistance humanitaire dans les pays du Sud sont majoritairement maintenus dans des camps

---

<sup>24</sup> Sur la base de la contribution de Luc Cambrezy «*Réfugiés et populations déplacées*» 15 p.

qui tendent à se pérenniser. Une meilleure connaissance de ces populations dans leur ensemble est d'autant plus souhaitable qu'une proportion difficile à quantifier de réfugiés vient grossir les rangs des migrations de travail du Sud vers le Nord.

### 3.1 - L'Afrique dans une situation difficile

Si le nombre de réfugiés en Afrique est à peu près comparable à celui de l'Europe ou de l'Asie (6 à 7 millions), les risques d'extension des conflits aux pays voisins y sont sans doute plus élevés que sur d'autres continents (cf. Soudan, Rwanda, Liberia, ...) du fait des l'artificialité du tracé des frontières et des solidarités ethniques transfrontalières. Aux conflits de la guerre froide, ont succédé des guerres civiles et autres conflits internes tout aussi créateurs de déplacements de population. Les terrains de confrontation se situent dans le registre de la conquête ou de la captation du pouvoir et de l'accès aux ressources sur fond d'appartenance, ethnique, régionale ou religieuse. Au total, ces conflits révèlent l'échec ou l'extrême fragilité des constructions nationales sur un continent où les carences en matière d'éducation handicapent gravement les aspirations démocratiques.

### 3.2 - Des estimations controversées

Aux problèmes politiques, mais aussi logistiques et financiers que pose l'accueil des réfugiés, s'ajoute le manque de données à leur sujet. Comment gérer des populations dont on ignore même l'effectif et la structure, c'est-à-dire les besoins ? Si une orientation plus humaine des politiques est souhaitable, elle ne peut se faire sans une connaissance approfondie de ces populations. Or le simple dénombrement de ces personnes pose d'autant plus question qu'une partie des réfugiés réside illégalement dans les pays voisins en se fondant dans la population des grandes villes. Par ailleurs, la définition juridique des notions de « réfugié » ou « déplacé » est souvent incertaine et il est fréquent que les uns ou les autres deviennent, au fil du temps, de « simples » migrants économiques. Tous ces éléments font que les chiffres concernant les populations réfugiées et déplacées sont souvent controversés.

### 3.3 - L'assistance humanitaire, une solution à court terme

A la demande des pays d'accueil, le plus souvent incapables de faire face à ces flux de population, les populations réfugiées sont prises en charge par l'aide internationale. On distingue trois types d'accueil : l'accueil en ville, l'attribution de terre en milieu rural ou l'installation dans des camps créés à cet effet. La dernière option est la plus courante dans les pays du Sud : elle concerne plus de 80 % des réfugiés recensés en Afrique et en Asie. La localisation des camps est en partie fonction des points d'entrée des réfugiés. Généralement situés non loin des frontières, l'isolement de ces camps garantit le contrôle des réfugiés que les pays d'accueil redoutent de voir se disperser et se fondre dans les villes. De fait, un nombre important (mais mal connu) de réfugiés passe à travers les mailles de l'assistance humanitaire, alimentant la croissance urbaine et les flux migratoires internationaux. De ce point de vue, le parallèle avec les préoccupations des pays du Nord en ce qui concerne les migrations internationales s'impose.

Le confinement des réfugiés pour une longue durée dans des camps pose question. Outre qu'il s'agit d'un problème majeur au regard des droits de l'homme, la pérennisation de ces structures entraîne une croissance de la population par simple accroissement naturel. Par ailleurs, faute de solution politique à ces conflits lointains (et souvent oubliés des médias), le risque existe de voir les pays donateurs se détourner de ces populations. La réduction de l'aide

menace alors le fragile équilibre des camps et peut alors pousser les réfugiés vers de nouvelles errances. Entre la solution peu satisfaisante du camp de réfugiés (qui dans tous les cas devrait rester une solution de court terme) et la réticence des pays d'accueil à pratiquer une politique d'asile généreuse, la voie est étroite : elle passe par la prévention des conflits.

## **4 - Migrations internationales<sup>25</sup>**

Les principes sur la régulation des migrations mis en avant lors de la conférence du Caire ont trouvé peu d'applications concrètes. Pourtant, dix ans plus tard, les enjeux politiques, économiques ou sociaux de la question migratoire se posent avec encore plus d'acuité. La faible natalité et le vieillissement de la population en Europe soulignent l'importance future de l'immigration alors que les politiques qui tendent à la favoriser semblent inacceptables pour la société civile des pays d'immigration.

### **4.1 - Une réalité diverse et complexe**

De nombreuses théories s'offrent pour réfléchir aux déterminants de la migration mais trop souvent, seul le point de vue du Nord est pris en compte ; la réflexion se limitant à l'étude des conséquences de l'arrivée des migrants. Le modèle économique classique de l'offre et de la demande qui ajusterait les besoins des entreprises du Nord à l'offre de main-d'œuvre des pays du Sud ou le modèle démographique (excédent démographique dans le Sud répondant au déficit dans le Nord) sont insuffisants car de caractère trop simple, eu égard à la complexité des fluctuations économiques et démographiques. La recherche actuelle sur la migration insiste désormais sur le rôle des ménages et des différentes organisations sociales intermédiaires, de la famille au réseau ou au groupe ethnique. Pour comprendre la logique du migrant et des populations migrantes, il est en effet indispensable de prendre en considération la fragilité de leur économie familiale d'origine, mais également la richesse des liens sociaux qu'ils pourront mobiliser au cours de leur parcours migratoire.

Les migrants internationaux représentent un peu moins de 3% de la population mondiale, une population relativement modeste mais inégalement répartie ; les proportions de migrants sont cinq fois plus élevées dans les pays du Nord que dans le reste du monde (8,7% dans les pays développés contre 1,5 % dans les pays en développement). Ils tendent à se concentrer autour des grands pôles économiques mondiaux. L'apport migratoire joue un rôle démographique important dans les pays du Nord en raison de leur propre accroissement naturel faible, alors que dans les pays du Sud, l'impact de l'émigration reste insignifiant globalement par rapport aux rythmes d'accroissement encore très soutenus. Cependant l'émigration touche des régions spécifiques, et les migrations de retour au pays d'origine, s'effectuent plutôt en zone urbaine ou périurbaine qu'au village d'origine.

### **4.2 - Les politiques migratoires**

La faiblesse structurelle des pays d'émigration vis-à-vis des pays d'immigration fait que ce sont ces derniers qui sont en mesure d'infléchir l'orientation des flux migratoires. Les pouvoirs publics prennent donc des séries de mesures pour contrôler l'immigration sur leur territoire C'est pourtant en s'intéressant aussi à l'émigration qu'on comprend mieux les dynamiques à l'œuvre dans le passage des frontières. Les politiques migratoires se durcissent

---

<sup>25</sup> Sur la base de la contribution de Christophe GUILMOTO et Frédéric SANDRON « *Les migrations internationales* » 15 p.

sauf pour les migrants hautement qualifiés que les pays développés souhaitent attirer ; pour ces détenteurs d'un fort capital « culturel » la mondialisation joue très bien son rôle.

La diversité et la complexité des situations rendent difficile l'établissement de lien de causalité entre migration et développement. La migration demeure un facteur exogène, et donc par définition « insuffisant à créer à lui seul les conditions d'un réel développement ». Cependant les migrations internationales ne sont pas sans provoquer une redistribution spatiale interne de la population des pays du Sud.

Le progrès des idées mondialistes, favorables à la libre circulation des biens et des capitaux, ne rend que plus incongrue la fermeture progressive des frontières, officiellement prônée par les gouvernements des pays occidentaux, même si la capacité des démocraties libérales à freiner l'immigration demeure incertaine. Une gestion raisonnée et humaine des migrations ne pourra se mettre en place que si elle concilie les intérêts des pays de départ et ceux des pays d'arrivée.

## **5 - Recommandations**

En l'état des connaissances actuelles nous ne savons pas: quels sont les limites et les risques liés à la croissance des villes du Sud; si les équilibres écologiques ne seront pas gravement affectés par les mouvements de population ; si les luttes pour l'appropriation de l'espace ne dégèneront pas en conflit, multipliant ainsi les populations déplacées.

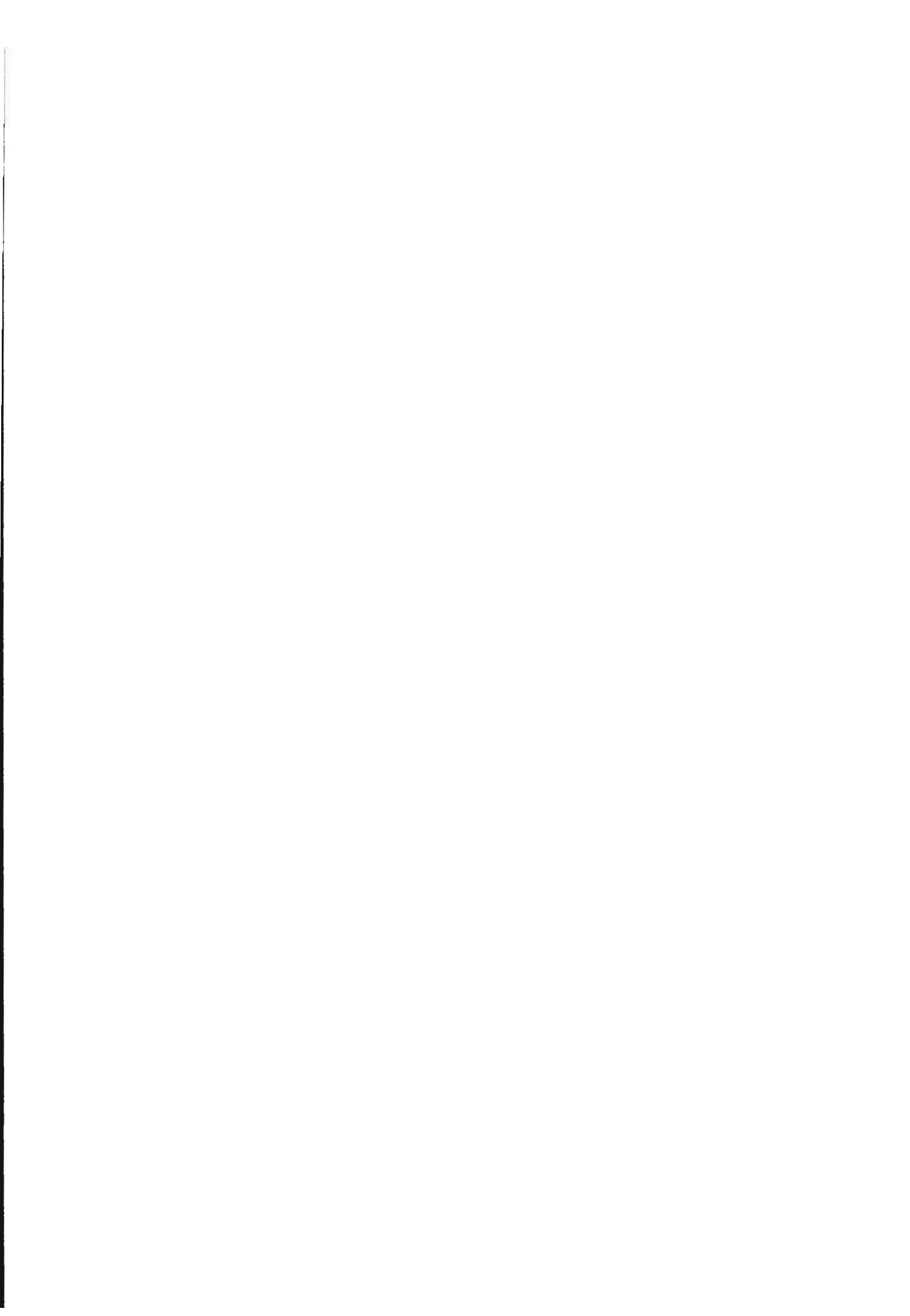
L'ampleur et l'intensité récente des phénomènes qui modifient le peuplement de la planète nécessitent, d'une part qu'on améliore la connaissance des processus en cours et que d'autre part s'instaure un véritable dialogue entre le Nord et le Sud. Nous recommandons:

\* Dans le domaine de la recherche :

- Améliorer la collecte des données à des niveaux fins pour une meilleure compréhension du peuplement des grandes villes et plus généralement améliorer l'état des connaissances, en ce qui concerne les dynamiques de peuplement prévoir et planifier, en harmonisant les définitions: urbain, rural, réfugié, déplacé, en affinant les concepts utilisés (ex. lieu de résidence) et en développant les approches spatialisées (SIG, Observatoires spatio-temporels).
- Favoriser les études sur les migrations qui prennent en compte les points de vue tant des sociétés d'origine que des sociétés d'arrivée.
- Progresser dans la connaissance des relations complexes qui s'établissent entre mobilité des populations et équilibres environnementaux.

\* D'établir un dialogue en vue de :

- Mieux gérer la croissance et la mobilité et en particulier en associant les pays d'origine à la gestion des migrations internationales.
- Définir des principes de bonne gouvernance pour éviter de créer de nouvelles vagues de réfugiés.
- Partager les efforts à faire pour améliorer l'administration et la gestion des populations en ce qui concerne tant la population urbaine que la population des camps de réfugiés.
- Réfléchir aux meilleures solutions pour maintenir l'équilibre entre la distribution spatiale des populations et l'environnement.



# Chapitre 1

Santé et droits de la reproduction  
Les pays du Sud,  
dix ans après la Conférence du Caire.

**Coordonné par Benoît Ferry et Arlette Gautier**



## De la planification familiale à la santé de la reproduction : L'évolution des programmes dix ans après les accords du Caire

**Arlette Gautier**

Le Programme d'action du Caire (PAC), tout en étant dans la continuité des précédentes conférences internationales sur le sujet, s'en démarquait aussi nettement par plusieurs points<sup>26</sup>. Ainsi, il mettait au centre des politiques démographiques :

- 1) L'individu et non plus les grands équilibres démo-économiques. Les politiques démographiques doivent désormais permettre aux individus et aux couples de réaliser leurs objectifs de fécondité dans les meilleures conditions sanitaires possibles.
- 2) Les femmes et les hommes de tout âge, et non plus seulement les femmes d'âge reproductif. En effet, les morbidités reproductives touchent les individus à tout âge et pas seulement pendant la période de reproduction.
- 3) Tout en réaffirmant le droit à décider du nombre et de l'espacement des naissances, le programme du Caire cible l'ensemble de la santé de la reproduction : c'est-à-dire la santé maternelle mais aussi les autres morbidités, telles les cancers de l'appareil reproductif, l'infertilité, les infections sexuellement transmissibles, et toutes les morbidités de type reproductif<sup>27</sup>.
- 4) La liberté reproductive est réaffirmée avec force contre les empiétements de l'État ou du conjoint. Il est ainsi conseillé d'abolir la méthode des objectifs quantitatifs dans les programmes car elle a trop souvent conduit à des abus, les professionnels de la planification familiale cherchant à remplir leurs quotas plus qu'à permettre aux individus et aux couples de réaliser leurs souhaits de fécondité.
- 5) La qualité et le respect des patients sont des obligations pour les programmes de santé reproductive, ce qui implique d'offrir une information variée et objective ainsi qu'un choix de méthodes et de traitements.

Ratifié par plus 180 pays, bien qu'avec des réserves, ce programme a été introduit dans les politiques et les programmes d'une quarantaine de pays, au moins au niveau sémantique<sup>28</sup>. Toute transformation institutionnelle nécessite un certain laps de temps pour développer ces potentialités. Dix ans plus tard, il est cependant possible de vérifier dans quelle mesure les politiques ont avancé dans la réalisation de leurs objectifs. On peut ainsi remarquer que, si des progrès notables ont été réalisés dans le domaine de la planification familiale, l'accès aux services de santé reproductive et à la santé reproductive semblent ne pas s'être autant améliorés, et s'interroger sur les raisons de cet état de fait.

---

<sup>26</sup> FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, 5-13 septembre 1994, New York, Nations Unies et CIPD 1994.

<sup>27</sup> BONNET Doris et Agnès GUILLAUME, 1999. « La santé de la reproduction. Concept et acteurs », Paris, IRD, équipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction, *Documents de recherche* 8.

<sup>28</sup> GAUTIER Arlette, 2001, « Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction », in Guillaume Agnès, *Rapport des experts français à la 35<sup>e</sup> commission population et développement* ; GAUTIER Arlette, 2002, « Les politiques de planification familiale : du malthusianisme au féminisme ? », *Lien social et politique*, 47, printemps : 67-81

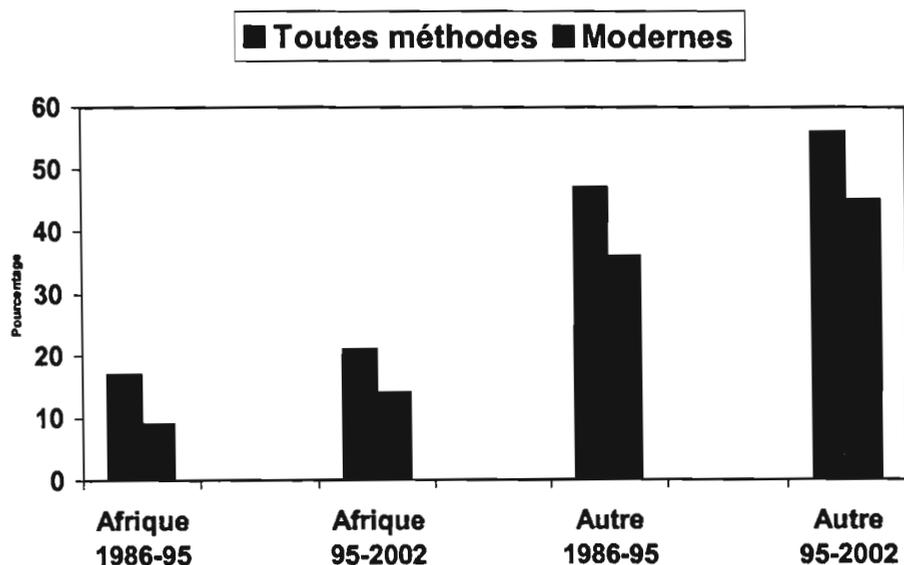
## Réorienter les programmes de planification familiale

Les enquêtes démographiques et de santé d'ORC-Macro-international permettront de mesurer les changements quantitatifs et qualitatifs intervenus dans la planification familiale. En effet, leurs questionnaires sont identiques et se prêtent donc bien à des comparaisons. Nous comparerons les trente-trois pays qui ont été enquêtés au moins deux fois, en 1987-1995 puis en 1995 à 2002. Ainsi, ce sont deux groupes semblables qui seront comparés et non des ensembles dont les caractéristiques peuvent être différentes. Dix sept pays se situent en Afrique subsaharienne et les seize autres « ailleurs ». Leur population totale représente un tiers de la population mondiale et 44 % de celle des pays en développement. Toutefois, comme le signalent Desgrées du Loû et Vimard<sup>29</sup> (2000), les pays en crise sont sous représentés dans les EDS, ce qui est encore plus le cas pour les enquêtes répétées. Aussi nos résultats ne peuvent être extrapolés à tous les pays et particulièrement pas à la quarantaine de pays qui vivent des situations de fort conflit, voire de guerre.

### Les indicateurs traditionnels

Les indicateurs utilisés traditionnellement vérifient que les objectifs anti-malthusiens des programmes étaient bien réalisés. De fait, la fécondité a légèrement baissé, passant de 6 enfants par femme en Afrique au Sud du Sahara à 5,5 et de 3,9 à 3,3 ailleurs. L'augmentation de l'âge à la première maternité est un des déterminants de la baisse de la fécondité. L'autre est l'intensification de la prévalence contraceptive, qui a eu lieu dans presque tous les pays étudiés. Alors qu'en 1986-1995, 17 % des Africaines vivant au Sud du Sahara pratiquaient une contraception, pour la moitié moderne, dans la dernière période une Africaine sur cinq pratique une contraception, pour les deux tiers moderne. Dans les autres pays enquêtés, la proportion des utilisatrices de contraception est passée de 47 % à 56 % des femmes, dont respectivement 75 % et 80 % ont choisi une méthode moderne.

Graphique 1. L'évolution de l'utilisation de toutes les méthodes de contraception et des méthodes modernes dans les 33 pays, 1986-1995 et 1995-2002 en %. Source EDS.



<sup>29</sup> DESGRÉES DU LOÛ Annabel et VIMARD Patrice, 2000, « La santé reproductive : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, 3<sup>e</sup> trim : 119

La légère augmentation de la moyenne de l'utilisation de la contraception entre les deux périodes masque des évolutions divergentes selon les pays. Ainsi le Malawi a connu une forte augmentation de l'utilisation de toutes les méthodes contraceptives (+15) mais surtout des méthodes modernes (+20) et notamment de la ligature des trompes, généralement peu pratiquée en Afrique subsaharienne, où la contraception est surtout utilisée pour espacer les naissances. La pratique de la contraception a diminué au Rwanda, ce qui n'est pas étonnant vu la désorganisation lié à la guerre civile, mais aussi au Togo et au Burkina Faso. Ailleurs aussi les évolutions peuvent être diversifiées : ainsi la pratique contraceptive générale a également diminué en Turquie.

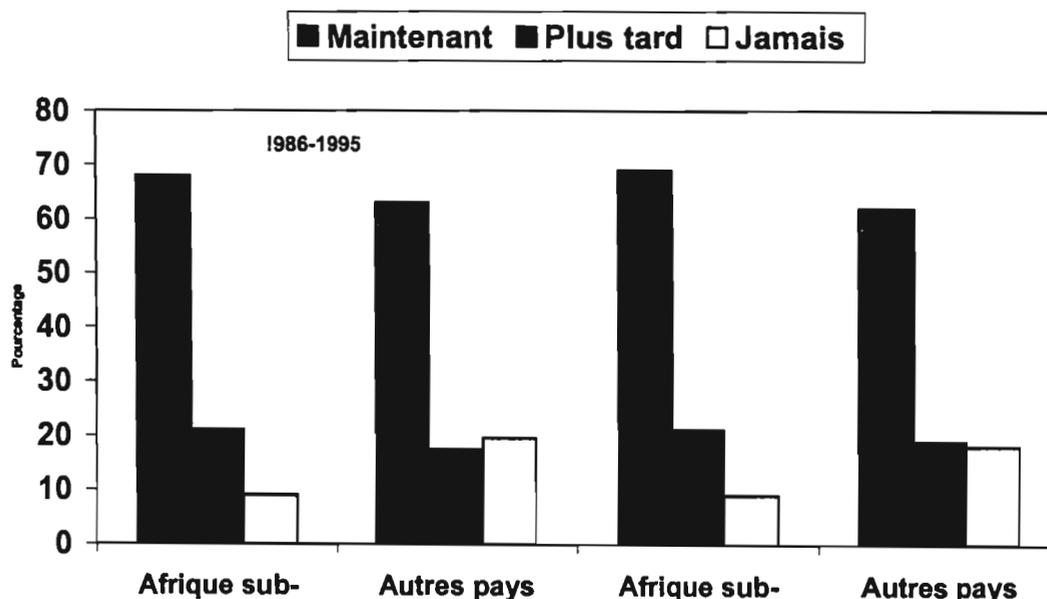
### De nouveaux indicateurs pour de nouveaux objectifs

Si l'on ne se préoccupe plus de la baisse de la fécondité mais, selon le programme d'action du Caire, de la liberté de choix, c'est à dire de réalisation des désirs de fécondité, il est nécessaire d'utiliser d'autres indicateurs.

#### *Permettre aux individus de réaliser leur désir de fécondité*

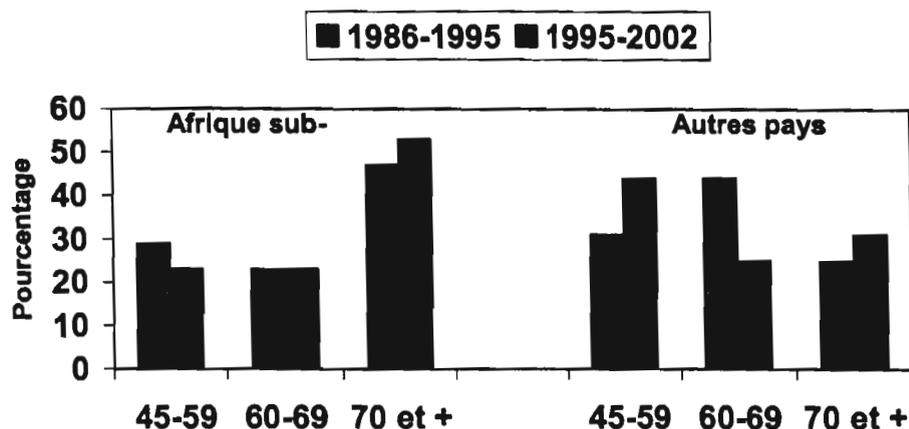
Les EDS ne permettent qu'imparfaitement de mesurer la réalisation de leurs souhaits de fécondité par les individus et les couples. En effet, la question posée sur la dernière naissance permet de préciser si elle a été voulue à ce moment, si elle était souhaitée plus tard ou pas du tout. Il n'est pas possible de répondre que cette naissance était attendue depuis longtemps ou que l'on voudrait un autre enfant sans y arriver.

Graphique 2. Le pourcentage des naissances arrivées au bon moment, trop tôt ou non souhaitées, 33 pays, 1986-1995 et 1995-2002. Source : EDS.



C'est en Afrique subsaharienne que les couples réussissent le mieux à réaliser leur choix de fécondité. Dans la moitié des pays, plus de 70 % des femmes déclarent que la dernière naissance était souhaitée alors que ce ne l'est le cas que du quart des autres pays. En sens inverse, les femmes sont moins de 60 % à déclarer que les dernières naissances étaient bienvenues dans le quart des pays africains et près de la moitié des autres pays.

Graphique 3. Le pourcentage de naissances souhaitées et arrivées au bon moment, 33 pays. Source : EDS.



Deux pays africains affichent une très forte satisfaction : le Niger et le Nigeria où la fécondité est supérieure à 6 enfants par femme, C'est aussi le cas au Kazakhstan où la fécondité est de 2,5 enfants par femme. C'est à dire que l'on trouve à la fois :

- des pays où la transition de la fécondité n'a pas encore commencé et où les individus souhaitent avoir de nombreux enfants, pour toutes sortes de raisons économiques, sociales ou culturelles. Ainsi au Rwanda où la satisfaction a augmenté parallèlement à l'indice de fécondité.
- des pays où les individus souhaitent peu d'enfants et arrivent à leur fin. Au Kazakhstan, la généralisation de l'accès à la contraception a permis de remplacer le recours à l'avortement<sup>30</sup>.

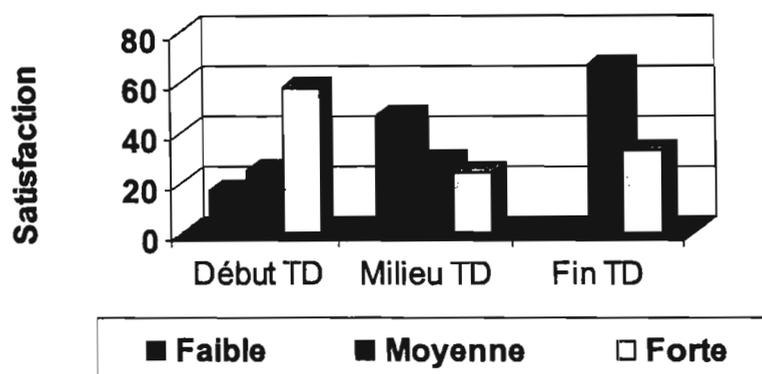
Comme on peut le voir dans le graphique suivant, les pays intermédiaires, où le désir de fécondité a commencé à diminuer, connaissent le plus fort taux d'insatisfaction. En effet, les couples ne connaissent pas encore bien ou maîtrisent insuffisamment les méthodes de contraception pour qu'elles soient totalement efficaces, ce qui est souvent lié à un programme de planification familiale peu adapté aux besoins des populations. En revanche, la satisfaction est la plus forte au début de la transition démographique<sup>31</sup>, c'est-à-dire quand la fécondité est supérieure à six enfants par femme, alors qu'elle est intermédiaire quand la fécondité est inférieure à trois enfants par femme.

<sup>30</sup> Westoff CF. The substitution of contraception for abortion in Kazakhstan in the 1990s. Calverton, Maryland, ORC Macro, MEASURE DHS+, 2000 Dec. vii, 30 p. (DHS Analytical Studies No. 1)

<sup>31</sup> On peut parler de début de la transition démographique parce que la mortalité a commencé à baisser.

Graphique 4. La satisfaction par rapport à la dernière naissance en fonction du stade de la transition démographique (TD), 33 pays.

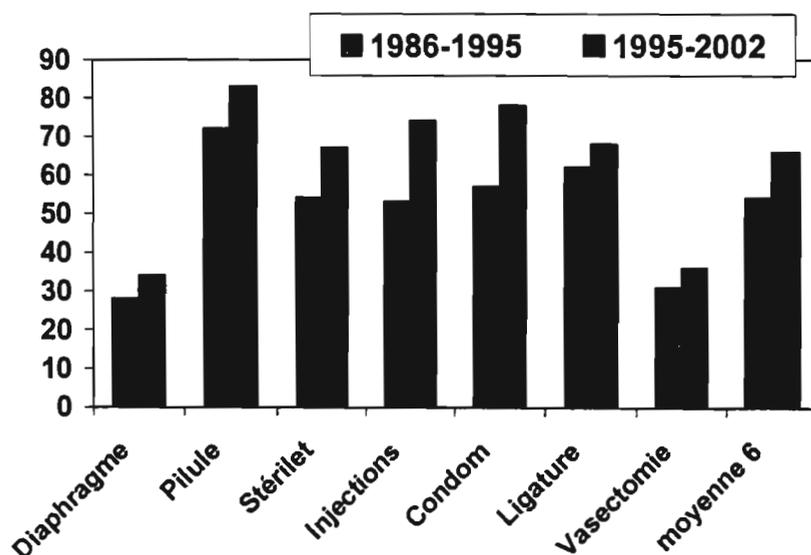
Début TD = 6 enfants par femme, milieu TD = 3 à 5,9, « fin » TD = moins de 3 enfants par femme. Satisfaction, faible = 45-59 %, moyenne = 60-69 %, forte = 70 % et +. Source : EDS.



*Un accès à l'information encore faible mais en progression*

Lors de la première période, seule une méthode, la pilule, était connue par plus de 70 % de la population dans les 33 pays étudiés. Le diaphragme et la vasectomie n'étaient connus que par un tiers des femmes. La situation s'est améliorée pour presque toutes les méthodes lors de la deuxième enquête, particulièrement pour les injections et le condom. Certaines politiques en Inde et en Indonésie ou au Maroc, se sont contentées de faire la promotion d'une méthode. Ce n'est pas le cas de toutes cependant : le Bangladesh, le Malawi ou le Yémen apportent une information diversifiée.

Graphique 5. Niveau de connaissances de différentes méthodes de contraception en 1986-95 et 1995-2002, 33 pays. Source : EDS.



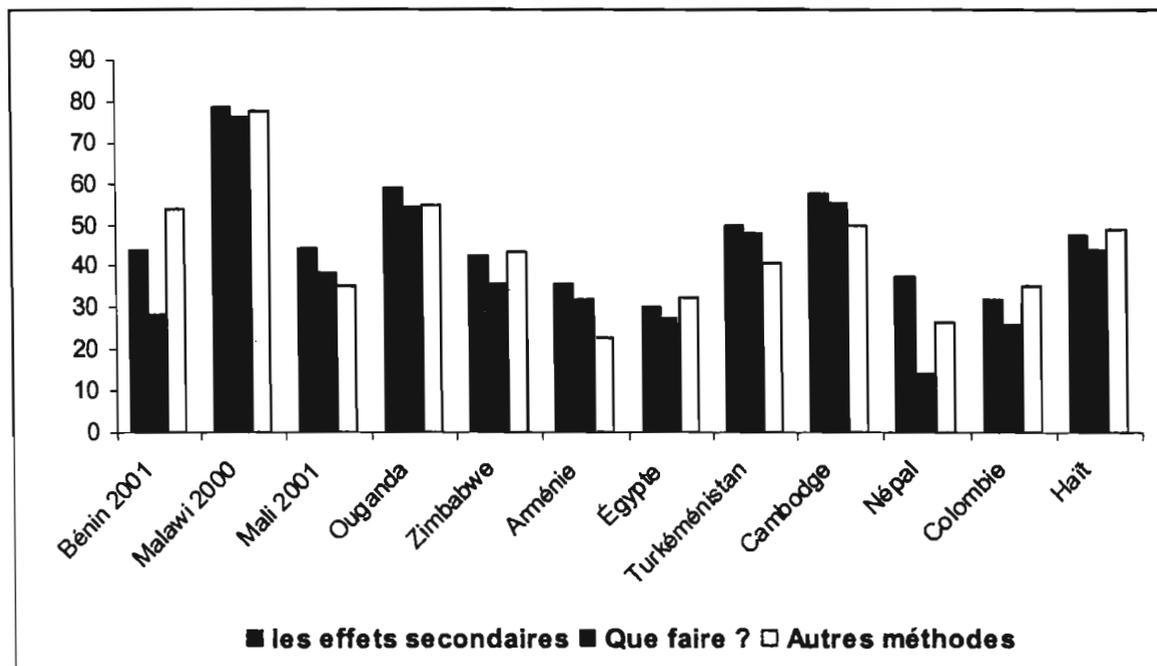
Les Africaines ont des niveaux de connaissances particulièrement faibles, cependant la progression y a été plus forte. Alors que 68 % puis 74 % des enquêtées des autres pays connaissent six méthodes, ce n'est le cas que de 41 % des Africaines au sud du Sahara lors de la première enquête et de 59 % lors de la dernière enquête. Pourtant, le cas du Malawi

manifeste que de fortes progressions sont possibles lorsque le pays mène des actions bien adaptées à la population. La connaissance moyenne de six méthodes (hors diaphragme) a progressé de 50 % à 60 % en huit ans. Ce sont le condom et les injections qui ont le plus augmenté, même si la pilule reste la méthode la plus connue.

Il faut aussi que cette information -soit honnête et évoque les effets secondaires éventuels des méthodes, -explique que faire s'ils se produisent et -présente plusieurs méthodes. Or, c'est loin d'être toujours le cas. Ainsi, d'après douze enquêtes démographiques et de santé réalisées entre 1999 et 2001, il n'y a que trois pays où la moitié des femmes ont bien eu toutes ces informations. Plus souvent, le tiers des femmes n'ont pas informées des effets secondaires, ni des actions à entreprendre, ni sur d'autres méthodes. La ligature des trompes est particulièrement l'objet de fausses informations particulièrement dommageables. 64 % des Maliennes interrogées, 74 % des Népalaises et quand même 3 % dans le pays le mieux loti, la Colombie, n'avaient pas été informées de ce risque.

Graphique 6. L'information sur les effets secondaires, 1999-2001.

Source : EDS.



L'information sur la contraception a donc progressé, mais elle reste limitée et biaisée. Le Malawi est un des rares exemples où, d'après les EDS, le choix est à la fois varié et informé.

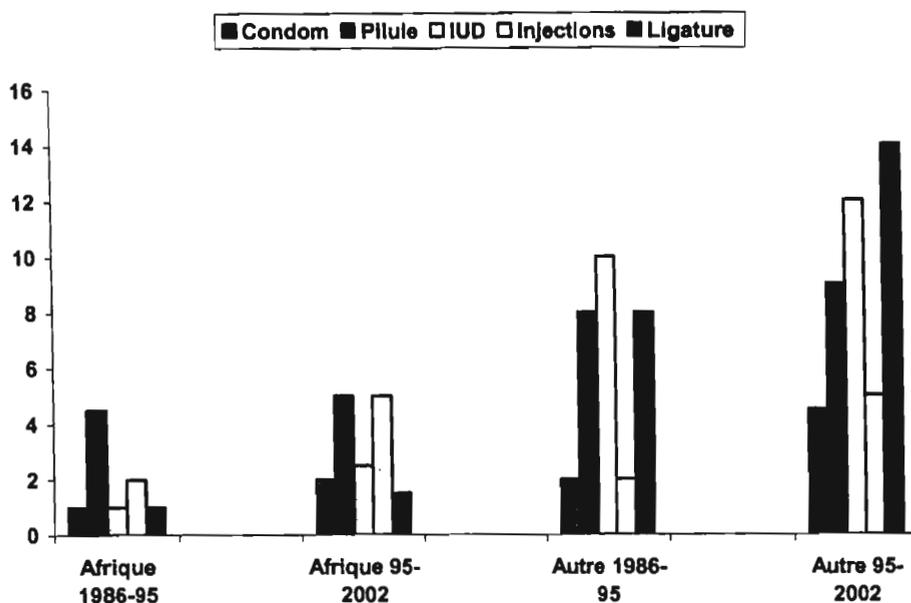
### *L'offre des méthodes s'est elle élargie ?*

Un choix varié de méthodes permet de répondre aux besoins des individus, qui varient selon l'âge, le nombre d'enfants et les caractéristiques propres. Il limite les effets secondaires et favorise la continuation de la pratique contraceptive.

Le graphique suivant montre que la fréquence mais aussi la distribution des méthodes de contraception sont très différentes en Afrique subsaharienne et dans les autres pays. Dans la première région, la pilule était utilisée par la moitié des femmes utilisant une méthode moderne en 1986-1995 alors que par la suite les injections sont devenues aussi populaires que la pilule. La ligature n'est presque pas utilisée, en moyenne, alors qu'elle l'est par 8 % des habitantes des autres pays pendant la première vague d'enquêtes et 14 % dans la seconde, ce

qui en fait la méthode la plus utilisée. Alors que le stérilet (DIU) était la méthode la plus utilisée en 1986-1995, suivie par la pilule et les injections au même niveau, il est désormais second, suivi par la pilule. Les injections ont été critiquées parce qu'elles étaient mal supportées et elles ont été retirées de certains programmes de planification familiale. Néanmoins, les femmes les demandent parfois parce qu'elles sont pratiques, étant prises en une fois pour trois mois.

Graphique 7. Distribution des méthodes modernes de contraception pour 100 femmes mariées d'âge reproductif, 33 pays, 1986-1995 et 1995-2002. Source : EDS.



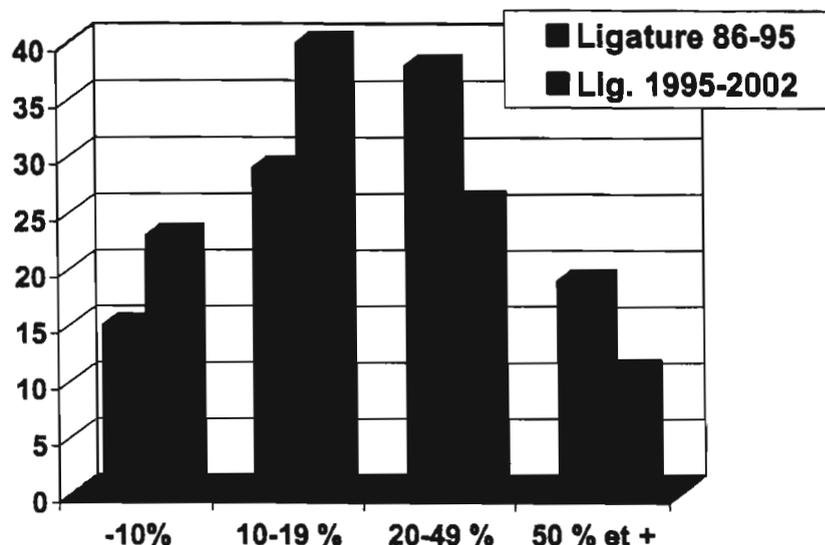
On a particulièrement critiqué l'imposition de stérilisations, masculines puis féminines, en Chine ou en Inde. On peut donc s'inquiéter de l'augmentation de la prévalence de cette méthode, surtout lorsqu'elle est majoritaire parmi les méthodes pratiquées. En effet, comme nous l'avons vu beaucoup de femmes ne souhaitent utiliser une contraception que pour espacer les naissances. Or, plus de 50 % des femmes sont ligaturées dans huit des 33 pays étudiés. Cependant, la part de la ligature dans les méthodes modernes utilisées a décliné dans l'échantillon étudié. Certes, l'Inde et la République dominicaine continuent de détenir les records de stérilisation féminine, qui représente dans ces pays plus de 70 % des méthodes modernes. Le Guatemala et le Brésil se maintiennent également à des niveaux élevés, alors que la part de la ligature diminue légèrement au Népal et aux Philippines. Cette prédominance de la ligature peut être un effet des programmes de planification familiale qui, en Inde par exemple, ne proposent que la ligature des trompes, alors que du fait notamment de la forte mortalité infanto-juvénile les femmes retardent le moment de pratiquer des méthodes définitives<sup>32</sup>. De nombreuses femmes ne vont donc pas pratiquer de contraception ou utilisent l'avortement comme mode de contraception<sup>33</sup>. Bien que celui-ci soit permis depuis 1971 pour de nombreux motifs, il y a peu de centres qui le réalisent et les médecins insistent pour pratiquer ensuite une stérilisation. Aussi ces Indiennes continuent à subir des avortements dans de mauvaises conditions, alors même qu'elles seraient prêtes à utiliser d'autres méthodes

<sup>32</sup> IYENGAR Kriti et IYENGAR Sharad D., 2000, "The copper T 380 A IUD: a 10 year alternative to female sterilization in India", *Reproductive Health Matters*, 8(16), nov. : 125-133.

<sup>33</sup> Verkey et al., 2000

de contraception. D'autres pays, comme le Mexique, tout en proposant également d'autres méthodes, insistent fortement en faveur de la ligature, moins chère et plus définitive<sup>34</sup>.

Graphique 8. Part des ligatures des trompes parmi l'ensemble des méthodes modernes, 33 pays. Source : EDS.



Il serait néanmoins faux de penser que des abus n'ont lieu que dans le cadre de programmes de planification familiale. Des pays latino-américains qui ont des niveaux élevés<sup>35</sup> ou très élevés<sup>36</sup> de ligature des trompes ne mènent pas de telles politiques. Les Brésiliennes ont subi des essais de Norplant qui ne respectaient pas les procédures habituelles, notamment le consentement éclairé et des tests préliminaires sur les animaux<sup>37</sup>. Avoir une césarienne ayant été longtemps le seul moyen pour obtenir une ligature des trompes, qui n'était autorisée que pour un motif thérapeutique, le taux de césariennes est extrêmement fort et il est une des causes du taux de mortalité maternelle anormalement élevé, sans doute avec l'avortement. L'autre moyen était, notamment dans le Nord Est, de la faire payer par un politicien si l'on votait pour lui. Une loi vise à empêcher ces abus qui perdurent à cause des difficultés dans la généralisation de l'accès à la contraception.

Même des pays qui offrent des méthodes variées de contraception, comme le Bangladesh ou le Malawi, ont été critiqués pour leur focalisation sur la baisse de la fécondité au détriment de l'ensemble de la santé des femmes. Ainsi, la mortalité maternelle reste très élevée dans ces deux pays. Aussi, le programme d'action du Caire propose-t-il la transformation des programmes de planification familiale en programme de santé de la reproduction.

<sup>34</sup> Gautier Arlette et Quesnel André, 1993, *Politiques de population et médiateurs institutionnels au Yucatan*, Paris, Éditions de l'ORSTOM

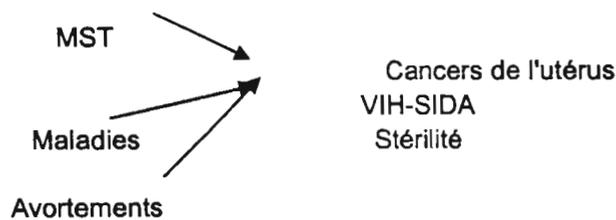
<sup>35</sup> Bolivie et Colombie.

<sup>36</sup> Guatemala, Brésil, République dominicaine.

<sup>37</sup> Pitanguy, Jacqueline, 1994, "Feminist politics and reproductive rights: the case of Brazil", dans Gita Sen et Rachel C. Snow, eds. *Power and decision: the social control of reproduction*, Harvard, Harvard University Press/Center for Population and Development Studies: 101-121. CORRÊA et ARILHO, « La politique de santé de la reproduction au Brésil », à paraître, dans Gautier Arlette, *Politiques et programmes de planification familiale*. Paris, CEPED.

## Élargir les programmes à l'ensemble de la santé de la reproduction

La prise en compte des morbidités reproductives est nécessaire car ces morbidités constituent 13 % du fardeau global sanitaire, pourcentage qui monte à 44 % pour les femmes de 15 à 49 ans et même plus de 50 % pour les Africaines de cet âge vivant au Sud du Sahara. Le PAC propose d'y remédier en développant la prévention dans le cadre de la santé pour tous et en intégrant les différents services relevant de la santé de la reproduction. En effet, ces différentes composantes sont souvent liées.



Ainsi, la stérilité primaire est souvent liée à un âge trop jeune aux premiers rapports sexuels alors que la stérilité secondaire, est la conséquence d'avortements réalisés dans de mauvaises conditions ou de maladies gynécologiques, dont les MST non traitées. La stérilité a des conséquences plus graves pour les femmes et les hommes. Elle peut se traduire en effet pour les premières, souvent jugées coupables de la stérilité du couple, par la répudiation et l'appauvrissement, et de toute façon par une perte de statut social<sup>38</sup>.

### *La difficile intégration des services*

De nombreux pays ont entamé l'intégration des divers services, de façon cependant très variée. L'intégration varie parfois selon le lieu : l'hôpital de district est intégré mais pas le dispensaire rural; d'autres selon le niveau administratif : tous les services sont disponibles sur le même lieu mais l'administration des différents programmes reste séparée.

La situation varie aussi selon les continents :

- L'intégration est plus avancée en Amérique latine où les services étaient souvent déjà intégrés. Ainsi, au Mexique, le programme de planification familiale s'est déployé au sein des institutions de santé.
- Elle est peu effective en Asie, continent des grands programmes verticaux<sup>39</sup>. Les quelques avancées effectuées au Bangladesh ou en Inde sont remises en question depuis 2001. Néanmoins, le Cambodge et la Thaïlande ont mis en place une réelle intégration des services qui s'appuie sur un réseau d'organisations non gouvernementales représentées au niveau institutionnel, comme le préconisait le PAC.
- L'Afrique est dans une situation intermédiaire. L'Afrique francophone a plutôt en théorie des programmes intégrés mais peu présents en zone rurale. Au Ghana, au Kenya et

<sup>38</sup> United Nations and Economic and Social Council, 2001, *Concise report on world population monitoring, 2002 : Reproductive rights and reproductive health with special reference to human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS)*. New York, United Nations : 47-49.

<sup>39</sup> Philip GUEST, "Reproductive Health including Family Planning", *Asia Pacific Population Journal*, juin 2003 : <http://www.unescap.org/pop/journal/2003/Jour18-2-p5.pdf>

en Zambie, les programmes de planification familiale sont souvent gérés par des offices de population en dehors des ministères de la santé. De plus, les groupes de femmes, en général favorables à la santé reproductive, sont peu représentés au niveau décisionnel, au contraire des groupes religieux, qui y sont souvent opposés. Les donateurs internationaux, qui financent dans les trois pays mentionnés précédemment respectivement 40 %, 74 % et 50 % des dépenses de santé, et même 96 % en Tanzanie, favorisent plutôt des programmes séparés et un modèle de décision sans concertation.

Le PAC préconise également l'intégration de la prévention des MST et du VIH. En effet, il y a chaque année cinq millions de nouveaux cas de VIH, dont 70 % en Afrique, et 340 millions de nouveaux cas de maladies sexuellement transmissibles. Aussi la proposition du programme d'action du Caire d'intégrer les services de prévention des MST-VIH aux autres programmes de santé de la reproduction a-t-elle été bien accueillie<sup>40</sup>. Cette intégration paraît logique puisque, notamment en Afrique, la transmission est largement hétérosexuelle. De plus, une étude expérimentale en Tanzanie a confirmé les liens entre MST et HIV puisque le traitement des premières a permis de réduire de 40 % le second. En 1995, selon une enquête menée dans quatorze pays, quelques services de planification familiale vérifiaient que leurs patientes n'avaient pas de MST, notamment avant de poser un stérilet, mais les services materno-infantiles ne le faisaient pas. Les services ne proposaient pas une protection duale : contre les grossesses non désirées et contre les MST.

Une revue récente de la littérature<sup>41</sup> indique que l'intégration a été préconisée sans que sa faisabilité et son efficacité aient bien été mesurées. Les études sur ce sujet ne suivent généralement pas de procédures expérimentales rigoureuses ou ne sont pas randomisées. Ainsi, la stratégie la plus utilisée d'intégration a été la formation des infirmières travaillant dans les cliniques pour qu'elles puisse détecter les malades en questionnant les patientes sur leurs symptômes, et notamment sur les décharges vaginales. Or cette technique, efficace en ce qui concerne les hommes et les ulcères vaginaux des deux sexes, ne l'est pas pour détecter la plupart des infections cervicales, qui sont souvent asymptomatiques chez les femmes. Selon une enquête expérimentale au Zimbabwe, le tiers des femmes détectées de cette façon l'ont été faussement. Ce qui veut dire qu'elles ont subi à tort un traitement médicamenteux, diminuant son efficacité future et risquant des reproches infondés de leur partenaire. De plus, la moitié des femmes réellement malades n'avaient pas été détectées. Enfin, les tests en laboratoire coûtent très cher : il aurait été plus économique de traiter toutes les femmes sans s'inquiéter de leur état. Une recherche au Mexique a montré que les femmes, formées aux symptômes des MST, choisissaient plus judicieusement que les médecins le type de contraception en cas de risque de MST<sup>42</sup>. Alors que la syphilis affecte la survie des fœtus et des nouveaux-nés, les programmes de santé materno-infantile et les donateurs internationaux ne la prennent pas en compte. Au maximum 38 % des femmes enceintes ont été testées dans 22 pays africains, ce qui correspond à un million de femmes non traitées et des conséquences négatives pour 600 000 fœtus et nouveaux-nés.

Enfin, alors que l'intégration concerne surtout la prévention, les messages de prévention des MST et du VIH sont en fait très rares dans les dispensaires et les cliniques et sont de qualité

---

<sup>40</sup> LUSH Louisiana, 2002, « Service integration: an overview of policy developments », *International Family Planning Perspectives* 28(2), juin : 71-76.

<sup>41</sup> ASKEW Ian et MAGEWA Ndugga Baker, 2002, « Integration of STI prevention and management with family planning and antenatal care in Sub Sahran Africa: What more do we need to know ? », *International Family Planning Perspectives* 28(2), juin : 77-86. LUSH Louisiana, 2002, « Service integration: an overview of policy developments », *International Family Planning Perspectives* 28(2), juin : 71-76.

<sup>42</sup> PONCE Lazcano et al., 2000, « The power of choice of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico », *Sexually transmitted infections* 76(4) : 277-281.

très inégale. Il est nécessaire de donner une formation aux personnels de santé et de proposer des protocoles adéquats. Néanmoins, l'observation des interactions entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Ouest africain<sup>43</sup> conduit à penser que des réformes en profondeur sont nécessaires pour que les messages, qu'ils soient de prévention des grossesses non désirées ou des MST, soient entendus. En effet, les femmes interrogées dans des salles d'attente n'avaient souvent pas écouté les messages qui leur étaient adressés, soit parce qu'ils étaient dispensés dans une langue qu'elles ne comprenaient pas, soit parce les conditions d'attente étaient telles que les patientes étaient excédées et guère disposées à écouter quoique que ce soit. Il n'y a en effet pas de rendez-vous et les patients doivent attendre que leur tour arrive, alors que des personnes passent devant eux, simplement parce qu'ils sont bien habillés ou connus du personnel. Pendant ce temps les individus perdent une journée de travail ou doivent laisser des enfants seuls ou chez des voisins. De plus, ils sont souvent humiliés et maltraités.

Le préservatif est présenté comme une des stratégies de prévention tant des grossesses non désirées que de la transmission des MST. Néanmoins, selon une enquête au Ghana, les hommes étudiés n'utilisent pas le préservatif pour la protection de leur partenaire mais pour la leur ; ils refusent donc de l'utiliser avec leurs épouses<sup>44</sup>. Par ailleurs, tant les hommes que les femmes mentent sur leurs autres partenaires. Avant de diffuser la norme du préservatif comme protection duale, il faudrait donc transformer les rapports de pouvoir entre les genres.

Des auteurs considèrent également qu'il n'est pas rentable de tester toutes les patientes des services materno-infantiles et de planification familiale, qui sont généralement des mères mariées qui ont peu de MST. Il ne serait rentable de tester toutes ces patientes que dans les contextes de forte prévalence des MST. Or, d'après 17 études portant sur 11 pays menés entre 1985 et 1998, la prévalence de la gonorrhée et de la chlamydia ne dépasse pas 10 % dans onze des enquêtes, atteint 10 à 20 % dans cinq autres et ne dépasse 20 % que dans un pays<sup>45</sup>. Cela dit l'augmentation de la prévalence du HIV peut rendre indispensable l'intégration. Néanmoins, les premières cibles des programmes de prévention des MST et du HIV devraient être les hommes et les adolescents. Or ces deux catégories de population préfèrent des services qui leur soient spécifiques, avec du personnel masculin pour les hommes.

Enfin, une des propositions du PAC était d'améliorer la qualité des services de santé en Inde ou en Afrique subsaharienne, marquée par la pauvreté des équipements et des interactions entre médecins et soignants qui, par exemple ne daignent jamais expliquer le mode de prise des médicaments et se contentent d'un examen des plus sommaires. Néanmoins, une observation anthropologique menée dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest permet d'aller plus loin et suggère des pistes d'analyse intéressantes. Ainsi, ce sont rarement les personnes qualifiées pour un certain acte qui le réalisent mais plutôt les personnes dont la qualification est inférieure. Ce sera une fille de salle, recrutée après avoir occupé ces fonctions gratuitement pendant un certain temps, qui finira par réaliser les accouchements. La sage-femme est en effet trop occupée à travailler pour une ONG, qui a des financements au contraire de l'hôpital, ou à suivre des formations. La perpétuation d'une médecine coloniale « vétérinaire », l'absence de moyens, les politiques de privatisation qui obligent les soignants à ne pas soigner si les patients ne peuvent pas payer, sont quelques unes des explications proposées par les auteurs. Ils proposent de remédier à cette situation en partant du local et

---

<sup>43</sup> JAFFRÉ Y. et SARDAN O. de, 2003, *La médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

<sup>44</sup> N'GOM Pierre et al., 2003, "Gate-Keeping and Women's Health Seeking Behaviour in Navrongo, Northern Ghana" *African Journal of Reproductive Health*, 7[1]: 17-26.

<sup>45</sup> FLEISCHMAN Foreit Karen et al., 2002, "When does it make sense to consider integrating STI and HIV services with family planning services ?" *International family planning services* 28(2), juin : 105-.

notamment des dilemmes qui se posent aux soignants et non par une nouvelle réforme technocratique.

### La difficile mesure de la santé de la reproduction

Il ne semble pas que la situation se soit améliorée depuis dix ans, du moins si l'on prend l'indicateur le plus dramatique, mais aussi le seul où l'on ait des informations sur plusieurs années : la mortalité maternelle. En effet, l'Amérique latine est la seule région en développement qui ait publié des données, sur une seule année pour le moment, sur d'autres morbidités reproductives, dont les cancers de l'appareil reproductif<sup>46</sup>. Pourtant 446 000 femmes en meurent chaque année de part le monde.

#### *La mortalité maternelle ne diminue guère<sup>47</sup>*

La mortalité maternelle serait passée de 430 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1995 à 400 en 2000<sup>48</sup>. Cependant, les comparaisons sont trompeuses tant les sources et les méthodes d'estimations sont différentes d'un pays à l'autre. Ainsi les EDS indiquent des niveaux de mortalité maternelle nettement plus faibles, parfois confirmés par d'autres observations démographiques. Selon ces enquêtes, la mortalité maternelle a augmenté en Afrique subsaharienne. Ainsi au Malawi, elle serait passée à 1,221 décès pour 100,000 naissances vivantes, soit une augmentation de 80 % par rapport à la précédente enquête. Cette hausse peut être liée au développement de la pandémie du VIH<sup>49</sup>, à la détérioration du système sanitaire, ou à des erreurs dans l'estimation de la mortalité maternelle<sup>50</sup>.

Le maintien d'une forte mortalité maternelle n'est pas tellement surprenante alors que la moitié des femmes accouchent sans l'aide de personnel qualifié. L'accouchement par du personnel qualifié stagne à 44 % depuis dix ans en Afrique et n'a augmenté dans l'ensemble des pays en développement que de 45 % à 52 %<sup>51</sup>. Il faut de plus souligner que ce taux reste très diversifié socialement. Ainsi, en Inde, 70 % des 20 % les plus riches bénéficient de l'assistance de personnel qualifié pour l'accouchement pour seulement 10 % des 20 % les plus pauvres. L'accès aux soins s'est même parfois dégradé comme au Cameroun<sup>52</sup>. En 1991, ce pays se situait, avec une fréquence de la prise en charge de la grossesse de 78 % et de l'accouchement de 64 %, très largement au-dessus des moyennes africaines, estimées respectivement à 61 % et 40 %. Toutefois, on notait d'importantes disparités selon le milieu d'habitat au détriment du milieu rural et seule près d'une femme sur quatre respectait toutes les recommandations pour le suivi pré-natal. En 1998, la situation s'est fortement détériorée à tous les niveaux pour arriver à la moyenne africaine. Les fortes inégalités, notamment

---

<sup>46</sup> « Gender, Health and Development in the Americas 2003 »

<http://www.paho.org/english/DPM/GPP/GH/GenderBrochure.htm>

<sup>47</sup> Jacqueline DESFORTS, 2001, *Violences et corps des femmes du Tiers-Monde. Le droit de vivre pour celles qui donnent la vie*, Paris, L'Harmattan.

<sup>48</sup> *La mortalité maternelle en 2000 : Estimations développées par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP*. 2003, [http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal\\_mortality\\_2000/maternal\\_mortality\\_2000.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/maternal_mortality_2000.pdf)

<sup>49</sup> GRAHAM Wendy et HUSSEIN, 2003, "Measuring and Estimating Maternal Mortality in the Era of HIV/AIDS", Workshop on HIV/AIDS and adult mortality in developing countries, organisé par la division de la population de l'ONU, [http://www.un.org/esa/population/publications/adultmort/GRAHAM\\_Paper8.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/adultmort/GRAHAM_Paper8.pdf)

<sup>50</sup> ADAMSON S.M., 2003, "Did Maternal Mortality Ratio Increase in Malawi between 1992-1998? Review of Malawi Demographic and Health Surveys and Other Data", *Trop Doct*. 2003 Jul;33(3):182-185.

<sup>51</sup> Nations and Council 2001: United Nations and Council 2001

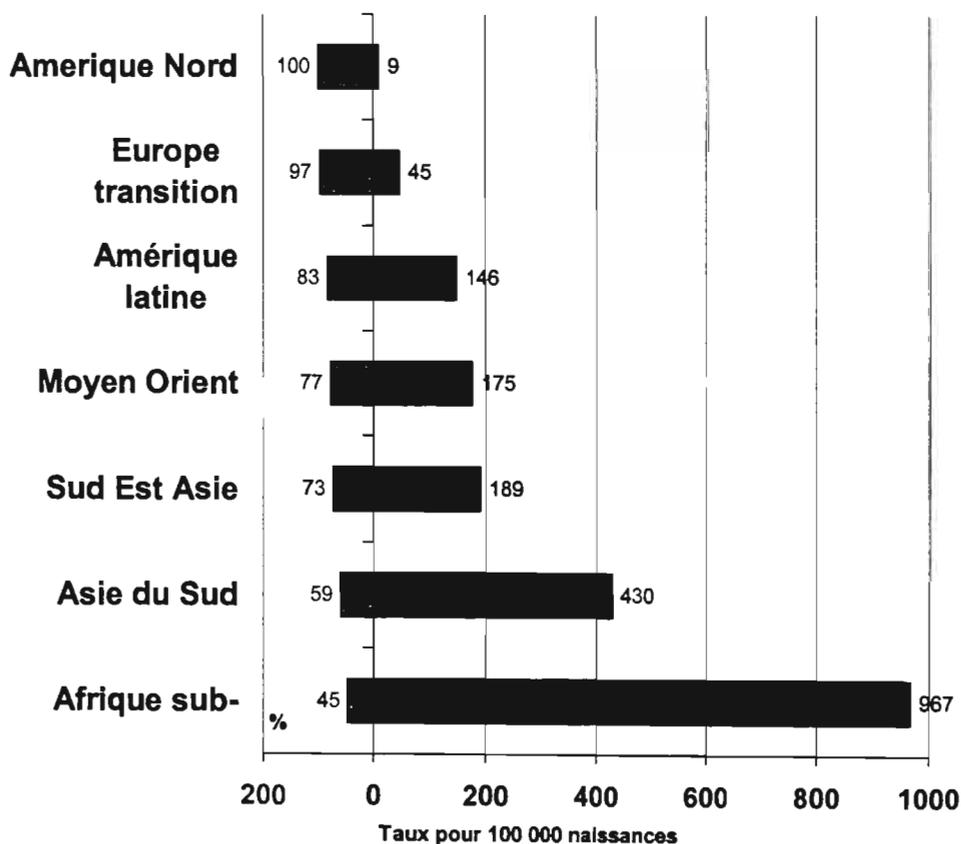
<sup>52</sup> Gervais BÉNINGUISSÉ, 2002, *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Paris et Louvain-La-Neuve, L'Harmattan-Academia Bruylant.

économiques et géographiques (entre les zones urbaines et rurales), qui s'étaient accentuées de 1978 à en 1991 se sont réduites, mais par le bas. Ce sont surtout les catégories sociales faisant auparavant le meilleur usage des services obstétricaux qui ont été les plus touchées par la baisse. Celle-ci est de 40 % entre 1979 et 1998 pour les catégories les plus aisées.

Pourtant le rapport entre mortalité maternelle et accouchement par du personnel qualifié est manifeste, comme le montre le graphique suivant. D'après une enquête en population générale menée dans 16 sites de 8 pays d'Afrique de l'Ouest<sup>53</sup>, la mortalité maternelle (sans tenir compte des décès maternels précoces) atteint 601 pour 100,000 naissances vivantes en zone rurale et de 241 en zone urbaine. En effet, en zone urbaine 83 % des naissances ont lieu dans des structures sanitaires ou avec du personnel qualifié alors que 80% des femmes rurales donnent naissance à la maison sans aucune aide qualifiée. 65% des différences de mortalité s'expliquent par les variations dans le pourcentage des naissances assistées par du personnel qualifié et 59 % par les variations dans le taux de césariennes. Cependant, une partie des variations des taux de mortalité maternelle reste inexpliquée. La qualité des soins, la formation des personnels, l'équipement des services, les facilités de transport jouent également. La pratique excessive de césariennes dans certains pays, comme le Brésil, conduit également à des taux élevés de mortalité maternelle.

Graphique 9. Pourcentage d'accouchement par du personnel qualifié et taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes.

Source : ONU, Division de la Population, 2003.



<sup>53</sup> RONSMANS et al. , 2003, « Maternal Mortality and Access to Obstetric Services in West Africa », *Trop. Med. Int. Health*, oct 8(10) : 940-948.

## Des raisons multiples

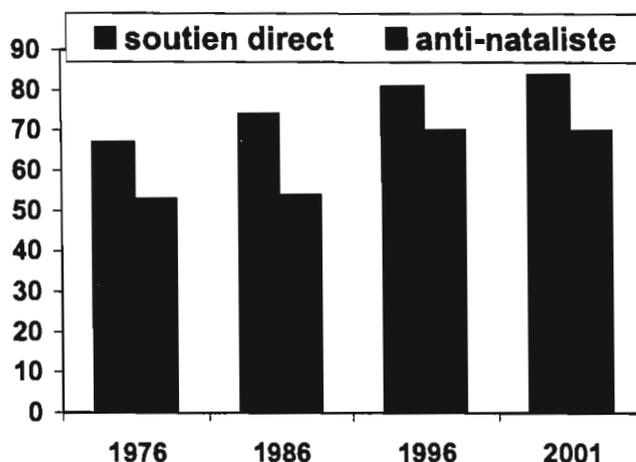
Quels ont été les obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre du programme d'action du Caire ? Des études de cas permettent de répondre en partie à cette question. Au Brésil et en Côte d'Ivoire<sup>54</sup> l'instabilité administrative a rendu difficile le suivi des programmes, de même que les contraintes budgétaires et, dans le premier pays, l'activité de groupes opposés à la perspective ouverte par le programme d'action du Caire. Cependant, au Brésil, la décentralisation et l'expansion du système de soins de santé primaire ainsi que la pression d'associations, d'institutions et d'élues féministes ont permis des progrès notables. La santé reproductive doit devenir une priorité du système de santé et faire l'objet d'une vigilance systématique et d'un contrôle épidémiologique pour être véritablement mise en oeuvre.

### *Les habits neufs de l'empereur*

De nombreux auteurs craignaient – et d'autres souhaitaient- que le terme de santé de la reproduction ne fasse que remplacer celui de planification familiale. De fait, si le soutien à la contraception s'est généralisé, c'est très souvent dans un but anti-nataliste. Alors que c'était le cas de la moitié des pays soutenant la contraception en 1976, c'est le cas des deux tiers en 1996 et 2001. L'augmentation, présente dans tous les continents, est nettement plus forte en Afrique.

Graphique 10. Pays soutenant directement l'accès à la contraception et parmi ceux-ci ceux qui ont un objectif anti-nataliste, en pourcentage, 1976-2001.

Source : United Nations, Population Division, 2001, *National population policies*.



La ratification du programme d'action du Caire n'a donc rien changé<sup>55</sup>. Les droits reproductifs ont constitué les « habits neufs de l'empereur », faute d'être fermement inscrits dans la problématique de l'accès aux services de santé pour tous.

Toutefois, on peut également s'interroger sur la réalité du soutien à la perspective de la santé de la reproduction dans les pays du Nord. Ainsi, les pays donateurs n'ont engagé que le tiers des fonds promis alors que les pays en développement, pourtant soumis à de graves crises

<sup>54</sup> AMOAKON Anoh, FASSASSI Raimi et VIMARD Patrice, 2002, « Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire », *dossiers du CEPED* 68, janvier.

<sup>55</sup> PETCHESKY Rosalind, 2003, *Global prescriptions, gendering reproductive health and human rights*, Londres, Zed Books.

économiques, financières et sanitaires, en ont versé les deux tiers<sup>56</sup>. Les investissements des pays du Nord favorisent souvent la planification familiale plus que la santé reproductive. D'ailleurs, la santé reproductive n'est pas incluse dans l'ensemble d'indicateurs clefs pour mesurer le progrès des programmes de développement publié par l'ONU le 19 septembre 2001, qui ne tient compte que de la mortalité maternelle. Enfin, l'arrivée au pouvoir des Républicains aux États-unis a marqué la fin du soutien de ce pays au programme du Caire. Le nouveau président a réintroduit des limitations à l'aide internationale à la planification familiale le lendemain de son élection contestée. Les groupes qui veulent bénéficier de l'aide américaine doivent désormais prouver qu'ils ne prennent pas parti en faveur de l'avortement, même dans le cadre d'activités qui ne sont pas financées par les États-unis. En conséquence, des associations ont dû arrêter certaines activités et leur liberté de parole a été réduite, ce qui a eu des conséquences négatives dans plusieurs pays où l'avortement est une cause importante de mortalité maternelle. Puis l'administration américaine a annoncé à une conférence régionale asiatique qu'elle s'opposerait à toute mention de « droits reproductifs », qu'elle assimile à l'avortement, à tort, suivant en cela les intégristes chrétiens<sup>57</sup>. Enfin, elle a lancé une initiative en faveur de la lutte contre le VIH, le paludisme qui marque le retour des grands programmes verticaux. Elle se caractérise aussi par la préférence pour l'abstinence sexuelle comme moyen de lutter contre la propagation du VIH.

### *L'impact délétère des réformes de la santé*

Le programme du Caire s'est d'ailleurs réalisé dans le contexte du programme de privatisation des services de santé et de décentralisation promu par différentes institutions internationales, dont la Banque mondiale.

La privatisation était supposée rendre plus efficace les systèmes sanitaires et générer des revenus en faisant payer ceux qui le pouvaient alors que les autres recevraient des subventions. Au contraire, l'accès aux soins modernes s'est souvent réduit car les personnes ne pouvaient plus payer. Les subventions ont été détournées, n'ont pas été mises en place ou restent inconnues des populations. Au Cameroun comme au Sénégal<sup>58</sup>, du fait de la crise économique et des programmes d'ajustement structurel, la part du budget national consacré à la santé a diminué de 1961-65 à 1992-93, ce qui a d'importantes conséquences sur les dysfonctionnements actuels du système de santé (longues files d'attente, compartimentage des interventions, corruption). Le moral des personnels de santé a souvent été atteint par l'impossibilité de soigner ceux qui n'ont pas d'argent.

La décentralisation des services ainsi que la participation des usagers et des ONG ont été préconisés par la Conférence du Caire pour permettre une plus grande efficacité et une plus grande proximité avec les usagers. Elle aurait été mise en oeuvre par presque tous les pays selon leurs déclarations<sup>59</sup>. Cependant, la décentralisation peut aussi marquer simplement un désengagement financier de l'État ou avoir pour conséquence un abandon de la santé de la reproduction, jugée peu importante par les notables locaux. Aussi ses effets peuvent diverger, comme le montrent les exemples des Philippines et du Ghana. Aux Philippines<sup>60</sup>, la décentralisation n'a pas amélioré l'efficacité et l'équité du secteur de la santé. Au contraire,

---

<sup>56</sup> ASHFORD, Lori S. 2001, "New population policies: advancing women's health and rights", *Population Bulletin* 56(1), mars : 34.

<sup>57</sup> FOURREST Caroline et Fiametta VENNEN, 2003, *Tirs croisés*, Paris, Calmann-Levy.

<sup>58</sup> Francine SAILLANT et Manon BOULIANNE (eds), 2003, *Transformations sociales, genre et santé. Perspectives critiques et comparatives*, Paris-Québec, L'Harmattan et les Presses de l'Université Laval.

<sup>59</sup> United Nations, 2001, opus cité : 120.

<sup>60</sup> Rama LAKSHMINARAYANAN, 2003, "Decentralisation and its Implications for Reproductive Health: The Philippines Experience", *Reproductive Health Matters*, 11(21) : 96-107.

elle a exacerbé les inégalités, affaibli l'engagement local envers les priorités sanitaires et sapé l'efficacité des services en bouleversant les systèmes d'aiguillage des malades. Ces effets menacent particulièrement les services de santé génésique, dont certains, par exemple la planification familiale, sont controversés et donc sensibles aux pressions locales, et d'autres, par exemple les soins obstétriques d'urgence, exigent un système de santé efficace. L'expérience philippine montre aussi que l'autorité doit être partagée entre le centre et les unités locales afin d'atteindre les objectifs nationaux et répondre aux besoins locaux. Au contraire au Ghana<sup>61</sup> d'après des recherches qualitatives, la décentralisation a été positive. Des programmes disparates de planification familiale, de santé maternelle et infantile, d'infections sexuellement transmissibles et de VIH/SIDA ont été intégrés dans un cadre national de santé génésique et les donateurs ont coordonné leur financement. Certaines décisions sur l'allocation des ressources demeurent contrôlées centralement, ce qui peut être une précaution nécessaire pour les services de santé génésique. Les fonds réservés par les donateurs garantissent un approvisionnement régulier de contraceptifs et de médicaments pour les d'infections sexuellement transmissibles. Le personnel de santé génésique représente une forte proportion du personnel de soins de santé primaires, mais, surtout en zone rurale, les conditions de travail sont mauvaises, avec un fort taux de rotation. La création de mécanismes locaux de définition des priorités et de plaidoyer pourrait être bénéfique pour les soins de santé génésique.

La participation des usagers a parfois été mise en oeuvre, par exemple au Brésil<sup>62</sup> où les associations de femmes sont intégrées au plus haut niveau dans l'élaboration des politiques. Au Bangladesh<sup>63</sup>, au milieu des années 90, la participation de la société civile à la conception a été encouragée, ce qui a permis à beaucoup de femmes, en majorité pauvres, de s'y associer. En revanche, pendant la phase d'application, la réforme est devenue un programme dirigé par le gouvernement et les donateurs, coupé de la société civile. L'espace pour la voix des femmes a été réduit. Lors du changement de gouvernement en 2001, les opposants aux réformes ont réussi à arrêter la restructuration du système de santé, en partie parce que la société civile n'était plus engagée dans le processus de réforme et a opposé peu de résistance.

## **Conclusion : retrouver le cap du programme d'action du Caire**

La comparaison de deux enquêtes démographiques et de santé réalisées dans 33 pays en 1986-1995 et 1995-2002 a permis de montrer des progrès dans les indicateurs de planification familiale. L'information sur les différentes méthodes de contraception et la prévalence contraceptive ont progressé aussi bien en Afrique subsaharienne que dans les autres pays. Une certaine diversification des méthodes s'est également produite, bien que dans sept pays la ligature soit la méthode majoritaire de contraception alors que de nombreuses femmes ont une demande d'espacement des naissances. On peut également regretter que les améliorations aient été légères, alors que certains pays, comme le Bangladesh ou le Malawi, ont connu des progrès nettement plus significatifs. De plus, les données ne permettent pas de vérifier les avancées dans la qualité des informations fournies sur les différentes méthodes de contraception, qui était très insuffisante là où elle a pu être mesurée.

---

<sup>61</sup> Susannah H MAYHEW, 2003, "The Impact of Decentralisation on Sexual and Reproductive Health Services in Ghana", *Reproductive Health Matters*, 21 : 74-87.

<sup>62</sup> CORRÉA et Arilha, à paraître, opus cité.

<sup>63</sup> ROUNAQ Jahan, 2003, "Restructuring the Health System: Experiences of Advocates for Gender Equity in Bangladesh". *Reproductive Health Matters*, 11 (21) : 183-191.

La transformation des services de planification familiale en services de santé reproductive a été réalisée plus souvent en Amérique latine qu'en Afrique et surtout qu'en Asie. Elle s'est souvent limitée à l'adjonction de la planification familiale aux services de santé materno infantile et parfois d'activités de prévention des MST et VIH. Les enquêtes démographiques et de santé ne permettent d'ailleurs que de mesurer ces actions, les infertilités, les cancers et autres morbidités reproductives n'étant pas prises en compte. Il faut souligner cependant l'absence de progrès réalisés depuis dix ans dans l'accès des parturientes à de bonnes conditions d'accouchement. « Sauver la vie de celles qui donnent » la vie n'est manifestement toujours pas une priorité des politiques publiques, ce qui augure mal de la volonté de mettre en oeuvre le reste du programme d'action du Caire.

La dégradation de la situation économique de certains pays, la poursuite de programmes d'ajustement structurels qui réduisent leurs marges de manœuvre et leurs dépenses sociales, les réformes de la santé qui ont parfois réduit l'accès aux soins sont quelques unes des explications avancées. Il serait donc nécessaire de réaffirmer les principes du Caire en les inscrivant fermement dans l'objectif de la santé pour tous qui reste une nécessité absolue.



# Santé et survie de l'enfant

**Magali Barbieri**

En 1990, plus de huit millions d'enfants décédaient dans leur première année et presque quatre millions entre leurs premier et cinquième anniversaires, soit un total de douze millions de décès de jeunes enfants, 99 % d'entre eux dans les pays en développement<sup>64</sup>. Face à ce terrible constat, le Plan d'Action élaboré à l'issue de la conférence qui s'est tenue au Caire en 1994 contenait une série de recommandations visant à réduire du tiers le taux de mortalité infanto-juvénile<sup>65</sup> dans l'ensemble des pays du monde :

*"Les pays devraient s'efforcer de réduire d'un tiers d'ici à l'an 2000 la mortalité infantile et la mortalité des enfants de moins de 5 ans ou de ramener celles-ci à 50 et 70 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement (l'objectif à retenir étant celui qui correspond à la réduction la plus importante), compte tenu toutefois de la situation particulière de chaque pays." (Nations Unies, 1998, p.84)*

## Des progrès considérables

Dix ans après Le Caire, des progrès ont incontestablement été accomplis, puisque presque quatre millions d'enfants ont été épargnés à travers le monde<sup>66</sup>. Le Tableau 1 présente le niveau de la mortalité infanto-juvénile en 1990-95 et en 2000-05 ainsi que son évolution entre les deux périodes pour chaque grande région et sous-région du monde. Les cartes 1 à 4 montrent les niveaux de mortalité infanto-juvénile dans les pays pour ces deux mêmes périodes. La mortalité au dessous de cinq ans a baissé de 14% environ au cours de cette décennie, soit presque la moitié des 33 % souhaités pour 2015, ce qui suggère a priori que l'objectif numéro un du Caire en matière de survie de l'enfant pourrait effectivement être atteint à l'échelle mondiale.

Dans la grande majorité des régions en développement, la baisse a été supérieure à l'objectif. En Asie et en Amérique Latine, le taux a diminué de plus de 20 pour cent en dix ans. Le recul a même atteint 28 pour cent en Asie du sud-est. En Océanie, la baisse a été de 23 à 27 pour cent dans les trois sous-régions en développement (Mélanésie, Micronésie et Polynésie). En Afrique en revanche, la situation générale n'a montré qu'une faible évolution entre les deux dates avec une baisse du taux de mortalité infanto-juvénile n'atteignant pas 10 pour cent au cours de la dernière décennie du 20<sup>ème</sup> siècle, alors que ce continent se caractérisait déjà au moment du Caire par le niveau de mortalité des jeunes enfants le plus élevé : un enfant sur cinq continue à y mourir avant d'avoir atteint son cinquième anniversaire.

---

64 Voir l'encadré n°2 pour une présentation des sources de données utilisées dans ce rapport.

65 Voir l'encadré n°1 pour une définition des indicateurs présentés.

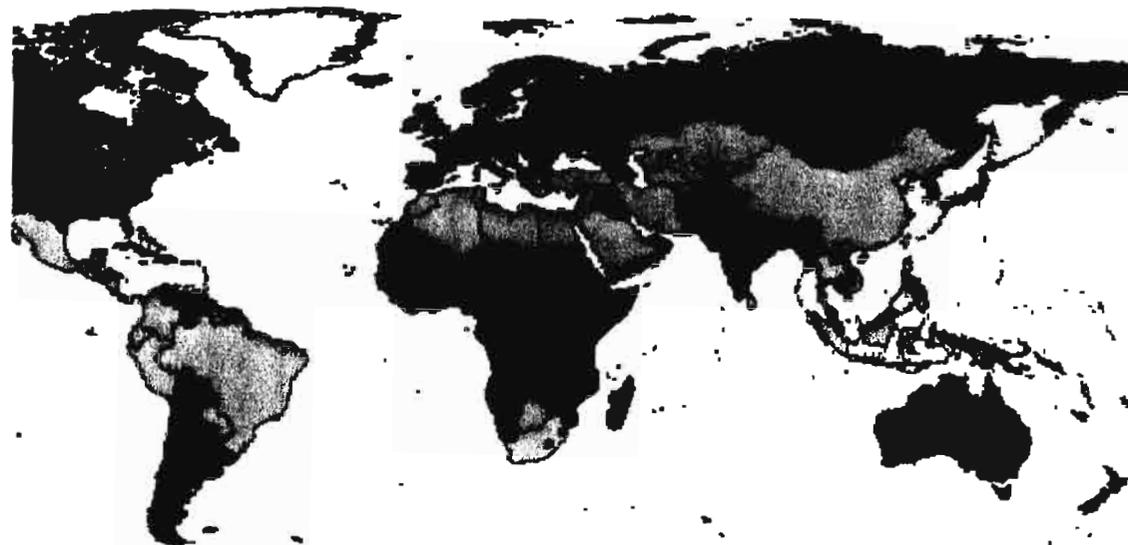
66 Il s'agit de la différence entre le nombre de décès estimé avant cinq ans avec le taux de mortalité de 1990 et celui observé avec le taux de 2000.

Tableau 1. Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1,000 en 1990-95 et en 2000-05 et évolution entre les deux périodes

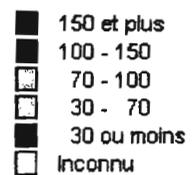
Région	1990-95	2000-05	Evolution en %
<b>Monde</b>	<b>93,6</b>	<b>80,9</b>	<b>13,6</b>
-Régions économiquement développées	12,9	9,5	26,4
-Régions en développement	103,3	88,7	14,1
dont pays les moins développés	182,8	160,5	12,2
<b>AFRIQUE</b>	<b>163,6</b>	<b>148,4</b>	<b>9,3</b>
Afrique de l'Est	184,7	163,4	11,5
Afrique Centrale	206,9	207,0	0,0
Afrique du Nord	92,8	65,7	29,2
Afrique Australe	71,2	87,9	-23,5
Afrique de l'Ouest	174,3	150,7	13,5
<b>ASIE</b>	<b>89,4</b>	<b>70,6</b>	<b>21,0</b>
Asie de l'Est	51,6	39,9	22,7
Asie Centre-Sud	117,6	93,3	20,7
Asie du Sud-Est	77,4	55,2	28,7
Asie Occidentale	74,2	56,6	23,7
<b>EUROPE</b>	<b>15,8</b>	<b>11,3</b>	<b>28,5</b>
Europe de l'Est	23,7	18,1	23,6
Europe du Nord	9,6	6,6	31,3
Europe du Sud	13,0	9,3	28,5
Europe Occidentale	8,0	5,9	26,3
<b>Amérique Latine et Caraïbes</b>	<b>51,4</b>	<b>40,6</b>	<b>21,0</b>
Caraïbes	66,6	57,6	13,5
Amérique Centrale	46,2	37,5	18,8
Amérique du Sud	52,2	40,3	22,8
<b>Amérique du Nord</b>	<b>9,7</b>	<b>8,2</b>	<b>15,5</b>
<b>OCEANIE</b>	<b>42,5</b>	<b>34,6</b>	<b>18,6</b>
Australie/Nouvelle-Zélande	8,3	6,8	18,1
Mélanésie	93,9	72,4	22,9
Micronésie	35,0	25,6	26,9
Polynésie	35,2	26,1	25,9

Source : World Populations Prospects 2002, Nations Unies, 2003.

Carte 1. Taux de mortalité infanto-juvénile en 1990-95



Taux de mortalité infanto-juvénile p.1000



Source : *World Population Prospects 2002, Nations Unies, 2003.*

Carte 2. Taux de mortalité infanto-juvénile en 2000-2005

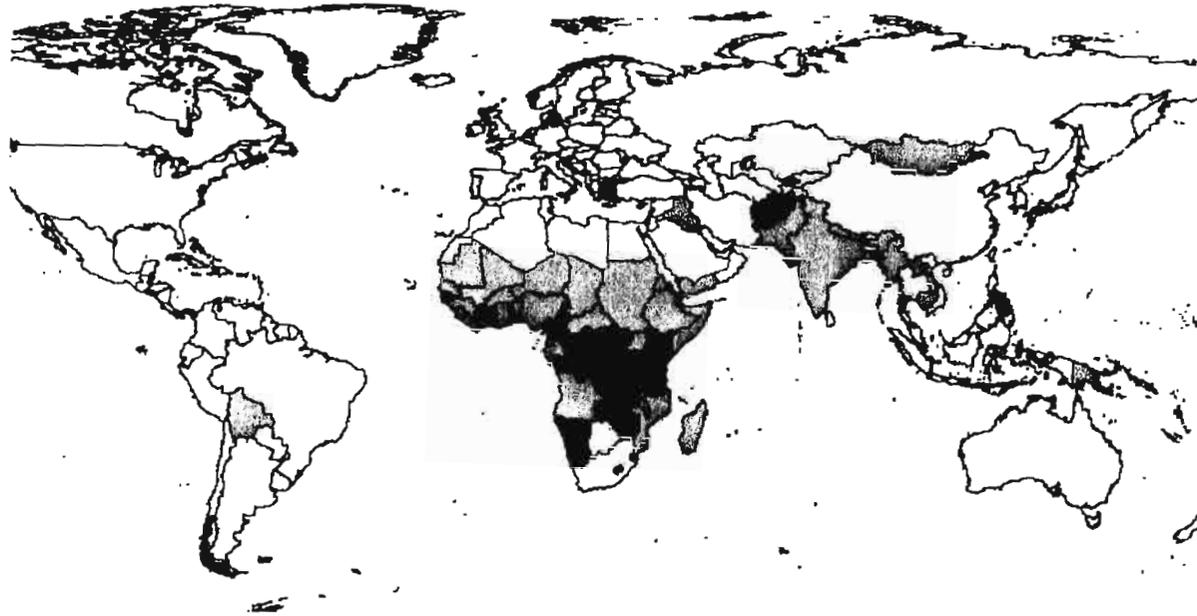


Taux de mortalité infanto-juvénile p.1000



Source : *World Population Prospects 2002, Nations Unies, 200*

Carte 3. Évolution de la mortalité infanto-juvénile entre 1990-95 et 2000-05  
Pays dont le taux était supérieur à 100 pour mille en 1990-95

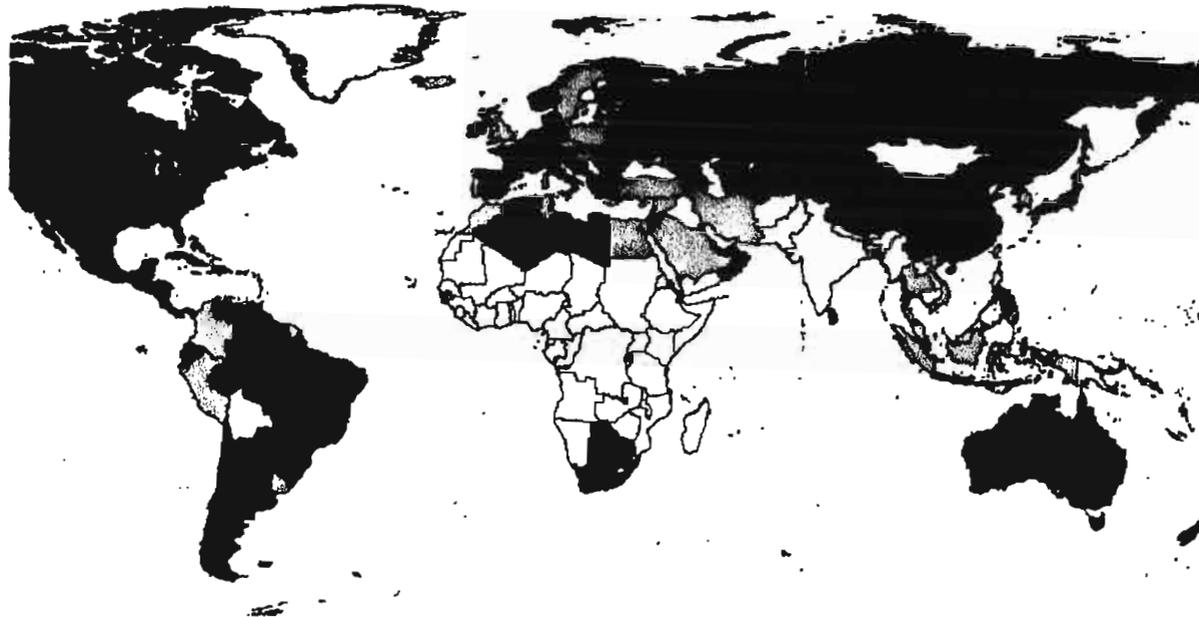


Evolution de la mortalité infanto-juvénile

- Stagnation ou augmentation
- ▨ Taux > 70 et baisse < 30%
- Taux > 70 et baisse > 30%
- NA

Source : *World Population Prospects 2002, Nations Unies, 2003.*

Carte 4. Evolution de la mortalité infanto-juvénile entre 1990-95 et 2000-05  
Pays dont le taux était inférieur à 100 pour mille en 1990-95



Evolution de la mortalité infanto-juvénile

- Stagnation ou augmentation
- Baisse < 30%
- Baisse > 30%
- NA

Source : *World Population Prospects 2002, Nations Unies, 2003.*

## Un accroissement des disparités inter-continentales

L'évolution contrastée de la mortalité des enfants entre les continents du monde en développement handicape la réalisation du second grand objectif formulé lors de la conférence du Caire, à savoir :

*"Durant les 20 années à venir, il faudrait s'attacher [...] à réduire notablement l'écart des taux moyens de mortalité infantile et juvénile entre régions développées et en développement du monde." (Nations Unies, 1998, p.83)*

De fait, les Figures 1 et 2 montrent que si la baisse a été la plus faible (-9 %) dans la région du monde où la mortalité des enfants était la plus élevée en 1990-95 (164 pour mille), elle a été aussi la plus forte (-28,5 %) sur le continent (l'Europe) où la mortalité était déjà parmi les plus faibles au moment du Caire (16 pour mille). Il en résulte donc un creusement des écarts inter-continentaux au cours de la décennie passée. De 1 à 10, l'écart entre l'Afrique et l'Europe a augmenté de 1 à 13 entre 1990-95 et 2000-05.

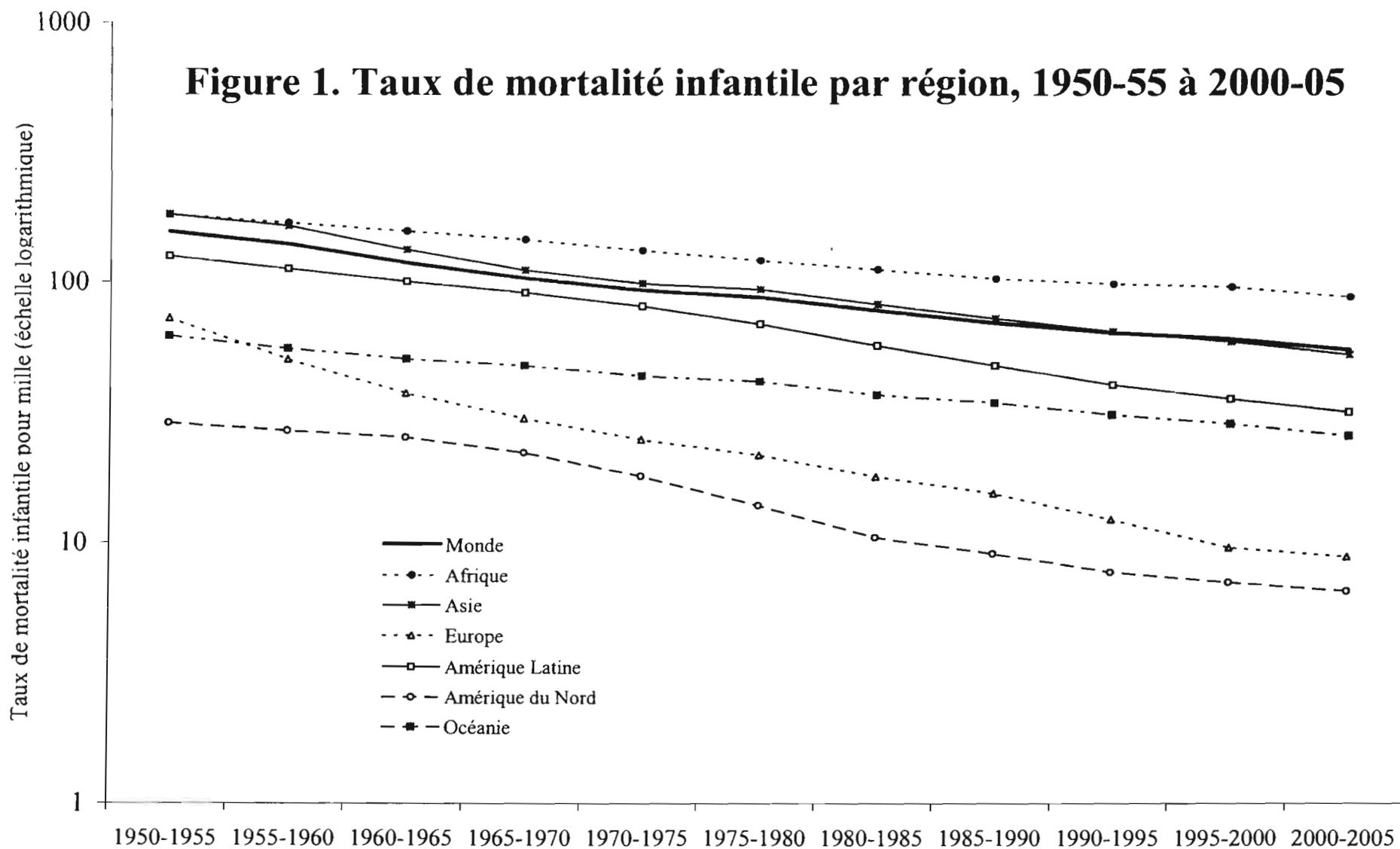
Les écarts observés entre sous-régions à l'intérieur des continents sont plus modestes que ceux qui existent entre les continents (Tableau 2). Par ailleurs, leur évolution a été plutôt favorable et l'on n'observe nulle part un accroissement très sensible des disparités. Le continent le moins homogène est l'Océanie parce que l'une des sous-régions les plus développées du monde y côtoie des sous-régions où la pauvreté demeure forte : le niveau de mortalité des enfants est ainsi dix fois supérieur en Mélanésie qu'en Australie/Nouvelle-Zélande. Toutefois, cet écart est en diminution, comme c'est le cas pour les autres sous-régions océaniques. C'est en Amérique Latine que les disparités entre sous-régions étaient les plus faibles en 1990-95 et demeurent les plus faibles en 2000-05 (de 1 à 1,5 entre les sous-régions extrêmes, soit les Caraïbes et l'Amérique centrale). En Afrique et en Asie, les écarts entre sous-régions extrêmes sont comparables, soit de 1 à presque 2,5.

Tableau 2. Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1,000  
Écarts intra-intracontinentaux (entre sous-régions) en 1990-95 et en 2000-05

Région	1990-95	2000-05
<b>AFRIQUE</b>		
Afrique de l'Est	2,6	1,9
Afrique Centrale	2,9	2,4
Afrique du Nord	1,3	0,7
Afrique Australe	1,0	1,0
Afrique de l'Ouest	2,4	1,7
<b>ASIE</b>		
Asie de l'Est	1,0	1,0
Asie Centre-Sud	2,3	2,3
Asie du Sud-Est	1,5	1,4
Asie Occidentale	1,4	1,4
<b>EUROPE</b>		
Europe de l'Est	3,0	3,1
Europe du Nord	1,2	1,1
Europe du Sud	1,6	1,6
Europe Occidentale	1,0	1,0
<b>Amérique Latine et Caraïbes</b>		
Caraïbes	1,4	1,5
Amérique Centrale	1,0	1,0
Amérique du Sud	1,1	1,1
<b>OCEANIE</b>		
Australie/Nouvelle-Zélande	1,0	1,0
Mélanésie	11,4	10,6
Micronésie	4,2	3,7
Polynésie	4,3	3,8

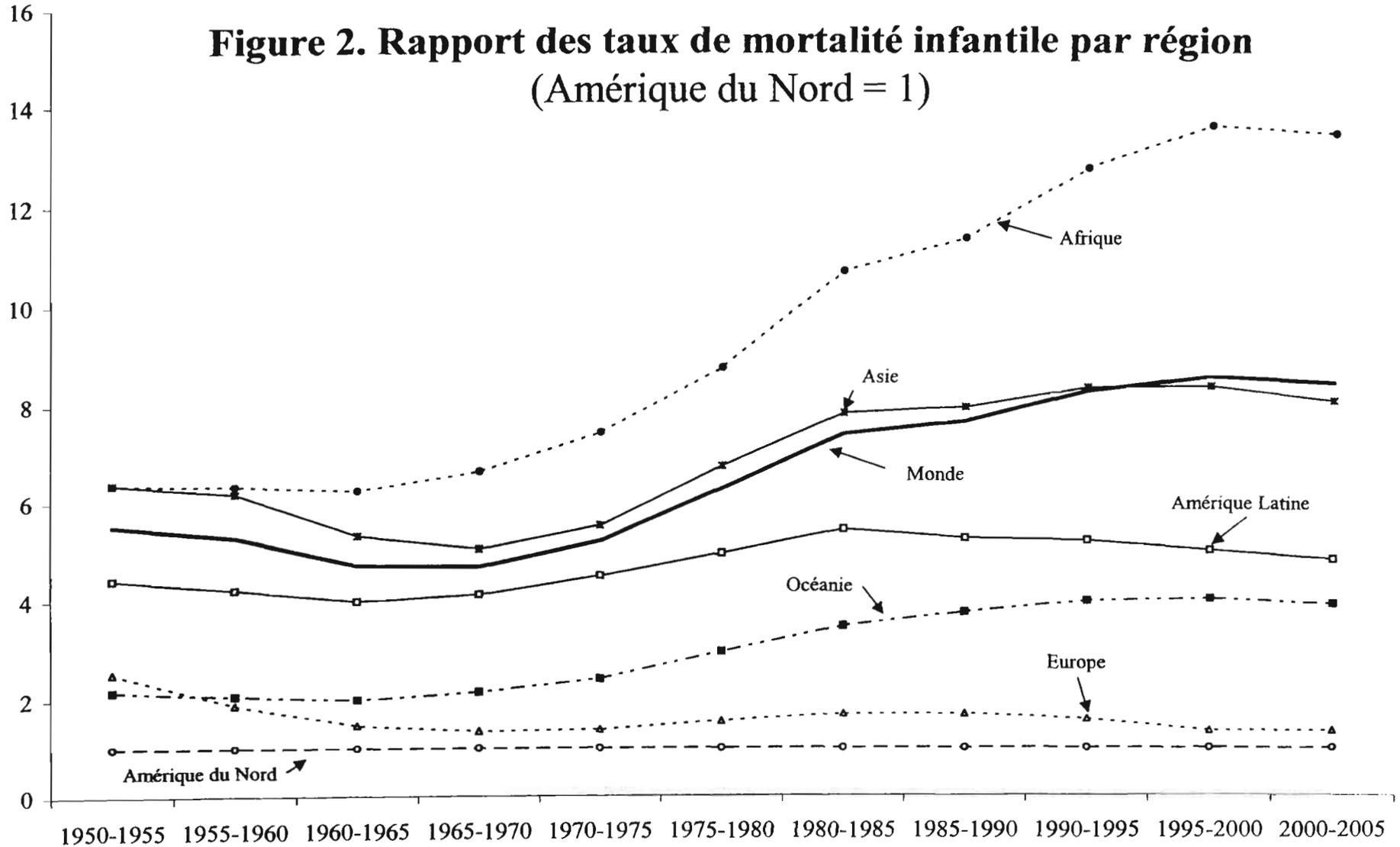
Source : World Populations Prospects 2002, Nations Unies, 2003.

**Figure 1. Taux de mortalité infantile par région, 1950-55 à 2000-05**



Source : World Population Prospects, the 2002 Revision, Nations Unies.

**Figure 2. Rapport des taux de mortalité infantile par région**  
(Amérique du Nord = 1)



Source : World Population Prospects, the 2002 Revision, Nations Unies.

Une analyse plus détaillée montre cependant que la situation est très différente entre ces deux continents dans la mesure où, en Asie, la stabilité des écarts entre les deux périodes s'explique par une baisse parallèle des taux de mortalité infanto-juvénile dans toutes les sous-régions alors qu'en Afrique, elle s'explique par une évolution contrastée, marquée par une **augmentation** de la mortalité des jeunes enfants dans l'une des sous-régions où elle était initialement la plus faible (l'Afrique australe, avec un taux de mortalité infanto-juvénile qui a augmenté de presque 25 pour cent en dix ans du fait de l'épidémie de SIDA qui y sévit) et une stabilisation là où elle était déjà de loin la plus élevée en 1990-95 (l'Afrique centrale, avec un taux supérieur à 200 pour mille). L'Afrique australe et l'Afrique centrale sont d'ailleurs les deux seules sous-régions du monde dans lesquelles la mortalité infanto-juvénile n'a pas diminué au cours de la décennie passée. Partout ailleurs, la baisse a été d'au moins 10 pour cent, et, dans la plupart des sous-régions, elle a été supérieure à 20 pour cent.

### Une stabilisation des écarts intra-régionaux

Le Tableau 3 poursuit l'analyse des disparités en présentant les écarts de mortalité des jeunes enfants entre pays, à l'intérieur de chaque sous-région. Il montre que ces écarts sont beaucoup plus considérables que ceux observés entre sous-régions. L'écart maximal est observé en Asie du sud-est, entre Singapour où le taux de mortalité infanto-juvénile est aujourd'hui l'un des plus faibles du monde, soit 4 pour mille, et la République démocratique du Timor, où il s'établit à plus de 180 pour mille. L'écart s'est accru au sein de cette sous-région puisqu'il était de 1 à 30 en 1990-95 et qu'il est aujourd'hui de presque 1 à 50. Il s'agit toutefois là d'une exception dans le paysage général car partout ailleurs les écarts entre pays d'une même sous-région ne dépassent pas un rapport de 1 à 20 et, dans la plupart des sous-régions, ils sont inférieurs à un rapport de 1 à 10. Par ailleurs, globalement, si les disparités entre pays d'une même sous-région ne montrent pas de tendances claires à l'amélioration, elles ne semblent pas non plus s'être accrues.

Tableau 3. Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1,000  
Écarts intra-régionaux extrêmes (entre pays) en 1990-95 et en 2000-05

Région	1990-95	2000-05
<b>AFRIQUE</b>		
Afrique de l'Est	12,51	12,02
Afrique Centrale	4,41	5,95
Afrique du Nord	5,22	5,60
Afrique Australe	2,30	1,90
Afrique de l'Ouest	5,85	8,57
<b>ASIE</b>		
Asie de l'Est	16,79	19,32
Asie Centre-Sud	9,18	11,96
Asie du Sud-Est	30,62	46,01
Asie Occidentale	13,58	13,11
<b>EUROPE</b>		
Europe de l'Est	3,31	4,16
Europe du Nord	4,01	4,24
Europe du Sud	5,59	5,21
Europe Occidentale	1,48	1,20
<b>Amérique Latine et Caraïbes</b>		
Caraïbes	14,22	13,07
Amérique Centrale	4,03	4,46
Amérique du Sud	6,07	5,28
<b>Amérique du Nord</b>	1,29	1,31
<b>OCEANIE</b>		
Australie/Nouvelle-Zélande	1,15	1,08
Mélanésie	6,29	8,87
Micronésie	3,75	3,69
Polynésie	3,69	3,67

Source : World Populations Prospects 2002, Nations Unies, 2003.

En conclusion, ce sont les continents où le niveau de la mortalité infanto-juvénile était le plus faible au début des années quatre-vingt-dix qui ont connu le rythme de baisse le plus rapide au cours de la décennie passée, si bien que la tendance observée depuis le début des années soixante d'un creusement des écarts entre les continents caractérisés par des situations extrêmes (Amérique du Nord et Europe d'un côté, Afrique de l'autre) se poursuit. Un examen plus approfondi (portant à la fois sur l'évolution entre 1990-95 et 1995-2000 et sur celle de 1995-2000 à 2000-2005) montre des signes de stabilisation des écarts mais il faudra attendre d'avoir un peu plus de recul avant de conclure définitivement à un ralentissement de cette tendance.

### Des différentiels socio-géographiques encore considérables

*"Durant les 20 années à venir, il faudrait s'attacher [...] à éliminer les disparités existant dans les pays, entre régions géographiques et entre groupes ethniques, culturels et socio-économiques." (Nations Unies, 1998, p.83)*

La seule source qui nous permet d'examiner les différentiels sociaux et géographiques de la mortalité des enfants au sein des pays en développement dans une approche comparative est celle du Programme des Enquêtes démographiques et de santé. Ce vaste programme d'enquêtes financé par le gouvernement américain depuis près de vingt ans a produit des indicateurs de santé et de survie des enfants dans plus de 70 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine. Les enquêtes rétrospectives, conduites sur des échantillons représentatifs au niveau national, voir régional, fournissent les données nécessaires à l'estimation des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile selon de nombreuses variables socio-économiques, culturelles et géographiques. Dans presque 40 pays, plus de deux enquêtes ayant été réalisées, il est possible d'observer l'évolution des différentiels au cours du temps<sup>67</sup>. Les résultats sont présentés dans le Tableau 4 ci-dessous.

Le tableau indique que dans tous les pays, la mortalité des enfants est supérieure en milieu rural qu'en milieu urbain. A l'exception du Pérou, où la mortalité en milieu rural est plus de deux fois supérieure à celle du milieu urbain, les écarts s'établissent partout autour de 1 à 1,5. Si l'on considère les régions géographiques à l'intérieur de chaque pays, les écarts sont beaucoup plus larges. Les différentiels géographiques les plus importants sont ceux observés au Kenya (rapport de 1 à 6 entre les régions extrêmes) et en Inde (rapport de 1 à 5,5). Ailleurs, les différentiels géographiques s'établissent entre 1,3 et 3,7. Les différentiels sociaux sont du même ordre de grandeur : globalement, les enfants des femmes ayant acquis un niveau d'instruction secondaire ont une probabilité de survivre à leur cinquième anniversaire deux fois supérieure à celle des enfants des femmes n'ayant jamais été à l'école.

Quel que soit l'indicateur utilisé (différentiel urbain/rural, différentiel géographique ou différentiel selon le niveau d'éducation de la mère), on n'observe pas de tendances claires, dans un sens ou dans l'autre, en terme d'évolution des disparités entre les enquêtes de la première période (réalisées autour de 1990) et celles de la seconde période (autour de 2000). Enfin, les disparités socio-géographiques ne semblent pas varier selon le niveau national de la mortalité des enfants puisque les différentiels sont très comparables dans toutes les grandes régions représentées (Afrique sub-saharienne, Moyen-Orient, Asie du sud et du sud-est et Amérique latine).

---

<sup>67</sup> La répartition des pays par grande région et la part de la population totale des régions représentée par les données disponibles figurent au Tableau A en annexe.

## La détérioration de la couverture vaccinale

*"Tous les gouvernements devraient s'attacher à [...] assurer à la population dans son ensemble, et en particulier aux groupes les plus vulnérables et les plus mal desservis, des services intégrés englobant santé en matière de procréation et santé de l'enfant, maternité sans risque, survie de l'enfant et planification familiale. [...]" (Nations Unies, 1998, p.84)*

Les progrès considérables réalisés au cours des années quatre-vingt en matière de lutte contre la mortalité des enfants dans les pays en développement ont été en grande partie attribués à des mesures relevant des soins de santé primaire, au premier rang desquelles figurent le programme élargi de vaccination (PEV), dont l'UNICEF s'est fait le promoteur. Conçu par l'Organisation mondiale de la santé en 1974, le PEV s'était fixé pour objectif de vacciner avant leur premier anniversaire au moins 90 pour cent enfants du monde contre les six maladies infectieuses vaccinables que sont la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose. Les cartes 5 et 6 montrent quelle était la situation vaccinale des enfants dans chaque pays du monde à la veille du Caire et quelle a été l'évolution de la couverture vaccinale au cours des dix années suivantes.

Tandis que les taux de couverture vaccinale étaient inférieurs à 10 pour cent dans l'ensemble du monde en développement au moment de la mise en route du PEV, ils ont augmenté progressivement pour atteindre 75 pour cent au lendemain du Caire. Cette progression représente près de vingt millions de vies sauvées. La poliomyélite est sur le point d'être éradiquée et les décès d'enfants par rougeole ont diminué des deux-tiers en vingt cinq ans. C'est en Asie de l'est, en Amérique latine, au Moyen-Orient et en Océanie que les progrès ont été les plus importants et les plus soutenus avec 80 à 90 pour cent d'enfants de moins de un an vaccinés. La situation est toutefois préoccupante en Asie du sud et en Afrique sub-saharienne, deux régions caractérisées non seulement par les taux de couverture vaccinale les plus faibles, mais aussi par un arrêt de la progression, voir un retournement des tendances favorables au cours des cinq dernières années du 20<sup>ème</sup> siècle. Ainsi, la couverture vaccinale en Asie du sud, qui s'établissait à moins de 25 pour cent en 1980, s'est stabilisé autour de 60 pour cent au cours des dix dernières années. En Afrique sub-saharienne, le taux de couverture vaccinale est passé de 16 pour cent en 1980, à 56 pour cent en 1990, puis il a décliné pour atteindre seulement 46 pour cent en 1999<sup>68</sup> et jusqu'à moins de 30 pour cent dans les pays les plus pauvres. En bref, ce sont environ un quart de l'ensemble des enfants qui naissent chaque année à travers le monde, soit 34 millions, qui ne bénéficient d'aucune vaccination.

## Le recul de la malnutrition et les progrès de l'allaitement

L'Organisation mondiale de la santé estime à 54 pour cent la proportion de décès d'enfants de moins de cinq ans favorisés par la malnutrition. Non seulement la plupart des maladies infectieuses et parasitaires de la petite enfance sont souvent causes de malnutrition par la perte d'appétit et par les diarrhées qu'elles provoquent, mais la malnutrition elle-même est très souvent facteur de morbidité et de mortalité car elle entraîne un affaiblissement du système immunitaire, accroissant la susceptibilité à un grand nombre de maladies mortelles de la petite enfance.

---

<sup>68</sup> Source : [www.childinfo.org/eddb/immuni/trends.htm](http://www.childinfo.org/eddb/immuni/trends.htm)

Tableau 4. Différentiels socio-géographiques de mortalité infanto-juvénile (Enquêtes démographiques et de santé)

Pays et années d'enquête	Population en 1995 (en milliers)	Mortalité infanto-juvénile							
		Taux pour mille naissances		Rapport Rural/Urban		Rapport Sans ed /Second. ou plus		Rapport entre les régions extrêmes	
		Enquête 1	Enquête 2	Enquête 1	Enquête 2	Enquête 1	Enquête 2	Enquête 1	Enquête 2
<b>Afrique sub-saharienne</b>									
Bénin 1996 et 2001	5 470	183,9	162,7	1,33	1,31	2,53	2,16	1,10	1,34
Burkina Faso 1992/93 et 1998/99	10 302	204,5	224,1	1,44	1,82	2,44	2,30	1,36	1,68
Cameroun 1991 et 1998	13 414	144	146,3	1,32	1,45	2,47	2,21	2,27	2,22
Côte d'Ivoire 1994 et 1998/99	14 365	149,9	174,3	1,37	1,57	1,74	2,43	1,43	1,66
Ghana 1988 et 1998	17 510	153,8	110,4	1,24	1,59	1,73	1,50	2,13	2,60
Kenya 1989 et 1998	27 390	91,2	105,2	1,04	1,23	1,68	2,05	3,39	5,93
Madagascar 1992 et 1997	13 789	177,8	163,9	1,29	1,37	1,97	1,88	1,49	1,62
Malawi 1992 et 2000	10 047	239,7	202,7	1,19	1,42	2,00	1,82	1,30	1,25
Mali 1987 et 2001	10 356	278,3	238,2	1,52	1,37	2,93	2,76	2,42	2,17
Niger 1992 et 1998	9 036	326,2	302,6	1,65	1,84	3,17	2,42	2,50	2,54
Nigeria 1990 et 1999	99 717	191,3	133,3	1,60	1,32	1,86	1,79	1,70	2,24
Rwanda 1992 et 2000	5 136	162,6	206,7	1,05	1,53	1,88	1,99	1,34	1,46
Sénégal 1986 et 1997	8 338	210,6	139,4	1,82	1,85	3,03	2,83	1,67	2,18
Tanzanie 1992 et 1999	30 849	153,5	161,1	0,95	1,17	1,61	2,64		
Togo 1988 et 1998	3 869	159,7	143,8	1,29	1,55	1,90	1,93	1,39	1,31
Ouganda 1988 et 2000/01	20 274	187,1	156,8	1,15	1,63	1,47	2,01	1,24	1,33
Zambie 1992 et 2001/02	9 371	177,9	167,9	1,33	1,30	1,52	1,63	1,87	1,91
Zimbabwe 1988 et 1999	11 731	84,7	90,3	1,81	1,44	2,67	1,51		
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>									
Egypte 1992 et 2000	61 638	107,8	69,2	1,85	1,50	2,52	2,21	2,96	2,19
Jordanie 1990 et 1997	4 249	42,4	34	1,17	1,46	1,19	2,13	2,29	1,69
Maroc 1987 et 1992	26 839	116,7	83,9	1,74	1,67	2,00	4,08	2,29	1,83
Turquie 1993 et 1998	63 070	80,5	59,7	1,47	1,43	3,64	2,65	1,67	1,49
Yemen 1991/92 et 1997	15 124	137,1	121	1,21	1,34	2,91	1,79	1,40	1,21
<b>Asie Centrale</b>									
Kazakhstan 1995 et 1999	16 556	47,9	63	1,20	1,46				
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>									
Bangladesh 1993/94 et 1999/2000	123 406	149,7	110	1,34	1,17	1,89	1,93	1,48	1,56
Inde 1992/93 et 1998/99	931 351	118,8	101,4	1,67	1,70	2,53	2,46	11,14	5,57
Indonésie 1991 et 1997	197 221	107	70,6	1,39	1,65	2,81	3,08	1,11	1,33
Népal 1996 et 2001	20 938	139,2	108,4	1,74	1,70	2,45	2,40	1,59	1,78
Philippines 1993 et 1998	68 396	63,5	54,9	1,39	1,36	3,60	3,48	1,44	1,58
<b>Amérique Latine dont Caraïbes</b>									
Bolivie 1989 et 1998	7 482	140,8	99,1	1,49	1,87	2,55	2,84	1,32	1,61
Brésil 1986 et 1996	160 545	96,2	56,7	1,42	1,62	5,09	3,22	3,26	3,11
Colombie 1990 et 2000	38 542	35	28	0,94	1,50	2,91	1,94	1,58	1,80
République dominicaine 1991 et 1999	7 685	62,5	46,6	1,79	1,06	2,86	1,64	2,58	3,71
Guatemala 1987 et 1998/99	9 976	120,1	64,6	1,30	1,19	3,13	1,86	1,74	1,52
Haiti 1994/95 et 2000	7 485	140,6	137,7	1,09	1,34	1,68	2,03		
Pérou 1992 et 2000	23 837	91,5	60,4	1,94	2,19	3,36	3,02	3,08	3,61

Source: ORC Macro, 2003. MEASURE DHS+ STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>.

Carte 5. Couverture vaccinale des enfants en 1990

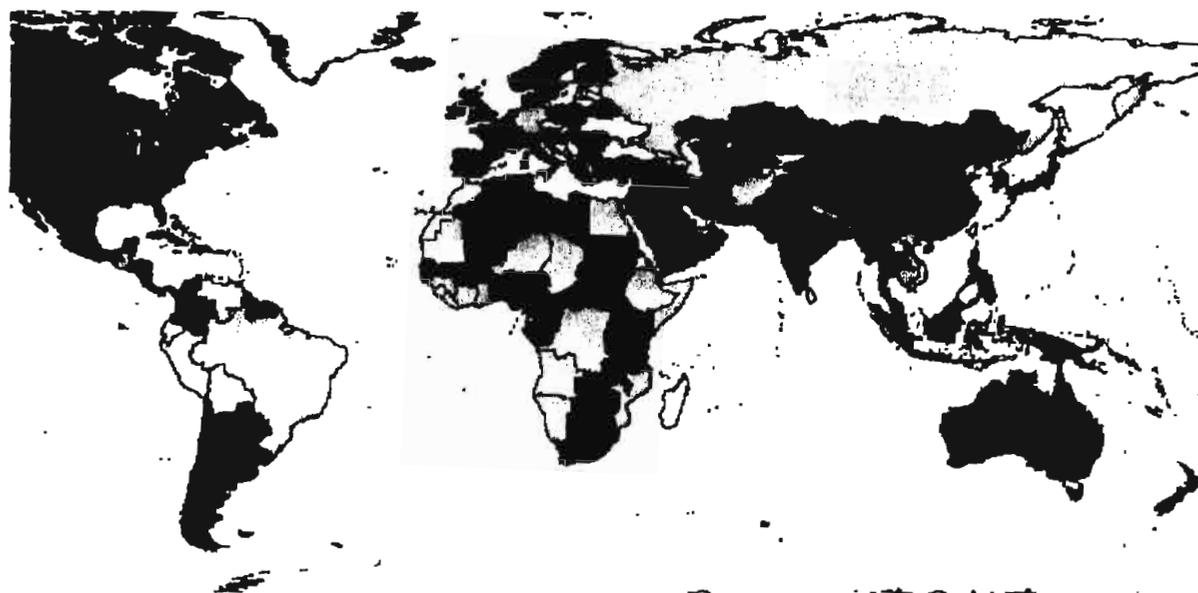


Couverture vaccinale

- Bonne
- Moyenne
- Médiocre
- Inconnu

Source : UNICEF, 2003.

Carte 6. Évolution de la couverture vaccinale entre 1990 et 2000



Evolution de la couverture vaccinale

- Amélioration
- Faibles variations
- Dégradation
- Inconnue

Source : UNICEF, 2003.

Le Plan d'Action du Caire mettait particulièrement l'accent sur la nécessité d'améliorer la nutrition des enfants dans les pays en développement pour lutter contre la mortalité prématurée :

*"Tous les pays devraient accorder la priorité aux efforts ayant pour objet de réduire l'incidence des principales maladies infantiles, en particulier les maladies infectieuses et les parasitoses, ainsi que de prévenir la malnutrition chez les enfants, notamment les fillettes, par des mesures visant à éliminer la pauvreté, à assurer un milieu salubre à tous les enfants et à diffuser l'information nécessaire en matière d'hygiène et de nutrition."*  
(Nations Unies, 1998, pp.84-85)

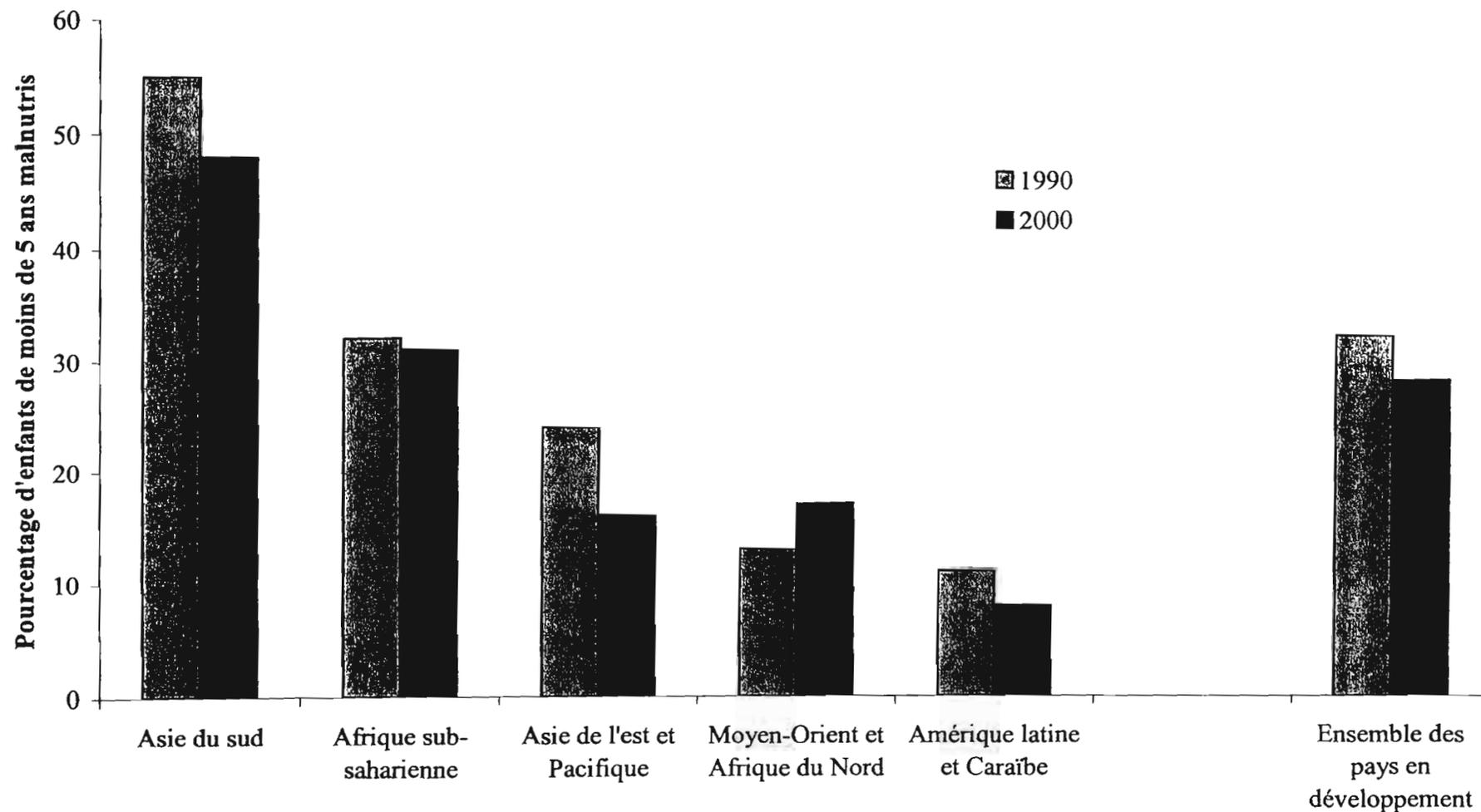
D'après l'UNICEF, le pourcentage d'enfants souffrant d'un retard de croissance parmi les moins de cinq ans a diminué de 32 à 28 pour cent entre 1990 et 2000, soit une baisse du nombre d'enfants atteints de 174 à 150 millions, mais l'évolution est très inégale suivant les régions (Figure 3). C'est en Asie de l'est que le recul a été le plus spectaculaire, avec une diminution d'un tiers de la prévalence du retard de croissance (de 24 à 16 pour cent) grâce surtout aux progrès réalisés en Chine (- 50 pour cent entre 1990 et 2000). C'est dans une autre région de ce même continent, en Asie du sud, que la situation demeure la plus préoccupante avec encore cinquante pour cent d'enfants en situation de malnutrition parmi les moins de cinq ans. Presque 70 pour cent des enfants atteints à travers le monde vivent en Asie. En Afrique sub-saharienne, la situation est un peu meilleure, avec un peu d'un enfant sur trois souffrant de malnutrition mais aucun progrès significatif n'a été réalisé au cours des dix dernières années. La situation est également inquiétante au Moyen-Orient malgré une proportion d'enfants en retard de croissance relativement faible (17 pour cent, comparé à 28 pour cent pour l'ensemble du monde en développement) du fait de la remontée très rapide de la prévalence de la malnutrition, qui s'est accrue du tiers en dix ans. Enfin, c'est en Amérique latine que la situation en matière de nutrition de l'enfant est la plus favorable car les taux y sont faibles (moins de 10 pour cent d'enfants atteints) et en diminution constante (presque 30 pour cent de moins entre 1990 et 2000).

### Une évolution encourageante de l'allaitement

En ce qui concerne les très jeunes enfants, l'allaitement prolongé était préconisé dans le Plan d'Action du Caire comme instrument essentiel de lutte contre la malnutrition et les risques d'infection, compte tenu d'estimations suggérant que près d'un million et demi d'enfants pourraient être sauvés de la mort par un allaitement exclusif prolongé :

*"Afin que les nourrissons et les enfants se voient assurer la meilleure nutrition possible qu'ils soient protégés contre un certain nombre de maladies, l'allaitement au sein devrait être préservé, encouragé et soutenu. L'appui juridique, économique, pratique et psychoaffectif voulu devrait être apporté aux mères pour qu'elles puissent allaiter leurs enfants exclusivement au sein, sans alimentation complémentaire d'aucune sorte, pendant les quatre à six premiers mois, et continuer de les allaiter, avec les compléments alimentaires voulus, jusqu'à deux ans et au delà."* (Nations Unies, 1998, p.85)

**Figure 3. La malnutrition dans le monde en développement**



Source : UNICEF, 2001.

Entre 1990 et 2000, la proportion de nouveaux-nés ayant bénéficié d'un allaitement exclusif au cours de leurs quatre premiers mois semble avoir augmenté, certes modestement (de 48 à 52 pour cent) mais, comparé à la tendance passée, qui se caractérisait par un recul progressif de l'allaitement, il s'agit là d'un progrès significatif, d'autant plus que les autres indicateurs de l'allaitement suivent la même progression. La proportion d'enfants qui continuent à être nourris en partie au sein a augmenté de 15 pour cent à 6-9 mois, 3 pour cent à 12-15 mois et 5 pour cent à 20-23 mois au cours des dix dernières années du 20<sup>ème</sup> siècle. C'est dans la région Asie de l'est/Pacifique que la proportion d'enfants allaités exclusivement au sein pendant quatre à six mois est la plus élevée (57 pour cent). La progression de cet indicateur au cours des dix dernières années a été la plus forte en Amérique latine mais c'est là aussi que le taux est parmi les plus faibles de toutes les régions en développement. Enfin, on n'observe de discrimination envers les filles dans aucune sous-région, à l'exception de l'Asie du sud où la proportion d'enfants malnutris est de 10 pour cent supérieure chez les filles (à 47 pour cent) par rapport aux garçons (44 pour cent).

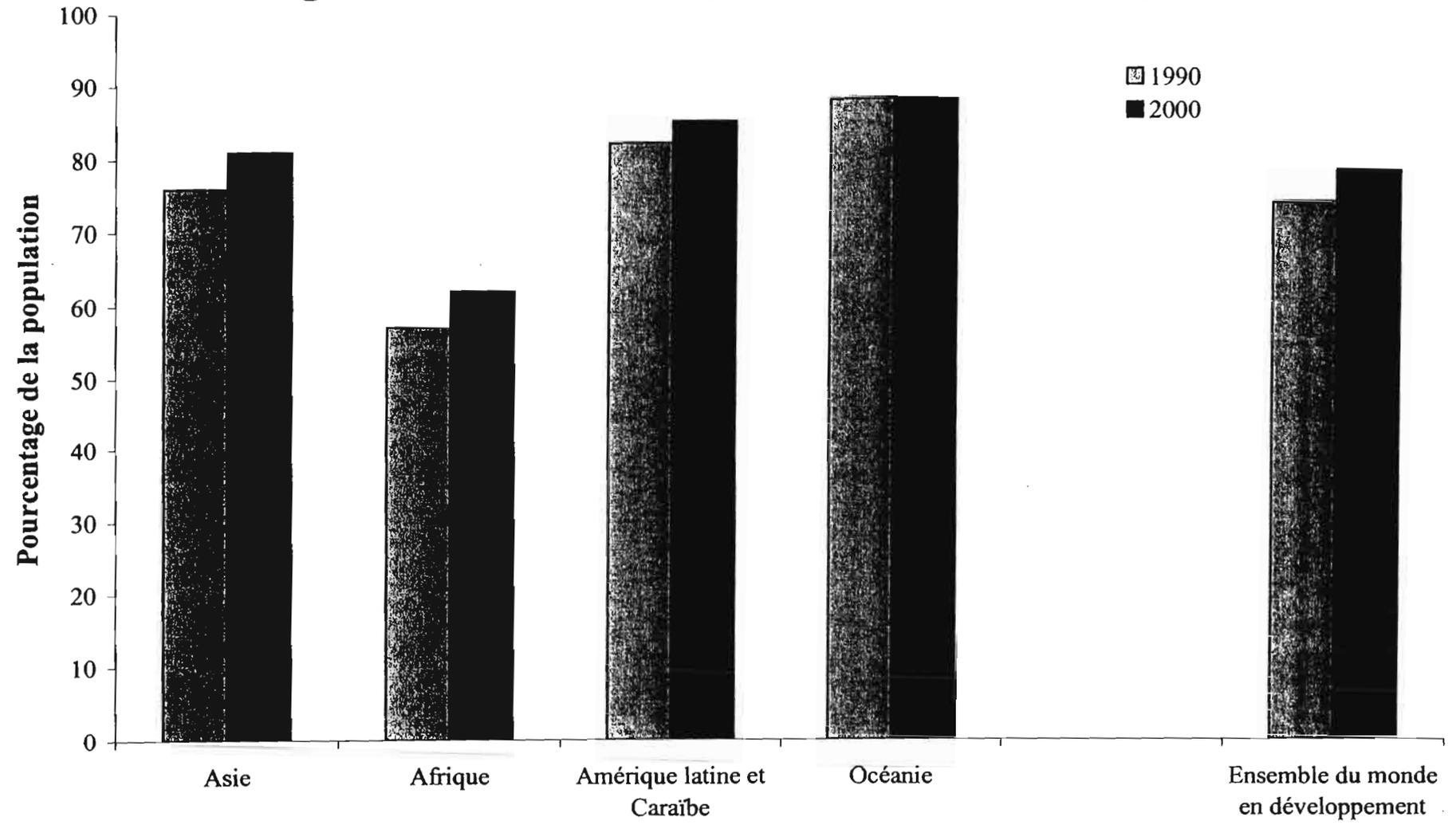
## **La trop faible amélioration de l'environnement sanitaire**

L'environnement sanitaire est un facteur essentiel de survie des enfants car il détermine la probabilité d'entrer en contact avec un agent pathogène dans tous les cas de transmission dite fécale-orale de maladies, au premier rang desquelles figurent les maladies gastro-intestinales. La diarrhée est à elle seule responsable de 15 pour cent des décès d'enfants de moins de cinq ans. L'amélioration des services d'accès à l'eau potable et à des moyens de traitement hygiénique des déchets humains pourrait éviter environ quatre milliards d'épisodes de diarrhée chaque année, soit presque 2,2 millions de décès dus à cette cause. Le choléra et les maladies parasitaires, transmis par la contamination de l'eau, pourraient eux aussi être efficacement combattus par une amélioration des conditions sanitaires.

L'environnement sanitaire, tel qu'il peut être mesuré par la proportion de la population totale ayant accès à des services d'approvisionnement en eau potable ou à des moyens hygiéniques de traitement des excréments (assainissement), montre une faible amélioration entre 1990 et 2000. Pour l'ensemble de la population des pays en développement, la proportion est passée de 79 à 82 pour cent pour l'eau et seulement de 55 à 60 pour cent pour l'assainissement. L'objectif formulé lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990 d'une augmentation d'un tiers de ces deux proportions à l'horizon 2015 paraît donc très compromis. En ce début de 21<sup>ème</sup> siècle, plus d'un milliard de personnes n'ont toujours pas accès à l'eau potable et 2,4 milliards vivent dans de mauvaises conditions d'hygiène.

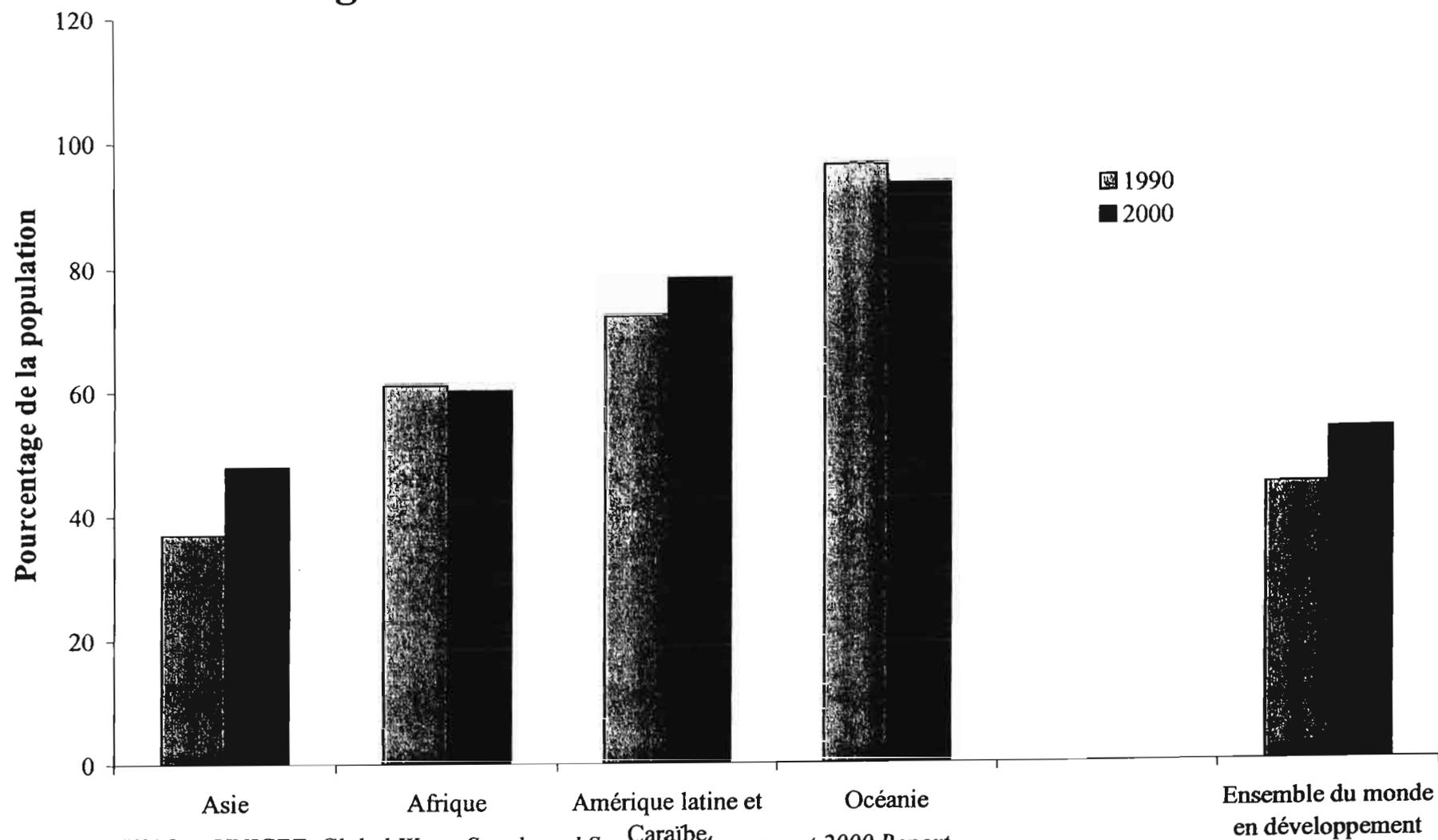
Les Figures 4 et 5 montrent toutefois de fortes disparités selon les régions et selon l'indicateur utilisé. Sur tous les continents, plus de la moitié de la population est aujourd'hui approvisionnée en eau potable mais la proportion varie d'à peine 60 pour cent en Afrique à presque 90 pour cent en Océanie et en Amérique Latine. L'écart est encore plus important en ce qui concerne l'accès à des services d'assainissement avec des proportions variant de moins de 50 pour cent en Asie et 60 pour cent en Afrique (sans progression de 1990 à 2000) à presque 80 pour cent en Amérique Latine et 95 pour cent en Océanie. Pour atteindre l'objectif fixé lors du Sommet mondial de 1990 et compte tenu de l'accroissement démographique, il faudrait assurer un accès à l'eau potable à plus de 2 milliards d'individus d'ici à l'année 2015 et des conditions d'hygiène décentes à un milliards et demi de personnes, ce qui représente un progrès quotidien pour, respectivement 300 000 et 400 000 personnes pendant les quinze années à venir.

### Figure 4. Population approvisionnée en eau potable



Source : WHO et UNICEF, *Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report*.

**Figure 5. Accès à des services d'assainissement**



Source : WHO et UNICEF, *Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report*.

## Conclusion

Des progrès considérables ont été accomplis en matière de lutte contre la mortalité des jeunes enfants dans les pays en développement au cours des dix dernières années du vingtième siècle. Quelques 48 pays du monde ont enregistré un succès remarquable avec un recul de plus de 30 pour cent du taux de mortalité infanto-juvénile entre 1990 et 2000. Dans près d'une centaine d'autres, la baisse a été supérieure à 15 pour cent, ce qui permet de penser que l'objectif d'un recul du tiers de la mortalité des moins de cinq ans formulé dans le Plan d'Action du Caire devrait pouvoir être atteint sans difficulté en 2015.

Toutefois, la situation de nombreux pays demeure préoccupante. La baisse de la mortalité infanto-juvénile a été inférieure à 10 pour cent dans plusieurs républiques nouvellement indépendantes de l'ex-empire soviétique (notamment, mais pas seulement, celles situées en Asie centrale) ainsi qu'en Afghanistan et en Corée du Nord et, surtout, la mortalité des jeunes enfants s'est aggravée dans près de quinze pays d'Afrique sub-saharienne. Ce recul menace de réduire à néant les efforts considérables des années quatre-vingt. Cette situation est d'autant plus dramatique que ces enfants décèdent de maladies pour la plupart évitables avec des moyens technologiquement primitifs et dont le coût est faible. Elle s'explique en grande partie par le retrait des investissements consentis par les gouvernements des pays en développement et par la communauté internationale dans les soins de santé primaire dont l'accès concerne encore une trop faible minorité dans de nombreux pays en développement et, plus particulièrement, dans les programmes de vaccination qui avaient permis de faire reculer de 35 pour cent les décès par maladies infectieuses. La détérioration des conditions de vie des populations d'Afrique sub-saharienne au cours des années quatre-vingt-dix est responsable quant à elle des faibles progrès enregistrés en matière d'environnement et d'hygiène et de l'absence de progrès contre la malnutrition.

Les perspectives politiques et socio-économiques défavorables observés dans les pays les plus pauvres de la planète en ce début de vingt-et-unième siècle et l'aggravation des conséquences de l'épidémie de VIH-SIDA en Afrique sub-saharienne ne permettent pas d'entrevoir un changement d'évolution à court terme dans les régions les plus défavorisées et c'est sans doute un constat d'échec qui devra être dressé en matière de mortalité infanto-juvénile lorsque le moment sera venu de faire le bilan des recommandations formulées lors de la Conférence du Caire.

## Encadré 1

### Définitions :

Les deux indicateurs de la mortalité des enfants utilisés dans ce rapport sont le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité infanto-juvénile. Le taux de mortalité infantile représente la proportion d'enfants qui décèdent avant d'avoir atteint leur premier anniversaire tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile représente la proportion d'enfants qui décèdent avant d'avoir atteint leur cinquième anniversaire. Ces taux sont exprimés pour mille.

## Encadré 2

### Sources d'information :

Les indicateurs de santé et de survie des enfants discutés dans ce rapport sont essentiellement issus des trois sources suivantes, à savoir, les Nations Unies (*World Population Prospects, The 2002 Revision*), l'UNICEF (*La Situation des Enfants dans le Monde*, pour les années 2000 à 2003) et le programme des Enquêtes démographiques et de santé (statistiques recueillies sur le site Internet [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)). Les données ont été retravaillées pour répondre aux objectifs de ce rapport.

Annexe : Tableau A. Pays de l'étude. Répartition par région et représentativité par rapport à la population totale de la région (Enquêtes démographiques et de santé)

Région	Nombre de pays	Pourcentage de la population de la région représentée dans l'étude
Afrique sub-saharienne	18	55,6
Afrique du Nord et Moyen-Orient	5	51,7
Asie Centrale	1	12,2
Asie du Sud et du Sud-Est	5	73,0
Amérique Latine dont Caraïbes	7	53,1

Source: ORC Macro, 2003. MEASURE DHS+ STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>.

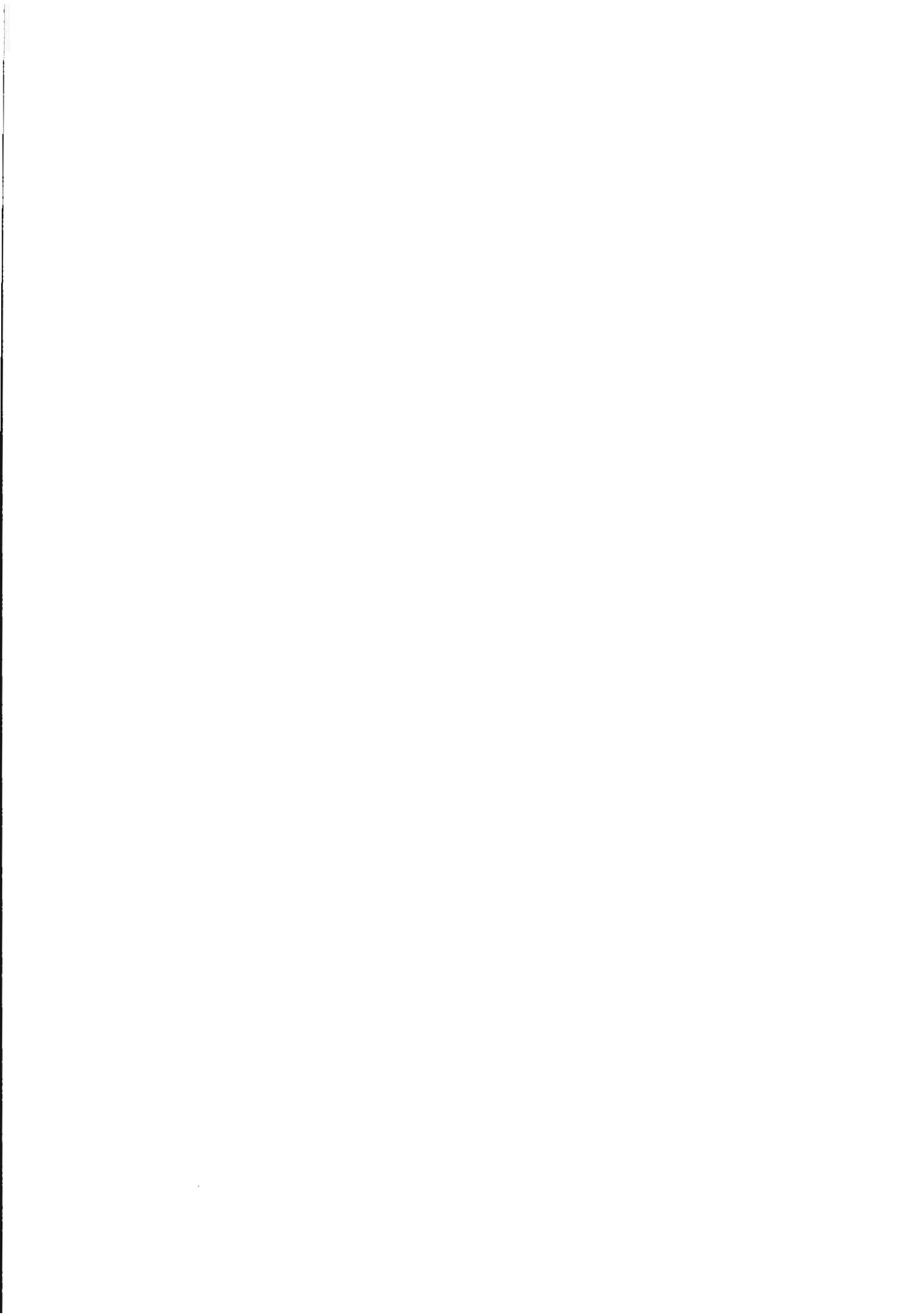
## Bibliographie

UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2002, New York, 2002.

NATIONS UNIES, Programme d'Action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994, Fonds des Nations Unies pour la Population, 1998.

NATIONS UNIES, World Population Prospects. The 2002 Revision, Département des Affaires économiques et sociales, Division de la Population, New York, 2003.

WHO et UNICEF, Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report.



# Santé maternelle et maternité sans risque

**Magali Barbieri**

Grossesses et accouchements causent chaque année la mort de plus de 500 000 femmes à travers le monde, soit un décès chaque minute. La grande majorité de ces décès (98 pour cent) se produit dans les pays en développement. La mortalité maternelle est l'une des premières causes de décès des femmes en âge de procréer dans ces pays. A ce titre, elle figure parmi les priorités du Plan d'Action du Caire :

*"Les pays devraient s'efforcer de faire baisser considérablement la mortalité maternelle d'ici à 2015 : il faudrait que les taux de mortalité maternelle observés en 1990 diminuent de moitié d'ici à l'an 2000 et à nouveau de moitié d'ici à 2015. [...] Ceux qui avaient des taux intermédiaires devraient s'efforcer de les ramener d'ici à 2005 à moins de 100 pour 100 000 naissances vivantes et d'ici à 2015 à moins de 60 pour 100 000 naissances vivantes. Ceux où le taux était le plus élevé devraient s'efforcer de les ramener d'ici à 2005 à moins de 125 pour 100 000 naissances vivantes et d'ici à 2015 à moins de 75 pour 100 000 naissances vivantes." (Nations Unies, 1998, p.87)*

## L'absence de progrès

Comme le soulignait un récent article, "la mortalité maternelle est difficile à mesurer, notamment dans les pays en développement où les systèmes d'information sanitaire et d'enregistrement des données démographiques sont insuffisants" (AbouZahr et Wardlaw, 2001). A cause du manque de données et d'indicateurs spécifiques, il est très difficile d'apprécier l'évolution des taux de mortalité maternelle dans les régions en développement et l'ampleur des disparités entre continents et entre pays. Toutefois, depuis plus d'une dizaine d'années, les organismes internationaux liés aux Nations Unies se sont efforcés de remédier à cette situation d'ignorance en développant des méthodes permettant d'estimer indirectement le niveau de la mortalité maternelle dans les grandes régions du monde. Le Tableau 1 ci-dessous présente ces estimations pour les années 1995 et 2000.

Les chiffres de ce tableau sont trop incertains pour en tirer des conclusions définitives mais il semble bien que les progrès en matière de lutte contre la mortalité maternelle ont été quasiment inexistant au cours des années quatre-vingt-dix dans la plupart des grandes régions en développement. Certes, l'Afrique présente un semblant d'amélioration, avec un recul du taux atteignant plus de 15 pour cent en cinq ans (ce qui représente tout de même près de cinquante mille vies épargnées) mais c'est le continent où les estimations sont les plus hasardeuses du fait d'un déficit général d'informations sur ce sujet et où, de ce fait, les tendances observées sont les moins fiables.

## Un effort d'encadrement médical

*"Tous les pays [...] doivent développer les services de santé maternelle fournis dans le contexte des soins de santé primaires. Ces services [...] doivent comprendre une éducation sur la maternité sans risque, des soins prénatals précis et efficaces, des programmes de nutrition maternelle, une assistance au moment de l'accouchement qui évite un recours excessif aux césariennes et permettent de traiter les complications obstétriques. [...] Pour chaque accouchement, il faudrait la présence de personnes qualifiées, de préférence des infirmières et des sages-femmes, mais au minimum des accoucheuses qualifiées." (Nations Unies, 1998, pp.87-88)*

On sait aujourd'hui que la seule stratégie efficace pour combattre la mortalité maternelle consiste à améliorer les conditions d'accès aux soins obstétricaux "de manière à garantir la présence d'un agent de santé qualifié à chaque naissance, et par conséquent une meilleure prise en charge et une meilleure référence vers des centres spécialisés" (Guillaume et Khat, p.10). En effet, "la majorité des décès surviennent pendant l'accouchement ou peu de temps après, de complications qui, si elles ne peuvent être anticipées, peuvent néanmoins être traitées : hémorragies du *post-partum*, hypertension gravidique, et infections. Dans certains contextes, l'avortement occupe une place importante, et on estime que globalement les complications *post-abortum* expliquent 13% des décès maternels. Enfin, les femmes infectées par le VIH sont plus exposées, lorsqu'elles sont immuno-déprimées, aux complications obstétricales infectieuses, potentiellement fatales." (Guillaume et Khat, pp.9-10).

Selon un récent rapport de l'UNICEF "dans toutes les régions, sauf en Afrique sub-saharienne, de modestes progrès ont été enregistrés en ce qui concerne les soins prénatals et les accouchements assistés par un agent sanitaire qualifié" (UNICEF, 2002, p.88) avec une augmentation annuelle moyenne de 1,7 % de la proportion d'accouchements réalisés par un personnel qualifié pendant la dernière décennie du 20<sup>ème</sup> siècle (AbouZahr et Wardlaw, 2001). Selon une étude récente, "les progrès les plus importants ont été observés en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, avec une augmentation annuelle de plus de 2 %" (AbouZahr et Wardlaw, 2001). Toutefois, "les services essentiels de soins obstétricaux manquent" dans les pays les plus pauvres et "seules 29% des femmes en Asie du sud et 37% en Afrique sub-saharienne bénéficient de soins obstétricaux" (UNICEF, 2002, p.88).

Tableau 2. Pourcentage d'accouchements assistés dans 53 pays, 1989-1999  
(données disponibles en avril 2001)

Région	Nombre de pays avec des données	% de naissances couvertes par les données	% d'accouchements assistés par un agent de santé		Taux annuel moyen de changement en 1989-1999
			1989	1999	
Afrique sub-saharienne	17	59	44	44	0,1
Moyen-Orient et Afrique du Nord	9	56	49	63	2,5
Asie	7	89	39	48	2,2
Amérique latine et Caraïbe	18	74	76	81	0,9
Total	53	76	45	52	1,7

Source : AbouZahr et Wardlaw, 2001, p.654.

## Des comportements reproducteurs qui évoluent plutôt favorablement...

*"Tous les pays, en particulier les pays en développement, devraient [...] s'efforcer de réduire davantage la mortalité maternelle en prenant des mesures pour éviter les grossesses et les accouchements à risque (en particulier chez les adolescentes et les femmes qui ont des grossesses tardives) ou pour les détecter et prendre les mesures nécessaires" (Nations Unies, 1998, p.88).*

Comme pour les autres indicateurs de santé maternelle, nous manquons cruellement de données à l'échelle régionale sur ce sujet. Toutefois, un examen des données recueillies dans le cadre du programme des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) fournissent des informations intéressantes. Si les pays ayant participé au programme ne sont pas toujours représentatifs, au sens statistique du terme, du continent auquel ils appartiennent, les données enquêtes qui y ont été réalisées ont au moins le mérite d'exister. Nous présentons donc les résultats des enquêtes réalisées dans la seconde moitié des années quatre-vingt-dix pour tous les pays où elles sont disponibles<sup>69</sup>, concernant trois types de grossesses à risque, à savoir les grossesses d'adolescentes, celles suivant un intervalle intergénéral inférieur à 18 mois et celles de rang sept ou plus (Tableau 3). Nous présentons aussi les tendances observées pour les mêmes indicateurs dans tous les pays pour lesquels existent deux enquêtes au moins<sup>70</sup> (Tableau 4).

L'UNICEF estime à 15 millions le nombre d'enfants qui naissent chaque année de mères adolescentes (UNICEF, 2002, p.88). Les données présentées au Tableau 3 montrent toutefois de très grandes disparités entre les régions du sud en matière de fécondité des adolescentes. On peut globalement opposer l'Afrique du Nord, l'Asie centrale et l'Asie occidentale, où la proportion d'adolescentes de 16 ans déjà mères ou sur le point de l'être est négligeable (0,5 à 2,5 pour cent) et les autres régions du sud, Afrique sub-saharienne, Asie du sud et sud-est et Amérique latine, où cette proportion s'établit autour de 10 pour cent. Un examen des tendances suggère des évolutions également très contrastées entre ces trois derniers continents. Tandis que la proportion d'adolescentes de 16 ans enceintes ou mères a fortement diminué au cours des années quatre-vingt-dix en Afrique sub-saharienne, passant de 17 à 12 pour cent (-30 pour cent), elle est demeurée stable en Asie et elle a fortement augmenté en Amérique latine, de 6 à 10 pour cent pendant la même période (+60 pour cent).

En ce qui concerne les intervalles intergénéral, la situation est très différente, avec une proportion d'intervalles courts (inférieurs à 18 mois) particulièrement défavorable en Afrique du Nord et Moyen-Orient et en Amérique latine et Caraïbes, où elle est supérieure à 14 pour cent et plutôt meilleure en Afrique au sud du Sahara, où elle est inférieure à 10 pour cent. Cependant, en Afrique sub-saharienne et en Asie, la proportion semble avoir stagné au cours des années quatre-vingt-dix tandis que la situation s'est plutôt améliorée dans les deux régions caractérisées par le plus fort pourcentage d'intervalles courts (baisse de 15 pour cent en Afrique du Nord et Moyen-Orient et de plus de 25 pour cent en Amérique Latine).

<sup>69</sup> Le nombre des pays représentés par chaque région est indiqué dans le Tableau A en annexe. Le tableau montre aussi quelle proportion de la population totale des régions est représentée par ces enquêtes.

<sup>70</sup> Lorsque plus de deux enquêtes existent, nous avons sélectionné les enquêtes les plus proches de 1990 pour la première et de 2000 pour la seconde.

Tableau 3. Indicateurs de fécondité (niveau). Enquêtes démographiques et de santé 1995-20001

Pays et année d'enquête	Population en 1995 (en milliers)	Pourcentage d'adolescentes de 16 ans enceintes ou mères	Proportion d'intervalles intergénésiques <18 mois	Proportion de femmes ayant 7+ enfants
<b>Afrique sub-saharienne</b>	<b>577 160</b>	<b>11,5</b>	<b>8,3</b>	<b>13,7</b>
Benin 2001	5 470	8,2	5,2	15,6
Burkina Faso 1998/99	10 302	6,4	6,2	20,4
Cameroun 1998	13 414	21,2	9,6	14,3
Rép. Centrafricaine 1994/95	3 354	17,4	9,9	12,8
Tchad 1996/97	6 731	21,2	7,5	18,2
Comores 1996	609	3,6	18,6	15,4
Côte d'Ivoire 1998/99	14 365	29,4	5,8	12,9
Erythrée	3 207	13,1	11	15,6
Ethiopie 2000	57 349	6,5	8,4	17,2
Gabon 2000	1 109	19,1	9	10,7
Ghana 1998	17 510	5,8	5	9,6
Guinée 1999	7 321	23,4	5,8	16,5
Kenya 1998	27 390	6	8,7	13,4
Madagascar 1997	13 789	16,8	13,4	16,6
Malawi 2000	10 047	13,2	5,5	14,4
Mali 2001	10 356	22,2	7,8	22,8
Mauritanie 2000/01	2 300	13,4	8,1	12,8
Mozambique 1997	15 949	19,6	8,3	12,9
Niger 1998	9 036	30,3	8,6	24,6
Nigeria 1999	99 717	9,4	11,5	13,0
Rwanda 2000	5 136	1,3	9,9	14,3
Sénégal 1997	8 338	9,4	6	16,8
Afrique du Sud 1998	40 930	7,9	5,6	3,0
Tanzanie 1999	30 849	10,5	5,3	12,8
Togo 1998	3 869	8,2	4,8	13,4
Ouganda 2000/01	20 274	12,9	9,7	18,2
Zambie 2001/02	9 371	15	5,9	14,5
Zimbabwe 1999	11 731	5,6	4,1	8,0
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	<b>330 479</b>	<b>2,5</b>	<b>14,1</b>	<b>8,6</b>
Arménie 2000	3 324	1,4	16,9	0,4
Egypte 2000	27 878	2,7	11,3	8,9
Jordanie 1997	4 249	2	21,5	12,2
Turquie 1998	63 070	1,9	13,5	5,0
Yemen 1997	15 124	5,1	19,3	24,0
<b>Asie Centrale</b>	<b>135 703</b>	<b>0,5</b>	<b>12,8</b>	<b>3,7</b>
Kazakhstan 1999	16 556	1,3	13,5	1,7
Kirghizistan 1997	4 562	0,4	11,4	5,4
Turkménistan 2000	4 210	0,2	18	5,0
Ouzbékistan 1996	22 785	0	11,6	4,6
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	<b>1 701 941</b>	<b>9,9</b>	<b>10,9</b>	<b>5,6</b>
Bangladesh 1999/2000	123 406	26	6,6	8,0
Cambodge 2000	11 485	1,7	8,4	11,3
Inde 1998/99	931 351	10,5	12,5	5,5
Indonésie 1997	197 221	3,7	6,1	4,9
Népal 2001	20 938	9,3	8,2	8,1
Philippines 1998	68 396	1,6	16,8	6,8
Viêt Nam 1997	72 841	1	6,7	2,7
<b>Amérique Latine dont Caraïbes</b>	<b>481 099</b>	<b>10,1</b>	<b>14,3</b>	<b>4,9</b>
Bolivie 1998	7 482	4,8	11,7	9,2
Brésil 1996	160 545	10,6	16,2	4,1
Colombie 2000	38 542	11	12,1	2,6
République dominicaine 1999	7 685	8,8	13,8	3,0
Guatemala 1998/99	9 976	10,6	12,3	12,5
Haïti 2000	7 485	7,9	11,4	11,3
Nicaragua 1997/98	4 426	16,6	16	9,9
Pérou 2000	23 837	6,7	7,3	6,7

Source: ORC Macro, 2003. MEASURE DHS+ STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>.

**Tableau 4. Indicateurs de comportements reproducteurs (Enquêtes démographiques et de santé)**

Pays et années d'enquête	Population en 1995 (en milliers)	Pourcent. adolescentes âgées de 16 ans qui sont enceintes ou ont déjà eu un enfant		Proportion d'intervalles intergénésiques inférieurs à 18 mois		Proportion de femmes ayant au moins 7 enfants	
		Enquête 1	Enquête 2	Enquête 1	Enquête 2	Enquête 1	Enquête 2
<b>Afrique sub-saharienne</b>	<b>577 160</b>	<b>16,6</b>	<b>11,8</b>	<b>8,5</b>	<b>8,6</b>	<b>17,5</b>	<b>14,3</b>
Bénin 1996 et 2001	5 470	7,4	8,2	5,2	5,2	19,0	15,6
Burkina Faso 1992/93 et 1998/99	10 302	10,6	6,4	5	6,2	18,7	20,4
Cameroun 1991 et 1998	13 414	23,5	21,2	7,8	9,6	16,3	14,3
Côte d'Ivoire 1994 et 1998/99	14 365	21,2	29,4	7,2	5,8	14,8	12,9
Ghana 1988 et 1998	17 510	11,2	5,8	7,1	5	15,2	9,6
Kenya 1989 et 1998	27 390	7,3	6	10,3	8,7	20,9	13,4
Madagascar 1992 et 1997	13 789	14,6	16,8	11,5	13,4	17,5	16,6
Malawi 1992 et 2000	10 047	16,1	13,2	8,1	5,5	18,8	14,4
Mali 1987 et 2001	10 356	30,7	22,2	10	7,8	22,0	22,8
Niger 1992 et 1998	9 036	23,3	30,3	11,3	8,6	22,0	24,6
Nigeria 1990 et 1999	99 717	20,8	9,4	9,6	11,5	16,9	13,0
Rwanda 1992 et 2000	5 136	2,5	1,3	8,5	9,9	17,5	14,3
Sénégal 1986 et 1997	8 338	17	9,4	6,1	6	16,6	16,8
Tanzanie 1992 et 1999	30 849	10,1	10,5	5,7	5,3	15,5	12,8
Togo 1988 et 1998	3 869	14,8	8,2	5,1	4,8	16,4	13,4
Ouganda 1988 et 2000/01	20 274	20,8	12,9	11	9,7	20,5	18,2
Zambie 1992 et 2001/02	9 371	14,7	15	6,5	5,9	16,9	14,5
Zimbabwe 1988 et 1999	11 731	9,7	5,6	6,2	4,1	13,8	8,0
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	<b>330 479</b>	<b>3,8</b>	<b>2,9</b>	<b>15,7</b>	<b>13,3</b>	<b>11,4</b>	<b>9,7</b>
Egypte 1992 et 2000	27 878	4,2	2,7	14,9	11,3	12,0	8,9
Jordanie 1990 et 1997	4 249	2,8	2	26,8	21,5	19,2	12,2
Maroc 1987 et 1992	26 839	3,5	4,2	12,2	10,4	15,3	13,3
Turquie 1993 et 1998	63 070	3,4	1,9	14,9	13,5	5,9	5,0
Yemen 1991/92 et 1997	15 124	5,9	5,1	23,2	19,3	24,4	24,0
<b>Asie Centrale</b>	<b>135 703</b>						
Kazakhstan 1995 et 1999	16 556	0	1,3	16,5	13,5	2,3	1,7
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	<b>1 810 805</b>	<b>10,3</b>	<b>10,5</b>	<b>11,1</b>	<b>11,2</b>	<b>7,6</b>	<b>5,7</b>
Bangladesh 1993/94 et 1999/2000	123 406	23,4	26	8,3	6,6	11,8	8,0
Inde 1992/93 et 1998/99	931 351	10,6	10,5	11,8	12,5	7,0	5,5
Indonésie 1991 et 1997	197 221	3,5	3,7	7,6	6,1	7,2	4,9
Népal 1996 et 2001	20 938	11,8	9,3	9,4	8,2	10,3	8,1
Philippines 1993 et 1998	68 396	1,3	1,6	16,6	16,8	8,4	6,8
<b>Amérique Latine dont Caraïbes</b>	<b>481 099</b>	<b>6,3</b>	<b>10,0</b>	<b>19,4</b>	<b>14,3</b>	<b>7,0</b>	<b>4,8</b>
Bolivie 1989 et 1998	7 482	10,1	4,8	12,4	11,7	11,9	9,2
Brésil 1986 et 1996	160 545	5,5	10,6	22,5	16,2	6,5	4,1
Colombie 1990 et 2000	38 542	8,1	11	15,9	12,1	5,8	2,6
Republique dominicaine 1991 et	7 685	9,9	8,8	19,2	13,8	6,2	3,0
Guatemala 1987 et 1998/99	9 976	9,3	10,6	12,5	12,3	11,2	12,5
Haïti 1994/95 et 2000	7 485	5,9	7,9	10,3	11,4	10,3	11,3
Pérou 1992 et 2000	23 837	5,2	6,7	11,8	7,3	8,6	6,7

Source: ORC Macro, 2003. MEASURE DHS+ STATcompiler.

La situation est encore différente si l'on prend en compte un troisième indicateur, à savoir, la proportion de femmes ayant eu sept enfants ou plus. Cet indicateur présente les écarts régionaux les plus importants avec un rapport de presque 1 à 4 entre l'Asie centrale, où cette proportion atteint moins de 4 pour cent, et l'Afrique sub-saharienne, où elle atteint presque 14 pour cent. Cet indicateur est également celui qui présente une évolution favorable dans toutes les régions et pratiquement dans tous les pays considérés.

Cette analyse montre que les efforts à accomplir en terme de santé de la reproduction ne sont pas de même nature dans tous les contextes. En Afrique sub-saharienne, il conviendrait de protéger les pratiques traditionnelles (allaitement surtout) qui permettent d'espacer les naissances et d'encourager un retard de l'âge à la première naissance et une contraception d'arrêt. En Asie du sud et du sud-est et, surtout, en Amérique Latine et Caraïbes, des efforts sont plutôt à faire pour limiter la fécondité des adolescentes (qui présente une tendance préoccupante à l'augmentation) et pour favoriser l'espacement des naissances. Ce dernier type de mesures est également à mettre en avant en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, où les naissances d'adolescentes sont peu répandues et où la baisse de la fécondité a entraîné une diminution du nombre de naissances de rang élevé. Il convient d'ailleurs de souligner que la transition démographique, à l'oeuvre dans toutes les régions à l'exception d'une partie de l'Afrique sub-saharienne, influence favorablement la santé des femmes, en réduisant le nombre des naissances de rang élevé et celles des femmes âgées et en favorisant un espacement des naissances. L'expérience des pays américains, du nord comme du sud, montre toutefois qu'un niveau faible de fécondité n'est en rien associé à une baisse de la fécondité des adolescentes. Ce dernier phénomène explique également en partie la prévalence de l'avortement, pratique dont les risques sont particulièrement élevés où elle est illégale.

### **... mais un poids croissant des avortements**

*"L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. [...] La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement." (Nations Unies, 1998, pp.88-89)*

"Les rares données sur le sujet, qui émanent d'études sur les complications d'avortements et d'enquêtes ciblant des populations spécifiques, mettent en relief la fréquence du phénomène, avec des estimations de la proportion de femmes ayant avorté au moins une fois comprises entre 15 et 33% en Afrique. Même dans les pays où cet acte est illégal, les avortements répétitifs sont fréquents, révélant une absence de pratique contraceptive ou encore un échec ou un abandon des méthodes. Il semble que le recours à l'avortement se soit amplifié récemment parmi les adolescentes et les jeunes femmes en début de vie féconde, dont la sexualité est souvent socialement peu admise ou peu reconnue. Mais l'avortement est également utilisé par les femmes les plus âgées pour espacer ou limiter le nombre de leur naissances" (Guillaume et Khlat, p.8).

### **Conclusion : un long chemin à parcourir avant d'atteindre les objectifs du Caire**

En conclusion, si les tendances de la mortalité maternelle autorisent un certain optimisme dans certaines parties de l'Afrique du Nord, de l'Amérique latine, de l'Asie et du Moyen-Orient, la situation en Afrique sub-saharienne demeure alarmante. Les deux fronts sur lesquels il conviendrait de concentrer les efforts sont, d'une part, la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement et, d'autre part, la transformation des comportements

reproducteurs en faveur d'une baisse de la fécondité, aux âges les plus jeunes et les plus élevés surtout, ainsi que d'un espacement des naissances. Si l'évolution de la fécondité telle qu'elle est observée dans la très grande majorité des pays du monde influence favorablement la santé maternelle, les trop faibles progrès enregistrés en matière de soins obstétricaux dans les régions les plus défavorisées, au premier rang desquelles figure l'Afrique sub-saharienne, ne permettent pas d'entrevoir une baisse à court terme significative de la mortalité maternelle si la communauté internationale ne se mobilise pas pour soutenir les programmes mis en oeuvre par les pays les plus pauvres dans des conditions parfois très difficiles.

## Encadré 1

### Définitions :

La mortalité maternelle est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme tout "décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite".

Le taux de mortalité maternelle est le rapport entre le nombre des décès maternels au cours d'une période de référence et le nombre de naissances au cours de la même période. Ce taux est le plus souvent donné pour 100 000 naissances

### Annexe

**Tableau A. Pays de l'étude.**  
Répartition par région et représentativité par rapport à la population totale de la région (Enquêtes démographiques et de santé)

Région	Nombre de pays	Pourcentage de la population de la région représentée dans l'étude
Afrique sub-saharienne	28	79,7
Afrique du Nord et Moyen-Orient	5	34,4
Asie Centrale	4	35,5
Asie du Sud et du Sud-Est	7	83,8
Amérique Latine dont Caraïbes	8	54,0

Source: ORC Macro, 2003. MEASURE DHS+ STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>.

## Bibliographie

ABOUZahr Carla et Tessa WARDLAW, "Maternal mortality at the end of a decade : signs of progress ?", Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79(6), 561-568.

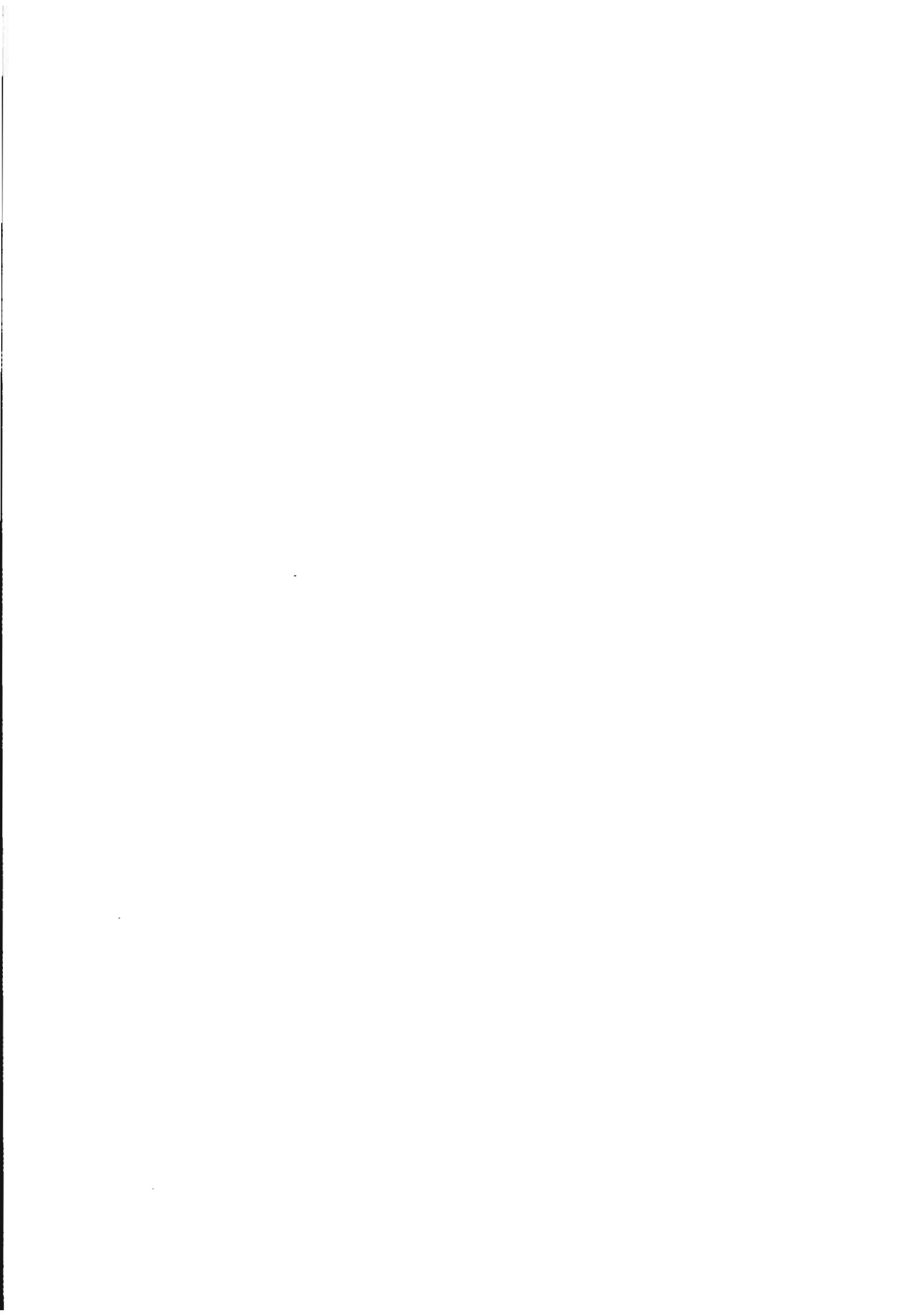
GUILLAUME, Agnès et Myriam KHLAT, *Santé et droits de la reproduction au temps du Sida. La situation dans les pays du Sud*, 35<sup>ème</sup> session de la Commission de la population et du développement des Nations Unies.

NATIONS UNIES, *Programme d'Action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994, Fonds des Nations Unies pour la Population, 1998.

UNFPA, *Maternal Mortality Update 2002. A Focus on Emergency Obstetric Care*.

UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2002*, New York, 2002.

WHO, UNICEF et UNFPA, *Maternal Mortality in 2000 : Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*



# L'avortement en Afrique 10 ans après la Conférence du Caire

Agnès Guillaume

## Position des États et principes d'action relatifs à l'avortement lors de la Conférence du Caire

Lors de la Conférence du Caire, la question de l'avortement a été abordée formellement dans le chapitre 8 relatif à la « santé, la morbidité et la mortalité » et dans le chapitre 12 consacré « à la technologie et à la recherche-développement ». Mais elle reste sous-jacente dans bien d'autres déclarations en particulier dans celles relatives à la santé de la reproduction et à la planification familiale.

Un des volets du chapitre 8 centré sur la « santé maternelle et la maternité sans risque » décrit dans ces principes d'action les risques associés aux avortements. « *Actuellement, 90% environ des pays du monde – comptant pour 96% de la population mondiale – autorisent légalement l'avortement dans des conditions qui varient pour sauver la vie des mères. Toutefois, une assez forte proportion des interruptions de grossesses est provoquée par les intéressées elles-mêmes ou pratiquée dans de mauvaises conditions, si bien que, dans de nombreux cas, ces interruptions de grossesses provoquent la mort ou entraînent des lésions permanentes* » (Nations Unies 1994). Les objectifs fixés pour répondre à ce problème sont « *de réduire les accidents dus à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions* » dans le souci d'améliorer la santé et le bien-être des femmes (Nations Unies, 1994). Et dans le cadre des mesures à prendre il est énoncé au paragraphe 8.25 que « *l'avortement ne devait en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés* » (Nations Unies, 1994).

Concernant les recherches sur l'avortement, il est déclaré que « *dans la mesure où l'avortement, lorsqu'il est pratiqué dans des conditions dangereuses, constitue une grave menace pour la santé et la vie des femmes, il faudrait encourager les recherches sur les causes et conséquences de l'interruption volontaire de grossesse, notamment sur les effets ultérieurs sur la fécondité, la santé en matière de reproduction, l'hygiène mentale et les*

*pratiques contraceptives, ainsi que sur le traitement des complications d'un avortement et les soins à dispenser après un avortement » (Nations Unies, 1994).*

Cette question de l'avortement apparaît également en filigrane dans le chapitre consacré à la santé de la reproduction et aux droits reproductifs. Ainsi lorsqu'en complément de la définition de la santé de la reproduction il est précisé au paragraphe 72 « ...cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables » (Nations Unies, 1994).

De même, dans la définition des droits en matière de reproduction, le sujet de l'avortement est abordé implicitement dans les déclarations au chapitre 7.3 où il est dit que « ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tels qu'exprimés dans les documents relatifs aux droits de l'homme » (Nations Unies, 1994). Les objectifs fixés sont de « veiller et contribuer à ce que ceux-ci prennent leurs décisions de façon responsable et de leur plein gré concernant la procréation et les méthodes de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi et disposent de l'information, des moyens éducatifs et autres pour ce faire » (Nations Unies, 1994 : 47, §7.5). Dans les mesures à prendre, il est mentionné que « les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement.... devraient être toujours s'il y a lieu, pouvoir être renvoyées à des services de planification familiale et faire l'objet d'un diagnostic complémentaire et d'un traitement » (Nations Unies, 1994). Il est également stipulé que les pays doivent améliorer leurs services en matière de santé de la reproduction : ils doivent donc s'attacher à offrir « la fourniture d'une gamme complète de moyens de contraception, et à veiller à ce que l'avortement n'y soit plus pratiqué comme un moyen de régulation des naissances comme c'est trop souvent le cas actuellement, en répondant à d'urgence aux besoins des femmes en ce qui concerne l'accès à des informations plus précises et à une gamme de choix plus large » (Nations Unies, 1994).

Dans la partie relative à la planification familiale, l'accent est mis sur la nécessité de développer des programmes accessibles à tous sans discrimination et d'éviter les grossesses à risques et non désirées. La question de l'avortement est abordée dans le paragraphe 7.24 où il est dit que « les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale, et dans tous les cas, veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils » (Nations Unies, 1994).

Certains états ou institutions (le Vatican, quelques pays d'Amérique Latine ou des pays islamistes) ont émis des réserves sur cette question de l'avortement. Ces déclarations renvoient d'une part à des considérations éthiques ou religieuses autour de la notion de vie du fœtus mais aussi pour confirmer que l'avortement ne doit pas être utilisé comme « méthode de planification familiale ». Ainsi, le Vatican exprimé son opposition en affirmant que « la vie humaine commence au moment de la conception, (...) et qu'elle doit être défendue et

protégée ». Le Vatican ne peut, par conséquent, accepter l'avortement ou les politiques qui le favorisent (Nations Unies, 1994 : 154). Certains pays islamistes ont aussi déclaré que certaines déclarations par rapport à l'avortement étaient non conformes à la charia.

A travers ces déclarations, il est ainsi établi que l'avortement est lourd de conséquences pour la santé et la vie des femmes, qu'il est parfois utilisé en remplacement de la contraception et qu'il est important de mener des recherches sur ce sujet pour mieux en comprendre l'importance, les causes, et son impact.

A la lumière de ces déclarations, des objectifs et des mesures adoptés lors de cette conférence, on peut s'interroger sur les changements intervenus dans les législations et politiques sanitaires des gouvernements afin de réduire les avortements à risque et leurs conséquences.

Ce rapport ayant été adopté par la majorité des gouvernements, on aurait pu s'attendre à ce qu'un certain nombre de changements interviennent notamment :

- à un assouplissement des lois pour éviter que ne perdurent les avortements clandestins ;
- à la réalisation de plus de recherches sur cette pratique de l'avortement pour en comprendre le fondement et analyser ses conséquences, ses déterminants et niveaux et tendances ;
- au développement des programmes de planification familiale accessibles à tous et toutes, avec une large gamme de méthodes disponibles ;
- à une amélioration des soins et du counselling post-abortum.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

### **Les changements législatifs en matière d'avortement depuis la conférence du Caire<sup>71</sup>**

Depuis la Conférence du Caire, les législations relatives à l'avortement se sont améliorées dans 20 pays, mais ces évolutions restent dans l'ensemble timides. Par contre, elles se sont dégradées dans 4 pays (le Congo, le Swaziland, le Malawi et l'Algérie) où de nouvelles restrictions ont été imposées (voir tableau 1).

En 1999, plus aucun pays n'interdit totalement l'avortement (alors que 5 pays l'interdisaient totalement en 1994), mais seulement 3 pays l'autorisent à la demande des femmes : il s'agit de la Tunisie (où la légalisation est ancienne) et du Cap Vert et de l'Afrique du Sud qui l'ont libéralisé depuis 1994.

L'accès à l'avortement reste étroitement lié à des considérations de santé des femmes (préservé sa vie, sa santé physique et mentale), répondant à la même logique que celle de l'accès à la planification familiale, prescrite encore dans de nombreux pays africains essentiellement aux seules femmes mariées pour espacer leur naissance et ainsi préserver leur santé et celle de leurs enfants. Ainsi, tous les pays africains autorisent l'avortement pour sauver la vie de la femme : dans 24 de ces pays, il est légalement autorisé que pour cette

---

<sup>71</sup> Pour plus de précisions on pourra consulter le Cdrom : L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours. : Guillaume, A. et Molmy W. (en collaboration), 2003. Paris, Ceped

unique raison et dans 15 pays seulement pour préserver la vie et/ou la santé physique et mentale de la femme.

Parmi les pays où l'avortement est légalisé uniquement pour des questions de vie ou de santé de la femme, 9 l'autorisent également en cas de viol ou d'inceste et 7 en cas de malformation du fœtus. Cependant, cette possibilité d'avorter suite à un viol ou un inceste reste très certainement peu accessible étant donné la difficulté pour des femmes de déclarer ce type de problèmes, en particulier pour les adolescentes ; de plus certains pays exigent des autorisations spéciales pour pratiquer cet avortement (médecins, justice...). De même, la possibilité d'avorter à cause d'une malformation du fœtus ne va concerner qu'un nombre limité de femmes étant donné la faiblesse du suivi prénatal dans certains pays africains et l'accès limité à des techniques médicalisées de dépistage prénatal (échographie, amniocentèse...). Ces techniques resteront, dans bon nombre de pays, l'apanage des femmes en milieu urbain et ayant les moyens de payer ces actes.

Tableau 1: Comparaison des conditions légales du recours à l'avortement en Afrique en 1994 et 1999

Légende : pas de changement législatif, une loi plus libérale, une loi plus restrictive

Conditions légales de l'avortement	1994	1999
- Interdit	Centrafrique, Djibouti, Égypte, Île Maurice, Sao Tome & Principe	
- Pour sauver la vie de la femme	Angola, Bénin, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libye, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Rép. Dem. du Congo (ex-Zaire), Sénégal, Somalie, Tchad, Tanzanie, Togo  Soudan (a)	Angola, Bénin, Centrafrique, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Gabon, Guinée-Bissau, Lesotho, Libye, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Île Maurice, Niger, Rép. Dem. du Congo, Sao Tome & Principe, Sénégal, Somalie, Swaziland, Tchad, Togo  Soudan (a)
- Pour sauver la vie de la femme ou protéger sa santé physique	Burkina Faso, Burundi, Comores, Congo, Éthiopie, Érythrée, Guinée Équatoriale, Malawi, Maroc, Ouganda, Rwanda  Cameroun (a)  Zimbabwe (a, b)	   Zimbabwe (a, b)
- Pour sauver la vie de la femme, ou protéger sa santé physique et mentale	Gambie, Guinée, Ouganda, Sierra Leone, Swaziland  Algérie (a)  Afrique du Sud (a, b), Botswana (a, b), Ghana (a, b), Libéria (a, b), Namibie (a, b), Seychelles (a, b)	Algérie, Burundi, Comores, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée Équatoriale, Guinée, Kenya, Maroc, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie  Cameroun (a)  Botswana (a, b), Burkina Faso (a, b), Ghana (a, b), Libéria (a, b), Namibie (a, b), Seychelles (a, b)
- Pour les raisons précédentes + des raisons économiques ou sociales	Zambie (b)  Cap Vert (a, b)	Zambie (b)
- à la demande	Tunisie	Cap Vert, Afrique du Sud, Tunisie

(a) en cas de viol ou d'inceste - (b) en cas de malformation du fœtus source : World Abortion policies : (United Nations and Population Division 1994; United Nations and Population Division 1999; United Nations and Population Division 2001; United Nations and Population Division 2001)

La Zambie a adopté des positions plus libérales puisque depuis de nombreuses années, l'avortement est légal si la vie, la santé physique ou mentale sont menacées, mais aussi pour des raisons économiques ou sociales ainsi qu'en cas de malformation du fœtus. Au Mozambique, en plus des ces conditions de santé, il est également permis en cas d'échec de contraception.

Il faut également souligner qu'à ces conditions légales s'ajoutent d'autres restrictions dans l'accès à l'avortement : - il y a toujours des durées légales limitant la pratique de l'avortement, - parfois des autorisations maritales ou parentales sont demandées (en 1999, sept pays exigeaient l'autorisation du conjoint (Gautier2002 : 89)) ; - dans certains pays l'accord d'un à deux médecins généralistes ou spécialistes ou d'une personnalité juridique est

sollicité, - dans d'autres cas, ces avortements doivent être faits dans des structures habilitées... autant d'éléments qui ne font que restreindre d'avantage l'accès à l'avortement.

Ainsi, en Afrique, (comme d'ailleurs dans la plupart des pays d'Asie ou d'Amérique Latine), - rares sont les pays où les législations de l'avortement sont très libérales et ces législations n'ont pas beaucoup progressé : dans ce contexte, la plupart des femmes qui veulent recourir à l'avortement le font clandestinement en dehors de toute assistance ou environnement médicalisé, s'exposant ainsi à des pratiques à risque.

## **L'avortement en Afrique : un phénomène mal connu**

La revue de la littérature réalisée sur l'avortement en Afrique entre 1990 et le début de l'année 2003 révèle le manque de données sur ce sujet (Guillaume et Molmy, 2003) : environ 600 références ont été recensées sur une période de plus de 12 ans et pour 53 pays africains soit en moyenne moins de 1 référence par pays et par an sur cette période. Il faut ajouter à ces résultats que certaines études sont plusieurs fois citées et reprises dans différents articles, ce qui confirme la rareté des études sur ce thème.

Dans certains pays aucune donnée n'est disponible, mais par contre ce sujet est assez bien documenté au Nigeria (plus de 60 références) et en Afrique du Sud et au Kenya (plus de 50 références). Il faut noter en plus que les données publiées sont parfois très sommaires. Elles reposent en grande majorité sur des enquêtes hospitalières menées auprès de femmes admises pour des complications d'avortement. Rares sont les études en population générale et qui permettent d'avoir une vision globale de ce phénomène et de son évolution.

L'Organisation mondiale de la Santé estime en Afrique à 5 millions le nombre d'avortements à risque, c'est-à-dire pratiqués dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes qui se produisent chaque année (World Health Organisation 1998). Différentes études donnent des estimations de sa prévalence (tableau 2). Elle est très variable selon les pays, les régions d'un même pays et la population interrogée. Dans les enquêtes en population générale, la prévalence est estimée entre 13 et 17% dans trois pays (Gabon, Togo, RCA). Elle est plus forte lorsque l'on considère les études en milieu médical où entre 5 et 43% des femmes déclarent au moins un avortement dans 3 pays (Côte d'Ivoire, Mali, Tunisie). En zone rurale elle varie entre 8 et 40%. En Tunisie, un pays où l'avortement est légalisé depuis de nombreuses années et qui est doté d'un programme de planification familiale efficace (Gastineau 2002), le taux d'avortement est estimé à 9 ‰ (Henshaw et al., 1999) et en Afrique du Sud où la légalisation date seulement de 1996 il serait de 3‰ mais ce taux est certainement fortement sous-estimé (Henshaw et al., 1999); en effet dans ce pays l'accès aux procédures légales d'avortement reste encore théorique pour beaucoup de femmes.

Cette pratique de l'avortement semble de plus en plus fréquente comme ont pu le constater de nombreux auteurs, notamment à travers l'augmentation des admissions pour des complications d'avortement à l'hôpital. Des études rétrospectives permettent également de souligner l'importance croissante de l'avortement en particulier dans les capitales africaines, avortement dont on suspecte le rôle croissant dans la baisse de la fécondité face aux faibles prévalences contraceptives (Rogo 1993). Cette tendance est confirmée en Côte d'Ivoire où une étude dans la ville d'Abidjan souligne la diminution de l'indice synthétique de fécondité de 0.5 enfant et l'augmentation de celui d'avortement (de 0.5 avortement) (Guillaume 2003).

L'avortement concerne toutes les femmes à différents moments de leur cycle de vie, aussi bien pour espacer leurs naissances que pour les limiter ou dans le cas des jeunes femmes pour retarder le moment de la première maternité. Ces jeunes femmes y recourent aussi car une

grossesse compromettrait leur scolarité, ou pourrait entraîner un rejet familial ou social : la sexualité prémaritale étant parfois mal considérée. Ces jeunes femmes sont plus fréquemment victimes de complications car elles avortent souvent à des durées tardives et avec des méthodes dangereuses (indigénat, médicaments en surdosage, produits chimiques...).

Tableau 2 : Niveau de l'avortement provoqué : enquête en population générale ou auprès de sous-populations (hors enquête sur les complications)

Population concernée	Pays ou aire géographique	Année enquête	Effectif femmes	Age des femmes	P %	ISA	NMA	TA ‰	RA %
Population générale	Gabon	2001	6183	15-49	15				
	Togo	2000	2408	15-49	13		0,13		
	Tunisie	1996				0,26		8,6	7,8
	Afrique du sud	1997				0,08		2,7	2,4
	RCA	1994-95	779	15-49	16,8				
Population centre de santé, planification familiale	Côte d'Ivoire : Abidjan	1998	2400	15-49	33	1,4(a)	0.60		
		1997	997	15-49	31(b)				
	Tunisie : Monastir	1998	597		42,9				
	Mali : Bamako	1996	2082	15-54	5-20				
Population élève, étudiante	Togo région maritime et centrale	1996	1867	12-26	23		1,31		
	Nigeria University of Benin	2001	880	15-30 et +	3				
	Ethiopia: Harer town, eastern		1674		56(c)				
Population instruite	Cameroun							19	
Population zone rurale	Westem Ghana	1999	1073	15-49	28,2				
	Rural Upper Egypt - 6 villages		1025		40,6				26,5
	Nigeria - zone Ife et Jos	1995-96	1516 (non mariées)	15-45	58(d)				
	Ethiopie (South Gonde - nord)		1158 mariées	15-49	8,6				
	Côte d'Ivoire								
	-Aboisso	1993	1900		16,0				
	-Tanda	1994	1578		10,1				
	-Centre Nord	1995	1055		6,5				
-Niakaramandougou	1998	1684		7,8					
Population zone urbaine	Kinshasa, Zaire	1990	2399	15-49	15				
Sous-population	Cote d'Ivoire - militaires				32,2				

P : proportion de femmes ayant pratiqué au moins un avortement - ISA : indice synthétique d'avortement - NMA : nombre moyen d'avortements - TA : taux d'avortement, RA : ratio d'avortement - (a) femmes de 15 à 44 ans pour les cinq années précédents l'enquête (b) femmes ayant eu au moins une grossesse (c) femmes qui ont eu des relations sexuelles (d) parmi les femmes qui déclaraient une grossesse non prévue -

Source des données : Guillaume et Molmy, 2003.

Les études en milieu hospitalier auprès de femmes admises pour des complications montrent que ces femmes sont en majorité jeunes, issues de milieu défavorisés et ayant eu recours à des méthodes à risque : il faut noter que même dans un contexte d'illégalité, les femmes des classes sociales favorisées ont toujours la possibilité d'avorter en milieu médical dans de bonnes conditions : coût et sécurité sont toujours étroitement liés, les méthodes bon marché présentent des risques importants.

Si les niveaux de l'avortement sont mal connus, par contre il existe des estimations (à partir des études sur les complications) des décès maternels imputables à ces avortements. Ainsi à partir d'études épidémiologiques réalisées dans 41 pays africains, le taux de mortalité maternelle est estimé entre 200 à 600 pour 100 000 naissances vivantes et 18 à 35 % de cette mortalité est imputable à des avortements (Benson, Johnson et al. 1994). Le principal déterminant de l'impact de l'avortement sur la santé des femmes reste son statut légal ; la mortalité maternelle en Afrique du Sud a diminué depuis la légalisation en 1996 (Vandecruys, Pattinson et al. 2002).

Ces quelques résultats montrent une insuffisance de données sur cette question de l'avortement et le besoin de conduire des recherches pour mieux la documenter.

### **L'avortement comme méthode de contraception ?**

Un consensus s'est établi lors de la conférence du Caire autour de la déclaration stipulant qu'en aucun cas l'avortement devait être utilisé comme méthode de contraception. Un des moyens pour limiter ce recours à l'avortement est de rendre plus accessible l'accès à la planification familiale. Or certaines études ont montré que cet accès est loin d'être universel, ces programmes s'adressant prioritairement aux femmes mariées ayant des enfants. L'accès des jeunes à ces programmes est souvent difficile pour des raisons économiques et sociales, et notamment car les prestataires sont parfois réticents à leur prescrire de telles méthodes.

L'analyse des évolutions de la pratique contraceptive chez les femmes mariées et les femmes non mariées mais sexuellement actives montre des augmentations modérées de la prévalence contraceptive pour les pays où deux enquêtes sont disponibles (tableau 3). La prévalence des méthodes modernes, chez les femmes mariées est faible puisqu'inférieure à 10% dans 18 pays sur 30, comprise entre 10 et 20% dans 6 pays, entre 20% et 40% dans deux pays et supérieure à 40% dans 2 pays avec 50% au Zimbabwe et 55 en Afrique du Sud avec une contraception reposant surtout sur la pilule dans le premier et l'injection dans le deuxième. Dans les autres pays, les femmes utilisent surtout les méthodes médicalisées (pilule, DIU, injection et implants) mais dans certains pays l'utilisation du préservatif est importante puisqu'il représente plus du quart des méthodes modernes utilisées (Burkina, Cameroun, Cote d'Ivoire) et même un tiers au Gabon. La pratique contraceptive est surtout basée sur les méthodes naturelles au Bénin, au Burkina, au Cameroun, au Gabon et au Togo.

Pour les femmes non mariées et sexuellement actives la pratique contraceptive diffère comparativement à celle des femmes en union. Elles ont une pratique contraceptive des méthodes modernes dans l'ensemble supérieure mais ce qui différencie ces femmes c'est surtout le type de méthodes utilisées : dans la plus de la moitié des pays ces femmes utilisent surtout le préservatif. L'augmentation de la prévalence contraceptive entre deux enquêtes successives est essentiellement due à celle des préservatifs. Dans les pays où la prévalence des méthodes modernes est élevée comme en Afrique du Sud, le recours au préservatif est limité. Ces femmes non mariées utilisent également plus les méthodes naturelles que celles en union

(sauf en Zambie, Tanzanie, au Zimbabwe, au Rwanda, en Mauritanie, au Malawi et en Afrique du Sud).

Tableau 3 Pratique contraceptive chez les femmes en union pour la (ou les deux) dernière(s) enquête(s) démographique(s) et de santé

	Femmes en union				Femmes sexuellement actives non mariées			
	Méthode naturelle	Méthode moderne			Méthode naturelle	Méthode moderne		
		Toutes	pilule+ DIU+ injection+ implant	condom		Toutes	pilule+ DIU+ injection + implant	condom
Benin 2001	11,3	7,2	5,0	1,3	19,8	17,1	4	12,1
Benin 1996	11,8	3,4	2,2	0,7	35,5	13,5	4,6	8,9
Burkina Faso 1998/99	7	4,8	3,5	1,2	7,4	44	7,9	36,1
Burkina Faso 1992/93	20,5	4,2	2,9	0,8	18,4	16	3,5	11,5
Cameroon 1998	11,2	7,1	3,3	2,1	37,9	21,6	6,6	13,9
Cameroon 1991	11,1	4,3	1,9	0,9	43,5	9,5	5	3
CAR 1994/95	11	3,2	1,8	1	14,1	9,9	3,8	5,9
Chad 1996/97	2,4	1,2	0,8	0,2	6,6	7,9	4,3	3,6
Comoros 1996	8,7	11,4	7,5	1	22,5	34,8	10	24,7
Cote d'Ivoire 1998/99	6,6	7,3	5,3	1,8	27,6	26,7	10,6	16
Cote d'Ivoire 1994	6,1	4,3	3,3	0,7	28,5	18,4	7,4	10,5
Egypt 2000	2,1	53,9	51,3	1	-	-	-	-
Egypt 1995	2,3	45,5	42,8	1,4	-	-	-	-
Eritrea 1995	4	4	3,4	0,3	14,5	38,4	21,2	17,1
Ethiopia 2000	1,7	6,3	5,7	0,3	4,8	35,7	24,4	11,3
Gabon 2000	17,6	13,4	5,5	5,1	27,2	30,6	8	21,9
Ghana 1998	8,1	13,3	7,8	2,7	16,1	20,3	7	10,6
Ghana 1993	9,6	10,1	5,7	2,2	18,7	19	7,7	9,9
Guinea 1999	1,8	4,2	3,3	0,6	13,5	31,8	11,8	20,1
Kenya 1998	6,7	31,5	23,8	1,3	10,2	36,2	25,7	8,1
Kenya 1993	4,8	27,3	20,9	0,8	9,8	30,3	23,9	3,6
Madagascar 1997	9,5	9,7	8,0	0,7	16,2	9,9	6,8	2,6
Madagascar 1992	11,1	5,1	3,5	0,5	17,5	3	1,4	1,1
Malawi 2000	2,4	26,1	19,3	1,6	0,3	25,6	11,4	10,7
Malawi 1992	3,7	7,4	4,0	1,6	-	-	-	-
Mali 2001	0,6	7	5,2	0,3	8,4	22	15	7,1
Mali 1995/96	1,7	4,5	3,7	0,4	13,4	27,3	18,5	8,3
Mauritania 2000/01	2,8	5,1	4,3	0,8	0	5,3	5,3	0
Mozambique 1997	0,1	5,1	4,0	0,3	2,5	14,6	12,1	1,6
Namibia 1992	0,9	26	18,1	0,3	1,1	33,5	30,3	1,5
Niger 1998	0,2	4,6	4,4	0	5,5	44,1	30,5	12,4
Niger 1992	0,1	2,3	2,2	0	2,6	33,3	27	6,3
Nigeria 1999	5,8	8,6	6,9	1,2	19,1	35,4	19,4	15,7
Nigeria 1990	1,9	3,5	2,7	0,4	24,5	14,6	9,4	3,7
Rwanda 2000	7,5	5,7	3,1	0,4	7,3	14,9	2,4	11
Rwanda 1992	8,2	12,9	11,9	0,2	4,4	24,9	20,4	4,5
Senegal 1997	2	8,1	6,8	0,6	5,1	45,6	20,6	25
Senegal 1992/93	2,6	4,8	3,8	0,4	10,1	31,3	14,1	14,1
South Africa 1998	0,9	55,1	35,6	1,7	0,5	67,8	61,2	3,1
Sudan 1990	2,5	5,5	4,7	0,1	0	0	0	0
Tanzania 1999	7,6	16,9	12,1	2,7	6	26,1	15,8	9,5
Tanzania 1996	4,7	13,3	10,6	0,8	4,6	21,4	14,4	6,3
Togo 1998	16,2	7	4,9	1,5	30,1	22,9	4,5	18,2
Togo 1988	30,4	3,1	1,4	0,4	43,7	13,2	4,6	4
Uganda 2000/01	3,6	18,2	10,1	1,9	3,9	44	14,1	29
Uganda 1995	4,3	7,8	5,5	0,8	7,7	26,5	10,5	15,3
Zambia 1996	9,7	14,4	8,6	3,5	5,5	17,9	5,9	11,6
Zambia 1992	3,9	8,9	4,9	1,8	2,4	9,3	6,6	2,1
Zimbabwe 1999	2,8	50,4	45,0	1,8	0,6	53,5	31,1	19,3
Zimbabwe 1994	4,3	42,2	37,5	2,3	2,6	52,6	36,6	13,6

Ces quelques données montrent une prévalence contraceptive encore faible dans de nombreux pays africains et qui ne repose pas toujours sur des méthodes efficaces. En effet dans bon nombre de pays, les femmes, en particulier les femmes non mariées utilisent plus les méthodes naturelles que les méthodes modernes et certaines privilégient l'utilisation du préservatif. Or le recours à ces méthodes soulève quelques problèmes. En effet, d'une part la négociation dans l'utilisation du préservatif (comme la pratique du retrait) n'est pas toujours facile surtout pour les jeunes femmes, en particulier dans le cas de relations avec des hommes âgés. D'autre part, la pratique de la méthode des cycles n'est pas facile pour les jeunes femmes qui ne connaissent pas bien leur période féconde, et qui ont parfois une sexualité irrégulière.

Cette faible prévalence contraceptive, révélatrice en partie des difficultés d'accès à ces méthodes et conjuguée à l'utilisation de méthode d'une moindre efficacité explique la survenue de grossesses non prévues et donc d'avortements

Dans certaines études, la question de la pratique contraceptive avant et quelques fois après l'avortement a été posée. A l'Île Maurice, un pays réputé pour l'efficacité de son programme de planification familiale (prévalence de 75%), le recours aux avortements perdure à cause d'une part d'une précocité à l'entrée en vie sexuelle souvent sans contraception et d'autre part à cause des échecs de méthodes naturelles, d'une discontinuité dans l'utilisation de méthode moderne ou même d'absence de contraception (Nyong'o and Oodit 1996), posant le problème de la qualité et de l'accessibilité aux services de planification familiale (Hillcoat-Nalletamby 2003).

Différentes études soulignent l'absence de contraception avant l'avortement ou les échecs de méthodes. Ainsi, en Éthiopie, 83 % des femmes n'utilisaient pas de contraception avant la grossesse qu'elles ont interrompue, 11% en utilisaient une, mais sans respecter les normes d'utilisation (Madebo and T 1993) ; au Nigéria, environ 80% des femmes n'avaient pas de contraception au moment de la grossesse qu'elles ont interrompue (Adewole 1992; Renne 1996; Okonofua, Odimegwu et al. 1999). En Tanzanie, près de la moitié des adolescentes qui ont eu un avortement ne connaissait pas de méthode contraceptive et seulement 17% en utilisaient une au moment de cet avortement : 4% la pilule, 4% le préservatif, 1% un DIU, et 7% des méthodes naturelles (Mpangile, Leshabari et al. 1993) ; au Cameroun, au moment de l'avortement près de la moitié des femmes n'utilisaient pas de contraception, environ un tiers utilisait une méthode naturelle et 9 % allaitaient encore leur précédant enfant (Leke 1998).

Au Mali, parmi les femmes qui ont eu un avortement, 61 % avaient arrêté leur méthode contraceptive et dans 39 % des cas elle a échoué (Konate, Sissoko et al. 1999). Au Togo, seulement 19% des femmes pratiquaient une contraception avant leur avortement, dont plus de la moitié une méthode naturelle (Unité de Recherche Démographique et al., 2001).

D'autres études soulignent cette absence de contraception ou l'échec d'une méthode au Kenya (Ojwang and Maggwa 1991; Ankomah, Aloo-Obunga et al. 1997; Solo, Billings et al. 1999), au Mozambique, (Hardy, Bugalho et al. 1997), au Ghana où l'avortement s'explique par une utilisation faible ou irrégulière de la contraception, mais aussi car les femmes ne veulent pas révéler une rupture de l'abstinence post-partum (Anonymous 1994).

La faible utilisation de la contraception et l'analyse de ces échecs pose la question de l'accès aux programmes de planification familiale et des éventuels blocages à l'utilisation de ces méthodes. L'avortement est parfois la seule « option contraceptive » pour les femmes qui n'ont pas accès aux programmes de la planification familiale par absence de services, ignorance de leur existence ou car ils ne leur sont pas destinés (adolescentes, femmes célibataires, sans enfants). La sexualité des jeunes n'est pas toujours admise socialement et les

prestataires de services sont souvent réticents à prescrire des contraceptifs aux jeunes (Ankomah, Aloo-Obunga et al. 1997; Silberschmidt and Rasch 2001).

Certaines femmes sont réticentes à l'utilisation de la contraception moderne par crainte des effets secondaires (comme la prise de poids, les problèmes de santé, les risques de cancer...) et des risques présumés de stérilité due à l'usage de ces méthodes (Otoide, Oronsaye et al. 2001) : ce risque de stérilité est pourtant beaucoup plus élevé en cas d'avortement clandestin. L'aspect contraignant de ces méthodes est également mentionné : prise régulière et utilisation sur le long terme, des contraintes mal acceptées surtout par les femmes qui ont une sexualité irrégulière, alors que l'avortement permet de « résoudre rapidement » ce problème. L'insuffisance de d'informations sur la contraception (bien que la connaissance globale de la contraception soit assez élevée selon les EDS) dont bénéficient certaines femmes explique qu'elles n'ont pas toujours connaissance de la gamme de méthode contraceptive qui leur est offerte et de la possibilité de changer de méthodes si elle ne leur convient pas. Enfin un autre facteur expliquant le faible recours à la contraception est la difficulté à négocier l'utilisation du préservatif, difficulté soulignée notamment au Ghana où la pression sociale qui pèse sur certaines jeunes femmes pour avoir des relations sexuelles rend difficile toute possibilité de prévention (Glover, Bannerman et al. 1999).

Un autre facteur d'explication de recours à l'avortement est l'échec souvent fréquent des méthodes naturelles du à la difficulté de leur utilisation et à la méconnaissance de leur période féconde.

Face à ce constat, il faut avoir conscience que les femmes engagées dans une démarche contraceptive pour réguler leur fécondité, n'hésiteront pas à recourir à l'avortement si une grossesse non prévue survient. Les pratiques contraceptives et abortives sont d'ailleurs étroitement liées : les femmes qui connaissent et utilisent une contraception ont une forte probabilité d'avoir eu un avortement antérieur comme l'ont montré plusieurs études (Mahler 1999; Okonofua, Odimegwu et al. 1999; Guillaume and Desgrées du Loû 2002).

## **L'accès à la contraception et les soins après un avortement**

L'avortement étant pratiqué de façon clandestine dans de nombreux pays, le counselling post-abortum fait aux femmes est souvent absent ou très limité, expliquant la pratique d'avortement à répétitions chez certaines. Ainsi l'adoption d'une contraception après un avortement est loin d'être systématique. Pourtant, lors de la conférence sur " les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique " en 1994 de nombreux gouvernements se sont engagés à renforcer les services de planification familiale et à améliorer les soins pour les femmes qui souffrent de complications d'avortement (IPPF, 1994).

### **Une faible pratique contraceptive post-abortum**

Quelques études signalent cependant une hausse de la pratique contraceptive après un avortement mais avec une prévalence encore faible et qui renvoie surtout à des techniques peu efficaces : au Mali, 45 % des femmes utilisent une méthode après cet avortement, alors qu'elles n'étaient que 23 % d'utilisatrices avant cet avortement (Konate, Sissoko et al. 1999) ; au Togo la prévalence contraceptive passe de 20 % avant l'avortement à 51 % après (Unité de Recherche Démographique et al., 2001) et en Côte d'Ivoire dans la ville d'Abidjan de 25 à 31 % pour les méthodes naturelles et de 14 à 34 % pour les méthodes modernes, tandis que la

proportion de femmes qui n'utilisait pas la contraception diminue de 61% à 35% (Guillaume 2003).

Au Malawi, l'accent a été mis sur la nécessité de développer des activités de planification familiale dans le cadre des programmes de prise en charge post-abortum : une étude montre que 80% des femmes ont accepté une contraception après l'avortement, les méthodes choisies étant la pilule, l'injectable ou le préservatif (Lema and Mpanga 2000). En Égypte, des programmes ont été développés pour proposer aux femmes un DIU immédiatement après ou dans les deux semaines suivant un avortement. Un *counselling*<sup>72</sup> a été mis en place et le taux d'acceptabilité de cette méthode est d'environ 40% (El-Tagy, Sakr et al. 2003). En Afrique du Sud, où l'avortement a été légalisé en 1997, les femmes reçoivent systématiquement un counselling après cet avortement et la prescription d'une contraception est systématique, mais seule la méthode injectable est disponible (Dickson-Tetteh and Billings 2002) ce qui risque de limiter l'efficacité de telles politiques.

### Une meilleure prise en charge post-abortum

Généralement le traitement des complications post-abortum est fait dans des hôpitaux et par la méthode de dilatation est de curetage. Cependant des expériences de prise en charge post-abortum ont été développées, même dans des pays où l'avortement est illégal ou d'un accès très restrictif afin d'améliorer le traitement de ces complications. Ainsi de nouvelles techniques ont été introduites pour améliorer ces soins : des programmes pour l'introduction des techniques d'aspiration intra-utérine manuelles (Manual Vacuum Aspiration MVA) à la place de la dilatation et du curetage se sont développés dans différents pays. Les personnels de santé (sages-femmes et infirmiers en particulier) ont reçu des formations dans le cadre de l'implantation de ces programmes pour prendre en charge ces complications et dispenser du counselling post-abortum. L'amélioration de la prise en charge est notoire et se traduit par une réduction des coûts et durées d'hospitalisation ce qui limite les charges pour les structures de santé et les coûts pour les femmes : de plus ces méthodes sont moins traumatisantes et présentent moins de séquelles. Ainsi des expériences de ce type ont été menées au Kenya et en Ouganda, en Zambie, au Sénégal, au Burkina Faso, en Égypte, au Malawi et au Zimbabwe... : le constat général qui est fait avec l'introduction de tels programmes est :

- Une délégation de ces pratiques aux infirmiers et sages femmes et non plus seulement aux médecins (Mtonga and Ndhlovu 2001);
- Un développement de la planification familiale post-abortum avec une amélioration de la prévalence contraceptive ;
- Une réduction des coûts et complications comme on a pu le constater en Égypte : L'aspiration manuelle réclame une anesthésie plus courte, une durée de séjour de 2,4 heures au lieu de 9,2 heures, et entraîne moins de pertes de sang et de complications (douleurs, infections...)(Mahomed, Healy et al. 1994; El Shafei, Hassan et al. 1999) ; un allègement de la charge des services (Lema, Mtimavalye et al. 1997) et de moindres coûts et séquelles pour les femmes ;
- Une amélioration générale de la qualité des services (Yumkella 1999)

---

<sup>72</sup> D'une manière générale, le counselling est défini comme un dialogue confidentiel entre un client et un soignant en vue de permettre au client d'évaluer les risques pour la santé qui le concernent et concernent ses proches, et de faciliter l'adoption de comportements appropriés en matière de dépistage, de prévention et de prise en charge des malades comme de leur entourage.

Ces expériences se développent encore trop timidement en Afrique mais elles améliorent considérablement la prise en charge des complications d'avortement et c'est un progrès qu'il convient de souligner durant ces dernières années.

## **Pour conclure**

Quelles améliorations ou quels changements se sont produits depuis la Conférence du Caire ? L'avortement est un problème de santé publique majeur dans les pays africains mais aussi un problème social.

On peut tout d'abord dire que les législations ont peu progressé sauf au Cap Vert et en Afrique du Sud, où l'avortement est à la demande. Mais dans ce dernier pays l'accès n'est pas encore généralisé. Dans les autres pays, les progrès ont été très limités, voir inexistant (on a même assisté à une régression des lois) et globalement la pratique légale de l'avortement reste liée aux problèmes de santé de la femme. Il faut inciter les États à revoir leurs législations en matière d'avortement : interdire l'avortement n'empêche pas sa pratique mais contribue au maintien de pratique à risque.

La pratique de l'avortement reste peu documentée et il est important de mener des recherches dans ce domaine pour améliorer la connaissance sur ce sujet en terme de prévalence mais surtout des facteurs et déterminants afin de mieux connaître le processus qui amène à l'avortement, et à recourir à l'avortement plutôt qu'à la contraception, mais aussi étudier l'impact qu'il peut avoir sur la fécondité.

L'avortement, utilisé suite à l'échec d'une contraception ou en son absence interroge sur le fonctionnement des programmes de planification familiale, leur accessibilité et le counselling qui est fait aux femmes lors de la prescription. Ce counselling n'est pas toujours pensé en fonction des besoins concrets des femmes et l'information qui leur est donnée est parfois insuffisante. Par exemple, les femmes ne sont pas toujours informées des aménorrhées qui peuvent survenir lors de l'utilisation d'une méthode injectable. Elles ne savent toujours que la gamme de choix de la contraception est large et qu'elles peuvent changer de méthode en cas d'insatisfaction ou d'effets secondaires désagréables. Ceci pose la question également de l'accès des jeunes à la planification familiale et de la reconnaissance de leur sexualité par les personnels de santé.

Les programmes de prise en charge des complications des avortements et plus généralement de prise en charge post-abortum doivent être développés car ils ont fait leur preuve d'efficacité, et de réduction des coûts pour les services de santé, mais surtout des coûts pour les femmes et des conséquences pour leur santé. Les procédures d'aspiration intra-utérine manuelle avec le protocole associé à ces programmes doivent être développés : notamment la formation des personnels (sages-femmes, infirmiers...), le counselling et programmes de planification familiale. Il est également important de développer des programmes pour introduire d'avortement médicamenteux (le misoprostol ou mifepristone ou RU486) : actuellement cette technique n'est développée qu'en Tunisie alors qu'elle permet une meilleure prise en charge de ces avortements qui sont alors moins traumatisants pour les femmes et moins lourds de conséquences.

Enfin, la mise sur le marché de la contraception d'urgence qui est en train de s'opérer dans quelques pays africains devrait permettre de limiter les avortements à risque en particulier pour les jeunes femmes. Mais cela suppose que cette méthode soit largement diffusée et à moindre coût.

L'accès aux soins en santé de la reproduction, en particulier de planification familiale et d'avortement sans risque passe par une amélioration du fonctionnement des programmes, notamment par une information des personnels de santé. Mais ce meilleur accès suppose aussi une amélioration du statut des femmes, en particulier de leur éducation pour leur donner une plus grande autonomie.

## Bibliographie

- Adewole, I. F. (1992). "Trends in postabortal mortality and morbidity in Ibadan, Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics 38(2): 115-8.
- Ankomah, A., C. Aloo-Obunga, et al. (1997). "Unsafe abortions: methods used and characteristics of patients attending hospitals in Nairobi, Lima, and Manila." Health Care for Women International 18(1): 43-53.
- Anonymous (1994). "Misperceptions about contraceptives keep abortion incidence high in Ghana." Progress in Human Reproduction Research(29): 3.
- Benson, J., B. R. Johnson, et al. (1994). "International abortion research: new environment, new priorities."
- Dickson-Tetteh, K. and D. L. Billings (2002). "Abortion care services provided by registered midwives in South Africa." International Family Planning Perspectives 28(3): 144-150.
- El Shafei, M., E. O. Hassan, et al. (1999). "Improving reproductive health service by using manual vacuum aspiration in the management of incomplete abortion." Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology 25(10-12): 711-22.
- El-Tagy, A., E. Sakr, et al. (2003). "Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling." Contraception 67(3): 229-34.
- Gautier A., 2002, Les droits reproductifs en Afrique sub-saharienne.- In A. Guillaume, Desgrees du Lou, A., Zanou B, Koffi N. (Ed.) Santé de la Reproduction en Afrique, ENSEA, IRD, FNUAP, , p. 77-100.
- Gastineau B., 2002, Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne- In A. Guillaume, Desgrees du Lou, A., Zanou B, Koffi N. (Ed.) Santé de la Reproduction en Afrique, 9-12 novembre 1999, ENSEA, IRD, FNUAP, , p. 243-266.
- Glover, E. K., A. Bannerman, et al. (1999). "Context and content of condom negotiation and sex refusal skills among youth in Ghana: key findings."
- Guillaume, A. (2003). "Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990." Population 58(6)
- Guillaume, A. and A. Desgrees du Lou (2002). "Fertility regulation among women in Abidjan, Cote d'Ivoire: contraception, abortion or both?" International Family Planning Perspectives 28(3): 159-166.
- Hardy, E., A. Bugalho, et al. (1997). "Comparison of women having clandestine and hospital abortions: Maputo, Mozambique." Reproductive Health Matters(9): 108-15.
- Henshaw S.K.; Singh S.; Haas T.,1999, Recent trends in Abortion rates worldwide, International Family Planning Perspectives, 25(1), p. 44-51
- Konate, M. K., F. Sissoko, et al. (1999). Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako. Bamako, CILSS, INSAH, CERPOD: 91.
- Leke, R. J. (1998). Les adolescents et l'avortement. Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique. B. Kuate-Defo. Montréal, Ediconseil Inc.: 297-306.
- Lema, V. M. and V. Mpanga (2000). "Post-abortion contraceptive acceptability in Blantyre, Malawi." East African Medical Journal 77(9): 488-93.
- Lema, V. M., L. A. Mtimavalye, et al. (1997). "The impact of the manual vacuum aspiration (MVA) technique on health care services at Queen Elizabeth Central Teaching Hospital, Blantyre, Malawi." South African Medical Journal 87(2): 218-24.
- Madebo, T. and G. T. T (1993). "A six month prospective study on different aspects of abortion." Ethiopian Medical Journal 31(3): 165-72.
- Mahler, K. (1999). "Both unwanted pregnancies and abortions are common among women in Nigeria." International Family Planning Perspectives 25(4): 207-8.
- Mahomed, K., J. Healy, et al. (1994). "A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion." International Journal of Gynecology and Obstetrics 46(1): 27-32.

- Mpangile, G. S., M. T. Leshabari, et al. (1993). "Factors associated with induced abortion in public hospitals in Dar es Salaam, Tanzania." Reproductive Health Matters(2): 21-31.
- Mtonga, V. and M. Ndhlovu (2001). "Midwives' role in management of elective abortion and post-abortion."
- Nations Unies (1994). Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement. Le Caire, Nations Unies
- Nyong'o, D. and G. Oodit (1996). "Tackling unsafe abortion in Mauritius." Planned Parenthood Challenges(1): 35-7.
- Ojwang, S. B. and A. B. Maggwa (1991). "Adolescent sexuality in Kenya." East African Medical Journal 68(2): 74-80.
- Okonofua, F. E., C. Odimegwu, et al. (1999). "Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria." Studies in Family Planning 30(1): 67-77.
- Otoide, V. O., F. Oronsaye, et al. (2001). "Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions." International Family Planning Perspectives 27(2): 77-81.
- Renne, E. P. (1996). "The pregnancy that doesn't stay: the practice and perception of abortion by Ekiti Yoruba women." Social Science and Medicine 42(4): 483-94.
- Rogo, K. O. (1993). "Induced abortion in Sub-Saharan Africa." East African Medical Journal 70(6): 386-95.
- Silberschmidt, M. and V. Rasch (2001). "Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents." Social Science and Medicine 52(12): 1815-26.
- Solo, J., D. L. Billings, et al. (1999). "Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya." 38-60.
- Unité de Recherche Démographique URD (Université du Bénin) and Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (2001). Avortement au Togo. Famille, migration et urbanisation au Togo. Résultats de l'enquête quantitative. Lomé, Togo, URD, DGSCN: 13.
- United Nations and Population Division (1994). World abortion policies 1994. New York, United Nations
- United Nations and Population Division (1999). World abortion policies 1999. United Nations. New York
- United Nations and Population Division (2001). Abortion Policies. A global review - vol I Afghanistan to France. New York, United Nations.
- United Nations and Population Division (2001). Abortion Policies. A global review - vol II Gabon to Norway. New York, United Nations.
- Vandercruys, H. I., R. C. Pattinson, et al. (2002). "Severe acute maternal morbidity and mortality in the Pretoria Academic Complex: changing patterns over 4 years." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 102(1): 6-10.
- World Health Organisation (1998). Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva, World Health Organisation: 109.
- Yumkella, F. (1999). Nurse midwives role for the expansion of comprehensive post abortion care services : The case of Kenya and Uganda. Third African population conference, " the African Population in the 21st century", 6-10 December 1999, Durban, South Africa, UAPS/UEPA/NPU.

## L'impact démographique du Sida dans les pays en développement<sup>73</sup>

**Benoît Ferry**

Le Sida s'inscrit dans le contexte de crise et de sous-développement. Il vient se surajouter à la situation critique du développement de la majorité des pays africains, en écrasant des populations et des États accablés par la pauvreté, les conditions sociales et économiques. La difficulté à comprendre l'extension différentielle du Sida en Afrique, la difficulté à en cerner les dimensions, les enjeux et les impacts proviennent en grande partie de son intrication avec le sous-développement. Le Sida vient enrayer les moteurs du développement sur les plans sanitaire, économique, social et politique.

En 20 ans dans le monde plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le virus du VIH/Sida. Environ 20 millions de personnes sont mortes du Sida depuis son apparition au début des années 1980. On estime que 40 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH, dont 28 millions en Afrique subsaharienne (ONUSIDA/OMS, 2002). Il ne faut pas se laisser abuser par l'apparente stabilisation, voire le reflux dans les pays développés et dans quelques pays en développement; l'épidémie continue en effet à se développer rapidement, en Afrique et en Asie notamment. Pour la seule année 2001, la progression de l'épidémie a continué à être rapide avec 5 millions de nouvelles infections dans le monde (ONUSIDA/OMS 2002). Environ 12.000 adultes et 2000 enfants s'infectent chaque jour. Neuf pour cent de la population adulte est infectée en Afrique. Soit près d'un adulte sur 10. Le pic de prévalence se situe autour de 25 ans pour les femmes et 10 à 15 ans plus tard, autour de 35-40 ans, pour les hommes.

La plupart des personnes infectées ne se savent pas porteuses du virus, faute de dépistage, et ne sont donc pas en mesure de prévenir la transmission. Des millions d'autres ne savent rien sur le VIH et ses modes de contamination, ou trop peu pour être en mesure de s'en protéger.

La prévention à travers l'information, l'éducation, les préservatifs et autres mesures s'est sensiblement développée en Afrique, mais souvent de façon dispersée avec une efficacité limitée. On sait qu'il faudrait des efforts considérables pour atteindre les seuils qui permettraient un changement significatif sur le cours des épidémies; ce qui est loin d'être le cas en Afrique. Selon Peter Piot, directeur de l'ONUSIDA, la prévention ne touche qu'à peine un cinquième de ceux qui sont à risque.

En considérant la dynamique des populations, le Sida est d'apparition relativement récente, et le recul manque pour en mesurer toutes les conséquences tant démographiques qu'économiques, sociales ou politiques. L'effet du Sida sur la mortalité se fait à présent lourdement sentir dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne. L'impact du Sida sur la fécondité s'avère beaucoup plus complexe et important que prévu, et renforce sensiblement la baisse tendancielle observée depuis quelques années. Personne aujourd'hui ne peut prévoir avec certitude, à l'échelle d'un pays, l'impact potentiel du Sida sur la mortalité, la fécondité et les autres phénomènes démographiques sur le moyen ou le long terme. C'est pour cette raison

---

<sup>73</sup> Ce document reprend en grande partie une communication faite à l'Atelier Transition Reproductive dans les Pays en Développement Marseille, LPED, 8-10 octobre 2003 : « Disparités épidémiologiques et impacts démographiques du Sida en Afrique subsaharienne »

que jusqu'à récemment les perspectives démographiques ne prenaient pratiquement pas en compte l'impact du Sida; de même son impact était peu pris en compte dans les programmes de développement des pays en développement. A cause de la structure de la population de ces pays (particulièrement jeune) et de leur forte croissance démographique il n'y a pas de doute que son impact majeur est encore à venir, particulièrement en Afrique Australe et surtout en Asie.

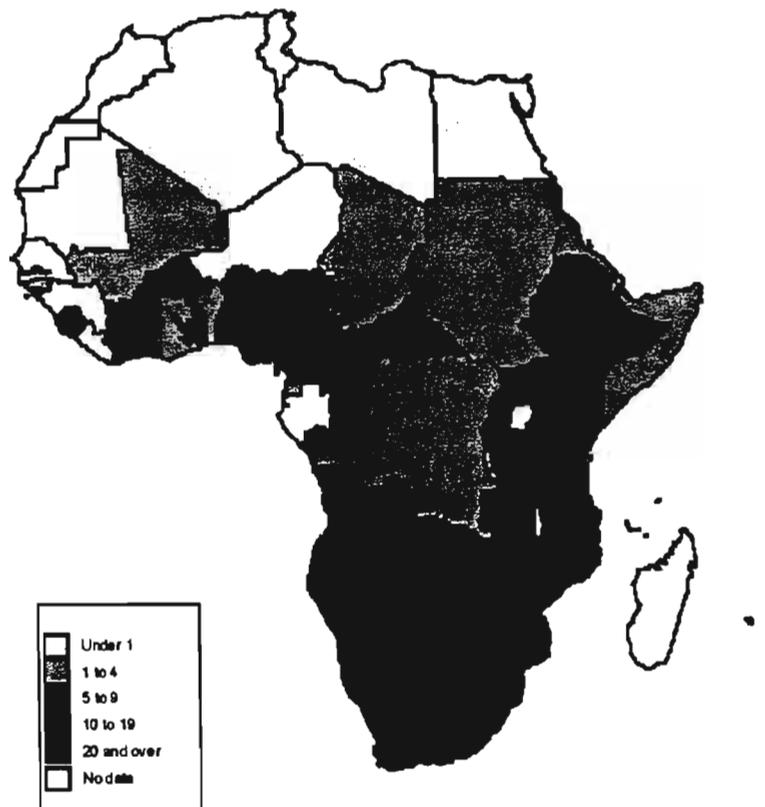
Les dynamiques épidémiques sont extrêmement différentes entre les pays du Nord et ceux du Sud, mais également entre les pays du Sud eux-mêmes, et à l'intérieur de l'Afrique. Les mécanismes qui sous-tendent ces dynamiques différentielles sont moins bien compris qu'on ne le pense généralement. Au total, on demeure dans une grande incertitude sur la combinaison des déterminants qui influence la transmission du VIH au niveau des populations, et leur impact effectif sur les épidémies; par conséquent sur les méthodes optimales de prévention à l'échelle des populations générales. Ces incertitudes obligent à envisager une perspective tout à fait nouvelle les dynamiques des épidémies de Sida et sont susceptibles de remettre en question les politiques de prévention.

Si le Sida a des conséquences démographiques et sanitaires majeures, son impact se fait aussi sentir lourdement sur les structures et l'organisation socio-économique des populations les plus touchées, dans la mesure où il fait disparaître les personnes dans leurs années les plus productives, entre 20 et 40 ans. Une partie des forces de travail est perdue, les charges sur les systèmes de santé augmentent de façon intolérable, un nombre important d'orphelins apparaît, enfin les systèmes communautaires et familiaux se trouvent bouleversés. Les conséquences, perceptibles dès aujourd'hui sur les structures familiales, la nuptialité et l'organisation sociale, se feront sentir pendant plusieurs décennies.

## **Niveaux et déterminants**

Les pays en Afrique au Sud du Sahara n'en sont plus au début de leurs épidémies. La diffusion du Sida s'est effectuée de façons très différentes selon les pays et les populations. La rapidité d'extension et les niveaux d'infection atteints peuvent être très contrastés entre pays voisins, voire même à l'intérieur d'un même pays entre différents groupes ou régions. Il existe de grandes différences des niveaux d'infection par le VIH en Afrique subsaharienne. De moins de 2% au Sénégal, au Mali et au Gabon, la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale a une prévalence de sa population adulte relativement stable et inférieure à 5%, à l'exception de la Côte d'Ivoire (12%) et du Burkina Faso (8%). L'Afrique Orientale est plus touchée; les prévalences y atteignent quelque 20%, aussi relativement stables, sauf en Ouganda où la prévalence a diminué de moitié. Des dates différentielles de début d'épidémie n'expliquent pas ces différences. On a été totalement surpris par l'intensité et par les niveaux atteints par l'explosion des épidémies en Afrique Australe où la situation est loin d'être stabilisée. L'épidémie y a démarré tardivement mais sa progression est foudroyante, avec des proportions d'infection dépassant 25% dans plusieurs pays. La situation du Zimbabwe et du Botswana est particulièrement préoccupante, le devenir de la Namibie et de l'Afrique du Sud remis en question. Au Botswana 39% de la population adulte est séropositive, 33% au Swaziland, et 20% en Afrique du Sud. (ONUSIDA/OMS 2002). Au Zimbabwe le taux d'infection est de 34%, au Lesotho 31%, en Namibie et en Zambie il est de plus de 20%.

Figure 1 Prévalence du VIH en Afrique



Source: UNAIDS, 2002.

Il existe par ailleurs une grande différence entre les facteurs de début et d'extension-diffusion des épidémies de VIH, et les facteurs qui 20 ans après les entretiennent et les développent.

Pour mieux comprendre les différentiels des taux de propagation du VIH en Afrique, une étude multi-sites a été réalisée de façon comparative dans quatre villes africaines, Cotonou au Bénin, Yaoundé au Cameroun, Kisumu au Kenya et Ndola en Zambie, caractérisées par des prévalences du VIH très différentes et des contextes socio-culturels variés (Caraël, 2001). Il apparaît que les différences de prévalence du VIH entre les sites ne peuvent être expliquées par les différences d'exposition au VIH, et notamment par des différences notables dans les comportements sexuels de la population (Ferry, 2001). Il semble que les facteurs liés à l'infection, qui sont du domaine du biologique, jouent un rôle plus important. En effet cette étude n'est parvenue à découvrir l'existence d'une association entre les taux de VIH plus élevés qu'avec l'herpès génital et la circoncision (Auvert, 2001). En venant s'ajouter à d'autres facteurs non étudiés (notamment génétiques), ces déterminants suffiraient à expliquer des intensités différentielles de transmission et par-là des dynamiques épidémiques et des niveaux très différents de prévalence observés en Afrique (Buvé, 2001).

Dans des populations générales on peut dire que le niveau, la diffusion, ou l'accroissement du VIH, lorsque l'épidémie a dépassé la phase initiale, sont largement indépendant de l'organisation sociale de la sexualité, de son intensité et des systèmes d'échanges sexuels. Il en

est tout autrement au niveau individuel, où lorsque la transmission est principalement sexuelle, ce ne sont que lors d'échanges sexuels que l'on s'expose et que la transmission peut avoir lieu. Il apparaît ainsi clairement que les forces de diffusion de l'épidémie ne sont pas la sommation des comportements individuels qui exposent au VIH, et qu'elles ont à être recherchées ailleurs. Il semble que les facteurs liés à l'infection fassent la différence.

Ainsi le Sida est une maladie essentiellement sexuellement transmissible et les comportements des individus impliquent ou non leur exposition personnelle au VIH. Leur infection dépend de cofacteurs facilitant ou empêchant le passage du virus. Il n'en est pas de même en ce qui concerne les populations générales. La diversité et l'intensité des comportements sexuels de l'ensemble de la population n'expliquent pas, ou peu, les niveaux de prévalence du VIH observés en Afrique.

De telles conclusions étaient totalement inattendues. Elles nécessitent de reconsidérer les hypothèses couramment admises sur le rôle majeur que l'on attribuait aux comportements sexuels des populations générales dans les niveaux de prévalence du VIH et la dynamique des épidémies de Sida. La grande difficulté est d'avoir pensé que c'était l'activité sexuelle qui déterminait principalement les niveaux de prévalence du VIH.

La plupart des modèles développés jusqu'à maintenant sont largement basés sur les variables socio-comportementales, et assez peu sur les variables liées à l'infection, plus proche du biologique. Un travail considérable reste à faire pour identifier et quantifier correctement ces variables liées à l'infection afin d'alimenter de nouveaux modèles capables de simuler les dynamiques et les niveaux d'épidémie tels qu'on les observe dans des populations générales.

## **Impact sur la mortalité**

Aujourd'hui le Sida est devenu la première cause de mortalité en Afrique, bien avant le paludisme, la tuberculose ou les guerres et la quatrième pour l'ensemble du monde. Un fort contraste se développe à présent avec l'arrivée des trithérapies. Là où elles sont disponibles, c'est-à-dire dans les pays développés, on a assisté à un recul brutal de la mortalité due au Sida. Par contre, là où ces thérapies ne sont que pas ou peu disponibles, dans les pays en développement, le Sida fait maintenant pleinement sentir ses effets sur la mortalité.

Selon le US Census Bureau (Stanecki, 2002), du fait des hauts niveaux d'infection par le VIH, les taux de mortalité générale estimés, y compris la mortalité due au Sida, sont 50 à 500% supérieurs en Afrique de l'Est et Australe, à ce qu'ils auraient été en l'absence de Sida. Par exemple au Kenya où la prévalence du VIH pour les adultes était de 15% à la fin de 2001, les taux de mortalité générale au cours de l'année 2002 sont estimés être plus du double (15,7 pour mille), qu'ils n'auraient été en l'absence de Sida (6,2 pour mille). En Afrique du Sud, où le niveau de prévalence du VIH parmi les adultes est estimé à 20%, on constate les mêmes figures (16,6 pour mille, contre 7,3 en l'absence de Sida). On estime qu'en 2010 ce taux y sera passé à 30,1 pour mille.

Selon l'ONUSIDA (2000), le risque pour un garçon âgé de 15 ans de mourir un jour du Sida est beaucoup plus fort que la probabilité, pour un homme qui a aujourd'hui entre 15 et 49 ans d'être infecté par le VIH en ce moment. Cette constatation restera applicable même si le taux d'infection chute dans l'avenir. Pratiquement dans tous les pays où au moins 15% des adultes sont infectés par le VIH, 35% au moins des jeunes qui ont 15 ans cette année mourront du Sida.



Dans les pays les plus touchés, de fortes baisses de l'espérance de vie commencent à se produire, notamment en Afrique subsaharienne, où quatre pays (Botswana, Malawi, Mozambique et Swaziland) ont maintenant une espérance de vie inférieure à 40 ans. En Afrique du Sud, on estime que l'espérance de vie n'est plus que de 47 ans au lieu de 66 sans le Sida. D'après les calculs de la Division de la Population des Nations Unies (United Nations and UNAIDS, 1999), le Sida coûtera en moyenne 17 années d'espérance de vie aux neuf pays 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). Dans ces pays, au lieu d'augmenter pour atteindre 64 ans d'ici 2010–2015 si le Sida n'existait pas, l'espérance de vie retombera à 47 ans en moyenne. Sans le Sida l'espérance de vie au Botswana serait aujourd'hui de 72 ans; elle est estimée à 39 ans. En 2010 on estime qu'elle y sera de 27 ans (Stanecki, 2002). Plusieurs autres pays d'Afrique voient aussi leur espérance de vie descendre à moins de 40 ans; c'est le cas de l'Angola, du Lesotho, du Malawi, du Mozambique, du Rwanda et de la Zambie. Dans le futur, dans les pays les plus touchés, l'espérance de vie des femmes deviendra plus courte que celle des hommes

Parallèlement le Sida a et aura des effets indirects sur la morbidité et la mortalité par d'autres causes, notamment du fait de la recrudescence de la tuberculose, ou encore par la priorité donnée au traitement des maladies opportunistes dues au Sida au détriment d'autres maladies que l'on pourrait plus facilement soigner.

Le Sida ajoutera aussi d'autres effets indirects sur la morbidité et la mortalité des enfants, qui continueront à augmenter. Une mère infectée place en effet son enfant, quel que soit son statut sérologique, au risque que celui-ci soit mal nourri et contracte des affections endémiques, comme la tuberculose par exemple. De plus, l'enfant risque de devenir orphelin rapidement, ce qui réduit encore davantage son accès aux soins et dégrade ses conditions de vie.

Puisque le taux de mortalité des adultes continuera à augmenter à cause du Sida, le nombre d'orphelins ira lui aussi en augmentant. On peut estimer que plus de 5 millions d'enfants de moins de 10 ans sont orphelins de mère du fait du Sida, et 15 millions de moins de 15 ans (ONUSIDA/OMS 2002). Le pire est encore à venir. D'ici 2010 l'USAID estime qu'en Afrique près de 28 millions d'enfants seront privés d'au moins un de leurs parents à cause du Sida; soit un enfant sur trois en Namibie, au Swaziland, au Zimbabwe et en Afrique du Sud. Ces orphelins sont particulièrement vulnérables à l'épidémie ainsi qu'à l'appauvrissement et à la précarité qui l'accompagnent.

Le sauvetage des enfants qui naîtraient séropositifs en l'absence de programme de prévention de la transmission mère-enfant a un impact très significatif sur leur nombre. Cependant il ne faut oublier que ces enfants deviennent massivement orphelins rapidement, en l'absence de développement massif parallèle de la prise en charge des mères séropositives.

## **Impact sur la fécondité**

Dans un contexte de déclin général de la fécondité dans les pays en développement, y compris en Afrique, l'impact du Sida sur la fécondité sera probablement beaucoup plus important que l'on ne l'envisageait il y a quelques années. Cependant les mécanismes en jeu étant particulièrement complexes, la façon dont le VIH/Sida a un impact sur les déterminants et les niveaux de fécondité générale n'est pas encore complètement claire et n'a pas pu être mesurée de façon précise (Gregson, 2002). Desgrées du Loû (1998) et Zaba (1998) ont analysé les mécanismes en jeu dans l'impact du Sida sur la santé de la reproduction.

Le VIH/Sida modifie les niveaux de fertilité et de fécondité, mais aussi et surtout les attitudes concernant l'ensemble des variables de la santé de la reproduction. C'est pourquoi il est particulièrement difficile d'évaluer les changements de fécondité induits par le VIH qui ne sont que la résultante de ces multiples modifications qui peuvent s'avérer fort différentes, voire divergentes selon les contextes. La plupart des données de terrain manquent pour mesurer les changements d'attitudes et les changements de fertilité et fécondité.

### Facteurs de décroissance de la fécondité

- Séropositivité des hommes et leur mortalité
- Réduction de la fréquence des rapports sexuels des malades
- Augmentation des avortements spontanés
- Augmentation des désordres menstruels
- Retard de l'âge aux premiers rapports sexuels
- Augmentation des divorces et des séparations
- Réduction du nombre de partenaires
- Utilisation plus importante de préservatifs.
- Diminution du désir d'enfants (peur)

### Facteurs d'augmentation de la fécondité

- Traitement des autres IST
- Augmentation de la mortalité infanto-juvénile
- Réduction de l'allaitement maternel
- Réduction de l'abstinence post-partum.
- Augmentation du désir d'enfant, (remplacement)
- Changement de la structure par âge

Dans la plupart des pays en développement la majorité de ceux qui sont infectés, les hommes comme les femmes, ne connaissent pas leur statut VIH. De ce fait le statut de séropositivité n'aura que peu d'effet sur les décisions de reproduction. Cependant la perception du VIH et le risque d'infection des enfants pourront avoir des effets contradictoires et sans doute non négligeables sur le désir d'enfant. On pourrait par exemple avoir plus d'enfants pour s'assurer une survie et le remplacement des générations; ou bien au contraire décider d'en avoir moins pour éviter le risque de contamination ou que ces enfants ne deviennent orphelins. L'augmentation de l'utilisation des préservatifs pourrait avoir comme effet secondaire de prévenir une partie des grossesses non désirées.

On note dès à présent que les femmes séropositives sont sensiblement moins fécondes, voire moins fertiles, que les femmes séronégatives (Gray, 1998); on sait aussi que l'infection à VIH au stade symptomatique entraîne une baisse de la capacité fécondante du sperme. La réduction de fécondité de 25 à 40% des femmes séropositives (Gregson, 2002) serait principalement due à des facteurs biologiques plus que comportementaux. Il en résulte que cette réduction devrait avoir un effet important sur la fécondité générale des populations les

plus touchées. La plupart des adultes infectés mourront après avoir passé la période la plus féconde de leur vie. Il faut cependant noter que l'épidémie a le potentiel de réduire la fécondité si une plus faible proportion de la population arrive en âge de procréer. De plus l'accroissement de la mortalité des adultes laissera un grand nombre de veufs et de veuves. Du fait de la stigmatisation la fréquence des remariages, qui est la règle en Afrique, diminuera sensiblement.

Les principales conséquences sur la fécondité seront surtout indirectes du fait du bouleversement des ménages et des structures de reproduction et d'élevage des enfants. Les cellules de base de la reproduction, constituées par toutes les formes d'organisation de la vie en couple, mais aussi leur environnement seront désorganisées, ce qui ne sera pas sans effet sur la fécondité des populations les plus touchées par le Sida.

L'impact sur la fécondité ne pourra donc s'envisager que dans le cadre plus large de l'impact du Sida sur les sociétés, les cultures, les économies, les représentations et la reproduction sociale, ce qui va bien au delà de cette contribution.

De façon globale il apparaît toutefois clairement que le Sida fait et fera chuter la fécondité selon des modalités hautement complexes qui remettent en cause le schéma classique de la transition de la fécondité pour les pays les plus touchés.

### **Impact sur les structures**

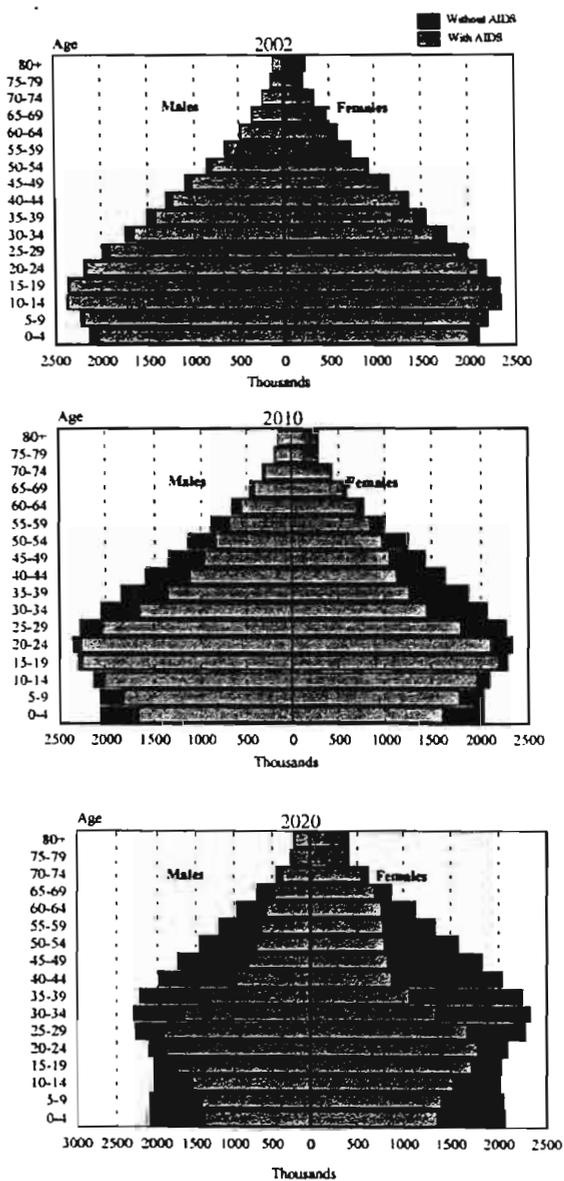
Les effets de la hausse de la mortalité et la baisse de la fécondité se conjuguent pour transformer radicalement et très rapidement les structures par âge dans les pays les plus touchés par le Sida. La fécondité diminuant, la base de la pyramide se resserre. La mortalité se fait sentir très fortement dès 25-30 ans, laissant une population de seniors réduite. Ce double resserrement de la pyramide, tout à fait inhabituel dans la dynamique des populations, aura un fort impact social et économique, notamment par les faibles effectifs de population active au delà de 35 ans. Ces impacts de grande ampleur sur l'emploi mériteraient de longs développements qui vont au delà de cette contribution.

Entre 15 et 44 ans il y aura plus d'hommes que de femmes dans chacun des groupes quinquennaux d'âge, ce que l'on ne voit jamais en démographie. (Stanecki, 2002). L'un des effets importants de l'épidémie de Sida sur la population générale est la perte d'une part du potentiel de reproduction dû aux niveaux élevés de mortalité féminine (Zaba, 1998)

Dans les pays les plus touchés les structures démographiques se trouvent et se trouveront radicalement modifiées. Les changements induits sur les sociétés, leur organisation, leur survie prendront une importance majeure pour leur devenir. Cependant l'ensemble des implications des profondes et rapides modifications des structures par âge, jamais vues en démographie, ne sont pas encore complètement claires.

Dans les pays modérément touchés par le Sida l'effet sur les structures par âge sera faible et relativement uniforme.

Figure 3 Pyramides des ages avec et sans Sida en Afrique du Sud en 2002, 2010 et 2020



Source : Stanecki, 2002

## Impact sur la croissance

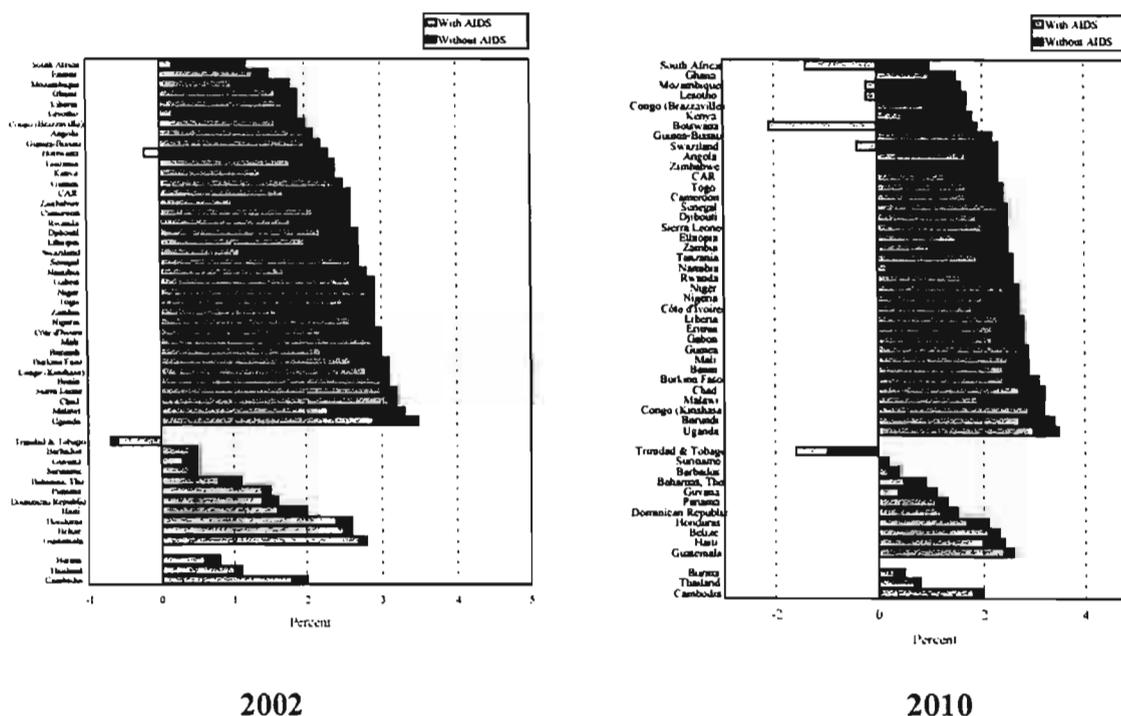
Bien que la mortalité due au Sida augmente de façon très importante et compte-tenu des hauts niveaux de fécondité encore observable, l'accroissement de population continuera à être positif dans la plupart des pays à forte fécondité.

Kault (2000) démontre qu'il y a une relation linéaire entre la croissance de la population et la prévalence du VIH chez les femmes enceintes. Chaque 12% d'infection chez ces dernières fait diminuer le taux de croissance annuel de la population de 1%.

Pour la majorité des pays faiblement touchés, que ce soit en Afrique, en Amérique latine ou en Asie, l'accroissement naturel pourrait diminuer de moins de 1 %, tout en demeurant largement positif. Les populations continueront à s'accroître malgré les hauts niveaux de mortalité que l'on y observera et du fait des niveaux de fécondité qui restent très élevés, notamment en Afrique.

Il n'en est sans doute pas de même pour les pays plus fortement touchés, comme aujourd'hui en Afrique de l'Est ou en Afrique Australe, où l'on envisage des accroissements négatifs. On estime qu'en 2010 le taux d'accroissement de la population de l'Afrique du Sud sera de -1,4%, celui du Botswana de -2%, du Swaziland -0,4%, du Mozambique et du Lesotho -0,2%, du Zimbabwe 0%, de la Namibie +0,2%, de la Zambie 1% (Stanecki, 2002). L'accroissement des populations du Malawi, de la Namibie et du Zimbabwe deviendra nul.

Figure 4 Taux d'accroissement de population avec et sans Sida en 2002 et 2010



Source : Stanecki, 2002

C'est la première fois que des accroissements négatifs auront été projetés pour des pays en développement. Ils résultent des très hauts niveaux de prévalence du VIH et du début de leurs effets sur la mortalité, et des relativement bas niveaux de fécondité déjà acquis dans ces pays.

La démographie se trouve en relation avec la pandémie de VIH/Sida à deux niveaux. D'une part les phénomènes démographiques alimentent l'épidémie, notamment les niveaux élevés de fécondité observés et les structures par âge jeunes dans les pays en développement, d'autre part le VIH/Sida peut avoir dans de nombreuses populations un fort impact démographique par la hausse de la mortalité et par une certaine baisse de la fécondité, entraînant un coup de frein parfois brutal de l'accroissement démographique, mais surtout de fortes perturbations dans la structure par âge.

Le phénomène de saturation des populations les plus vulnérables, classique en épidémiologie, s'applique mal au VIH dans les PED dans la mesure où les jeunes, la population la plus vulnérable et la plus touchée, arrivent en permanence pour s'exposer. Ainsi les pyramides jeunes observées en Afrique constituent de formidables moteurs de maintien des niveaux de VIH; les jeunes arrivent chaque année en masse sur le "marché" de l'activité sexuelle et constituent de nouvelles cohortes exposées puis infectées, puis infectantes. De la façon dont ils s'engageront dans leur vie sexuelle dépendra l'avenir de la population à laquelle ils appartiennent. Une prévention très active auprès des jeunes aura d'autant plus d'efficacité. Les profondes modifications des structures et les évolutions de la mortalité et de la fécondité remodeleront à moyen terme complètement ce "marché" en terme quantitatif. Cela constitue un élément supplémentaire de difficulté dans la projection des épidémies et le devenir de ces populations.

## **Vue d'ensemble**

Au total les relations entre la dynamique épidémiologique de l'infection à VIH et la dynamique démographique qui en résulte dans les pays du Sud est complexe. Il est difficile d'en mesurer les éléments avec précision. Les niveaux et les tendances des épidémies observées sont extrêmement disparates et relèvent de plusieurs types de dynamiques dont on ne comprend pas encore tous les déterminants et leurs interrelations. Certes le Sida a un impact important sur la mortalité, notamment celle des jeunes adultes, mais son impact sur la fécondité, fort complexe et divergent, est difficile à prévoir.

L'impact démographique du Sida, dans des situations épidémiologiques et des dynamiques extrêmement variées, devrait s'intensifier dans un futur proche pour les régions les plus touchées par le virus. L'évolution des épidémies de Sida et leurs impacts démographiques nécessitent encore un travail considérable pour en comprendre davantage les mécanismes, les déterminants et les interactions. Il s'avère dorénavant et déjà que l'impact du Sida sur la mortalité, la fécondité et les structures par âge seront importants et auront des conséquences sociales et économiques qui sont susceptibles de déstabiliser sensiblement le développement des pays les plus touchés. Les traitements, qu'il est essentiel de mettre en œuvre rapidement et à grande échelle dans les pays en développement, fourniront un espoir décisif aux malades et auront un effet de synergie déterminant pour développer les actions de prévention qu'il est plus que jamais nécessaire de renforcer, particulièrement auprès des jeunes.

Toutes les projections sont assez théoriques car plusieurs maillons essentiels de la chaîne explicative manquent. Notamment la couverture des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH augmentera à un rythme difficile à prévoir. Il en est de même de la mise en place des programmes de prise en charge des malades par les thérapies

antirétrovirales. Tout dépendra de la disponibilité de centres de dépistage. Actuellement on estime que 90% des personnes infectées par le VIH ne le savent pas.

Il apparaît qu'il n'est pas possible d'isoler l'impact démographique du VIH du contexte de sous-développement et des autres impacts sociaux, économiques et politiques qu'il engendrera et qui auront eux-mêmes des répercussions sur l'évolution démographique des populations les plus touchées. La mise en place des thérapies, si elle pouvait se réaliser à grande échelle, pourrait favoriser à terme les mesures de dépistage et de prévention; mais elle n'aura dans un premier temps pas grand effet direct pour freiner l'extension des épidémies de Sida. Un plus grand nombre de personnes seront porteuses du virus, la mortalité due au Sida diminuera, mais, en l'absence d'un effort massif pour renforcer la prévention, probablement hors d'atteinte dans la plupart des pays en développement, les nouvelles générations continueront à s'infecter. Seule la prévention de la transmission mère-enfant qui pourrait se généraliser rapidement, sous réserve de la mise en place de centres de dépistage gratuits, aurait un effet notable sur la réduction de la mortalité infantile, en augmentant toutefois le nombre d'orphelins.

La situation du Sida dans le monde a évolué, et son poids se fait de plus en plus sentir. On observe deux épidémies se développer, avec des dynamiques complètement différentes, dans les pays industrialisés d'une part, et dans les pays en développement, particulièrement l'Afrique et l'Asie, d'autre part. Nombre de questions restent encore posées. Notamment, bien des phénomènes ne sont pas encore compris dans la dynamique des épidémies de Sida et, de ce fait, il est difficile de prévoir leur impact dans toutes leurs dimensions. Les bouleversements sociaux, économiques et politiques dus au Sida dans les pays en développement auront certainement un impact dramatique dans les pays les plus touchés, mais peut-être plus encore sur d'autres plans pour le reste du monde.

On ne doit pas oublier les acquis récents qui laissent espérer une amélioration future de la lutte et de la santé des populations sous-développées. Les progrès thérapeutiques remarquables auront tôt ou tard une application dans les pays en développement. Les acteurs de la lutte contre le Sida s'efforcent davantage de coordonner les programmes et les actions. Les interventions s'intègrent mieux dans les programmes de développement. La reconnaissance des droits de l'homme en matière de santé et les dimensions éthiques soulevées par le Sida ont constitué des avancées pionnières qui continuent à faire évoluer l'approche de la santé et les interventions. Du fait de la vulnérabilité spécifique des femmes et celles de leurs enfants, la perspective de genre est devenue partie intégrante de la lutte contre le Sida.

Ce ne serait que par un engagement politique de haut niveau et en intégrant le Sida comme une des dimensions majeures des problèmes de développement que l'on pourrait contrôler l'épidémie et résoudre les problèmes qui lui sont liés. Le Sida s'est installé dans le paysage des problèmes mondiaux et s'ajoute à la longue liste des problèmes liés au sous-développement.

C'est à des efforts considérables de solidarité, d'engagement politique, de recherche, non seulement biomédicale, mais aussi socio-comportementale et opérationnelle, de mobilisation de fonds et d'intégration de l'action contre le Sida dans les programmes de développement que le monde se trouve confronté en ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle.

## Questions de recherche en relation avec la dynamique des épidémies de VIH et leurs impacts démographiques

Reste alors un grand nombre de questions scientifiques dont les réponses sont nécessaires à la compréhension des épidémies de VIH, de leurs déterminants, leur dynamique, et leur impact, et qui, même au delà de l'Afrique, conditionnent l'action et le devenir de nombre de populations.

- - Déterminants et leurs combinaisons en phase initiale des épidémies, et en phase de croisière...
- - Baisse des niveaux de prévalence observés dans certains pays, notamment en Afrique de l'Est au delà de l'Ouganda.
- - Mécanismes de diffusion et interconnexion entre les épidémies.
- - Changement dans le temps des attitudes et des comportements et leurs interactions sur la transmission du VIH et les variables démographiques.
- - Violence, abus sexuels et inceste.
- - La vulnérabilité hypothétique au VIH des très jeunes filles.
- - L'impact du Sida sur la fécondité, la fertilité et les variables associées.
- - Grandes incertitudes sur les probabilités de transmission du VIH, par sexe, par acte sexuel, par partenaire.
- - Interactions entre les déterminants de la transmission du VIH eux-mêmes, et les variables démographiques ensuite.
- - Durées d'incubation différentielles, et déterminants.
- - Les cofacteurs.... Notamment les MST.
- - Facteurs génétiques et transmissibilité ou susceptibilité.
- - Évolution des modèles démo-épidémiologiques et projections.
- - Devenir du Sida en Asie : Inde, Chine....
- - Comment prendre en compte les facteurs contextuels dans la modélisation.
- - Mesure de l'impact de la prévention au niveau des populations générales et les seuils de prévention à atteindre pour obtenir un effet significatif.
- - Impact potentiel des thérapies.

## Bibliographie

- Auvert B, Buvé A, Ferry B, et al. for the Study Group on the Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities. "Ecological and individual level analysis of risk factors for HIV infection in four urban populations in sub-Saharan Africa with different levels of HIV infection". *AIDS* 2001, 15 (suppl 4):S15-S30.
- Buvé A, Caraël M, Hayes RJ, et al. for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities. "Multicentre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa: Summary and conclusions". *AIDS* 2001, 15 (suppl 4):S127-131.
- Caraël M, Homes K. The multicentre study of factors determining the different prevalences of HIV in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2001, 15 (suppl 4).
- Desgrées du Loû A. "Santé de la Reproduction et Sida en Afrique subsaharienne – Enjeux et défis". *Population* 1998, 4 701-730.
- Ferry B, Caraël M., Buvé A., et al. for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities "Comparison of key parameters of sexual behaviour in four African urban populations with different levels of HIV infection". *AIDS* 2001, 15 (suppl 4):S41-S51.
- Gray R.H. et all. "Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda". *The Lancet*. Vol 351. 10 janvier 1998. pp. 98-103.
- Gregson S., Zaba B., Hunter S.C. "The Impact of HIV1 on Fertility in Sub-Saharan Africa: Causes and Consequences". Division de la Population, Nations-Unies, New York, mars 2002.
- Kault D. "Uncertainties in Predicting the Demographic impact of AIDS". *Theoretical Population Biology*, 2000, 57 309-324.
- ONUSIDA "Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/Sida". Juin 2000, Genève
- ONUSIDA/OMS, "Le point sur l'épidémie de Sida - Décembre 2001". Genève, 2001.
- ONUSIDA/OMS, "Le point sur l'épidémie de Sida - Décembre 2002", Genève. 2002
- Stanecki K.A. "The AIDS Pandemic in the 21<sup>st</sup> Century". US Census Bureau. Washington. July 2002.
- United Nations, Population Division and UNAIDS, *The Demographic Impact of AIDS*. Report on the Technical Meeting, New York, 1999, ESA/P/WP.152.
- United Nations "World Population Prospects – The 2002 revision". New-York. 2003.
- U.S. Census Bureau, "World Population Profile 2000". Washington, 2000.
- Zaba B, Gregson S. "Measuring the impact of AIDS on fertility in Africa" *AIDS* 1998, 12 Suppl 1 S41-S50

# Impact du sida sur les structures productives : le cas de l'agriculture

Jacques du Guerny<sup>74</sup>

Ce n'est que récemment que la communauté internationale a pris la mesure de l'ampleur de la menace que représente l'épidémie du sida. On savait évidemment que le sida était un désastre de santé, mais pas qu'il pouvait mettre en danger la sécurité internationale. Dans sa résolution 1308 en date du 17 juillet 2000, le Conseil de sécurité des Nations unies et c'était la première fois de son histoire qu'il avait inscrit une épidémie à son ordre du jour, souligne « que la pandémie de VIH/sida, si elle n'est pas enrayée, peut mettre en danger la stabilité et la sécurité ». Cette inquiétude a été exprimée souvent depuis, par exemple par l'ex-président Bill Clinton qui déclarait à Oslo le 4 novembre 2003 que la lutte contre le sida n'était pas seulement une question humanitaire, mais aussi un problème de sécurité internationale qui pouvait entraîner une « gigantesque instabilité politique ».

Comment un virus peut-il conduire à des conséquences aussi dramatiques, allant jusqu'à mettre en jeu la survie de sociétés, peut-être même d'Etats ? Afin de répondre à cette question, cette note va montrer que dans les pays en développement, il faut regarder au delà de l'infection par le VIH et le cours de la maladie pour s'intéresser aux causes profondes de l'épidémie et de sa diffusion et donc aux processus de développement qui les sous-tendent et à l'œuvre dans ces pays. Ensuite, les inter-relations entre développement et sida seront illustrées dans le secteur agricole, secteur clé pour les populations rurales estimées à près de 3 milliards en l'an 2000, celles de l'Afrique sub-Saharienne totalisant 410 millions (Nations unies, 2001).

## Sida et développement

Les voies de contamination par le VIH sont bien connues, mais quelle est leur relation avec le développement ? Un exemple le montre bien : un jeune écrivain chinois, Yu Hua a publié en 1996 un roman « Le vendeur de sang »<sup>75</sup> qui démonte le mécanisme par lequel la pauvreté des zones rurales pousse les paysans à vendre leur sang pour survivre, se marier, construire leur maison. Que le VIH entre dans le système et l'on peut se retrouver avec une épidémie comme celle de la province du Hénan. De façon plus systématique, la Banque Mondiale et le PNUD ont montré les inter-relations entre développement et inégalités d'une part et la prévalence du sida (Banque mondiale, 1997), de l'autre. Contrairement à ce que l'on croit souvent, ce ne sont pas les pays les plus pauvres qui sont généralement les plus infectés, mais ceux qui connaissent un certain développement associé à de grandes inégalités entre régions et entre catégories socio-économiques dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Zimbabwe ou bien la Côte d'Ivoire.

En effet, dans un pays sans routes, sans transport, le virus a du mal à se propager, on trouve des zones infectées, mais la prévalence reste faible au niveau national. Par contre, dans un pays doté d'une bonne infrastructure routière, avec de grands écarts de revenus,

---

<sup>74</sup> Ancien coordonnateur pour le sida et chef du Service du programme de population à la FAO; ancien président du Comité inter-agence de conseil à l'ONUSIDA (IAAG).

<sup>75</sup> Publié en français en 1997 par Actes Sud.

d'opportunités de trouver un emploi, les mouvements migratoires peuvent être considérables facilitant la dispersion du VIH. Ainsi, on observait une migration de jeunes burkinabés vers les plantations de la Côte d'Ivoire alors que les jeunes ivoiriens des zones de plantations migraient vers la côte créant ainsi un mécanisme efficace de diffusion (FAO, 1997) Il faut cependant être attentif à ne pas conclure à la responsabilité des migrants dans la diffusion du VIH : ce n'est pas le fait de migrer en soi, mais de migrer dans de mauvaises conditions pour échapper à la misère.

Le développement n'est donc pas nécessairement neutre face au sida : il peut contribuer à augmenter ou à réduire la vulnérabilité des populations. Ceci est clé car cela ouvre la voie à de nouvelles stratégies de lutte contre le sida en y associant des programmes de développement sectoriels conçus de manière à réduire la vulnérabilité de populations face au sida. Par exemple, promouvoir des cultures pendant la soudure entre deux récoltes permet non seulement d'améliorer les revenus des paysans, mais réduit les besoins de migration saisonnière qui sont l'occasion de s'infecter. Trouver des alliés parmi les acteurs du développement est d'autant plus important que l'on s'interroge si les thérapies anti-rétrovirales actuelles peuvent, à elles seules, enrayer l'épidémie<sup>76</sup>. L'exemple de l'agriculture permet d'exposer plus en détail certains des points mentionnés.

## Impacts sur l'agriculture

On peut distinguer plusieurs types d'impacts : sur la production, sur les exploitations et les ménages, sur les institutions agricoles. Pour des présentations détaillées on peut consulter les documents de la FAO et son site Internet consacré au sida : *HIV/AIDS and Food Security* [www.fao.org/hiv aids/](http://www.fao.org/hiv aids/) . La plupart des études ont porté sur les pays africains les plus touchés, c'est à dire ceux de l'Afrique australe. On ne peut présenter une étude exhaustive des impacts parce qu'ils varient en fonction du contexte et de son évolution : les impacts du sida ne sont donc pas toujours partout identiques. Par contre l'impact du sida est toujours de nature systémique : le sida a donc souvent des effets dans plusieurs domaines à la fois : les soins au malade exigent du temps sur une période assez longue, il faut donc retirer les enfants de l'école pour y contribuer et parce que le foyer n'a plus les ressources pour payer l'école puisque les soins coûtent cher – la plupart des ménages ruraux sont au dessous du seuil de pauvreté défini par la Banque Mondiale (un dollar des Etats Unis par jour), donc tous les soins sont exorbitants pour ces ménages. Les filles, en raison de la division du travail en fonction du genre sont donc en première ligne avec pour conséquence qu'elles arrivent sur le marché du travail au bout de quelques années sans qualification (même dans l'agriculture) risquant ainsi de devoir vendre du sexe au moins occasionnellement.... Ce qui suit est donc une illustration dans les pays où l'épidémie est avancée.

### Impacts sur la production

Dans l'agriculture vivrière, le manque de « bras » entraîne l'abandon des champs situés trop loin de l'habitation ou de moindre qualité. Les cultures commerciales sont abandonnées avec le tarissement d'une source majeure de revenus pour l'exploitation. Comme les petites exploitations ne peuvent plus se maintenir en autarcie, sans argent de l'extérieur, elles sont de plus en plus dépendantes d'argent envoyé par un membre du ménage ayant dû migrer : si celui-ci tombe malade, toute source de revenu disparaît et c'est alors que l'on voit une

---

<sup>76</sup> Voir par exemple Gray RH et al. *Stochastic simulation of the impact of antiretroviral therapy and HIV vaccines on HIV transmission, Rakai, Uganda. AIDS* 17:1941-1951, 2003.

prostitution de survie se développer. Comme une exploitation est une unité complexe exigeant une division du travail, la maladie et la mort d'un jeune actif entraîne une redistribution des tâches avec pour conséquence des pertes dans la qualité et la quantité d'intrants, les autres membres n'ayant pas les connaissances requises ou le temps nécessaire. Par exemple, une fonction essentielle pour les rendements, le desherbag, est souvent abandonnée avec pour conséquence une baisse de rendements. Le choix des meilleures semences exige une expérience et ne peut s'improviser si le malade est celui ou celle dont c'était une spécialité.

Dans une économie pastorale ou semi pastorale (FAO, 2000), les soins médicaux et les enterrements exigent un abattage du bétail entraînant une perte du capital de l'exploitation. Ici aussi, il existe une division du travail : les hommes s'occupent du bétail : lorsque le mari meurt, la veuve n'est pas en mesure de poursuivre cette activité, d'autant plus que la famille profite de l'occasion pour s'approprier une partie du cheptel. Les orphelins n'ont en général ni les connaissances, ni la force nécessaire pour s'en occuper non plus et les bêtes tombent malades à leur tour...

Dans le domaine de l'agriculture commerciale (FAO/UNDP, 1999), contrairement à ce qu'on pourrait penser, remplacer une main d'œuvre même peu qualifiée coûte cher, il y a les contributions des entreprises aux soins, à l'enterrement, les jours de congé maladie, la baisse de la production et de productivité, etc. Nombre de ces entreprises utilisent des machines que seuls quelques employés et techniciens savent faire fonctionner et réparer : il n'est tout simplement pas possible de les remplacer toujours. Ainsi, la rentabilité de ces grandes plantations avec des milliers d'ouvriers agricoles se pose de plus en plus dans les zones de forte prévalence du sida.

### Impacts sur les exploitations et les ménages

Lorsque la main d'œuvre disponible sur l'exploitation diminue, la quantité et la qualité de la nourriture est affectée. Le nombre de repas peut être réduit à deux, même à un seul par jour. La qualité nutritionnelle est aussi affectée, en particulier au niveau des micro-nutriments ce qui peut entraîner un affaiblissement des défenses immunitaires des membres du ménage et en particulier des enfants. Ceux-ci deviennent plus susceptibles aux infections, surtout dans des conditions de logement insalubre, par exemple à la tuberculose dont peut souffrir le parent infecté par le VIH. On parle souvent de l'importance des réseaux de solidarité pour les enfants afin de répartir le fardeau, mais cela signifie que des familles qui sont elles-mêmes au niveau de subsistance, doivent nourrir des bouches supplémentaires. Si ces réseaux sont importants et jouent souvent un rôle positif, on ne souligne pas assez leurs limites et le manque de protection des veuves et des orphelins qui peuvent se retrouver dépouillés de tout ou d'une partie des biens au décès du mari/père. Dans ces cas, l'exploitation agricole peut être abandonnée.

### Impacts sur les institutions agricoles

Les ministères de l'agriculture<sup>77</sup> font partie des ministères dotés d'un personnel nombreux, en particulier de vulgarisateurs agricoles dont le rôle est important dans le soutien aux petites exploitations. Lorsque ces ministères voient leur personnel décimé, il devient très difficile pour eux d'envoyer du personnel sur le terrain et des zones entières peuvent être abandonnées dans différents domaines. Certaines spécialités, comme les services vétérinaires, disposent de

---

<sup>77</sup> FAO (juillet/aout 2003) *Addressing the impact of HIV/AIDS on Ministries of Agriculture: Focus on eastern and southern Africa*. [http://www.fao.org/sd/2003/PE07063\\_en.htm](http://www.fao.org/sd/2003/PE07063_en.htm)

relativement peu de personnel, et la maladie ou les décès dans ces services peut avoir d'autant plus d'impact que les écoles de formation ne peuvent s'ajuster facilement à la situation nouvelle.

Au moment où les ministères doivent faire face à leur propres difficultés internes, ils doivent aussi faire face à des changements importants sur le terrain auxquels ils sont peu préparés: en effet de nombreux éléments des politiques agricoles mises en place au cours des dernières années ne sont plus pertinents. Les politiques ont été formulées dans un certain contexte: cultures commerciales à l'exportation, etc. Or, on a vu que la première réaction des paysans est d'abandonner ce genre de culture lorsqu'une exploitation est frappée par le sida. Il faut donc remettre en cause de nombreux acquis. Il faut aussi tenir compte des changements dans les structures des ménages, dans la qualité et la quantité de la main d'œuvre disponible: par exemple, il faut former les vulgarisateurs à travailler avec les personnes âgées, avec des veuves et avec de jeunes orphelins devenus chef d'exploitation alors qu'ils avaient l'habitude de promouvoir des politiques très différentes auprès de jeunes adultes.

### **Mécanismes à l'œuvre**

Si les différents types d'impact du sida sur l'agriculture peuvent paraître déroutants par leur diversité, ils proviennent de mécanismes relativement simples, mais dont les effets sont variables en fonction des prismes environnementaux, culturels, économiques à travers lesquels ils opèrent. En effet, on a vu que le sida agit en réduisant la main d'œuvre disponible qui ne suffit plus pour assurer la survie ou encore moins le développement de l'exploitation et des adultes et enfants qui en vivent.

Une culture donnée a besoin d'interventions multiples au cours d'un certain calendrier et ces interventions exigent à la fois une certaine énergie manuelle et un certain temps: ce sont les deux variables essentielles auxquelles s'attaque le sida. Le résultat est que ni le temps, ni l'énergie ne sont disponibles dans l'exploitation pour assurer la production vivrière avec pour conséquence que le ménage est obligé de faire des compromis, d'abandonner des activités dont il doit ensuite subir les conséquences. Plus l'exploitation est précaire et plus le sida aura d'impact en venant s'ajouter à tous les autres facteurs négatifs, aggravant les inégalités entre ménages et entre villages, ce qui conduit à des situations de position dominante et d'abus.

### **Réponses possibles du secteur agricole**

Si le sida a bien un impact sur l'agriculture et la sécurité alimentaire, la bonne nouvelle est que l'on sait depuis peu que l'agriculture pourrait jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre le sida en réduisant les vulnérabilités des villages et les risques d'exposition forcée au VIH.

### **Régimes fonciers et crédit**

Parmi les nombreux problèmes que rencontre l'agriculture en Afrique, deux sont considérablement aggravés par le sida, ce sont les difficultés liées aux régimes fonciers et au crédit. En effet, le droit coutumier ne parvient souvent plus dans le nouveau contexte créé par le sida à protéger les veuves et les orphelins. Par exemple dans certaines régions, l'absence de droit des femmes à la terre entraîne leur spoliation lorsqu'elles deviennent veuves et ne leur laisse d'autre stratégie de survie que la prostitution ou un remariage plus ou moins forcé. De

même, lorsqu'une veuve n'a pas de droit à la terre, elle n'est pas en mesure d'obtenir un crédit en temps de crise puisqu'elle ne peut fournir les mêmes garanties qu'un veuf.

En fait, le secteur agricole commence juste à se chercher dans le domaine du sida. Après une première réaction de rejet, considérant qu'il s'agissait exclusivement d'une question de santé, il prend peu à peu conscience des enjeux et qu'il a intérêt à jouer un rôle constructif en raison de l'impact qu'il subit dans les pays fortement touchés. De nombreuses voix ont proposé qu'il supplée aux insuffisances des services de santé dans les zones rurales, par exemple en distribuant des condoms. Le secteur agricole est, à juste titre, réticent à assumer un tel rôle car il n'y a aucun avantage comparatif et finirait par faire un mauvais travail de supplétif dans la santé tout en sacrifiant son travail dans le domaine agricole.

La réponse du secteur agricole dans le domaine du sida doit se faire précisément au niveau des politiques agricoles en les modifiant afin de tenir compte du sida. C'est ainsi qu'un groupe d'experts d'Afrique et d'Asie du sud-est réunis conjointement à Bangkok en décembre 2002 par la FAO et le PNUD (South East Asia HIV and Development Programme) a identifié trois directions prometteuses à explorer pour le secteur agricole : les plantes indigènes à valeur nutritive, à valeur médicinale et les introductions de technologies permettant de compenser ou de réduire les besoins en temps et en énergie. Quelques mots pour présenter ces directions.

#### *Plantes nutritives traditionnelles*

Autrefois, toute une gamme de plantes locales suppléait à la ration alimentaire en temps de disette. La modernisation de l'agriculture les a souvent écartées et les jeunes en ont perdu la connaissance. Or ces plantes présentent l'avantage de pousser avec peu d'intrants (travail, engrais ou pesticides). Leur redécouverte peut apporter dans bien des cas des compléments utiles aux rations alimentaires réduites par l'impact du sida sur la production des ménages et des exploitations.

#### *Plantes médicinales*

L'intérêt porté par l'agriculture aux plantes médicinales part du constat que les services de santé, soit ne couvrent qu'une partie des populations rurales, soit ne leur sont pas accessibles parce que trop coûteux. En effet, des ménages vivant avec l'équivalent d'un ou deux euros par jour ne sont pas en mesure de payer des médicaments, même à bas prix, sans parler des tests et du suivi nécessaire sur une longue période. Dans un pareil contexte, la pharmacopée traditionnelle peut contribuer à soulager certains symptômes et constitue un palliatif<sup>78</sup>. Ce type de travail exige une coopération entre les pharmaciens et le secteur agricole.

#### *Technologies réduisant les besoins en travail (Labour Saving Technologies – LSTs)*

Ce domaine est très prometteur pour les interventions du secteur agricole. C'est un domaine très vaste puisqu'il s'étend de l'amélioration de l'outillage traditionnel (par exemple en développant des houes plus ergonomiques) en passant par le petit machinisme pour arriver aux systèmes agraires (Farming Systems). Ce dernier cas permet de mettre en place des pratiques agricoles réduisant ou éliminant le besoin de labourer (ce qui exige un animal de trait et beaucoup d'énergie du laboureur) ou des cultures moins exigeantes en main d'œuvre lorsque celle-ci vient à manquer.

---

<sup>78</sup> Voir par exemple: *Indigenous South East Asian Herbal Remedies : symptomatic relief for People Living with HIV/AIDS*, [www.hiv-development.org](http://www.hiv-development.org) août 2002.

Ces trois directions prometteuses ont besoin d'être systématiquement explorées et soutenues. Cela exige des projets pilotes et un soutien technique sur place. Le secteur agricole pourrait alors devenir un allié incontournable dans la lutte contre le sida. Cela est d'autant plus important que les stratégies purement médicales et de santé publique n'ont suffi jusqu'à présent ni à enrayer l'épidémie en Afrique, ni à en empêcher le démarrage en Asie. Il est donc nécessaire de les compléter par des stratégies de développement appropriées, mais qui restent souvent encore à identifier. En raison des inter-relations entre populations rurales et urbaines d'une part et la mondialisation de l'autre, sans même mentionner les droits de l'homme, le sort des populations rurales est déterminant pour l'avenir de la pandémie du sida.

Si la France joue déjà un rôle important dans les aspects médicaux du sida en Afrique, il serait utile qu'elle envisage de renforcer cette action par des interventions dans le développement durable afin d'aider les populations rurales souvent laissées à l'abandon. La France dispose de nombreux atouts dans le domaine de l'agriculture tropicale qu'elle peut valoriser d'avantage en leur intégrant le paramètre du sida. Une pareille décision relève donc moins du domaine technique que de choix stratégiques et politiques dans les sens les plus noble des termes.

# Avancées et limites dans l'accès aux traitements du VIH/Sida dans les pays en développement

Anne Juillet

Sur les 42 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 95% vivent dans les pays en développement, et 70% en Afrique Subsaharienne. Région du monde la plus infectée, l'Afrique subsaharienne enregistre un taux de prévalence globale de 9% (il est de 2,3% dans les Caraïbes et de moins de 1% dans les autres régions du monde). En Afrique subsaharienne, le sida est devenu la première cause de mortalité (un décès sur 5 est dû à cette maladie). Cependant, l'épidémie évolue de façon très différenciée selon les zones : les pays d'Afrique Orientale sont les plus touchés malgré des taux relativement stables (autour de 20%, excepté en Ouganda où le taux de prévalence a diminué et est passé de 14,5% à 5% entre 1994 et 2001) ; en Afrique centrale et de l'Ouest, la prévalence en population adulte est d'environ 5% excepté en Côte d'Ivoire où elle avoisine 10% en 2001 après avoir été d'environ 7% en 1994 (ONUSIDA, 2002 ; Pison, 2001).

Même si le sida stagnait à partir de maintenant, en terme de mortalité l'impact se produirait dans le futur. Enjeu majeur en matière de lutte contre le sida, l'accès aux traitements n'en est pas moins un thème sensible opposant, dans le contexte des pays en développement, les partisans des stratégies de prévention aux partisans de la nécessité de compléter ces stratégies par des traitements contre les infections opportunistes mais aussi par les traitements antirétroviraux. Polémique d'autant plus exacerbée que, depuis 1996, des avancées considérables ont été faites avec l'introduction dans les antirétroviraux de la classe des inhibiteurs de protéase puis des inhibiteurs non nucléosidiques qui ont permis des diminutions considérables de l'incidence des infections opportunistes et de la mortalité. A cette époque, dans les pays riches, on prônait une prise en charge globale associant prévention et traitement du VIH. Les écarts d'investissement pour lutter contre le VIH entre pays industrialisés et pays en développement sont alors à leur comble. Les seconds ne pouvant prétendre qu'aux seules stratégies de prévention pour combattre l'épidémie.

Pour chacune de ces stratégies (prévention ou traitement), en relation avec le contexte de pauvreté dans lesquels sont les pays d'Afrique sub-saharienne, quels sont les arguments avancés en faveur de l'une ou de l'autre voie ? Dans ce contexte, quel est l'état de la question de l'accès aux traitements du VIH/sida dans les pays en développement depuis dix ans ? Quels sont les problèmes qui y sont liés ? Tels sont les points qui seront abordés dans une première partie, pour ce qui concerne les stratégies de prévention (prévention de la transmission sexuelle, prévention de la transmission de la mère à l'enfant), dans une seconde partie pour ce qui touche aux options de traitement (accès au traitement des infections opportunistes, accès aux antirétroviraux). Dans une troisième partie nous ferons le point de l'engagement de la France sur ces questions ?

## Prévention ...

Outre la contamination due à la transfusion de sang, les deux principaux modes de transmission du VIH en Afrique subsaharienne sont la transmission par voie sexuelle (essentiellement hétérosexuelle) et la transmission verticale ou transmission mère-enfant, qui

peut se faire au cours de la grossesse, de l'accouchement ou par le lait maternel. D'où deux types de programmes de prévention :

### ... de la transmission sexuelle

Les deux actions à mener pour réduire la transmission par voie sexuelle sont le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), co-facteurs de l'infection par le VIH, et la réduction des comportements sexuels « à risque » (multipartenariat, rapports sexuels non protégés par des préservatifs...).

Nombreuses sont les études qui ont montré l'impact de la diminution des IST en termes de réduction d'incidence de l'infection par le VIH. Du point de vue économique, les stratégies de réduction des IST sont généralement coût-efficaces (Gilson *et alii.*, 1997).

La prévention des comportements sexuels à risque s'avère plus complexe. Le Sénégal et l'Ouganda sont pointés comme des exemples en la matière : l'Ouganda, un des pays les plus pauvres d'Afrique, était un des pays les plus touchés par l'épidémie dans les années 1990. Les taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes variaient de 10 à 30% selon les villes. L'Ouganda, en matière de politique de lutte contre le VIH se caractérise très tôt par une approche multisectorielle de prévention et de contrôle des interventions<sup>79</sup>. Basés dès le départ sur un développement des capacités locales de prise en charge, les résultats de cette politique sont assez éloquentes en matière de changements dans les indicateurs de comportements : Recul de l'âge du premier rapport sexuel de 14 à 16 ans ; réduction des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels irréguliers de 52,7% à 14,1% ; augmentation du nombre de personnes ayant connaissance d'au moins deux méthodes de préventions de 70 à 80% ; augmentation de l'utilisation du préservatif de 7% en 1989 à 42% en 1995 en zones urbaines dans les groupe d'âge des 15-24 ans (ACP/Moh KABP study 1995).

Au Sénégal, la situation est fort différente puisqu'au contraire, l'épidémie en est à son « début » avec une prévalence de moins de 1%. Les raisons de cette prévalence basse, et qui reste basse, sont mal connues. Mais comme en Ouganda, le gouvernement sénégalais s'est engagé de façon précoce dans la lutte contre le sida, ce qui peut expliquer que l'épidémie se soit peu répandue dans ce pays. Un programme national de prise en charge des MST a été mis sur pied, avec intégration du traitement des MST dans les soins de santé primaires. Des programmes d'information sur le sida, d'accès au dépistage ont été développés. Des interventions ont été faites auprès des prostituées pour développer l'utilisation des préservatifs. Les conséquences de ces actions sont moins claires qu'en Ouganda mais il n'y a pas eu d'augmentation de la prévalence du VIH. Comme en Ouganda, on observe aussi un recul de l'âge de l'entrée dans la sexualité, et une augmentation de l'utilisation des préservatifs en cas de rapports sexuels extraconjugaux.

En Côte d'Ivoire, le programme National de Lutte contre le Sida, les MST et la tuberculose a été créé en 1987. Des campagnes ont été menées pour promouvoir l'utilisation du préservatif. Malgré ces efforts, l'adoption de comportements de prévention<sup>80</sup> reste insuffisante. Il pourrait

---

<sup>79</sup> Campagnes médiatiques, sensibilisation des politiques et du secteur éducatif, promotion du préservatif, création d'une structure regroupant les personnes vivant avec le VIH, politique de sécurisation du sang, campagnes de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles, enfin politique de prise en charge des infections opportunistes, soins palliatifs rendus disponibles en phase terminale de la maladie, initiative d'accès aux ARV, programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, mise en place de la première phase de l'essais vaccinal contre le VIH.

<sup>80</sup> Utilisation du préservatif et fidélité

sembler que la volonté politique des gouvernements constitue un élément de réussite déterminant dans les changements de comportements à risque en matière de VIH. Mais comment éviter la transmission verticale qui concerne un enfant qui risque d'être infecté au cours de la grossesse ou de l'allaitement ?

### ... de la transmission de la mère à l'enfant (Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant ou PTME)

L'un des moyens de prévenir le nombre d'enfants infectés passe par la prévention de la transmission de la mère à l'enfant au moyen des antirétroviraux (ARV).

Cette stratégie consiste à administrer des ARV (AZT ou névirapine) aux femmes enceintes en fin de grossesse sur une durée inférieure à un mois et de l'associer, de préférence lorsque cela est possible pour la mère, à un allaitement artificiel. Au cours d'essais cliniques menés en Côte d'Ivoire, la transmission de la mère à l'enfant, en situation d'allaitement au lait maternel, est passée de 25 à 17%, soit une réduction de 38% (Dabis *et al.*, 1999). Pour des niveaux de prévalence du VIH de 5 à 10% et au delà, comme c'est le cas en Côte d'Ivoire, le rapport coût-efficacité de cette stratégie reste stable (ONUSIDA, 1999). Malheureusement peu d'informations sont disponibles quant à l'efficacité économique des programmes de PTME mis en place en Afrique. De Plus, après avoir largement recommandait aux mères d'allaiter leurs enfants pour des raisons d'immunisation mais aussi d'hygiène, la promotion de l'allaitement artificiel, lorsqu'il sera recommandait en dehors des essais cliniques aux femmes séropositives qui viennent d'accoucher, risque de réintroduire des effets négatifs sur la mortalité des enfants ?

Prescott (1998), à partir d'une étude menée en Thaïlande, montre que les gains attendus en années de vie sont quatre fois plus importants avec une stratégie de PTME qu'ils le seraient avec une stratégie de prise en charge par trithérapie. Plus remarquable, les gains espérés en année de vie seraient trente deux fois plus importants avec une stratégie de PTME qu'avec une stratégie de prise en charge des infections opportunistes. L'option PTME est d'autant plus coût-efficace que depuis 1999, la névirapine, molécule utilisée dans cette stratégie, est mise gratuitement à la disposition des femmes enceintes dès lors que le gouvernement en fait la demande au laboratoire et qu'il existe un programme national de réduction de la transmission de la mère à l'enfant (Société Axios). L'accessibilité financière de cette stratégie ne devrait donc pas constituer une barrière ni au niveau gouvernemental, ni au niveau des individus.

Toutefois, on observe, notamment en Côte d'Ivoire, des blocages quant à la vulgarisation de cette stratégie malgré le financement global de 300 millions de Fcfa hors ARV du FSTI, entre avril 1999 et novembre 2002, qui prenait en charge le dépistage, le conseil, le lait artificiel, la chimioprophylaxie par cotrimoxazole chez l'enfant et la prise en charge post-partum. En 2003, le programme de PTME est opérationnel dans 15 sites à Abidjan (dont 7 sites de recherche) et 5 sites à l'intérieur du pays (Cellule mère-enfant, 2003). La documentation quant au nombre d'enfants pour lesquels une infection par le VIH a pu être évitée est quasiment absente. A partir des résultats utilisables dans les sites opérationnels financés par la Fondation GlaxoSmithKline (FGSK) et le Fonds de Solidarité Thérapeutique International (FSTI), le taux de transmission mère-enfant, calculé pour des enfants de 15 mois, est estimé à environ 13%<sup>81</sup> (FSTI *et alii.*, 2002). On note toutefois qu'entre le nombre de femmes séropositives qui ont reçu leur résultat, et qui ont donc pu être traitées et le nombre d'enfants qui ont bénéficié du programme de PTME, les taux de déperdition sont relativement

---

<sup>81</sup> Donc inférieur au taux trouvé au cours des premiers essais cliniques qui était de 17% (Dabis *et al.*, 1999)

importants. Le résultat peut donc sembler faible compte tenu du nombre de perdus de vue à chaque étape du programme et lorsqu'il est mis en rapport avec les sommes financièrement investies.

Par ailleurs, une tentative d'évaluation des coûts de programmes de PTME avait été entreprise en 2002 dans l'objectif de chiffrer ce qu'il en coûterait d'étendre un tel programme sur l'ensemble du territoire ivoirien. Le manque d'implication des différents acteurs de terrain et le manque de capacités techniques au sein du Ministère du Sida de l'époque n'a pas permis une telle évaluation (Juillet, 2002). Ceci est d'autant plus regrettable que la Côte d'Ivoire participe depuis de nombreuses années aux expérimentations en matière de PTME et que le bouclage des cohortes de femmes, constituées dans le cadre des projets de recherche français (DITRAME +), risque de remettre en cause l'existence des activités de PTME qui se pratiquaient dans certains sites, si le système de santé public n'arrive pas à prendre la relève.

Les conclusions formulées à partir de l'expérience ivoirienne sont également vraies pour l'Ouganda où le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimé à 14% (Uganda Ministry of Health, 2003, Magoni *et alii.*, 2002). Des services gratuits de PTME ont été ouverts en janvier 2000 par le Ministère de la santé en vue de réduire les taux de transmission. Six sites étaient opérationnels en juillet 2002 et six autres étaient sur le point de l'être. Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant parmi les femmes ayant reçu un traitement ARV est nettement réduit comparativement aux femmes n'ayant reçu aucun traitement<sup>82</sup>. Malgré une politique active de la part des autorités ougandaises en matière de réduction de la transmission de la mère à l'enfant, un effort de vulgarisation des programmes mis en place (ARV, allaitement artificiel) doit être fait auprès de la population qui ne connaît pas encore très bien l'intérêt de ces programmes.

En conclusion on sait depuis le début de l'épidémie que le seul moyen de réduire la transmission sexuelle du VIH repose sur l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels. On sait que la transmission de la mère à l'enfant est évitable en ayant recours aux ARV en fin de grossesse et en substituant l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel. On sait aussi qu'en matière de prévention, les actions sont généralement coûts-efficaces, excepté peut être pour les programmes de PTME en Afrique, dont l'évaluation du nombre de cas d'enfants infectés évités compte tenu des coûts investis n'est pas disponible. Cependant, on observe que le virus continue à se propager. Entre la connaissance des modes de prévention et le changement dans les comportements, on observe des écarts et malgré la gratuité ou le faible coût des ARV mis à disposition dans les programmes de PTME, le passage de projets pilotes à une généralisation pose des difficultés. S'agit-il seulement de difficultés de diffusion des messages ? Faut-il plus de communication ? S'agit-il plutôt de mieux convaincre ? d'améliorer les adhésions aux programmes proposés ? Si tel est le cas, alors il faudrait convaincre pour faire comprendre et aussi comprendre les incompréhensions de terrains pour mieux prévenir et mieux traiter. Ces difficultés sont renforcées en l'absence de volonté politique des pays concernés, ou en l'absence de capacités techniques dans les Ministères en charge de ces questions, incapacité à concrétiser sur le terrain les intérêts politiques manifestés par le gouvernement<sup>83</sup>. La volonté politique ne suffit pas, elle aussi doit être renforcée par une meilleure association de tous les acteurs et de tous les partenaires.

---

<sup>82</sup> Le taux de transmission dans le premier groupe est de l'ordre de 16% alors qu'il est d'environ 48% dans le second groupe (Bajunirwe *et alii.*, 2002).

<sup>83</sup> En Côte d'Ivoire, en 2002, un Ministère de la Lutte contre de Sida, rattaché directement auprès du premier Ministre, avait été créé, traduisant l'importance de ces questions pour le gouvernement.

## ...et/ou traitement ?

Dès sa création en 1996, l'ONUSIDA œuvre en faveur des actions de prises en charge thérapeutiques des personnes vivant avec le VIH parallèlement à l'effort de prévention de la transmission du VIH. Deux types de traitement sont envisageables : les traitements antirétroviraux, les traitements contre les infections opportunistes.

### Par les antirétroviraux

En 1996, l'apparition de nouvelles thérapies très efficaces étend le débat de l'accès aux traitements de l'infection à VIH pour les pays en développement à la question des antirétroviraux. Jugées par certains auteurs trop coûteuses compte tenu des ressources publiques limitées de ces pays, elles sont également jugées techniquement difficiles à dispenser dans le contexte de sous-équipement dans lesquels se trouvent une grande partie de ces pays (Marseille *et alii.*, 2002 ; Creese *et alii.*, 2002). D'autres auteurs *a contrario* démontrent tout l'intérêt de coupler ces traitements antirétroviraux à une politique de prévention. (Farmer *et alii.*, 2001 ; Piot P., 2002 ; Nguyen *et alii.*, 2003 ; Mwamburi *et alii.*, 2002). Pinkerton *et al.* (1999) soulignent que, bien que les tri-thérapies soient coûteuses, elles sont très efficaces puisque, outre les bénéfices cliniques (réduction de la charge virale, diminution de l'incidence des infections opportunistes, ralentissement de la progression du sida, réduction à court terme de la mortalité due au sida, restauration partielle du système immunitaire et amélioration globale de l'état de santé), elles permettent des gains économiques (diminution du nombre d'hospitalisations, réduction des coûts des soins médicaux pour le traitement des infections opportunistes, augmentation potentielle de la productivité économique, amélioration de la qualité de vie). Il s'agit « d'investir dans notre avenir ».

En 1997, comme déjà préconisée dans les pays industrialisés, une réunion de consensus organisée à Dakar donne lieu à des recommandations pour les pays en développement, soulignant « *la nécessité d'une prise en charge globale de l'infection VIH allant, à l'échelle des pays, la prise en charge clinique et la prévention (...)* » (Initiative Internationale, 2001).

En pratique, des projets « Initiative » ont été mis en œuvre dans différents pays. Il faut distinguer les « Initiatives ONUSIDA » d'accès aux traitements contre le VIH dont les quatre pays retenus pour la phase pilote étaient le Chili, la Côte d'Ivoire, l'Ouganda et le Vietnam, des initiatives gouvernementales localement mises en place (exemple au Sénégal, au Burkina, au Cameroun, en Tunisie, au Brésil, etc.). En quoi ces initiatives ont-elles permis d'améliorer l'accès aux ARV ? Nous analysons ces questions au regard des expériences menées au Sénégal, en Côte d'Ivoire et en Ouganda et compte tenu des choix de financements retenus. En 1998, lors du démarrage de l'initiative d'accès aux ARV, l'Ouganda a laissé l'intégralité du coût de ces traitements à la charge des patients, la Côte d'Ivoire a choisi de subventionner les bi-thérapies laissant l'antiprotéase<sup>84</sup> à la charge des patients, et le Sénégal a introduit différents niveaux de subventions de multi-thérapies. Compte tenu de ces choix faits vis à vis du financement des médicaments,

---

<sup>84</sup> Molécule la plus efficace et la plus coûteuse.

## En Côte d'Ivoire

Une enquête réalisée en 1999-2000, auprès de patients se sachant séropositifs et fréquentant les centres de santé indiquait que la majorité des patients interrogés ne participaient pas à l'initiative et n'avaient pas accès aux ARV. Contrairement aux autres groupes de patients répertoriés<sup>85</sup>, cette majorité se caractérisait par un moindre niveau socio-économique et d'éducation ainsi que par des conditions matérielles de vie, notamment au plan du logement, plus difficiles. Dans ce groupe, ils étaient également moins nombreux à bénéficier d'une couverture d'assurance pour leurs dépenses de maladie. Enfin, ces patients étaient plus nombreux à avoir été contraints de changer d'activité professionnelle ou à avoir du y renoncer depuis l'annonce de leur séropositivité (Juillet *et alii.*, 2001).

La comparaison faite des patients mis sous ARV dans le cadre de l'Initiative et ceux qui y ont accès dans le cadre d'un circuit purement privé antérieur à l'Initiative (une petite minorité)<sup>86</sup>, suggère une amélioration de l'accès aux traitements. Non seulement un plus grand nombre de patients infectés ont pu accéder aux ARV, mais on note également que ce ne sont plus uniquement les patients des classes sociales les plus aisées qui en bénéficient.

L'affirmation de critères<sup>87</sup> de priorité pour l'accès aux subventions maximales (95%) n'était toutefois pas suffisante pour compenser totalement l'impact des barrières socio-économiques et socio-culturelles dans l'accès aux ARV.

En 2000, du fait des mécanismes de subventions, les dépenses d'ARV à la charge des patients traités dans le cadre de l'Initiative étaient très inférieures à celles que devaient déboursier les patients traités hors Initiative : 50% des premiers dépensaient moins de 58 euros par mois pour leur traitement ARV alors que 50% des seconds qui ne bénéficiaient d'aucune subvention, dépensaient plus de 243 euros par mois pour ces mêmes traitements (juillet *et alii.*, 2001). Malgré l'amélioration dans l'accès aux traitements permis par ces subventions, il n'en demeure pas moins qu'étant donné les caractéristiques du marché du travail, les niveaux de revenus de la plus grande partie de la population active restaient bien inférieur au coût d'un traitement, ne permettant pas que ces traitements soient accessibles à la majorité des personnes infectées<sup>88</sup>.

Outre les critères purement médicaux, et les critères de priorité pour l'accès aux subventions maximales, l'appréciation de la capacité du patient à faire face aux contraintes du traitement ARV (y compris en terme de capacité financière à assumer en continu la part du coût des médicaments restant à sa charge) a constitué un élément explicite dans les décisions des équipes médicales et sanitaires pour orienter les patients vers l'Initiative, et pour donner suite aux demandes des patients ayant entamé une démarche vers celle-ci.

Ce sont les baisses de prix des ARV qui ont sans doute amélioré l'accès financier aux ARV pour les personnes vivant avec le VIH des classes sociales moins favorisées que celles qui y

---

<sup>85</sup> Les autres cas de figure rencontrés concernaient des patients inclus dans l'Initiative qui ont accès ou non aux ARV auxquels venaient s'ajouter ceux qui peuvent avoir accès aux ARV par leurs propres moyens.

<sup>86</sup> Les patients qui bénéficiaient d'un traitement ARV en dehors de l'Initiative, et qui en assumaient la totalité des coûts, étaient surtout des chefs de ménage de sexe masculin et de niveau socio-économique plus favorisé.

<sup>87</sup> Être une femme ayant participé à des essais cliniques dans le cadre prénatal et/ou être membre d'association de personnes vivant avec le VIH

<sup>88</sup> L'« Enquête emploi », réalisée à Abidjan en 2002, montre que près de 75% des actifs occupés (ils représentent 43% de la population abidjanaise) étaient employés dans le secteur informel dans lequel le revenu mensuel moyen était estimé à environ 61 euros

avaient accès jusque là<sup>89</sup>. En 2003, c'est la mise en compétition des firmes pharmaceutiques avec les producteurs de génériques chaque fois que cela était possible qui a permis de continuer à faire chuter le coût d'accès à la trithérapie la plus courante « AZT/3TC/Effavirenz » (70 euros par mois environ) (Projet Cotrame).

### *Au Sénégal*

Le profil des patients ayant accès aux ARV est tel que « Les femmes incluses (...) semblent avoir bénéficié d'un plus large accès à l'école que la moyenne des femmes sénégalaises tandis que les patients masculins présentent un profil de scolarisation proche de celui de la population dakaroise. ». La composition et la structuration des unités domestiques des patients inclus dans l'Initiative est similaire à celle de la population dakaroise. Les patients interrogés semblent cependant avoir accès davantage aux services d'eau et d'électricité, à certaines commodités telles que le téléphone, la télévision, le réfrigérateur, la voiture que la majorité de la population urbaine sénégalaise.

L'évaluation de l'Initiative sénégalaise se basait d'une part sur des patients suivis dans des essais cliniques menés par des projets de recherche totalement pris en charge médicalement et financièrement, et d'autre part sur des patients ne participant pas à ces essais cliniques et qui doivent déboursier une partie des coûts liés à leur traitements et à leurs soins. Des précisions peuvent être apportées quant à ces deux groupes de patients. Du point de vue des biens possédés et des services dont ils disposent, de façon générale les patients qui accèdent aux antirétroviraux ont un niveau social supérieur à la moyenne et ce sont ceux qui doivent prendre en charge tous leurs frais médicaux (laboratoire, consultation, traitements, etc.) non inclus dans des essais cliniques qui semblent avoir le niveau social le plus élevé.

Selon les critères socio-économiques explicitement définis dans le cadre de l'initiative sénégalaise d'accès aux ARV, l'accès aux antirétroviraux dépendait du niveau de participation minimum qui pouvait être demandé au patient. La participation minimale demandée au patient a évolué au cours de la période 1998-2001 en fonction du prix des ARV sur le marché international. Ainsi, lorsque les prix internationaux des ARV ont diminué, la participation demandée aux patients pour accéder aux traitements a elle aussi diminué et a permis d'inclure davantage de patients dans l'Initiative.

Tout comme en Côte d'Ivoire, il semble qu'au Sénégal, au cours de la première période, le tarif minimum de 32 euros était trop élevé pour les plus démunis. Une sélection implicite des équipes médicales et des assistantes sociales semble s'être opérée en amont du comité de sélection afin d'éviter de créer de faux espoirs pour des patients dont les dossiers auraient eu une probabilité plus grande d'être rejetés. Cependant ce que l'on peut retenir de cette expérience, c'est que lorsque les possibilités d'un accès gratuit ou à un tarif réduit ont été effectives, l'élargissement de l'accès sur le plan social a été indéniable (Lanièce et alii., 2002).

### *En Ouganda*

Dans le cadre de sa phase pilote, l'initiative ougandaise se caractérisait par le paiement des soins médicaux, des médicaments, et des tests par les seuls patients et leur famille. Aucune subvention n'a été mise en place au cours de cette expérience qui fut marquée par une dévaluation de la monnaie locale. Dévaluation qui a eu pour conséquence au cours de la

---

<sup>89</sup> La mise en compétition des firmes pharmaceutiques notamment grâce à la confrontation, chaque fois qu'elle était possible, avec les producteurs de médicaments génériques a permis des baisses de prix sur la période 1997 et 2000 : de l'ordre de 40% pour les inhibiteurs nucléosidiques et de 12% pour les inhibiteurs de protéase (Juillet *et alii.*, 2001).

période août 1998-mars 2000, un problème d'adhésion vis à vis des traitements ARV (Rabkin *et alii*, 2002). Aucune information relative au niveau socio-économique des patients inclus dans l'initiative n'est disponible, mais le coût de la combinaison antirétrovirale la moins chère<sup>90</sup> pour un traitement de 30 jours équivaut au salaire mensuel moyen d'un jeune fonctionnaire (inférieur à 250\$), à la moitié du salaire mensuel moyen d'un fonctionnaire expérimenté, à deux fois celui d'une infirmière et à environ 10 fois le PNB par habitant (UNAIDS, 2000).

Tout comme lors de la phase pilote de l'initiative d'accès aux traitements contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire, la mise en concurrence des molécules sous formes de spécialités avec les génériques équivalents a conduit à des réductions de prix (Nanyumba *et alii.*, 2002). Ces diminutions ont à leur tour permis une augmentation du nombre de patients pouvant accéder aux ARV.

Les procédures de sélection des patients ont permis que soit élargi l'accès aux ARV aux patients moins nantis que ceux qui en bénéficiaient dans le circuit privé, mais n'ont pas favorisé l'accès aux ARV des personnes démunies vivant avec le VIH. Ce sont les baisses de prix des médicaments du VIH/sida et la mise en concurrence des industries pharmaceutiques avec les fabricants de médicaments génériques qui permettront un élargissement de l'accès aux ARV à la majorité des patients infectés par le VIH/Sida.

En attendant les avancées escomptées sur ce domaine, d'autres thérapies permettant la prise en charge des infections opportunistes, certes moins efficaces que les traitements antirétroviraux, mais néanmoins utiles, sont disponibles.

### ... des infections opportunistes

Parmi les traitements des infections opportunistes, le cotrimoxazole, ayant été l'objet de tests lors de deux essais cliniques en Côte d'Ivoire en 1998, a démontré sa capacité à améliorer la survie des personnes vivant avec le VIH (Anglaret, 1999). D'un coût relativement peu élevé, une prise en charge annuelle par le cotrimoxazole pour un adulte infecté par le VIH/sida est évaluée à 16,77 euros en 1999, en Côte d'Ivoire (Brou *et alii.*, 2001). Outre un coût accessible, une telle prévention entraîne une réduction de la morbidité et de la mortalité qui a des implications sur le secteur sanitaire et sur les dépenses des familles. Les bénéfices liés à cette prophylaxie et son coût modique en font un traitement minimal indispensable dans les pays en développement dans lesquels une proportion non négligeable de la population possède des revenus limités.

Compte tenu de l'intérêt de ces traitements pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qu'est-ce qui a été fait en la matière en Côte d'Ivoire, au Sénégal et en Ouganda ?

#### *En Côte d'Ivoire*

Entre 1996 et 1999, le volume des ventes pour les médicaments des infections opportunistes a plus que doublé (Juillet *et alii.*, 2001). A partir de 2000, des recommandations ont été faites en faveur de l'utilisation systématique de la prophylaxie par le cotrimoxazole chez les personnes affectées par le VIH/sida. Toutefois, il a été constaté que cette prophylaxie était peu

---

<sup>90</sup> Il s'agit du Combinavir

proposée aux personnes infectées<sup>91</sup>. Des déterminants autres que des contraintes purement économiques expliquent cette carence (Juillet *et alii.*, 2001) :

1. Le manque de formation du personnel médical sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. En 2000, 6% des médecins, et la moitié des soignants non médecins interrogés n'avaient jamais entendu parler de cette chimioprophylaxie (Brou *et al.*, 2001). Même dans les services à forte activité VIH, une part importante des personnels non-médecins (de l'ordre de 40% ou plus) continuait de l'ignorer. De plus, les modalités de prescription du cotrimoxazole étaient mal maîtrisées même parmi les soignants qui se déclaraient au courant de cette prophylaxie ;
2. la focalisation sur les traitements antirétroviraux a pu, dans certains cas, décourager les personnes atteintes à rechercher d'autres traitements certes moins efficaces sur le fonds, mais néanmoins utiles dans l'attente d'accès aux antirétroviraux.

### ***Au Sénégal***

En 1996, un essai est mené sur l'efficacité thérapeutique du cotrimoxazole chez l'adulte séropositif. Cet essai est interrompu en avril 1998 suite aux résultats rendus publics des deux essais ivoiriens. Bien qu'il n'ait pas permis de montrer une efficacité du cotrimoxazole<sup>92</sup>, le Sénégal adopte, à la suite du consensus d'Harare (2000), les recommandations sur l'utilisation du cotrimoxazole en prévention des infections opportunistes chez les adultes infectés par le VIH.)

### ***En Ouganda***

Ce n'est qu'en mars 2000, soit à la fin de la phase pilote de l'initiative ONUSIDA d'accès aux soins contre le VIH/SIDA, qu'a été adopté le guide national d'utilisation de la prophylaxie par le cotrimoxazole. Aucun élément ne permet de dire si les professionnels de santé ont proposé cette thérapie comme traitement des infections opportunistes aussi souvent que cela était nécessaire. En revanche, des études ont été menées sur l'adhésion à cette prophylaxie : de bons niveaux d'adhésion sont déclarés aussi bien parmi les enfants que parmi les adultes séropositifs (Bakaki, *et alii.*, 2002 ; Lule *et alii.*, 2002). On sait aussi que de fortes résistances à cette molécule existent dans les pays d'Afrique de l'Est. Ainsi, les bénéfices espérés sur la morbidité et sur la mortalité en ayant recours à une telle prophylaxie sont moins grands qu'ils le pourraient dans des pays comme la Côte d'Ivoire (Watera *et alii.*, 2002).

En 1996, l'apparition des antirétroviraux ont fournis une réponse thérapeutique à une maladie bien identifiée et ont sans doute redonné un espoir de survie. Cet espoir pouvait alors susciter une réelle motivation à investir dans son avenir en suivant notamment les recommandations des campagnes de prévention de lutte contre le VIH.

L'accès aux antirétroviraux pour la majorité des patients infectés par le VIH constitue donc l'objectif principal pour une amélioration de leur santé. Toutefois des barrières, liées essentiellement aux coûts de ces traitements en limitent encore l'accès. L'existence de thérapies généralement efficaces pour traiter les infections opportunistes et accessibles financièrement devraient constituer alors être retenu pour une grande majorité de patients. Or, les expériences ivoirienne, sénégalaise et ougandaise mettent en évidence des barrières d'un

---

<sup>91</sup> Si les critères de mise sous traitement étaient respectés, 90% des patients interrogés dans le cadre des enquêtes menées lors de la phase pilote de l'Initiative ONUSIDA d'accès aux traitements contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire auraient dû être sous cotrimoxazole, seulement 35% l'étaient.

<sup>92</sup> Par manque de puissance vraisemblablement, l'essai ayant été arrêté très tôt (Anglaret, 2002)

autre ordre liées à la formation des personnels de santé et à l'accès à l'information des patients infectés.

Face à ces questions, quel a été l'engagement de la France dans ce secteur au cours des dix dernières années ? Quelles seront les actions prioritaires qu'elle devrait se fixer ?

## **L'engagement de la France**

Du point de vue de l'engagement politique de la France, quatre périodes sont observables 1987, 1994, 1997 et 2001.

### **Jusqu'en 1997**

C'est en 1987 que le Sida entre dans les priorités du Ministère de la Coopération de l'époque. Un programme de lutte contre le VIH/Sida est élaboré cette année là et un comité ad-hoc au sein du Ministère de la Coopération est créé. Jusqu'en 1992, bien que recueillant une part importante des financements, la lutte contre le Sida dans l'action du Ministère de la Coopération Française continue à s'inscrire dans la lutte contre les maladies transmissibles.

1993-1994 constituent un virage dans la réponse apportée par la France à la lutte contre le sida dans les pays en développement de la Zone de Solidarité Prioritaire, (ZSP). Le sida devient un champ prioritaire du Ministère de la Coopération Française. La forte volonté politique qui est notée à cette époque s'accompagne de réalisations concrètes. On observe une forte augmentation de l'enveloppe financière destinée au FAC de lutte contre le Sida et à la réalisation du Sommet de Paris réunissant 42 chefs de gouvernement. Au cours de ce sommet, la France fait une annonce financière en faveur des pays du champ de 4,88 millions d'euros pour 1994 pour l'achat de consommables et de 15,24 millions d'euros pour l'année 1995.

Sur cette période, l'engagement de la France se caractérise par un soutien à l'intégration de la dimension régionale à prendre en considération dans les réponses en matière de VIH et au soutien à la société civile et à la prise en charge psycho-sociale de la maladie.

L'investissement du Ministère de la Coopération dans le programme de lutte contre le sida est estimé à environ 108 millions d'euros entre 1987 et 1997. Ce montant se répartit entre :

- les projets financés sur les crédits du Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) (environ 67 millions d'euros). Ces projets représentent 24% des crédits santé de la période et ont concerné 28 pays. Ils représentent 2,84% des crédits alloués au FAC tous secteurs confondus. La Côte d'Ivoire, à elle seule, a bénéficié de 16% des crédits du FAC-Etats ;
- l'assistance technique avec environ 157 assistants par année, soit environ 38,7 millions d'euros ;
- les projets financés sur crédits déconcentrés (Fonds Spécial de Développement, FAS) ;
- les bourses d'étude pour environ 840.000 euros ;
- le cofinancement de projets soutenus par des ONG françaises pour environ 380.000 euros.

## A partir de 1997

La Conférence Internationale (CISMA) d'Abidjan en 1997 marque un nouveau tournant. L'engagement se fait au niveau le plus haut de l'Etat par l'intervention du Président Chirac. Ce dernier dénonce les écarts de plus en plus croissants entre les pays du Nord dont les personnes atteintes par le VIH/sida ont accès aux traitements les plus sophistiqués et les pays du Sud pour lesquels une partie du monde ne préconise que les interventions de prévention en faveur des PVVIH. Cette déclaration débouche sur la création du Fonds de Soutien Thérapeutique International (FSTI) principalement financé par la France et dont l'objectif est d'améliorer la mise à disposition des ARV principalement en faveur des mères, de leurs enfants, de leur partenaire, et lorsque cela est possible, de leur cellule familiale. Le FSTI a permis le lancement de 5 projets pilotes en Côte d'Ivoire, au Sénégal, au Maroc, en Afrique du Sud et au Bénin.

Ce Fonds de Soutien Thérapeutique International (FSTI) cédera sa place en 2002 à un partenariat liant la France et d'autres pays européens (Luxembourg, Espagne, Italie) d'une part et les pays du Sud d'autre part via des jumelages entre des centres hospitaliers des pays du Nord et des centres des pays du Sud. Initié par les Ministères français chargés de la Santé et de la Coopération, le projet " Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau " (ESTHER) fait de l'hôpital la base de la coopération dans le domaine de l'accès aux traitements du VIH/sida. Avec un budget de 16 millions d'euros sur 3 ans, l'objectif d'ESTHER est de renforcer les capacités des pays en développement à traiter les personnes vivant avec le VIH en soutenant les politiques nationales.

A côté de ces initiatives, alors que le FSTI n'avait pas réussi à mobiliser la communauté internationale, le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme vise à davantage mobiliser l'aide internationale. L'enjeu de ce Fonds étant dans sa capacité à prendre en charge un plus grand nombre de séropositifs que ne l'avaient permis les initiatives locales et les expériences menées dans le cadre de l'Initiative ONUSIDA. Dans un premier temps, ce fonds a besoin de 3 milliards de dollars par an (environ 60% sont destinés à la lutte contre le sida), l'Union européenne devant en apporter la moitié. Lors du discours de clôture de la conférence de soutien au Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme en juillet 2003, suite aux engagements pris au Sommet du G8 à Evian, le président confirmait le triplement de la contribution de la France à ce fonds en y apportant 150 millions d'euros par an à partir de 2004, faisant ainsi de la France le deuxième contributeur à ce fonds.

En parallèle à cet engagement politique et financier, l'action plus classique de l'Etat financée par les budgets de la Coopération Française s'est poursuivie. En 2002, environ 70 millions d'euros ont été attribués à la lutte contre le sida dans la Zone de Solidarité Prioritaire, une cinquantaine d'experts au titre de l'assistance technique a été déployée, sans compter les financements issus des organismes de recherche tels que l'ANRS ou l'IRD mais aussi des financements accordés aux associations soutenues par la plate-forme ELSA, à la Croix-Rouge française, et au projet ESTHER (voir plus haut). A côté de cet engagement public de l'Etat se développent de plus en plus des actions d'autres partenaires français publics et privés tels que le Conseil régional d'Ile de France, les ONG, les fondations publiques et privées, les réseaux de médecins et personnels paramédicaux, les entreprises locales, les réseaux des entreprises françaises installées en Afrique, les laboratoires.

Ainsi donc, les premiers axes d'engagements ont concerné l'IEC, la sécurité transfusionnelle du sang, et l'implication de la société civile. Ensuite, ce sont les axes concernant le dépistage volontaire, la réduction de la transmission materno-infantile et l'accès aux médicaments qui

ont été développés. Toutes les modalités de lutte sont donc abordées excepté la distribution de préservatifs. L'engagement politique, humain et financier s'est accentué à partir de 1994 avec l'augmentation du nombre de projets financés dans le cadre des FAC. En 1997, on note une implication politique au plus haut niveau avec la dénonciation des écarts croissants dans la prise en charge : les patients du Nord bénéficient des traitements les plus récents et les plus performants alors que les personnes vivant avec le VIH dans les pays du Sud ne devraient se contenter que des moyens de prévention certes plus onéreuses mais également moins efficaces. Dès lors, les orientations du gouvernement français se réorganiseront en faveur du renforcement des moyens, notamment financiers, alloués à la lutte contre le sida et autour d'une amélioration de l'articulation de l'action bilatérale avec les principaux bailleurs de fonds (subvention signée avec l'ONUSIDA, participation au Fonds Global de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.). L'objectif est dorénavant le changement d'échelle dans l'accès aux soins.

## Conclusions

Depuis 1996, l'apparition de nouvelles molécules ayant démontré leur efficacité en matière de réduction de la mortalité dans les pays du Nord a, dans les pays en développement, d'abord été objet de polémiques quant à leur introduction dans les traitements des patients du Sud du fait de la faible capacité supposée de ces derniers à suivre des traitements compliqués, de la faiblesse des infrastructures médicales à rendre disponibles de tels traitements, et de leur coût exorbitant à l'époque.

Lorsque des difficultés ont été relevées, il s'agissait essentiellement de problèmes d'accessibilité financière.

Mais entre 2001 et 2003, entre la Conférence Internationale sur le Sida M en Afrique (CISMA) de Ouagadougou (Burkina Fasso) et la CISMA de Nairobi parce que l'on avait encore pas expérimenté, les expériences menées dans les pays africains notamment ont permis d'apprendre à «Tester, prévenir, traiter»<sup>93</sup>.

- on sait lutter contre le VIH avec les ARV dans les PED. Leur efficacité a été démontrée, tout comme leur tolérance, l'adhésion et l'observance des patients du Sud vis à vis de ces traitements.
- on sait que lorsque des problèmes sont relevés, il s'agit généralement de barrières économiques. Les initiatives ivoirienne, sénégalaise et ougandaise ont montré de façon exemplaire le rôle majeur des barrières tarifaires dans l'accès aux traitements du VIH : au Sénégal, le niveau d'observance a été amélioré de 83 à 90% en moyenne avec la diminution du prix des traitements ARV restant à la charge des patients (Lanièce *et alii.*, 2002). En Ouganda, l'effet de la dévaluation de la monnaie locale, en rendant plus coûteux le prix des ARV achetés en devise, a eu pour effet l'interruption de leur traitement par de nombreux patients. Ainsi donc, le problème du VIH en Afrique subsaharienne et dans les pays en développement de façon générale régressera de façon considérable si l'on peut agir sur le coût des traitements les plus efficaces. La mise en concurrence des firmes pharmaceutiques avec les producteurs de génériques, lorsque cela est possible, a permis des réductions significatives des tarifs des ARV. Néanmoins, les baisses observées ne sont encore pas suffisantes pour permettre un accès généralisé de ces thérapies à l'ensemble des patients infectés dans les pays en développement. Et quand bien même les accords de

---

<sup>93</sup> Il s'agit là du thème de la CISMA de Nairobi

l'OMC à Cancun auraient abouti, ils n'auraient pas permis une prise en charge de la majeure partie des patients séropositifs des pays en développement dès lors qu'ils n'auraient amélioré concrètement que l'accès aux soins des patients séropositifs vivant dans des pays disposant d'une industrie pharmaceutique capable de produire des ARV. Or, combien de pays en développement disposent et sont capables de disposer dans des délais raisonnables d'une telle industrie ?

– on sait que la prise en charge des infections opportunistes participent à l'amélioration de l'état de santé des PVVIH. L'efficacité du recours au cotrimoxazole a été mesurée. Malgré tout, l'utilisation de cette chimioprophylaxie n'est pas généralisée comme elle le devrait. Dans un contexte de rareté des ressources financières, où les coûts des traitements du VIH sont encore inaccessibles à une large partie de la population (Juillet *et al.*, 2003), *"l'utilisation du cotrimoxazole est une possibilité offerte pour améliorer la qualité de vie de millions d'Africains infectés par le VIH qui ne doit pas être négligée."* (Brou *et al.*, 2001). Sur ce point, c'est la formation du personnel de santé et l'information auprès des patients qui fait défaut.

Ainsi, donc, malgré les avancées faites on en est toujours au stade de la recherche. Il n'y a pas de véritable généralisation des savoir-faire, des connaissances acquises. L'implication des politiques africaines n'est pas assez grande, elle est à l'image de l'accès à l'information sur ce domaine. Les moyens financiers sont maintenant disponibles (Fonds Global depuis 2002, Fonds Bush) et la diminution des prix des ARV devrait rendre davantage disponible les traitements. Toutefois, l'information concernant le dépistage, le conseil et la prise en charge, auprès du plus grand nombre n'est pas faite. La formation des personnel de santé n'est pas complète et les difficultés recensées depuis longtemps dans les systèmes nationaux risquent de constituer les principales barrières de l'accès aux traitements du VIH.

## Bibliographie :

- Anglaret X., et al., Early Chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire : a randomised trial, *The Lancet*, vol 353, 1999, pp. 1463-1468.
- Anglaret X., Maladies bactériennes chez les adultes infectés par le Virus de l'Immunodéficience Humaine en Côte d'Ivoire – Essai thérapeutique Cotrimo-CI ANRS 059 Etude de cohorte Cotrame ANRS 1203 Abidjan 1995-2002, Thèse de doctorat n°1008, Université Victor Segalen de Bordeaux 2, 2002, 134 p.
- Bajunirwe F., Asiimwe S., Kanya M., et alii., Effectiveness of nevirapine and zidovudine use in the prevention of perinatal transmission of HIV in Uganda, XIV International AIDS Conference, July 7-12 2002; WePeB5918, oral presentation.
- Bakaki P.B., Kisakye H., Pakker N.G., et alii., Adherence to co-trimoxazole prophylaxis and ARV therapy among HIV infected children in Kampala, XIV International AIDS Conference, July 7-12 2002; WePeB5874, oral presentation.
- Brou H., Desgrée du Loû A., Prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole chez les patients infectés par le VIH en Côte d'Ivoire : connaissance et pratiques des médecins et des personnels soignants, In Msellati P., Vidal L. et Moatti JP (eds), *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative ONUSIDA/Ministère ivoirien de la Santé Publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux.* ANRS, collection sciences sociales et sida, Paris, 2001, pp.201-216.
- Creese A., Floyd K., Guinness L., 2002, Cost-effectiveness of HIV-AIDS interventions in Africa : a systematic review of the evidence, *The Lancet*, vol 359, may 11, pp. 1635-1642.
- Dabis F, Msellati P, Meda N et al. Six-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso; a double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet* 1999 ; 353 : 786-92.
- Desgrées du Loû A., de Béchon N. « Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative. » In Msellati P., Vidal L. et Moatti JP (eds), *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative ONUSIDA/Ministère ivoirien de la Santé Publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux.* ANRS, collection sciences sociales et sida, Paris, 2001, pp.253-268.
- Farmer P. et alii., 2001, Community-based treatment of advanced HIV disease : introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy), *Bulletin of the World Health Organization*, vol 79, n°12, pp. 1145-1151.
- FSTI, Fondation GSK, Ministère de la Lutte contre le Sida, Ministère de la Santé Publique, Atelier de restitution du programme PNLs/FSTI/FGSK et de réflexion sur la PTME en Côte d'Ivoire, rapport, 2002, 54 p.
- Gilson L., Mkanje R., et alii., 1997, Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted disease in preventing HIV-1 infection in Mwanza region, Tanzania, *The Lancet*, vol 35, december 20/27, pp. 1805-1809
- Gilson L., Mkanje R., Grosskurth H., et alii., 1997, Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted disease in preventing HIV-1 infection in Mwanza region, Tanzania, *The Lancet*, vol 350, December 20/27, pp. 1805-1809
- Initiative Internationale, 2001, Place des antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique, Atelier de Gorée, 74 p. (faire des tableaux synthétiques facilitant les comparaisons entre pays)
- Juillet A., Approche économétrique de la demande de soins dans les pays en développement - Les recours aux services de santé à Bamako, Thèse de Doctorat nouveau régime, UFR de Sciences économiques, Université de Paris I, 1998, 319 p
- Juillet A., Malaval C., Moatti J.P., L'impact de l'Initiative sur la disponibilité et l'accessibilité des médicaments, in *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire : évaluation de l'Initiative ONUSIDA/Ministère de la Santé Publique aspects économiques, sociaux et comportementaux*, sous la Direction de P. Msellati, L. Vidal, J.P. Moatti, coll. Sciences Sociales et Sida, 2001, pp. 115-132.

- Juillet A., Msellati P., Souville M., Prudhomme, Aka-Dago Akribi H., Moatti J.P., L'accès aux traitements des patients vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire : une enquête quantitative, in L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire : évaluation de l'Initiative ONUSIDA/Ministère de la Santé Publique aspects économiques, sociaux et comportementaux, sous la Direction de P. Msellati, L. Vidal, J.P. Moatti, coll. Sciences Sociales et Sida, 2001, pp. 141-158.
- Juillet A., Pauvreté et accès aux soins à Bamako (Mali), dans Santé de la reproduction en Afrique, eds Agnes Guillaume, Annabel Desgrées du Loû, Benjamin Zanou, Koffi N'Guessan, ENSEA/FNUAP/TRD, 2002, pp 121-151.
- Juillet A., Evaluation du coût de l'extension du programme PTME sur l'ensemble du territoire ivoirien, UNICEF, rapport ronéotypé, 2002.
- Lanièce I., Desclaux A., Sylla O., Taverne B., Ciss M., Accessibilité financière de l'ISAARV et impact microéconomique pour les patients, in L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux – analyses économiques, sociales, comportementales et médicales, sous la Direction de A. Desclaux, I. Lanièce I., I. Ndoye, B. Taverne, coll. Sciences Sociales et Sida, 2002, pp. 41-53.
- Marseille E., Hofmann P.B., Kahn J.G., HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa, *The Lancet*, vol 359, may 25, 2002, pp. 1851-1856.
- Magoni M., Kituuka P., Okong P., et alii., Effectiveness of the prevention of mother-to-child transmission program and the influence of feeding options in urban hospital in Kampala, Uganda, XIV International AIDS Conference, July 7-12 2002, TuOrB1178, oral presentation.
- Mwamburi et alii., (2002) M.D., Wilson I., Machalad A., Global perspective of the HIV/AIDS epidemic in sub-saharan Africa : Is political will to prevention the missing ingredient ?, XIV International AIDS Conference, July 7-12 2002, MoPeE3752, oral presentation.
- Nanyumba J.F., Takubwa J.M., Atwiine S.P., et alii., Procurement and availability of ARVs and lab reagents for HIV/AIDS treatment and testing in Uganda, XIV International AIDS Conference, July 7-12 2002, TuPeG5697, oral presentation.
- ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/Sida, 2002, [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- Pinkerton S.D., Holtgrave D.R., 1999, Combination antiretroviral therapies for HIV - Some economic considerations " in Psychosocial and public health impact of new HIV therapies, edited by D.G.Ostrox and S.C. Kalichman, pp. 83-112
- Pinkerton S.D., Holtgrave D.R., 1999, Economic impact of delaying or preventing AIDS in persons with HIV
- Piot et autres correspondances suivant celles de Piot 2002,
- Pison G., Tous les pays du monde, Population et société, 2001, n°370.
- Rabkin M., Kityo C., Atwine D., et alii., Adherence to antiretroviral therapy in Kampala, Uganda, XIV International AIDS Conference, July 7-12 2002, WePeB5848, oral presentation.
- Sittitrai W . "HIV prevention needs and successes :a tale of three countries. An update of HIV prevention success in Senegal, Thailand and Uganda" 1999 [http : //www.unaids.org/whatsnew/speeches/eng/wearsit280499.html](http://www.unaids.org/whatsnew/speeches/eng/wearsit280499.html)
- Uganda Ministry of Health, 2003, [www.health.go.ug](http://www.health.go.ug)
- UNAIDS, Report of the meeting on the evaluation of the UNAIDS HIV drug access initiative, 2000, [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- Weidle P., Malamba S., Mwebaza R., et alii., Assessment of pilot antiretroviral drug therapy programmes in Uganda: patient's response, survival and drug resistance, *The Lancet*, vol 360, July 6, pp. 34-40.
- ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/Sida, 2002, [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- [www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/june98/global\\_report/data](http://www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/june98/global_report/data)
- Pison G, « Tous les pays du Monde », Populations et Sociétés, 2001, n°370.



# Prévention de la transmission du VIH/Sida dans les PVD : quelles pistes pour aujourd'hui ?

**Annabel Desgrées du Loû**

La transmission du VIH/sida peut se faire de façon horizontale (par voie sexuelle) ou verticale (transmission mère-enfant). Prévenir la transmission passe donc par la prévention de ces deux grands modes de transmission. Cela implique de définir un mode de prévention pour chacun de ces modes de transmission, mais aussi de faire en sorte que ce mode de prévention soit utilisable et utilisé par la population. Actuellement on dispose de modes de prévention pour ces deux types de transmission : le préservatif pour prévenir la transmission par voie sexuelle, et des traitements pendant la grossesse et des alternatives à l'allaitement maternel pour éviter la transmission mère-enfant du VIH

Mais dans les deux cas de transmission, la prévention reste très insuffisante dans les pays en développement : le préservatif reste peu utilisé lors des rapports sexuels, même dans des pays à très forte prévalence du VIH, et l'accès des femmes aux programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) reste faible (acceptabilité insuffisante du test de dépistage du VIH en consultation prénatale, femmes qui ne prennent pas les traitements et continuent à donner le lait maternel à leur enfant même lorsqu'elles se savent VIH+).

Face à ces constats d'échec de la prévention, il apparaît clairement que les programmes de lutte contre le sida doivent intégrer toute une série de démarches en amont et en aval des techniques de prévention *stricto sensu*, afin que ces techniques de prévention soient utilisées effectivement. On montrera dans cette contribution quels sont les points d'achoppement pour une bonne prévention de la transmission du VIH/sida dans les deux cas de transmission, vertical et horizontal, quels sont les apports et les réponses donnés actuellement par la recherche, et quels sont les points sur lesquels la recherche française doit être développée dans les années qui viennent. La nécessaire prise en compte des relations de genre aux différents stades de la prévention sera en particulier abordée.

## **Prévention de la transmission sexuelle du VIH**

Deux grands cas de figures sont à considérer lorsqu'on s'intéresse à la prévention de la transmission sexuelle du VIH : la prévention " a priori ", lorsque les personnes ne connaissent pas leur statut sérologique ni celui de leur partenaire, et la prévention " en connaissance de cause ", chez les individus qui se savent infectés par le VIH, ou qui savent leur partenaire infecté par le VIH.

### **Prévention " a priori ", en l'absence d'information sur le statut VIH**

Rappelons tout d'abord que le dépistage du VIH/sida reste une démarche rare sur le continent africain. La situation s'améliore, avec le développement de programmes de conseil et dépistage, et aussi grâce au développement des programmes de réduction de la transmission mère-enfant du VIH, qui impliquent une proposition systématique du test de dépistage aux femmes enceintes. Mais actuellement, la grande majorité des personnes vivant en Afrique n'ont pas fait le test de dépistage du VIH et vivent dans la crainte d'être infectés par le VIH, sans cependant connaître leur statut sérologique.

La crainte omniprésente de l'épidémie de sida se retrouve dans toutes les enquêtes menées à ce sujet en Afrique. Mais les travaux sur la sexualité ont montré que c'est une chose de connaître le risque auquel on est soumis, c'en est une autre de le prendre en compte en changeant ses comportements (Calvez, 1995). On rencontre ainsi très souvent, dans les enquêtes menées, une opposition entre une forte perception du risque de sida, et l'absence d'adoption de pratiques de prévention, qui se traduit en particulier par une utilisation très faible du préservatif ([www.measuredhs.org](http://www.measuredhs.org)). Cependant, il semble que les comportements évoluent : les études récentes sont de plus en plus nombreuses à montrer les signes de tels changements : au Nigeria, on observe à la fin des années 90 une évolution de l'attitude des hommes et des femmes face aux questions de multipartenariat sexuel et d'infidélité (Orubuloye, Caldwell et Caldwell, 1997 ; Orubuloye, Oguntimekin et Sadiq, 1997). Dans la population étudiée, malgré une tradition en faveur d'un multipartenariat sexuel chez les hommes, les auteurs décrivent une nouvelle tendance qui privilégie le couple monogame, et connote négativement l'infidélité sexuelle. Les hommes disent adopter ce schéma marital monogame et basé sur la fidélité par crainte des maladies sexuellement transmissibles, mais aussi pour "protéger leur mariage". Effectivement, les femmes enquêtées dans cette population semblent ne pas hésiter à exprimer fortement leur désaccord face aux infidélités des hommes, et surtout elles ouvrent au sein du couple un dialogue sur ces sujets, dans le souci de se protéger des maladies sexuellement transmissibles que le conjoint pourrait éventuellement contracter "ailleurs". Ce dialogue existe d'autant plus que la femme est instruite. Ces femmes nigériennes déclarent participer aux décisions en matière de relations sexuelles, de planification familiale, et deux sur trois affirment qu'elles refuseraient une relation sexuelle si leur partenaire avait une MST. A noter qu'il leur paraît plus facile, en cas de MST chez le partenaire, de refuser la relation sexuelle que d'imposer le préservatif.

Dans la même mouvance, on observe dans de nombreuses enquêtes une réduction de la durée d'abstinence sexuelle post-partum ([www.measuredhs.org](http://www.measuredhs.org)), et une des raisons données par les femmes à cette évolution est leur peur que, pendant cette période d'abstinence sexuelle du couple après la naissance d'un bébé, l'homme n'aille "voir ailleurs" et revienne à la maison porteur d'une infection (Desgrées du Loû et Brou, 2001). Lors d'une étude menée au Ghana, comme on demandait à des femmes en abstinence post-partum si elles avaient confiance dans l'abstinence de leur conjoint, 42 % ont en effet répondu "non" et 36% n'ont pas jugé bon de se prononcer sur ce sujet (Awusabo-Asare et Anarfi, 1997). A juste titre semble-t-il, puisque une autre étude au Bénin a montré une augmentation de 50 à 60% du risque de rapports sexuels extraconjugaux lorsque la femme était en abstinence post partum (Cleland et Ali, 1999).

Ces répercussions de l'épidémie de sida sur la perception qu'ont les hommes et les femmes de la sexualité, et en particulier de la sexualité dans le couple stable, ne sont pas un fait nouveau : dès 1995, Jackson Mukiza-Gapere et James Ntozi rapportaient qu'en Ouganda, la peur de l'infection par le VIH entraînait une peur des relations sexuelles, et la peur du mariage : des jeunes disaient refuser de se marier, craignant de trouver "la mort dans le mariage". Parallèlement, parmi ceux mariés, certains décidaient d'éviter systématiquement les partenaires extérieurs, pour éviter le risque d'infection (Mukiza-Gapere et Ntozi, 1995).

Mais si l'inquiétude face à l'épidémie de sida est omniprésente dans les pays africains, et si cela contribue à modifier les attitudes et éventuellement les pratiques de certains individus, notamment en matière de multipartenariat sexuel ou d'abstinence post-partum, l'utilisation du préservatif reste largement insuffisante pour garantir une prévention sûre de la transmission sexuelle. L'analyse des données recueillies sur les relations extraconjugales dans trois grandes villes africaines, Cotonou, Kisumu et Ndola, a montré que, au cours de ces rapports

extraconjugaux, moins d'un tiers des hommes et seulement une femme sur six avaient utilisé au moins une fois un préservatif au cours des douze derniers mois (Lagarde *et al.*, 2001). En Ouganda, sur le site de Rakai où sont délivrés régulièrement des conseils en matière de prévention sida, 16,5% des individus interrogés sur leur activité sexuelle au cours des 39 derniers mois ont déclaré utiliser le préservatif de temps à autre, et seulement 4% ont déclaré l'utiliser de façon systématique (Ahmed *et al.*, 2001). Or si l'association entre utilisation systématique du préservatif et baisse de l'incidence des infections par le VIH a été montrée, il ne semble pas qu'une utilisation occasionnelle du préservatif suffise à diminuer le risque d'infection par le VIH (Ahmed *et al.*, 2001). Dans les deux études citées, le taux d'utilisation du préservatif augmentait avec le niveau d'instruction des individus, mais restait insuffisant pour assurer une prévention correcte.

L'utilisation du préservatif reste en effet associée à l'idée de rapport occasionnel : au Nigeria, si l'utilisation du préservatif reste globalement faible, elle dépasse 60% des cas dans les situations de rapport occasionnel ou de rapport avec une prostituée (Van Rossem *et al.*, 2001). Par contre, au sein du couple stable, le préservatif reste très mal admis. Puisqu'il est utilisé en cas de rapport occasionnel, le proposer à son conjoint revient à confesser son infidélité ou montrer l'absence de confiance qu'on a dans la fidélité sexuelle de son conjoint (Bond et Dover, 1997). A cela s'ajoute la mauvaise "réputation" du préservatif, accusé de diminuer le plaisir sexuel. Son utilisation dans le couple stable est donc difficile à mettre en œuvre, et l'on peut noter à ce propos que les programmes qui préconisent la "double protection", c'est à dire une méthode contraceptive pour prévenir les grossesses indésirées, à utiliser conjointement avec les préservatifs pour prévenir la transmission des MST et du VIH, sont très mal reçus par les populations, le préservatif étant accepté au sein des couples stables essentiellement sous une optique contraceptive (Bauni et Jarabi, 2000).

Ainsi, si la perception du risque que représente l'épidémie de VIH/Sida est généralisée, cela n'entraîne pas pour autant l'adoption de comportements de prévention efficaces dans les populations africaines. Par contre il semble que la menace que fait peser cette épidémie sur la sexualité entraîne ou accélère des modifications dans les mentalités et les attitudes vis-à-vis de certains domaines de la sexualité, en particulier le multipartenariat et les relations occasionnelles.

#### ***Une piste actuelle : la circoncision comme élément de prévention de la transmission sexuelle <sup>94</sup>***

Cela fait maintenant 15 ans que l'on se demande si la circoncision ne réduit pas la transmission du virus du sida. Les pays d'Afrique dont une partie de la population masculine n'est pas circoncise sont en effet les plus touchés par l'épidémie, par rapport aux pays où la grande majorité de la population masculine est circoncise. Pour lever l'incertitude, il faut démontrer que c'est bien la circoncision elle-même qui protège, et pas d'autres facteurs qui peuvent lui être associés (la religion, les comportements sexuels...). De récentes études ont contribué à lever le voile : une étude longitudinale menée en Ouganda, suggère fortement que la circoncision a bien un effet protecteur, même s'il n'est que partiel (Quinn *et al.*, 2000). Cette étude a consisté à suivre des couples mariés dont la femme était infectée par le virus du sida alors que l'homme ne l'était pas. Dans une partie des couples l'homme était circoncis alors que dans l'autre, il ne l'était pas. Sur les 137 couples dans lesquels l'homme n'était pas circoncis, 40 hommes ont contracté le virus, pour la plupart de leur femme infectée. En revanche, sur les 50 couples dans lesquels l'homme était circoncis, il n'y a eu aucune

---

<sup>94</sup> Ce paragraphe reprend les éléments d'une présentation de Bertrand Auvert et Emmanuel Lagarde à l'atelier du 21 mars 2003 du réseau *Sida et Santé de la reproduction* du CePeD.

transmission du virus de la femme à l'homme. Une autre étude présentée à la conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue en Afrique du Sud en juin 2001 a renforcé la conviction du rôle de la circoncision (Buvé *et al.*, 2000). Deux villes à basse prévalence pour l'infection par le VIH (Cotonou au Bénin et Yaoundé au Cameroun) ont été comparées à deux villes à basse prévalence (Kisumu au Kenya et Ndola en Zambie). Presque tous les hommes sont circoncis dans les deux premières villes, tandis que la proportion d'hommes circoncis n'est que de 30% à Kisumu et de 10% à Ndola. De plus, à Kisumu la circoncision était un facteur individuel associé à un risque individuel moindre d'être infecté par le VIH et cette protection restait inchangée lorsque l'on tenait compte de la religion, de l'ethnie ou des comportements sexuels.

Il reste à comprendre pourquoi la circoncision protège du sida. La présence du prépuce pourrait favoriser les infections locales facilitant le passage du virus dans l'organisme. En ôtant le prépuce, on préviendrait ces infections. On réduirait également la surface des muqueuses masculines en contact avec la muqueuse vaginale lors d'un rapport sexuel. Enfin, la muqueuse du prépuce comporte des cellules impliquées dans le passage du virus dans l'organisme - les cellules de Langherans- et leur suppression diminuerait d'autant le risque de transmission.

Il est cependant nécessaire de vérifier la faisabilité de programmes de circoncision dans une optique de santé publique (car c'est au départ une pratique culturelle avant d'être sanitaire), et à conduire des essais randomisés en population afin d'être certain de l'effet protecteur de la circoncision par rapport à l'infection par le VIH/sida. Trois essais de ce type sont en préparation ou ont débuté récemment. L'un se déroule actuellement au Kenya, un autre en Afrique du sud, un troisième devrait être mis en place en Tanzanie. Les résultats de ces essais doivent être attendus avant d'envisager sérieusement la circoncision comme moyen de lutte contre le sida, particulièrement en Afrique. Il faudra veiller à ce que les circoncisions pratiquées à titre préventif bénéficient d'un environnement médicalisé, et que les personnes reçoivent à cette occasion une information sur la prévention du sida. Ne serait-ce que pour expliquer que la circoncision ne confère pas une protection totale contre le virus et qu'elle ne permet pas de se passer du préservatif lors des pratiques à risques. En effet, si une partie des hommes, croyant qu'ils sont protégés à 100% contre le virus du sida du fait de la circoncision, se mettent à avoir des comportements plus risqués qu'avant, on obtiendrait l'effet inverse de celui attendu.

## Prévention de la transmission sexuelle chez les individus qui se découvrent infectés par le VIH

### *Avec les partenaires occasionnels :*

On a vu au paragraphe précédent que, face à la menace du sida, c'est dans le cadre des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels qu'on observe le plus de changements dans la population générale : diminution des rapports occasionnels, augmentation de l'utilisation du préservatif. Chez les personnes qui font le test de dépistage du VIH et qui apprennent qu'elles sont séropositives, c'est aussi dans le cadre des relations occasionnelles que les conseils de prévention du VIH sont le plus facile à mettre en oeuvre. Les quelques études menées sur ce sujet ont montré une diminution des rapports occasionnels ou avec des partenaires extraconjugaux après l'annonce du résultat VIH, en particulier chez les hommes qui apprennent qu'ils sont infectés par le VIH (Allen *et al.*, 2003).

### *Au sein du couple stable :*

Les problèmes posés par la gestion de sa séropositivité au sein du couple stable sont très différents de ceux posés dans le strict cadre de rapports sexuels occasionnels. Parallèlement à la gestion du risque de transmission par voie sexuelle du VIH, les individus qui se découvrent séropositifs doivent aussi décider de ce qu'ils vont dire ou ce qu'ils vont taire à leur partenaire, et réenvisager leurs choix de procréation à la lumière de leur statut de séropositif pour le VIH, ces trois éléments (dialogue au sein du couple, sexualité, procréation) étant intimement liés.

### *Le partage de l'information avec le partenaire :*

Vivre avec le VIH est moins difficile lorsque le partenaire est informé, lorsqu'il y a un partage et un dialogue possible. Ainsi, souvent, les programmes qui accompagnent des femmes qui sont informées de leur infection par le VIH essaient de les aider à partager cette information avec leur partenaire : en aidant les femmes à trouver le bon moment pour discuter avec leur partenaire, en leur fournissant un soutien psychosocial si nécessaire.

Malgré cela, dans plus de la moitié des cas, une personne qui se sait infectée par le VIH n'ose pas le dire à son partenaire, de peur de se heurter à un rejet physique et affectif (reproches, arrêt des rapports sexuels, refus de tout contact physique (partage de la nourriture...) voire à un rejet total (divorce, abandon financier, retrait des enfants). On a vu effectivement des cas où les femmes séropositives étaient abandonnées par leur mari (Caraël, 1993 ; Hassoun, 1997). Cependant cette situation n'est pas la plus fréquente : certains partenaires soutiennent leurs femmes, psychologiquement et financièrement, d'autres réagissent par le déni et ne prennent pas en compte cette information.

Mais bien que les cas de rejet de la part du mari semblent relativement peu fréquents (Keogh *et al.*, 1994, Nebié *et al.*, 2001, Gaillard *et al.*, 2002), la crainte de ce rejet social et affectif reste forte chez les femmes, ainsi que la crainte que le mari ne divulgue à d'autres cette information, et de nombreuses femmes choisissent de se taire, faisant ainsi le choix de porter toutes seules le poids de cette information, et de se retrouver seules face aux décisions qu'il faudra prendre en matière de sexualité, de grossesses ultérieures, d'alimentation de l'enfant à venir si elles sont enceintes (allaitement maternel ou non). Le tableau 1 récapitule les niveaux de partage d'information sur le statut VIH et d'utilisation du préservatif mesurés dans diverses études africaines de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : selon ces études, seules 20 à 40 % des femmes qui ont été dépistées en consultation prénatale et qui se savent VIH+ en informent leur partenaire. Les réactions des conjoints sont très négatives (colère, violence, éventuellement divorce) dans environ un cas sur 20.

Une étude menée en Tanzanie auprès de femmes dépistées pendant la grossesse sur les déterminants de ce partage de l'information VIH avec le partenaire a montré que le niveau d'information donné par la personne séropositive à son partenaire dépendait fortement du type d'union engagée avec ce partenaire et de la durée de cette union : le fait d'être marié et le fait d'être en union depuis plus de 2 ans augmentait largement la probabilité d'annonce au partenaire. Par contre l'indépendance économique de la femme, et le fait qu'elle ait une amie à laquelle elle ait confié son statut sérologique, étaient associés à une diminution de l'information du partenaire (Antelman *et al.*, 2001).

Parler à quelqu'un de son statut sérologique est en effet primordial. Pouvoir en parler avec son conjoint l'est particulièrement pour les femmes dépendantes de ce conjoint, mais reste difficile, en particulier pour ces femmes dépendantes, donc vulnérables et qui craignent une réaction négative du partenaire. Face à cette difficulté que rencontrent les personnes dépistées

à informer leur partenaire, des programmes de conseil et de proposition de dépistage qui s'adressent au couple, et non à l'individu, sont mis en place dans de nombreux pays africains : les deux membres du couples ont ensemble un conseil, le dépistage est individuel et confidentiel mais l'équipe en place peut aider un conjoint à annoncer à l'autre un résultat positif le cas échéant (Painter, 2001 ; Roth *et al*, 2001, Allen *et al.*, 2003).

### *La protection des rapports sexuels :*

Le préservatif reste globalement peu utilisé, même dans les couples touchés par le VIH. Le tableau 1 montre que dans les enquêtes qui ont permis de suivre des couples dont l'un au moins des partenaires était séropositif et informé, moins de 15% des couples protégeaient leurs rapports sexuels. Lorsque le partenaire non infecté est informé, l'utilisation du préservatif dans le couple augmente, mais reste peu élevée (tableau 1).

Les expériences de conseil et dépistage adressés au couple et non pas à l'individu montrent que ce système conduit à une augmentation considérable de l'utilisation du préservatif dans le couple, et confirment l'urgence qu'il y a à prendre en compte non seulement les femmes, mais aussi les hommes, et plus globalement la notion de couple, dans les programmes de prévention et de dépistage (Roth *et al*, 2001, Allen *et al.*, 2003). En Zambie, la proportion de rapports sexuels avec préservatifs dans des couples sérodifférents est ainsi passée de 3% à 80% après un programme de conseil et dépistage adressé au couple (Allen *et al.*, 2003).

**Tableau 1 : proportion de femmes qui informent leur conjoint après un dépistage positif pour le VIH, proportion de réactions négatives du conjoint et proportion de couples déclarant utiliser des préservatifs, à partir de différentes études africaines.**

Etude	% de femmes ayant partagé l'information avec leur conjoint	% de réactions négatives du conjoint après cette information		% de couples qui déclarent utiliser systématiquement les préservatifs lors des rapports sexuels conjugaux		
		Dispute, violence	Rejet, divorce	Conjoint informé	Conjoint non informé	Ensemble
Tanzanie, 1995-2000 (1)	22% deux mois après le test, 40% 4 ans après le test	ND	ND	ND	ND	ND
Kenya, 1997-1999 (2)	31%	3%	3%	ND	ND	ND
Côte d'Ivoire, 1995-1999 (3)	40%*	3%*	5%*	21%	7%	13%
Burkina Faso, 1995-1999 (4)	18%	ND	4%	13%	7%	8%
Tanzanie, 1996-1998 (5)	17%	15%	8%	ND	ND	ND

Note : ces différentes études concernent toutes des femmes à qui le dépistage du VIH a été proposé en consultation prénatale, dans le cadre d'un programme de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

ND : données non disponibles,

\* : résultats non publiés

Sources : (1) Antelman *et al.*, 2001 - (2) Gaillard *et al.*, 2002 - Desgrées-du-Loû *et al.*, 2002 - Nebié *et al.*, 2001 - Kilewo *et al.*, 2001

On réalise de plus en plus en effet que la prévention de la transmission sexuelle du sida passe nécessairement par un dialogue entre les partenaires du couple, et non pas seulement par la mise à disposition des individus de préservatifs. Même si les femmes sont sensibilisées au risque de l'infection par le VIH et si elles ont des préservatifs, même si elle sont organisées en groupes de femmes pour s'entraider face à cette épidémie, s'informer, s'épauler entre

femmes, dans le quotidien du couple elles sont seules face à leur conjoint et c'est de la qualité du rapport homme/femme au sein du couple que va dépendre la protection des rapports sexuels si il y a risque de transmission du VIH (Baylies et Bujra, 2000). Et cela n'est pas seulement dû au fait que le préservatif masculin, principal mode de protection de la transmission sexuelle du VIH, ne peut être utilisé sans l'accord de l'homme : une étude a été menée en 2001 en Ouganda sur l'acceptabilité de méthodes contraceptives féminines : pilules, gels spermicides, préservatif féminin. Ces moyens pouvaient être utilisés " en secret " de leur partenaire. Dans cette étude menée, seul le préservatif féminin était un mode de protection à la fois contre les grossesses indésirées et contre l'infection par le VIH, les autres moyens étant seulement contraceptifs, mais l'objectif était de donner des informations sur l'acceptabilité de plusieurs produits utilisables par la femme, dans une optique ultérieure de prévention sida si la recherche parvient à mettre au point des gels virucides efficaces contre le VIH. L'étude a montré que, si les femmes appréciaient l'autonomie que leur conféraient ces méthodes qu'elles pouvaient utiliser d'elles-mêmes sans demander l'autorisation de leur partenaire, en pratique dans la grande majorité des cas ces femmes informaient rapidement leur conjoint qu'elles utilisaient une de ces méthodes (Green *et al.*, 2001) : dans un contexte de couple stable, il semble que la relation sexuelle soit indissociable du dialogue, car elle prend place dans un contexte d'affection et de confiance, qui laisse peu de place à des décisions à sens unique.

Améliorer la prévention de la transmission sexuelle du VIH dans le couple ne passera donc pas par la mise au point de méthodes de prévention que chacun puisse utiliser pour se protéger sans en avertir l'autre, mais par l'amélioration de la qualité du dialogue dans le couple autour de ce point de la prévention du VIH/Sida.

## **Prévention de la transmission mère-enfant**

### **Traitements disponibles et recommandations**

La transmission du virus du VIH de la mère à l'enfant peut se faire au cours de la grossesse, pendant l'accouchement, et après la grossesse via le lait maternel (transmission post-natale). Depuis 1996 on disposait d'un protocole permettant de réduire de deux tiers la transmission mère-enfant du VIH : administration d'un traitement antirétroviral (zidovudine ou AZT) à la mère au cours des quatre derniers mois de la grossesse, puis par perfusion pendant le travail, et au nouveau né sous forme de sirop pendant les 6 premières semaines de vie, l'allaitement maternel étant systématiquement exclu et remplacé par un allaitement artificiel. Ce protocole n'était pas applicable dans les pays en voie de développement à cause du coût élevé des médicaments et de la difficulté de supprimer complètement l'allaitement maternel dans ces pays. Depuis 1999, des essais cliniques menés dans plusieurs pays en développement ont montré l'efficacité de régimes plus courts, moins coûteux, et ce dans un contexte d'allaitement maternel. La transmission au cours de la grossesse se fait majoritairement à la fin de la grossesse et lors de l'accouchement, et les différents régimes actuellement proposés dans les pays en développement concernent donc le dernier mois de la grossesse et l'accouchement : le premier régime dont on a prouvé l'efficacité en 1999 était l'administration de zidovudine (AZT) au cours du dernier mois de la grossesse et pendant l'accouchement, et les essais en cours en 2003 proposent d'améliorer la réduction de la transmission mère-enfant par une combinaison de deux antirétroviraux en fin de grossesse (Zidovudine et lamiduvine) et/ou par l'administration d'un autre médicament, la névirapine, seulement au moment de l'accouchement. Dans le cas de la triple combinaison, on arrive

actuellement à un taux de transmission hors allaitement d'environ 5%, contre plus de 20% sans intervention (Dabis *et al.*, 2003).

Les recommandations de l'ONUSIDA, face à ces avancées scientifiques sont de développer des programmes pilotes de réduction de la transmission mère enfant avec administration de ces régimes courts d'antirétroviraux aux femmes séropositives, programmes pilotes qui doivent déboucher sur une prévention en routine de la TME à terme, lorsque les services de santé auront intégré le savoir faire nécessaire (ONUSIDA, 1999).

En matière d'alimentation du nourrisson la situation est moins claire : la transmission du virus par le lait est établie (Leroy *et al.*, 1998), mais il demeure des inquiétudes quant aux risques liés à l'introduction d'un allaitement artificiel dans un contexte de pays en développement. La question de savoir si les risques de malnutrition et d'infection liés à l'allaitement artificiel ne sont pas plus importants que les risques d'infection par le VIH par la voie postnatale se pose toujours aujourd'hui. Face à cette interrogation, les recommandations internationales sont très prudentes : les femmes infectées par le VIH doivent être "aidées à utiliser des aliments de remplacement pour éviter le lait maternel lorsque c'est possible", mais, surtout, doivent décider librement du mode d'alimentation de leur enfant, après avoir été informées du risque de transmission postnatal du VIH (ONUSIDA, 1999). En pratique le sevrage "précoce" est recommandé, lorsque l'allaitement artificiel dès la naissance n'est pas possible. Il n'existe pas encore de consensus sur l'âge auquel ce sevrage "précoce" doit être effectué : 3, 4, 6 mois après la naissance ? Cette question de l'alimentation des enfants nés de mère VIH+ constitue une des grandes questions auxquelles s'attachent à répondre les études actuelles en matière de prévention de la transmission mère-enfant.

### Obstacles actuels en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

#### *De nombreuses déperditions entre la proposition du dépistage et la mise sous traitement de PTME*

Dans un programme français mené en Côte d'Ivoire (ANRS 1201), les investigateurs ont montré que sur environ 25 000 femmes à qui le dépistage a été proposé en consultation prénatale, le programme n'a permis d'éviter que 108 infections d'enfants sur 549 prévues, soit une efficacité de 20% seulement, alors que le traitement en lui-même est efficace à 70%, donc que 384 cas d'infections auraient dû être évités et non seulement 108 : cela s'explique par les nombreuses déperditions d'effectif en amont de la mise sous traitement : 30% des femmes soit refusent le test de dépistage soit l'acceptent mais ne reviennent pas chercher leur résultat de dépistage (par peur du résultat, peur de la réaction du conjoint...), et 60% des femmes VIH+ informées de leur infection ne sont pas mises sous traitement, pour quelques unes d'entre elles parce qu'elles ne remplissent pas les critères d'éligibilité, mais pour la majorité parce qu'elles refusent le programme (crainte d'être "repérées" comme malades si elles intègrent un tel programme, désaccord du conjoint...)<sup>95</sup>. Ces déperditions, observées dans tous les programmes de prévention de la transmission mère-enfant en Afrique, et qui conduisent à une faible efficacité de ces programmes, révèlent les obstacles sociaux et comportementaux auxquels se heurtent des programmes par ailleurs efficaces d'un point de vue strictement médical : c'est aujourd'hui l'acceptabilité du dépistage en consultation

---

<sup>95</sup> Présentation du programme DITRAME PLUS par François Dabis lors des journées scientifiques de l'ANRS, Abidjan, 30 juin 2003.

prénatale et l'acceptabilité d'un traitement de la femme enceinte qu'il faut mieux comprendre afin d'améliorer cette prévention de la transmission verticale du VIH.

#### **- Supprimer l'allaitement maternel : les difficultés**

Réduire (ou supprimer) l'allaitement maternel place les femmes dans des situations sociales parfois difficiles. En effet, l'allaitement a une fonction plus importante que la simple alimentation de l'enfant : il est considéré comme constitutif du lien entre la mère et l'enfant. Ainsi une mère qui allaite est considérée comme une bonne mère, tandis que le conjoint, la belle-mère, l'entourage en général (voisines, co-épouses) reprochent facilement à une mère qui n'allait pas ou qui sèvre trop tôt son enfant d'être une "mauvaise" mère, une mère sans coeur, égoïste, qui sèvre son enfant pour être plus libre sans s'occuper de la santé de celui-ci. Les femmes qui vivent avec le VIH, lorsqu'elles choisissent de ne pas allaiter leur enfant pour le protéger du risque d'infection par le VIH, s'exposent donc aux critiques de leur entourage. Les travaux réalisés sur ce sujet ont montré toutes les difficultés sociales auxquelles ont à faire face ces mères qui choisissent de ne pas allaiter longtemps leur enfant (Desclaux, 2000). Ils ont montré aussi que ces femmes, parce qu'elles sont persuadées que c'est le bon choix pour préserver la santé de leur enfant, contournent parfois ces difficultés en développant diverses stratégies : certaines prétextent une maladie des seins, ou un manque de lait pour justifier l'arrêt de l'allaitement. D'autres sèvent l'enfant en cachette, sans que l'entourage ne le remarque. Cette dernière stratégie est facilitée lorsque les enfants reçoivent très tôt des aliments de compléments, comme c'est le cas à Abidjan, Côte d'Ivoire : bouillies dès 3 ou 4 mois, plat familial dès 5 ou 6 mois. Le fait de vivre en ville facilite aussi ces sevrages précoces : de plus en plus de femmes en ville vivent en famille nucléaire, avec leur conjoint, sans mère ou belle mère ou co-épouse. Elles sont donc plus autonomes dans leurs choix d'alimentation pour leur nourrisson que des femmes vivant en famille élargie, comme c'est le cas en zone rurale, et qui sont "surveillées" par les autres femmes de la concession. Ainsi, le type d'organisation familiale, le type de relations établies avec le conjoint et avec la famille ont un rôle majeur dans les choix que peut faire une femme infectée par le VIH pour prévenir la transmission du VIH à son enfant, en particulier dans l'alimentation du nourrisson.

#### **- Le dialogue avec le conjoint : difficile et nécessaire**

Ce point a été abordé au paragraphe précédent à propos du retentissement du VIH sur la sexualité dans le couple : nous ne redévelopperons donc pas ici cet aspect, mais la problématique est exactement la même : les femmes éprouvent des difficultés à informer leur conjoint de leur séropositivité, et celles, nombreuses, qui cachent leur statut sérologique doivent cacher qu'elles prennent un traitement pendant la grossesse (pour prévenir la transmission du VIH à l'enfant) et se retrouvent seules face aux décisions à prendre ensuite en matière d'alimentation de l'enfant (allaitement maternel ou non). Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant se sont adressés jusqu'ici, logiquement, aux mères essentiellement. Les pères pouvaient y venir sur proposition de leur conjointe, mais n'y étaient pas directement associés, et la porte d'entrée dans le programme était la mère, seule personne du couple à qui était proposée le conseil et le dépistage du départ. Face aux difficultés que les femmes éprouvent à informer leur conjoint, mais aussi à vivre leur séropositivité et leurs choix en matière de prévention de la transmission mère-enfant en l'absence de dialogue avec le conjoint, certains programmes de PTME s'adressent maintenant au couple. Une séance entière à la CISMA de Nairobi en septembre 2003 s'intitulait d'ailleurs : *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : impliquer les pères.*

### - VIH et choix de procréation :

On pourrait s'attendre à une réduction volontaire de la fécondité des individus, face à la menace du sida : en effet, lorsqu'un individu apprend qu'il est infecté par le VIH, le conseil délivré par les équipes de santé est d'utiliser des préservatifs à chaque relation sexuelle, et, pour les femmes, d'éviter si possible une nouvelle grossesse, pour éviter de donner naissance à un enfant qui pourrait être infecté, ou qui pourrait se retrouver orphelin quelques années plus tard.

Or les projets menés dans les pays africains qui ont suivi des individus se sachant infectés par le VIH ont observé le contraire. La plupart de ces projets suivent plutôt des femmes, qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH à l'occasion d'un test de dépistage prénatal, dans le cadre d'un programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Dans ces différents projets, le dépistage du VIH et l'information qui l'accompagnait (conseils de protection des rapports sexuels et de contraception, délivrance gratuite des préservatifs et contraceptifs), n'ont pas été suivis d'une réduction de la fécondité chez les femmes séropositives par le VIH. Une étude au Rwanda a au contraire montré que les femmes qui avaient moins de quatre enfants se "dépêchaient" alors de faire un autre enfant, comme s'il fallait atteindre un nombre idéal d'enfants, malgré (ou à cause de) la découverte de leur infection par le VIH (Allen *et al.*, 1993, Keogh *et al.* 1994).

Il apparaît en effet qu'en Afrique, décider de ne plus avoir d'enfants expose la femme à trop de risques : le risque, fréquemment formulé par les femmes que nous avons pu suivre, d'être rejetée par le partenaire qui désire, lui, avoir des enfants. En effet, lorsque la femme n'annonce pas sa séropositivité à son partenaire, cas fréquent comme nous l'avons vu, il devient alors extrêmement difficile d'expliquer au mari comme à la belle famille le refus d'une nouvelle grossesse, à moins que le couple n'ait déjà un nombre estimé suffisant d'enfants. Même lorsque le mari est au courant du statut sérologique de sa femme, il peut exister une pression de la part de la belle mère pour faire un autre enfant : ces femmes craignent que les belles mères "n'influencent" leur mari et les poussent à divorcer ou à prendre une seconde épouse. Toujours dans le cas (le plus fréquent) où les femmes cachent leur statut sérologique, ne plus être enceinte comporte aussi le risque d'être étiquetée comme "malade" puisque non fertile. Au contraire, une nouvelle grossesse rassure l'entourage, mais aussi la femme elle-même, sur sa santé et sa fécondité. Enfin, il semble que pour les femmes séropositives, en tous cas pour celles qui n'ont pas encore atteint un nombre d'enfants qui leur paraît suffisant, décider de ne plus jamais avoir d'enfants constitue une négation de l'avenir, qui s'ajoute à l'angoisse de mort consécutive à la connaissance de leur infection à VIH, et qui semble insurmontable. L'enfant à venir est ainsi à la fois gage de solidité pour le couple et gage de survie pour l'individu "dans sa descendance" (Aka Dago *et al.*, 1999).

On retrouve ainsi, appliquée au domaine de la procréation, la même problématique que celle développée à propos du décalage entre la connaissance du risque de l'infection par le VIH et l'adaptation des comportements sexuels : il a été largement montré qu'il ne suffisait pas qu'un individu connaisse le risque de l'infection par le sida pour qu'il adopte des comportements de prévention. Dans le domaine de la procréation, comme dans celui de la sexualité, les impératifs familiaux, sociaux et affectifs paraissent plus importants que la préservation de la santé d'un des membres du couple, voire même que le risque de donner naissance à un enfant infecté.

Face à ce constat, les avancées de la recherche et de la santé publique en terme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays en développement semblent d'autant plus précieuses. Si le conseil donné aux personnes infectées par le VIH de ne plus avoir

d'enfants est un conseil impossible, on peut au moins accompagner leur désir de fécondité en limitant dans la mesure du possible le risque d'infection pour les enfants à naître. Les programmes de prise en charge des personnes infectées par le VIH doivent en tous cas aujourd'hui tenir compte de ces éléments " non sanitaires " dans le domaine de la procréation et en particulier de l'importance du désir d'enfant.

## **Conclusion**

Il semble que l'échec partiel des différents programmes de prévention de la transmission du VIH vient en grande partie d'une insuffisante prise en compte de la dimension du couple impliqué dans ces transmissions.

En effet, dans les pays africains où la transmission horizontale est essentiellement hétérosexuelle, où la majorité des femmes infectées le sont aujourd'hui dans le cadre des relations sexuelles conjugales, la protection des rapports sexuels entre conjoints en cas d'infection par MST ou VIH (ou de suspicion d'infection) reste un des points faibles de la lutte contre le sida. De la même façon qu'on a réalisé que les programmes de planning familial doivent s'adresser aux hommes et pas seulement aux femmes, il apparaît aujourd'hui, en matière de lutte contre le sida, qu'il est nécessaire de mener des actions de prévention qui ne sont pas ciblées que sur les hommes, ou que sur les femmes, mais qui visent aussi le couple. Pour améliorer l'utilisation du préservatif lors des relations conjugales, il semble important par exemple que les programmes de prévention prennent en compte la communication qui va s'établir dans un couple à propos de ce préservatif, et non pas seulement la connaissance que les membres du couple ont du préservatif ou la disponibilité de ces préservatifs.

De même, c'est au niveau du couple, et non pas seulement des femmes, que se prennent les décisions en matière de procréation lorsqu'un des deux conjoints est infecté par le VIH/sida, mais aussi les décisions en matière d'alimentation du nourrisson, lorsqu'un enfant naît dans un couple affecté par le VIH. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ne peut être efficace sans une prise en compte effective des pères.

Il semble donc aujourd'hui qu'une des priorités dans la lutte contre le sida en Afrique soit une meilleure prise en compte du concept de couple dans les différents programmes de prévention et de prise en charge du VIH/sida. Cela implique de mieux cerner tout ce que recouvre la notion de couple en Afrique, notion qui évolue d'ailleurs rapidement, et c'est un champ de recherche encore largement inexploré.

## Bibliographie

- Ahmed S, Lutalo T, Waver M et al. "HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use : a population study in Rakai, Ouganda". *Aids* 2001, 15 : 2171-2179.
- Aka-Dago-Akribi H., Desgrées du Loû A., Dossou R. et Msellati P. " Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire ". *Health Reproductive Matters*, 1999, 7 :20-29
- Allen S, Serufilira A., Gruber V. et al. Pregnancy and contraception use among urban rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993; 83 (5) : 705-710.
- Allen S, Meinzen-Derr J, Kautzman M et al. "Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing". *AIDS* 2003, 17 : 733-740.
- Antelman G, Smith Fauzi M, Kaaya S et al. "Predictors of HIV-1 serostatus disclosure :a prospective study among HIV-infected pregnant women in Dard es Salaam, Tanzania." *AIDS* 2001, 15, 1865-1874.
- Awusabo-Asare K and Anarfi J. "Post-Partum sexual abstinence in the era of AIDS in Ghana : prospects for change." *Health Transition Review*, 1997, sup vol.7, pp. 257-270.
- Bauni E and Jarabi B O. "Family planning and Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS : the case of Nakuru district, Kenya." *Studies in Family Planning* 2000, 31(1) : 69-80
- Baylies C and Bujra J with the Gender and Aids Group. *Aids, sexuality and gender in Africa : collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia*. Routledge, London, NY, 2000, 222 p.
- Bond V and Dover P. "Men, women and the trouble with condoms : problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia." *Health Transition Review*, 1997, sup vol.7, pp. 377-391.
- Buve A, Auvert B, Lagarde E, Kahindo M, Hayes R, Carael M. Male circumcision and HIV spread in sub-Saharan Africa [MoOrC192] 13th World AIDS Conference, Durban 9-14-July 2000.
- Calvez Marcel, " La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche. " in *Sexualité et Sida*, Bajos N., Bozon M., Giami A. et al. (éds.), ANRS, Paris, 1995, pp.143-158.
- Carael M. " Women's vulnerability to STD/HIV in sub-saharan Africa : an increasing evidence." Communication au séminaire " Women and demographic change in subsaharan Africa. " Commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la Population, Dakar, 6-13 mars 1993.
- Cleland J, Ali M et Capo-Chichi V. " Post partum sexual abstinence in West Africa : implications for AIDS control and family planning programmes. " *AIDS* 1999, 13 : 125-131.
- Dabis F., Bequet L., Ekouevi D. *et al.* "Effectiveness of short course combinations of zidovudine, lamivudine and nevirapine to prevent peripartum transmission of HIV. The ANRS 1201 Ditrane Plus study, Abidjan, Côte d'Ivoire." 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA (USA), 10-14 February 2003, abstract 854 and the 2nd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris (France), 13-17 July 2003, abstract 219.
- Desclaux A. et Taverne B. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique*. 2000, Paris, Editions Karthala.
- Desgrées du Loû A. et Brou H. " La reprise des relations sexuelles après une naissance : normes, pratiques et négociations à Abidjan, Côte d'Ivoire. " Communication au congrès mondial de l'UIESP, 18-24 Août 2001, Salvador de Bahia , Brésil.
- Desgrées du Loû A., Msellati P, Viho I. et al. Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. Ditrane ANRS 049 Project, Abidjan, 1995-2000. *Int J STD AIDS* 2002 ; 13(7) : 462-8
- Gaillard P, Melis R, Mwanyumba F et al. "Vulnerability of Women in African Setting : lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes." *AIDS*, 2002, 16(6), 937-938.
- Green G. et al. " Female control of sexuality : illusion or reality ? Use of vaginal products in South West Ouganda". *Social Science and Medicine*, 2001, 52 : 585-598
- Hassoun J, *Femmes d'Abidjan face au Sida*, Karthala, Coll. Médecines du Monde, Paris, 202 p.

- Keogh P, Allen S, Almedal C, Temahagili B. The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective study. *Soc Sci Med* 1994 ; 38 : 1047-53.
- Kilewo C, Massawe A, Lyamuya E et al. " HIV counseling and testing of pregnant women in Sub Saharan Africa : experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania." *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001, 28(5) : 458-62.
- Lagarde E, Caraël M, Glynn J et al. "Educationnel level is associated with coindom use within non spousal partnerships in four cities of Sub Saharan Africa." *Aids* 2001, 15 : 1399-1408.
- Leroy V, Newell M, Dabis F, Peckham C, Van de Perre P, Bulterys M, et al. International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1998; 352 :597-600.
- Mukiza-Gapere J et Ntozi J, " Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Uganda. " *Health Transition Review, The third World AIDS epidemic. Supplement to volume 5, 1995, pp.201-208.*
- Nebié Y, Meda N, Leroy V et al. "Sexual and reproductive life of women informed of their seropositivity : a prospective cohort study in Burkina Faso." *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001, 28(4) : 367-372.
- ONUSIDA, Prevention of HIV transmission from mother to child – Strategic options. UNAIDS, Geneva, 1999, 18 p.
- Orubuloye IO, Caldwell J, Caldwell P. "Men's sexual behavior in urban and rural Southwest Nigeria : its cultural, social and attitudinal context." *Health Transition Review, 1997, sup vol.7, pp. 315-328.*
- Orubuloye IO, Oguntimakin F and Sadiq T. "Women's role in reproductive health decision making and vulnerability to STD and HIV/AIDS in Ekiti, Nigeria." *Health Transition Review, 1997, sup vol.7, pp. 329-336.*
- Painter T. "Voluntary counseling and testing for couples : a high leverage intervention for HIV/AIDS prevention in Sub saharan Africa." *Social Science and Medicine, 2001, 53, pp.1397-1411*
- Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *New Engl J Med.* 2000; 342:921-929.
- Roth D, Stewart K, Clay O et al. "Sexual Practices of HIV discordant and concordant couples in Rwanda : effects of a testing and counselling programme for men". *Int J STD AIDS* 2001, 12 : 181-188.
- Van Rossem R, Meekers D, Akinyeni Z. "Consistent condom use with different types of partners : evidence from two Nigerian Surveys." *Aids Educ Prev* 2001, 13(3), 252-267.



## **Chapitre 2**

# **Familles, inégalités, vulnérabilité**

**Coordonné par Olivia Samuel**



## Familles, inégalités, vulnérabilité

Les familles et leurs membres appartenant aux couches les plus pauvres des populations des pays du Sud sont chaque fois plus fragilisés par les conditions économiques et démographiques actuelles, et ceci en dépit des avancées juridiques et des conventions internationales en matière de droits individuels. La vulnérabilité économique et sociale est une réalité quotidienne des familles vivant dans les quartiers défavorisés des milieux urbains et de nombre de familles rurales. Au sein des familles, les personnes âgées, dont le nombre augmente sensiblement, les femmes, les enfants sont les premiers à subir la tension des relations intergénérationnelles et des relations de genre. La vulnérabilité, conséquence des inégalités socio-économiques touche les familles dont les formes et les rôles sont en pleine mutation et qui doivent de surcroît s'adapter à l'affaiblissement des structures traditionnelles (O. Samuel). Elles doivent assumer des charges croissantes avec la scolarisation des enfants, le sous-emploi chronique, le désir légitime d'accéder aux biens de consommation moderne, et la prise en charge de leurs aînés. Il ne s'agit plus seulement aujourd'hui d'anticiper l'arrivée de générations âgées nombreuses, c'est une réalité dans bien des pays latino-américains et asiatiques. Les défis, posés aussi bien aux familles qu'aux Etats, de cette responsabilité est problématique (J.M. Guzman), et pour l'instant les interrogations sont plus nombreuses que les réponses pour y faire face. L'inégalité s'exprime aussi par les arbitrages que l'on pourrait qualifier d'insensés -au sens propre du terme- que les familles et leurs membres sont mises en demeure d'assumer : la mise en concurrence du travail et de la scolarisation des enfants rend en effet particulièrement difficile la survie des familles et dans le même temps leur demande d'éducation (B. Schlemmer). Rendre compatible le rôle économique des enfants dans les contextes d'extrême pauvreté -en valorisant le travail et en misant sur la formation professionnelle-, avec l'accès au savoir scolaire est également un défi majeur à relever. Enfin, la vulnérabilité des individus c'est aussi le résultat de la discrimination associée à la violence dont ils sont l'objet (I. Attané ; A. Gautier). Accepter que naître fille est de moindre valeur que naître garçon, accepter que l'exercice de la violence de l'adulte sur l'enfant et de l'homme sur la femme, dans le domaine privé en particulier parce qu'il échappe plus facilement à la sanction, soient des fatalités culturelles, est l'expression même de la négation de l'individu en tant que tel. Là encore, le chemin est long et semé d'embûches pour éradiquer ces formes de violences.



## Evolutions des familles contemporaines au Sud<sup>96</sup>

**Olivia Samuel**

Dans toutes les sociétés du Sud des changements socioéconomiques et culturels importants se sont produits au cours des dernières décennies : scolarisation, particulièrement celle des femmes, urbanisation, migrations, paupérisation, accès des femmes au marché du travail, etc. En même temps, les modes de constitution familiale et la reproduction démographique ont été plus ou moins fortement affectés par ces changements. Mais chaque population a développé ses propres modalités d'adaptation à ces contextes en pleine mutation.

Dans bien des cas, le levier de la nuptialité a été un élément tout à fait central de cette adaptation avec l'élévation de l'âge d'entrée en union. Ce report du mariage a été présenté soit comme effet de la hausse des durées de scolarisation, soit comme une stratégie d'émancipation de la tutelle familiale et du refus d'une inscription trop précoce dans un schéma traditionnel de reproduction du système matrimonial, soit comme une alternative temporaire au coût de plus en plus élevé du mariage, ou bien encore, comme une réponse contrainte à la difficulté d'accès au logement pour les jeunes. L'ensemble de ces facteurs se combinant d'ailleurs bien souvent. Le recul du calendrier de la nuptialité a été notamment important par exemple en Algérie, au Sénégal, tout du moins à Dakar et dans certaines régions rurales, ou encore au Zimbabwe. De sorte que la période qui va de la puberté à la constitution d'une famille s'est fortement allongée, et a pu être mise à profit par les femmes pour se constituer une certaine autonomie financière. En revanche, d'autres pays ou régions, plus rares, ne participent pas ou peu de cette évolution, comme la population de la capitale togolaise, et en Amérique Latine au Brésil ou au Mexique. Dans ces pays, le calendrier de la nuptialité a peu varié et donc ne joue guère que les changements matrimoniaux et familiaux.

La reproduction familiale est également affectée par le développement de nouvelles formes d'union et de résidence, et par de nouvelles formes d'organisations familiales, signes des difficultés à maintenir les structures traditionnelles dans des contextes de mobilités croissantes, provoquant leur affaiblissement et le recul du contrôle social et familial sur les individus. L'augmentation des unions libres à Lomé par exemple, la légère régression de la polygamie en Côte d'Ivoire et au Togo, la hausse de la monoparentalité dans certaines zones rurales sénégalaises et ailleurs, l'installation en résidence autonome des couples constitués en Algérie, la décohabitation des jeunes couples, en sont des manifestations et des exemples.

L'ensemble de ces changements traduit une déconnection croissante entre les actes qui constituent le cœur de la reproduction démographique des familles : le mariage, la sexualité, la fécondité. L'exemple le plus frappant qu'il nous a été donné à voir est celui de la population de Mlomp au Sénégal, où la fécondité précède désormais de plusieurs années le mariage.

Seuls de rares cas semblent échapper à ces tendances lourdes, parfois rapides, d'autres fois plus progressives des changements matrimoniaux et familiaux. Ainsi des Kel Tamasheq du Mali qui, bien que connaissant une transformation profonde de leur organisation sociale, sont parvenus à maintenir leur système matrimonial traditionnel.

---

<sup>96</sup> Ce texte s'appuie très largement sur les résultats des communications présentées lors des 5<sup>ème</sup> journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'Agence Universitaire Francophone « Familles au nord, familles au sud », qui se sont tenues à Marseille du 23 au 26 juin 2003.

Par ailleurs, s'agissant de la formation des unions, la complexité des processus matrimoniaux et la difficulté de choisir un critère particulier et généralisable qui déterminerait objectivement et effectivement l'entrée en union rend ardue toute étude véritablement comparative. Au Mexique le début de la cohabitation des conjoints, donc la dimension résidentielle, constitue l'événement qui peut être retenu comme le plus fréquent pour marquer le début de l'union. A Dakar en revanche, la cérémonie à la Mosquée, donc l'alliance symbolique et rituelle des individus et de leur famille, sera davantage retenue comme événement initiateur du mariage. Les unions sans corésidence constituent un degré de complexité supplémentaire dans la définition de ce qu'est une union et du moment où celle-ci est considérée comme telle par les partenaires, et ceci aussi bien dans les pays du Sud que ceux du Nord.

Avec l'effritement de l'autorité des aînés et des dépositaires traditionnels du pouvoir au sein de la famille, et de la dégradation des conditions économiques des unités domestiques dans beaucoup de pays, les processus même de formation des couples sont en mutation, et par exemple le déclin des cérémonies de mariage, par le coût qu'elles entraînent notamment, sont en déclin, dans des villes comme Lomé par exemple mais aussi en milieu rural comme à Mlomp au Sénégal. Aussi, de nouvelles modalités de formation des couples se mettent en place, qu'il faudrait pouvoir observer de près.

Si d'évidence la hausse de l'âge à l'union, l'augmentation de la divortialité, la baisse de la fécondité, le développement de formes variées d'union et de résidence, parfois la baisse de l'endogamie ou la hausse de la fécondité pré-nuptiale etc., sont des traits visibles de changements familiaux et en expansion, il n'en est pas forcément de même de tout phénomène mis en avant dans les discours institutionnels ou politiques. Ainsi, au Brésil, les grossesses des adolescentes sont mises au premier plan, un discours moralisateur et stigmatisant est porté sur ces jeunes femmes, alors qu'en réalité, les grossesses chez les adolescentes n'ont pas particulièrement augmenté dans les dernières années et que, loin d'être un effet de la pauvreté et de l'exclusion sociale, c'est une situation que l'on retrouve dans d'autres milieux sociaux que les plus pauvres.

Une question centrale dans l'examen des dynamiques familiales est celle des solidarités intergénérationnelles et, plus généralement, des solidarités familiales. Ces solidarités sont largement mobilisées par les individus, elles sont essentielles au fonctionnement des sociétés, de toutes les sociétés, quel que soit leur degré de développement. Les femmes sont par ailleurs des actrices importantes de ces solidarités. Les multiples facettes de ces solidarités montrent à quel point les sociétés et leurs acteurs déploient des stratégies imaginatives pour consolider les structures sociales ou pour s'adapter aux contraintes de la nouvelles donne démographique, sociale et économique. La gestion de la crise, la gestion de l'appauvrissement des ménages et des familles dans beaucoup de pays du Sud passe donc par le maintien des solidarités anciennes ou par l'activation de nouvelles formes de solidarités intergénérationnelles, comme au Brésil, avec des flux de « richesses » matérielle ou financière à l'aube de la vieillesse vers les enfants et petits-enfants. Mais les enfants sont toujours une « assurance vieillesse » pour les parents, et notamment dans les situations de vulnérabilité aggravée, où l'âge avancé se cumule avec le veuvage et de faibles ressources. Le rôle des enfants devenus adultes est alors déterminant, singulièrement quand l'Etat assume difficilement le pari de la prise en charge des dépendants.

Il faut bien entendu se garder d'une vision idyllique des relations familiales, la solidarité peut masquer des conflits et surtout, l'obligation d'entraide au sein de la famille élargie peut être ressentie comme un lourd fardeau pour les individus et les familles les plus susceptibles d'être fréquemment sollicités.

Les solidarités familiales sont multiformes (matérielles, financières, affectives...), de l'ordre du quotidien ou du plus occasionnel, et elles jouent non seulement dans des espaces de vie restreint, mais également dans des espaces territoriaux très vastes. Ainsi, ces solidarités sont un élément déterminant de certains réseaux migratoires, comme dans le cas des migrants Dakarois. Mais surtout elles sont un palliatif essentiel à la défaillance des Etats.

La question de l'individualisation des comportements est fréquemment soulevée, et cette question est loin d'être tranchée. Cependant, on peut se risquer à faire l'hypothèse que la dégradation des niveaux de vie des familles, la paupérisation des catégories les plus vulnérables, loin d'affaiblir les solidarités familiales et intergénérationnelles, risque de les maintenir, de diversifier leurs modalités de fonctionnement et de les rendre tout aussi indispensables que dans les contextes traditionnels. En cela, l'évolution des solidarités dans les pays du Nord ne peut en aucune façon être prédictif de ce qui va se passer au Sud, mais cette absence de ressemblance dans les évolutions est vraie dans bien d'autres registres.

Enfin, une question nouvelle dans la thématique de la famille, est celle du VIH/Sida. La maladie et son issue, fatale dans bien des cas, est un élément de fragilisation, voire de déstructuration familiale, particulièrement dans tous les pays d'Afrique Australe les plus touchés. Le sida contraint à une solidarité familiale pas toujours bien assumée, compte tenu des difficultés matérielles, psychologiques et affectives qui lui sont associées. La prise en charge d'enfants non biologiques est loin d'être une nouveauté en Afrique, au contraire le confiage des enfants est un élément constitutif des systèmes sociaux et familiaux, mais l'orphelin du sida pose la question de sa prise en charge dans un contexte inédit; qui est un nouveau défi aux anciennes solidarités.

Dans la multiplicité des situations familiales mises à jour, et des changements profonds qui affectent la morphologie des familles et leur dynamique, on aura du mal à trouver une approche théorique qui rende compte de l'ensemble. Exemples et contre exemples viendront pour asseoir ou contredire la théorie de la modernisation, celle de la diffusion des idées et des comportements, celles des rapports de classes ou encore les approches micro-économiques de la famille. Les théoriciens de la famille ont encore beaucoup à faire pour penser des cadres de compréhension et explicatifs des processus en cours.

En conclusion, soulignons la nécessité de poursuivre l'effort des recherches sur la famille, sa dynamique démographique, sociale et économique, et ses modalités d'adaptation face à l'urbanisation, à la crise économique, au coût croissant des enfants, au vieillissement, qui tôt ou tard s'imposera à tous les pays. Ces recherches doivent pouvoir s'appuyer sur des données fiables, qualitatives et quantitatives, et les enquêtes socio-démographiques, trop souvent centrées sur l'individu, doivent prendre davantage en compte les contextes familiaux.



## Surmasculinité et discriminations des femmes en Asie du Centre et du Centre-sud

**Isabelle Attané**

Contrairement à une idée reçue, ce n'est ni l'Afrique ni le monde arabe mais bien l'Asie qui est le continent « noir » pour les femmes. Des estimations situent dans la fourchette de 60 à 100 millions le déficit de femmes dans le monde, dont l'immense majorité sur le continent asiatique<sup>97</sup>. Certes l'ensemble de l'Asie, de l'Oural au Japon en passant par l'Arabie saoudite, regroupe 60% de la population de la planète. Mais ce poids démographique n'est évidemment pas un motif valable pour justifier que s'y concentre l'essentiel des femmes victimes de discriminations.

Dans cette partie du monde, les pays dans lesquels on relève les plus grosses anomalies sur le plan démographique sont : la Chine (1,28 milliard d'habitants), l'Inde (1,01 milliard), le Pakistan (141,3 millions), le Bangladesh (137,4 millions), la Corée du Sud (46,7 millions), le Népal (23,0 millions), Taiwan (22,5 millions), le Sri Lanka (18,9 millions). À eux seuls, ces pays regroupent près de la moitié de la population mondiale : 2,7 des 6,1 milliards en 2000.

Les discriminations démographiques à l'égard des femmes se manifestent de multiples manières. Les normes biologiques donnent le nombre de filles et de femmes qui, eu égard à celui des hommes, devraient être présentes au sein d'une population. Ainsi, la proportion d'hommes et de femmes dans une société et à des âges donnés, la déviation par rapport aux écarts normaux d'espérance de vie à la naissance entre les sexes, les niveaux de mortalité infantile selon qu'il s'agit d'une fille ou d'un garçon, sont autant de moyens permettant de mesurer l'« ingénierie démographique », c'est-à-dire la manipulation volontaire des lois de la nature afin d'arriver à des fins familiales ou sociétales.

Précisons toutefois que les estimations des discriminations des filles sur un plan démographique sont largement dépendantes de la qualité des données disponibles. En effet, certains pays (dont la Chine) se caractérisent par une sous-déclaration importante des filles à la naissance et aux jeunes âges, ce qui vient biaiser les rapports de masculinité.

### **Plus d'hommes que de femmes**

Dans les pays dans lesquels les représentants des deux sexes sont traités sur un pied d'égalité, le rapport de masculinité, qui mesure la proportion d'hommes et de femmes dans une population donnée, est toujours en faveur de ces dernières. On compte 94,7 hommes pour 100 femmes dans l'ensemble des pays développés<sup>98</sup>, 95,0 en France, soit, dans des circonstances normales, une légère majorité féminine.

Or, les pays de l'Asie du Centre et du Centre-sud précédemment énumérés ont tous une masculinité globale de leur population d'environ 10% supérieure à la norme non-sexiste (tableau 1) : 106,5 hommes pour 100 femmes en Inde, 106,4 au Bangladesh, 105,9 en Chine, 105,8 au Pakistan, 105,6 au Sri Lanka, 105,2 au Népal, 104,3 à Taiwan, un peu moins en

---

<sup>97</sup> Voir notamment Sen, 1990 pp. 61-65 ; Coale, 1991; Croll, 2000, pp 1-5.

<sup>98</sup> Selon la classification des Nations unies.

Corée du Sud, 101,3<sup>99</sup>. Dans ces pays, les femmes représentent non pas un peu plus de la moitié de la population, comme ce devrait être le cas en l'absence de discriminations, mais bien un peu moins de la moitié.

Tableau 1. Population et rapport de masculinité, en 2000.

Pays	Population (en millions) en 2000	Rapport de masculinité global	Pays	Population (en millions) en 2000	Rapport de masculinité global
Bangladesh	137,4	106,4	Népal	23,0	105,2
Chine	1 275,1	105,9	Pakistan	141,3	105,8
Corée du Sud	46,74	101,3	Sri Lanka	18,9	105,6
Inde	1 008,9	106,5	Taiwan	22,5	104,3

Source : *World Population Prospects, The 2000 Revision, Volume I: Comprehensive Tables*, United Nations, à l'exception de Taiwan.

Si ces pays devaient compter des proportions d'hommes et de femmes équivalentes à celles observées dans les pays développés (94,7 hommes pour 100 femmes) ou en Afrique (99,8 hommes pour 100 femmes en 2000), cela porterait, dans ces seuls pays, le « déficit » de femmes de 80 millions (avec un rapport de masculinité de 99,8) à 150 millions (avec un rapport de masculinité de 94,7).

## Une masculinité anormalement élevée chez les enfants

En l'absence de discrimination (ou de préférence) à l'égard de l'un ou l'autre sexe, la règle biologique universelle veut qu'il naisse une proportion constante de filles et de garçons. Cette proportion, ou *rapport de masculinité des naissances*, se situe normalement entre 105 et 106 garçons pour 100 filles. Or, de plus en plus souvent, en Asie du Centre et du Centre-sud, cet équilibre naturel des sexes à la naissance est rompu (tableau 2). Parmi les cas les plus flagrants, ceux de la Chine, avec 116,9 naissances de garçons pour 100 naissances de filles (en 2000), de Taiwan, 108,7 garçons pour 100 filles (en 1998), de la Corée du Sud : 109,6 garçons pour 100 filles<sup>100</sup> (en 2001).

Tableau 2. Indice synthétique de fécondité (en 2000) et rapport de masculinité des naissances.

Pays	Indice synthétique de fécondité	Rapport de masculinité des naissances	Pays	Indice synthétique de fécondité	Rapport de masculinité des naissances
Bangladesh	3,3	105,6 <sup>(1)</sup>	Népal	4,8	105,0 <sup>(5)</sup>
Chine	1,8	116,9 <sup>(2)</sup>	Pakistan	5,6	104,3 <sup>(6)</sup>
Corée du Sud	1,5	109,6 <sup>(3)</sup>	Sri Lanka	2,1	103,6 <sup>(7)</sup>
Inde	3,2	106,9 <sup>(4)</sup>	Taiwan	1,7	108,7 <sup>(8)</sup>

Source : ISF : « Tous les pays du monde, 2001 », *Population et sociétés*, juillet-août 2001.  
 Rapport de masculinité des naissances : <sup>(1)</sup> En 1990. 1992 *Statistical yearbook of Bangladesh*, BBS. <sup>(2)</sup> En 2000, Recensement chinois de 2000. <sup>(3)</sup> Parmi les enfants âgés de 0 en 2001. *Korea Statistical Yearbook, 2002*. <sup>(4)</sup> Enquête NFHS-2, 1998-99. <sup>(5)</sup> T. Leone, Z. Matthews, G. Dalla Zuanna, « Impact and determinants of Sex Preference in Nepal », *International Family Planning Perspectives*, juin 2003, pp 69-75. <sup>(6)</sup> Chez les enfants âgés de 0-4 ans en 1998. Recensement pakistanais de 1998. <sup>(7)</sup> En 1995. *Statistical Abstract of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka, 1997*. <sup>(8)</sup> En 1998. *1998 Taiwan-Fukien Demographic Factbook*, Rep. of China, p 309.

Ce déséquilibre des sexes à la naissance, parfois accentué par des discriminations dans l'enfance, se répercute dans les classes d'âges plus élevées. En Inde, le rapport de masculinité des naissances est encore peu affecté par la préférence pour les fils et donc proche du niveau

<sup>99</sup> Données tirées de *World Population Prospects, The 2000 Revision, Volume I: Comprehensive Tables*, United Nations.

<sup>100</sup> Parmi les enfants âgés de moins d'un an.

normal, bien qu'en hausse : 105,1 garçons pour 100 filles en 1992-93 et 106,9 en 1998-99<sup>101</sup>. Mais, aux âges plus élevés, le déséquilibre s'accroît : 109,5 garçons pour 100 filles chez les 5-9 ans, 108,5 chez les 10-14 ans<sup>102</sup>. À l'échelle locale, la situation est parfois plus grave encore. Dans certains états indiens, les proportions de fillettes diminuent de manière inquiétante : on compte par exemple 126 garçons pour 100 filles chez les moins de sept ans au Punjab, 122 en Haryana<sup>103</sup>, au lieu d'un ratio qui devrait s'établir légèrement en dessous du ratio normal à la naissance, 105-106.

Au Pakistan, au Népal, le rapport de masculinité des naissances reste dans la normale : 105 garçons pour 100 filles au Népal (Tiziana et al., 2003), un peu au-dessus au Pakistan : 107<sup>104</sup>. Mais il faut préciser que, dans ces deux pays, la fécondité est encore suffisamment élevée (5,6 enfants par femme au Pakistan, 4,8 au Népal) pour que les couples n'aient pas à intervenir artificiellement sur le sexe de l'enfant pour s'assurer au moins un descendant masculin.

Mise à mal au sein de plus du tiers de l'humanité, sa fraction sino-indienne et quelques autres pays mitoyens, l'universalité de cette loi de la nature qui veut que naissent 105 à 106 garçons pour 100 filles n'est pourtant pas contestée. Les exemples chinois, taiwanais et coréens en fournissent eux-mêmes la preuve : la discrimination des filles en amont ou en aval de la naissance est presque exclusivement le fait des naissances de rang élevé (tableau 3). Parmi les naissances de rang 1, la norme biologique universelle est respectée. Ce sont donc bel et bien des facteurs supranaturels qui modifient la répartition des sexes à la naissance au fur et à mesure que la volonté d'avoir un fils se fait plus pressante.

Tableau 3. Rapport de masculinité et rang de la naissance, Chine, Corée du Sud et Taiwan.

	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4 +	Tous rangs
Chine (2000)	107,1	151,9	160,3	156,9	119,9
Taiwan (1991)	107,0	109,0	118,0	130,0	110,0
Corée du Sud (1991)	106,4	112,8	195,6	229,0	114,0

## Des régimes de mortalité défavorables aux femmes

Le statut dévalorisé des femmes, corollaire de la traditionnelle préférence pour les fils, se traduit, dans certains pays, par une surmortalité féminine anormale. L'Inde, le Bangladesh, le Pakistan et le Népal sont parmi les rares pays au monde où l'espérance de vie des femmes à la naissance est équivalente, voire inférieure, à celle des hommes, ce qui, soulignons-le, incarne l'inégalité même. Car dans des circonstances normales, c'est-à-dire encore une fois lorsque les femmes ne subissent pas de discrimination, notamment sur les plans sanitaire et nutritionnel, la mortalité des hommes est plus forte que celle des femmes à tous les âges de la vie, ce qui est une compensation naturelle de l'excédent, également naturel, de naissances masculines.

Soulignons cependant que, dans ces pays, le sort des femmes s'améliore en ce qui concerne la mortalité. La situation était très inégalitaire jusqu'à la fin des années 1980 (tableau 4), mais aujourd'hui, l'écart tend à se combler.

<sup>101</sup> Rapport de masculinité à la naissance parmi les enfants nés au cours des 5 années précédant l'enquête.

<sup>102</sup> *National Family Health Survey, 1998-99.*

<sup>103</sup> Données du recensement indien de 2001, citées par Arnold et al., 2002.

<sup>104</sup> En 1990.

Tableau 4. Espérance de vie à la naissance (en années).

	1960-65		1980-85		1995-2000	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Inde	46,2	44,7	55,2	54,9	61,9	62,6
Pakistan	45,9	44,2	53,2	52,8	59,2	58,9
Bangladesh	41,7	39,5	50,1	49,5	58,1	58,2
Népal	39,6	38,6	49,9	48,3	57,6	57,1

Source : *World Population Prospects, The 2000 Revision, Volume I : Comprehensive Tables, United Nations.*

Dans certains pays, cette surmortalité anormale frappe les filles dès leurs premières années de vie. C'est le cas en Chine, où le taux de mortalité infantile des filles est de 40% supérieur à celui des garçons (32,1‰ et 22,6‰ respectivement au recensement de 2000). Dans des circonstances normales, le désavantage masculin en termes de mortalité infantile est de l'ordre de 20%. En Chine, cette règle n'était déjà plus respectée dans les années 1970, avec une surmortalité des garçons de 12% seulement. Depuis la fin des années 1980, la situation s'est encore aggravée : désormais, les filles meurent plus que les garçons, à hauteur de 30%, provoquant un excédent anormal de décès féminins de 50%. La mortalité juvénile, entre le premier et le cinquième anniversaire, sévit aussi plus lourdement chez les filles, avec des taux supérieurs de 25 à 30% aux niveaux normaux.

Tableau 5. Taux de mortalité infantile (p.1000) - Chine, 1973-1995.

	1973-75	1981	1987	1989-90	1991-92	1994-1995
Garçons	48,9	38,7	39,9	25,5	30,7	30,5
Filles	42,8	36,7	40,8	29,4	41,8	40,8
Sexes réunis	-	37,7	40,3	27,3	36,1	35,2

En Inde, il n'y a pas de surmortalité des filles dans la première année de vie. Mais c'est entre le premier et le cinquième anniversaire que la situation devient anormale, avec une mortalité des filles de 50% plus forte que celle des garçons : 36,7‰ et 24,9‰ respectivement<sup>105</sup>. Au recensement de 1991, la mortalité des 0-4 ans était déjà anormalement élevée pour les filles, eu égard aux garçons : 27,5‰ et 25,6‰ respectivement. C'est aussi le cas au Pakistan où les petites filles qui naissent dans une famille comptant déjà au moins une fille meurent plus que les garçons (Croll, 2000). Le même constat a été fait dans la région du Matlab, au Bangladesh, où les taux de mortalité juvénile (de 1 à 5 ans) sont, pour certaines maladies infantiles telles que la rougeole ou les maladies respiratoires, de 20% à 50% plus élevés pour les filles que pour les garçons (Croll, 2000 :67).

Au Pakistan, les enquêtes existantes ont mis en évidence une forte préférence pour les fils de la part des deux conjoints, le nombre de fils survivants étant déterminant dans la décision d'avoir ou non d'autres enfants. Ainsi, la préférence pour les fils continue d'être un facteur important dans l'utilisation de la contraception et dans les taux de survie des enfants. Une enquête menée en 1987 a par exemple montré que la mortalité néonatale d'une fille était plus forte quand sa naissance suivait celle d'une autre fille que quand elle suivait celle d'un garçon. L'enquête DHS menée au Pakistan en 1990-91 a montré en outre que la préférence pour les fils augmente avec le nombre de filles déjà nées, et que rares sont les couples employant un moyen de contraception tant qu'ils n'ont pas eu au moins un fils (Croll, 2000 :68).

Le Bangladesh manifeste également une préférence marquée pour les fils. Pour les couples du Matlab, par exemple, une famille idéale est composée de deux fils et d'une fille. Au Bangladesh, le choix de pratiquer ou non une contraception est aussi très dépendant du sexe des enfants déjà nés. Des études ont montré que la sous-alimentation touche davantage les

<sup>105</sup> Enquête indienne : « National Fertility and Health Survey, 1998-1999 »

filles que les garçons. Au Matlab, la mortalité des filles de 0 à 4 ans dépasse celle des garçons de 50% (Croll, 2000 :67). Le risque pour la fille dépend toutefois de la composition du reste de la famille. Les fillettes qui ont une ou plusieurs sœurs aînées ont des taux de mortalité à chaque âge plus élevés que celles qui n'en ont pas, alors que ce n'est pas le cas pour les garçons. Au Bangladesh, ce sont de négligences en matière de santé et d'alimentation dont les filles sont surtout victimes.

## **Une forte préférence pour les fils**

Ces sociétés d'Asie connaissant de tels déséquilibres démographiques partagent des traits culturels défavorables aux femmes : système patriarcal, familles patrilinéaires, processus de socialisation encourageant la soumission des épouses à leur mari à leur belle-famille... Dans ces sociétés, il faut un fils pour perpétuer la lignée familiale et assurer la reproduction sociale et biologique de la famille. En Chine, à Taiwan, en Corée, l'absence d'héritier mâle signifie l'extinction de la lignée familiale et du culte aux ancêtres. Dans la religion hindoue, les parents qui n'ont pas eu de fils sont condamnés à l'errance éternelle, car c'est le fils qui, selon les rites, embrase le bûcher funéraire de ses parents, faute de quoi leur âme ira de réincarnation en réincarnation sans jamais atteindre le *nirvana*.

Ainsi, ces sociétés ont en commun une forte préférence pour les fils. En Inde comme en Chine, une fille n'est chez ses parents que de passage. À son mariage, elle quitte sa famille biologique pour intégrer celle de son mari, à laquelle elle devra dès lors se dévouer entièrement. En outre, notamment en Inde ou au Bangladesh, on note depuis une vingtaine d'années une hausse très rapide du montant de la dot. Incontournable si l'on souhaite marier sa fille, la constitution de la dot oblige certaines familles à s'endetter à vie, ce qui accentue encore la préférence pour les fils.

Le système de filiation patrilinéaire de même que la patrilocalité du mariage sont deux facteurs décisifs dans la préférence pour les fils. Dans le cas de la Chine, l'absence d'un système de retraite généralisé et la forte proportion de main-d'œuvre agricole viennent encore renforcer cette préférence pour les garçons, qui participeront aux travaux de la terre et prendront leurs parents en charge dans leurs vieux jours. Dans les campagnes chinoises, avoir un fils est une garantie pour sa vieillesse et contre l'invalidité. La sécurité économique est l'un des facteurs clés de la préférence pour les fils dans de telles sociétés dominées par les hommes.

## **Comment s'exercent les discriminations envers les filles ?**

On constate dans ces différents pays une augmentation du rapport de masculinité chez les enfants, résultat d'une sélection des sexes en amont ou en aval de la naissance (avortements sélectifs, infanticide...) et d'une surmortalité infantile féminine accrue. En Chine, en Inde, au Bangladesh, au Pakistan, à Taiwan, en Corée, la discrimination dont les petites filles sont victimes revêtent des formes similaires : avortements sélectifs, traitements différentiels en matière de soins de santé ou d'alimentation, infanticides... Dans le meilleur des cas, il ne s'agit que de sous-déclaration.

L'infanticide, s'il n'est plus que résiduel en Chine, en Corée ou à Taiwan, est toujours pratiqué dans certains états du nord et de l'ouest de l'Inde : Gujarat, Rajasthan, Uttar Pradesh, Bihar, Punjab, Madhya Pradesh... et Tamil Nadu, au sud. Dans certains districts, une famille

sur deux aurait reconnu avoir pratiqué un infanticide féminin dans les deux années précédant l'enquête<sup>106</sup>. Dans certaines régions rurales, comme celles du Tamil Nadu, l'infanticide féminin serait même en recrudescence, s'étendant peu à peu à l'ensemble des castes (Croll, 2000 :54).

Les négligences à l'égard des filles quand il s'agit de les nourrir, de les soigner, de les vacciner... sont une pratique fréquente et, d'ailleurs, souvent fatale. D'où une mortalité féminine accrue au cours de la petite enfance. Au Bangladesh, au Pakistan, ces traitements différentiels sont la première forme de discrimination des filles.

L'avortement sélectif est une pratique de plus en plus répandue. À partir du 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> mois de grossesse, la femme passe une échographie ou une amniocentèse et, si le fœtus se révèle être de sexe féminin, elle subit un avortement. En Inde, en Corée, à Taiwan, en Chine, les avortements de fœtus féminins sont en plein développement. Au milieu des années 1990, c'étaient quelque cent mille fœtus féminins supprimés chaque année en Inde. En Corée, ce sont probablement 5% des naissances de filles victimes d'une sélection prénatale ; en Chine, 2 à 3%.

## **Recommandations en termes d'action et de recherche**

- Permettre une meilleure évaluation et des analyses approfondies des recensements, des enquêtes et des états civils existants en vue de détecter plus précocement les biais démographiques attestant d'une discrimination des filles.
- Étendre les recherches et analyses aux discriminations des femmes adolescentes et adultes.
- Encourager les actions des organisations internationales et ONG dans le domaine de la protection des femmes et de la mesure des discriminations.
- Rendre plus systématique une quantification par des indicateurs des discriminations contre les femmes.
- Développer des analyses des manuels scolaires des pays concernés pour détecter les stéréotypes de genre en vue d'éliminer les vecteurs de discrimination tels qu'inculqués dans l'enfance.
- Procéder à une analyse des textes juridiques de droit civil, criminel... en vue d'éliminer les pratiques juridiques discriminatoires.
- Procéder à une analyse des produits culturels (cinéma, littérature, presse...) pour détecter les modes de transmission des pratiques discriminatoires à l'égard des femmes.
- Organiser des conférences lors desquelles des pays ayant des pratiques différentes à l'égard des femmes pourraient mettre leur situation en perspective et comprendre que les traditions sexistes ne sont pas une fatalité.
- Préparer un atlas de la discrimination des femmes dans le monde, en regard du poids démographique des différents pays, afin de mieux prendre la mesure du phénomène à l'échelle mondiale. Des distinctions pourraient être faites dans le type de discriminations exercées : discriminations alimentaires, sanitaires, avortements sélectifs, mortalité différentielle, discriminations professionnelles...

---

<sup>106</sup> Enquête auprès de 2350 familles, in « Structural Adjustment Policy and the Child, 1992 », cité dans Croll, 2000:54.

## Bibliographie

- Arnold Fred, Sunita Kishor, T. K. Roy, 2002, « Sex-Selective Abortions in India », *Population and Development Review*, 28(4).
- Coale Ansley, 1991, « Excess female mortality and the balance of the sexes in the population : an estimate number of the missing females », *Population and Development Review*, n°3, pp 517-523.
- Croll Elisabeth, 2000, *Endangered Daughters, Discrimination and Development in Asia*, London and New York : Routledge.
- United Nations, 2000, *World Population Prospects, The 2000 Revision*, Volume I : Comprehensive Tables.
- Sen Amartya, 1990, « More than 100 million women are missing », *New York Review of Books*, pp 61-65
- Tiziana leone, Zoë Matthews, Gianpiero Dalla Zuanna, 2003, « Impact and determinants of Sex Preference in Nepal », *International Family Planning Perspectives*, pp 69-75.
- Inde: National Fertility and Health Survey, 1998-1999.



# Scolarisation, éducation, « travail des enfants » et enfants travailleurs - illustrations africaines -

**Bernard Schlemmer**

L'inégalité devant l'accès à l'éducation est sans doute l'une des formes les plus graves de l'inégalité, en ce qu'elle grève l'avenir et se reproduit ainsi presque fatalement. L'enfant qui se voit privé des moyens d'acquérir les connaissances qui sont aujourd'hui de plus indispensables pour avoir l'opportunité réelle de peser sur son destin, aura plus tard le plus grand mal à choisir sa vie, et risque à son tour de ne pouvoir procurer à ses propres enfants ces mêmes outils intellectuels qui lui auront manqué. Les analyses de l'éducation comme moyen de la reproduction sociale (Bourdieu et Passeron, 1970), sur ce point et dans cette approche sociologique globale, ne rencontrent guère de critique. Ce qui est vrai des enfants l'est également des nations. L'État qui ne parvient pas à procurer à l'ensemble de sa jeunesse l'enseignement de base - et un enseignement de qualité aux meilleurs d'entre eux - se voit privé des qualifications de plus en plus nécessaires, dans « l'économie basée sur le savoir » désormais dominante dans le monde entier, et son retard par rapport aux nations développées aura d'autant plus de difficultés à ne pas encore s'accroître. Les analyses de l'éducation comme capital humain (Becker, 1964) ne rencontrent, sur ce point et dans cette approche macro-économique, pas davantage d'opposition de la part des chercheurs en sciences sociales. L'éducation est facteur de développement, et le retard pris en ce domaine pénalise davantage les nations qui en souffrent.

En Afrique subsaharienne en particulier, le taux estimé d'analphabétisme chez les jeunes de 15 à 24 ans atteint les 25 % ! Le taux brut de scolarisation estimé à 81,2 % dans l'enseignement primaire, tombe à 24,3 % dans le secondaire... (Unesco 2003). L'accès à l'école n'est pas encore une réalité concrète pour nombre de familles rurales, et seuls les habitants des villes sont assurés de trouver une offre scolaire à proximité de leur domicile. Et pour ceux-là, reste la question de savoir s'il s'agit, même en zones urbaines, d'une école adaptée à leurs besoins, réellement gratuite, offrant un enseignement de qualité et socialement utile (Lange, 2003).

L'inégalité devant l'accès à l'éducation est d'autant plus grave, dans les pays pauvres, que la globalisation de l'économie a entraîné de profondes mutations qui ont considérablement modifié l'éducation traditionnelle qui se faisait par le travail. Même réalisé au sein de la famille, le travail effectué par les enfants cesse trop souvent d'être le processus de socialisation qu'il représentait essentiellement, et voit la contrainte de rentabilité du travail prendre le pas sur toute autre considération. Cela conduit à des conditions de travail tellement inacceptables que la « Convention 182 de l'OIT concernant l'interdiction des pires formes de travail des enfants et l'action immédiate en vue de leur élimination » est la plus rapidement et la plus unanimement signée de toutes celles que cette organisation internationale ait jamais soumises à l'approbation des États.

Toutes les formes de travail que vise cette convention et qui sont détaillées dans son article 3 sont présentes en Afrique : enfants mis en esclavage, enrôlés de force (art. 3 a), livrés à la prostitution (art. 3 b), utilisés dans les trafics de stupéfiants (art. 3 c), exploités dans des conditions de travail particulièrement nocives et dangereuses (art. 3 d). Tous ces enfants subissent en effet des atteintes inadmissibles aux plus élémentaires de leurs droits. Reprenons la catégorisation des « pires formes de travail » élaborée par le BIT :

- 3 a) La mise en esclavage dans les conditions les plus dures et les plus irrémédiables entache davantage le continent indien que le continent noir. Mais l'Afrique est, malheureusement, largement en tête pour l'enrôlement forcé dans les conflits armés (environ 120 000 enfants concernés en 2001, soit près de la moitié de cette population dans le monde) ; et si la traite des enfants reste mal connue (« il existe des estimations variables du nombre d'enfants annuellement victimes de traite en Afrique de l'Ouest et du Centre, et l'absence de données fiables incite à traiter prudemment de telles estimations » - Unicef, 2002), elle atteint des proportions suffisamment alarmantes pour que la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest ait lancé en décembre 2001 un plan d'action biennal sur ce thème.

- 3 b) L'Afrique n'est pas non plus l'un des hauts lieux de destination du tourisme sexuel, qui reste dominé par l'Asie du Sud-est. Mais le travail du sexe est également en sensible augmentation, d'une part dans le cadre d'un élargissement et d'une reconfiguration des destinations du tourisme sexuel, notamment vers Madagascar ou le Sénégal, suite aux mesures répressives prises par les pays les plus stigmatisés ; d'autre part - même s'il s'agit là davantage d'un abus de pouvoir que d'une forme d'exploitation par le travail - par le biais de la soumission à l'autorité enseignante, dans le cadre scolaire ; et les abus sexuels y sont davantage que partout ailleurs alourdis par le risque de transmission du sida.

- 3 c) L'Afrique est également touchée par le trafic illégal de stupéfiant, et des enfants font partie de bandes qui s'y livrent, avec tous les risques que cela comporte. Il est vrai cependant que le phénomène n'atteint pas le degré d'organisation systématique et réticulaire que l'on peut rencontrer en Amérique latine.

- 3 d) En Afrique, les enfants ne se trouvent guère riviés à la chaîne ou au poste de travail dans des usines, et la main-d'œuvre infantile n'est employée de façon significative, par l'industrie, qu'au profit de l'agriculture commerciale et des plantations nourrissant l'industrie agroalimentaire : le nombre d'enfants surexploités par le secteur structuré de l'économie y est beaucoup plus faible qu'en Amérique latine et surtout qu'en Asie. De ce point de vue, il est vrai que les conditions de ce travail peuvent sembler moins dures qu'ailleurs. Mais la pénibilité du travail, que ce soit dans le secteur formel qui n'est pas totalement désinvesti (comme dans le cas des enfants travaillant dans les mines d'or - Yaro, 1996), ou dans la forme de travail largement dominante - le travail agricole - est parfois insupportable, lorsque les populations se trouvent confrontées à de véritables stratégies de survie face aux durcissements des conditions économiques faites aux communautés rurales (Bonnet, 1999, Reynolds, 1991). Ainsi, le travail, y compris dans ses formes les plus insupportables, est pour les enfants une réalité aussi forte que la difficulté d'aller à l'école.

Ainsi, l'accord peut se faire unanime sur le fait que l'éducation est un bien en soi, tant pour l'individu que pour la société à laquelle il appartient. Réciproquement, l'accord sera unanime pour condamner « les pires formes de mise au travail des enfants ». Il importe, chacun en est convaincu, de favoriser l'accès de tous à l'éducation, et de combattre l'exploitation des enfants mis précocement au travail. Tous les États ou presque se sont engagés sur cette voie. Mais s'engager sur la voie ne veut pas dire, ici, que l'on ait pour autant avancé !

## De la coupe aux lèvres...

Car l'application de ces droits se heurte à des conditions économiques et politiques qui en limitent dramatiquement la mise en pratique. Mais c'est d'abord la pauvreté qui limite l'offre scolaire : en Afrique notamment, il n'y eut aucun pays nouvellement indépendant qui n'ait consenti des efforts considérables dans la construction de son système scolaire, mais aucun non plus, sur ce continent, qui soit parvenu à atteindre son objectif d'offrir à tous ses enfants au moins l'instruction de base (Unesco, 2003). Même les États qui ont le plus le souci de l'avenir et du sort de leur population sont dans l'incapacité de consacrer à l'éducation tout l'investissement qui serait nécessaire. Depuis les années 1980, en outre, les États se sont vus contraints à des économies drastiques dans les budgets de l'Éducation nationale, qui ont pesé sur leurs marges de manœuvre, sabrant dans les avantages sociaux consentis aux élèves des familles qui ne pouvaient faire face à la scolarisation, limitant le nombre et la qualité du recrutement des enseignants, interdisant toute réforme pédagogique qui impliquerait des investissements financiers. Et à nouveau, il en va des populations comme des États ; aux yeux de certains parents, pendant la période coloniale et encore après, l'école a pu apparaître, comme « l'école des Blancs » et le symbole de la domination extérieure : elle s'est depuis largement instituée, même si le savoir scolaire est recherché de façon essentiellement instrumentale (Gérard, 1997). Aujourd'hui, les enfants qui ne vont pas à l'école primaire sont essentiellement les enfants de familles trop pauvres pour supporter les frais liés à la scolarisation, et le manque à gagner que représentent les apports de l'enfant mis au travail, que ce soit dans des tâches domestiques ou dans des activités lucratives (Pilon et Yaro, 2001).

En matière d'éducation, le rapport de l'Unesco (Unesco, 2002) sur le suivi de l'objectif d'offrir une éducation de base à tous - qui était l'objectif que s'était fixé, en 1990, l'ensemble des nations réunies à Jomtien, réaffirmé à Dakar lors du second Forum mondial sur l'éducation, dix ans plus tard - montre bien qu'on est loin du compte. Même s'il est vrai qu'il convient de prendre les données statistiques avancées dans ce type de rapport avec les plus grandes réserves - et même si l'on peut se féliciter de quelques résultats positifs -, il reste que « le monde n'est pas encore sur la bonne voie » (Unesco, 2002 : 98). Au point qu'un économiste a pu conclure ainsi son analyse du financement de l'éducation : « On peut se demander si les objectifs fixés pour les États d'Afrique ne sont pas volontairement hors d'atteinte, ce qui permettra de justifier ainsi *ex post* une évolution de l'aide inadéquate en en faisant porter aux États la responsabilité » (Henaff, 2003 : 183), tant sont flagrants les écarts entre les engagements internationaux régulièrement renouvelés et la possibilité concrète de les honorer.

D'autant que l'aide apportée, en effet, est inadéquate, qui ne vise qu'à des résultats « objectifs », dans le langage de ces institutions internationales, c'est-à-dire quantifiables, et finalement - parce qu'il faut aller vite et à l'économie - ne vise qu'à des résultats quantitatifs. Ce qui comptera, ce sera de comparer au nombre d'enfants en âge d'aller à l'école le nombre d'enfants « scolarisés », entendez : inscrits. Peu importe que ces enfants le soient dans une école qui se situe à bien plus d'une heure de transport de chez eux, et qu'ils ne compteront donc guère dans les effectifs que le jour de la rentrée ; que ces enfants soient inscrits dans une école « à double flux », où un seul maître enseigne à deux fois plus d'élèves, les uns ne venant aux cours que le matin, les autres, que l'après-midi, et qu'ils ne bénéficieront plus, *de facto*, que d'un enseignement dispensé à mi-temps ; que ces enfants aient pour enseignant un maître sous-payé, donc sous-qualifié, et non disponible car devant se livrer à une double activité pour survivre, et qu'ils pâtiront donc d'une pédagogie aléatoire et d'un cours au contenu douteux...

Le résultat est que, même sur ce plan quantitatif, en matière d'enseignement primaire universel, « les pays qui sont loin de l'objectif se trouvent principalement en Afrique du Nord et dans les États arabes, mais surtout en Afrique sub-saharienne. L'échantillon contient 30 pays d'Afrique subsaharienne ; 22 sont encore loin de l'objectif et pour 11 d'entre eux, la distance par rapport à eux s'est accrue ces dernières années » (Unesco, 2002 : 93).

Impuissants à former et éduquer la population instruite que nécessite, à tous les niveaux, l'économie basée sur les savoirs, les États sont alors amenés à jouer de l'avantage comparatif que leur procure une main-d'œuvre certes peu qualifiée, mais bon marché, bien qu'ils sachent qu'ils sont perdants, à plus longue échéance, et ne se prêtent à ces stratégies de coût de la main-d'œuvre que sous la contrainte économique et celle du poids à court terme de la dette contractée. Il en va encore de même au niveau des familles : le chemin de l'école reste, voire est devenu, un investissement trop coûteux, et de plus en plus trop aléatoire - le nombre de diplômés chômeurs est là pour les en convaincre - pour qu'on ne cède pas à la tentation de prendre le chemin du travail précoce : on sait bien que mieux vaudrait avoir des enfants instruits et qualifiés : même les diplômés sans emploi restent mieux armés que les illettrés, et le statut de déscolarisé et encore plus stigmatisé que celui que chômeur (Proteau, 1999). Mais le long terme est un luxe qu'on ne peut se permettre quand la mise au travail signifie revenu immédiat, formation professionnelle et constitution d'un réseau de relations dans la production, ce qui est une relative assurance contre l'exclusion radicale du marché de l'emploi. Et l'on a vu que les conditions de travail, surtout lorsque celui-ci n'est pas le fruit d'une stratégie libre (qui choisit le plus souvent la voie de la mise en apprentissage), mais d'une impérieuse nécessité, pouvaient être difficiles, voire inhumaines.

Or, en matière de lutte contre l'exploitation des enfants au travail, le bilan n'est guère plus probant. On connaît la croissance exponentielle des chiffres avancés par le BIT, passant en deux petites décades de 56 millions d'enfants de moins de 15 ans au travail, annoncés en 1979, à 250 millions, estimés en 1997. Cette explosion - comme le reconnaît le BIT lui-même - ne reflète guère que la prise de conscience du problème, qui n'était tout simplement pas perçu comme tel avant 1979, et qui progressivement mobilisera les institutions internationales, les gouvernement nationaux, les médias et l'opinion publique. Les dernières estimations portent sur 211 millions d'enfants de 5 à 14 ans exerçant une activité économique, et 141 millions de 15 à 17 ans. Parmi eux, 186 millions âgés de 5 à 14 ans seraient astreints à une forme de travail « qui doit être éradiquée », selon les critères du BIT (BIT 2002 : 19), et 59 millions pour les mineurs de 15 à 17 ans. On aura compris qu'il n'est pas possible de comparer les chiffres ni de conclure sur aucune évolution. Cependant, « *les pires formes de travail des enfants, notamment le travail dangereux, atteignent semble-t-il des proportions plus importantes que prévu. Plus des deux tiers du nombre total d'enfants astreints au travail, soit un enfant sur huit dans le monde, soit encore 180 millions d'enfants environ, sont exploités et astreints à l'une ou l'autre des pires formes de travail* » (BIT 2002 : 21-22<sup>107</sup>). C'est en Afrique que le nombre d'enfants au travail est, en proportion, le plus élevé au monde.

Il l'est d'autant que les stratégies pour y remédier semblent peu adaptées. Certes, des efforts financiers et humains importants ont été consentis pour améliorer la situation, et les résultats ne sont pas tous négatifs : la prise de conscience du problème, l'amélioration des législations nationales, la mise en œuvre de « code de conduite » par certaines entreprises, sont à mettre à l'actif de cette mobilisation. Mais comment espérer réduire de façon drastique la mise au travail des enfants, dès lors que celle-ci correspond si souvent, pour les familles, à une stratégie de survie, et que les conditions économiques dans lesquelles elles se débattent ne s'améliorent nullement, voire empirent ? La législation peut bien interdire des pratiques qui

---

<sup>107</sup> Souligné dans le texte.

sont les conditions de la survie, celles-ci seront toujours tentées aussi longtemps que c'est bien de survie qu'il s'agit. Et comme, en Afrique, l'immense majorité des enfants qui sont astreints à accomplir des tâches variées (qu'elle relèvent ou non de la catégorie définie par le BIT comme du « travail des enfants », nous y reviendrons) se déroulent hors du secteur formel, les mesures législatives et administratives sont totalement inadaptées pour leur venir en aide (Hanson and Vandaele, 2003).

## « École » et « travail des enfants »

Des deux objectifs que se sont fixé les nations, ni l'éducation pour tous, ni l'abolition des pires formes du travail des enfants, n'ont donc fait la démonstration de leur faisabilité. Les deux questions sont inextricablement liées, le système scolaire, tel qu'il existe, rejette les enfants défavorisés vers le travail, et le système économique, tel qu'il existe, interdit aux enfants qui travaillent l'accès à l'éducation.

Non seulement l'école et le travail sont pensés comme non compatibles, mais l'institution scolaire interdit l'alternative : pour elle, l'enfant en âge d'aller à l'école doit être à l'école, et l'enfant inscrit à l'école n'a de chance de réussir sa scolarité que s'il s'y consacre à plein temps. Peu importe que nombre d'enfants ne puissent suivre leur cours qu'à la condition de travailler. Plus gravement, le contenu même de l'enseignement ne cesse de dévaloriser, de stigmatiser le type de travail qui est justement celui qui caractérise les milieux d'où sont issus les enfants qui risquent le plus d'être exclus du système scolaire, le type de travail que très probablement exercent leurs parents, et qu'eux-mêmes - sauf exception, bien entendu - auront sans doute à accomplir. Ces enfants, déjà pénalisés au départ par le milieu social dont il sont issus, voient leur handicap encore alourdi par un cursus scolaire qui vise bien davantage à permettre aux élèves plus favorisés de franchir l'échelon scolaire suivant et le passage au niveau supérieur qu'à transmettre un enseignement qui, à chaque niveau, pourrait être valorisé hors de l'école. Et l'enfant en situation d'échec scolaire ne se voit proposer (de plus en plus rarement, dans le contexte économique actuel...) que des soutiens pour poursuivre sa scolarité, fut-ce dans des enseignements plus professionnalisés censés offrir une sortie du cursus plus facile. Mais l'institution scolaire ne songe jamais à adapter son fonctionnement pour permettre à l'élève dont les difficultés sont principalement d'ordre économique de gagner de quoi lui permettre de continuer l'école, de ne pas être condamné à s'exclure définitivement et à travailler à plein temps. Il existe pourtant l'amorce d'une exception : en République démocratique du Congo, pays frappé par la crise, une étude récente (Mvudi Matingu, 2003) montre que c'est *la totalité* des enfants scolarisés qui est obligée, en dehors des cours, de travailler, et les enseignants se posent la question d'adapter l'école à cette situation. Dans le cas d'un pays frappé par une crise d'aussi grande ampleur, on voit comment le fait de travailler afin de compléter les ressources notoirement insuffisantes de leurs parents - loin d'empêcher la poursuite des études - s'impose au contraire aux enfants comme une condition *sine qua non* de celle-ci (on voit aussi comment le fait d'interdire le recours à cette solution contredirait fondamentalement les mobiles mêmes qui animent ceux qui luttent contre toute activité économique rémunérée pour les mineurs). Mais ce qui est vrai pour tous les enfants de ce pays et que l'on admet comme un cas d'espèce, est en réalité également vrai pour nombre d'enfants dans d'autres pays d'Afrique, ou du monde.

Les enfants qui sont au travail ne sont pas plus aidés pour rendre compatibles leur activité qui paraît nécessaire pour leur famille, et leur scolarité. Le monde du travail ne connaît l'âge de sa main-d'œuvre que dans deux optiques : soit comme relevant de protections spécifiques, soit comme offrant des opportunités particulières. Dans le premier cas, il s'agit d'interdire

l'exploitation d'une classe d'âge particulièrement fragile, celle des enfants ou des personnes âgées ; c'est évidemment l'optique de l'OIT, qui fixe les limites d'âges à ne pas dépasser, comme celle des syndicats qui, dans la même logique, se battent pour le respect de ces droits au non-travail. Dans le second cas, il s'agit de profiter de cette même fragilité pour disposer d'une main-d'œuvre plus ou moins captive, docile, bon marché et « flexible » à souhait. C'est l'optique de certains employeurs, plus souvent contraint par la nécessité que par froid calcul égoïste (« Cet employeur est d'abord quelqu'un qui se bat bec et ongles contre la pauvreté, pour survivre » - Bonnet, 1997 : 86). Et l'interdiction même qui est faite à cette classe d'âge de travailler renforce sa fragilité spécifique : ceux qui en relèvent et cherchent quand même l'embauche seront complices, et prisonniers, de leur statut clandestin. Selon qu'on le récuse ou qu'on profite de son statut, l'enfant sera soit refusé à l'embauche, soit employé à temps plein (et même dépassant largement - puisqu'on est d'ores et déjà dans l'illégalité, pourquoi se limiter ? - les horaires légaux). Dans un cas comme dans l'autre, le monde du travail ne se préoccupe pas (sauf exceptions, spontanées ou portées par des ONG, voire parfois même par le BIT) d'adapter ses conditions d'embauche pour permettre éventuellement à l'enfant de poursuivre sa scolarité. Seule l'économie populaire (le « secteur informel ») permet à la fois la mise au travail de l'enfant et la poursuite d'un projet scolaire. Celui-ci ne sera alors limité que par les conditions économiques (si l'apport de l'enfant est trop important pour la survie même, il faudra bien renoncer à l'école) et par les stratégies choisies pour assurer l'avenir en tenant compte des conditions nécessaires à court comme à plus long terme (si l'école n'offre d'autre issue que l'échec scolaire, sauf dans le cas, impossible à rêver, d'un cursus très prolongé, et si la sortie d'un cursus trop court n'offre pas d'avantage majeur à opposer à une formation professionnelle acquise sur le tas, à quoi bon maintenir ce choix ?).

## Des concepts d'importation

Mais l'éducation et le travail sont-ils par nature incompatibles, ou sont-ils seulement pensés comme tels ? Et le problème n'est-il pas alors dans une impasse parce que la vraie question est occultée ? Pour l'institution scolaire et plus généralement, dans la littérature produite sur l'éducation, les enfants au travail sont hors du champ. Et la question de se réformer pour qu'il n'en soit pas ainsi n'est tout simplement pas envisagée (sauf par quelques penseurs - Ivan Illich, Paolo Freire, etc.- dûment marginalisés comme « pédagogues novateurs »). Symétriquement, pour le monde du travail, et en particulier dans pratiquement toute la littérature sur le « travail des enfants », l'éducation est envisagée non en elle-même, mais comme solution : il s'agit de mettre l'enfant à l'école pour l'arracher au travail ; et l'on ne s'interroge guère sur ce qui fait que les enfants refusent l'école, tant l'explication par la pauvreté paraît s'imposer. Mais si l'on voit que l'on ne peut ni scolariser tout le monde, ni interdire efficacement le travail des enfants, ni sortir de ce dilemme, c'est sans doute qu'il nous faut mieux réfléchir aux concepts, à ces outils qui nous servent à analyser le réel en y introduisant un découpage qui se veut rationnel. Car lorsqu'il s'agit de concepts abstraits, ces découpages s'opèrent sur la base de représentations du monde construites, historiques, déterminées par un contexte économique, social et culturel donné, et dès lors sujets à critique. Ne s'agit-il pas de s'interroger sur la *définition même* de ce qu'est le travail, de ce qui relève de l'enfance, de ce que l'on entend par « travail des enfants » et de ce que l'on met derrière le mot « scolarisation » ? Le cas de l'Afrique peut ici nous aider.

En effet, les concepts de travail, et plus encore ou de « travail des enfants », ou de scolarisation, nous font entrer dans une perception des choses qui sont, en Afrique — en Afrique au sud du Sahara en particulier - comme « greffés » sur la réalité africaine, à la suite

des transformations *socioéconomiques* qu'a connues le continent au cours du siècle dernier. Cette « greffe » est plus problématique sur le plan culturel - où apparaissent des phénomènes de rejet, pour poursuivre la métaphore.

La greffe a pris, c'est indéniable, dans le domaine socio-économique, elle s'est désormais manifestement inscrite dans la réalité : oui, ce qu'on entend par « la question du travail des enfants » est à l'évidence une question qui se pose, sur ce continent, on l'a vu. Il y a bien, en Afrique, des situations de travail où sont employés des enfants dans des conditions parfois inadmissibles pour tout le monde ; il y a bien - au-delà des différences de lectures - des entorses graves aux conventions internationales signées par les pays africains (et fondamentalement approuvées par ceux-ci), mais qu'ils ne parviennent pas à faire respecter. Tel est bien ce que l'on entend, dans une première approche très générale, par « la question du travail des enfants ». Oui, il y a bien une question scolaire en Afrique, on l'a dit aussi. L'accès aux savoirs est de plus en plus une condition de la compétitivité économique des nations, mais l'école ne parvient pas, ici, à rattraper son retard par rapports à la plupart des autres nations. Tel est bien ce que l'on entend, dans une première approche très générale, par « la question de la scolarisation en Afrique ». Ainsi, la greffe correspond bien à une réalité concrète.

Mais lorsque l'on veut entrer dans le détail de ce concret, on s'aperçoit de l'ampleur du questionnement sociologique que pose le fait que ce découpage de la réalité correspond à une vision du monde, à une construction sociale. Celle-ci correspond aux réalités des pays riches et industrialisés, pays dominants qui donnent le ton aux discours légitimes, aux approches méthodologiques, aux présupposés méthodologiques. Mais on ne considère pas de la même façon ce qu'est un travail d'enfant, on n'entend pas la même chose derrière le mot « scolarisation », lorsque l'on vit en Afrique ou bien dans des États où l'école est depuis longtemps instituée, généralisée, rendue efficacement obligatoire, dans des pays où les enfants n'ont nullement l'alternative du travail - et où le travail est une tâche contractuelle, avec un employeur reconnu comme tel, et dans un cadre juridique contraignant - ce qui est loin d'être le cas sur ce continent.

## Déconstruire les notions

Il convient donc de déconstruire ces notions d'enfance, de travail et de travail des enfants, et de scolarisation, pour montrer comment chacune d'entre elles, derrière l'apparence d'un objet neutre et mesurable, masque en réalité de profondes différences d'approches, des objets construits et complexes, voire des réalités incommensurables.

### L'enfance

Commençons par la notion d'enfance, puisque l'idée que cette notion n'est pas une donnée de la nature mais correspond à une construction sociale est désormais bien connue et admise (Ariès, 1960). On a pu discuter ses conclusions en arguant que, contrairement à ce qu'il écrit, la notion d'enfance existait bel et bien avant le XIXe siècle, mais on n'a pas contredit le fait qu'elle était alors « autre » et, partant, il reste qu'elle est en effet une construction sociale et non une donnée naturelle, qu'elle relève des sciences historiques et sociales, non des sciences naturelles et physiques. Dans la réalité concrète des choses, il n'y a pas de solution de continuité entre l'enfance et l'âge adulte. Ce sont les sociétés qui définissent des bornes, là en instaurant des rites de passage, ici en distinguant des aptitudes qui permettent de changer de statut, ailleurs en légiférant sur les droits accordés en fonction de l'âge biologique. Dans les sociétés rurales - et l'Afrique, sinon dans son organisation socioéconomique réelle, encore une fois, mais dans sa représentation culturelle, est encore largement basée sur les valeurs propres

aux civilisations rurales -, ce critère de l'âge physiologique n'est évidemment pas le mieux adapté. Mais il est devenu dominant, avec l'occidentalisation du monde - qui est la réalité actuelle de ce qu'on appelle la mondialisation, et qui a commencé avec la suprématie technologique que l'Europe a acquise au XVI<sup>e</sup> siècle. C'est donc l'âge physiologique qui est devenu le critère dominant, et celui sans doute le mieux adapté à la formalisation institutionnelle qu'exige une société complexe : urbaine, industrielle, divisée en classes, et sous autorité d'un État central aidé d'une administration réticulaire. C'est donc sous ce critère de l'âge physiologique que l'on entend « enfant », dans cette représentation du monde où l'on parle du « travail des enfants ». Et l'on connaît la complexité des conventions de l'OIT fixant les âges minimums d'accès à l'emploi, pour s'adapter à d'autres situations que celles prévalant dans les pays du G7...

### Le travail

Il en va de même de la notion de travail, qui opère ses divisions du réel en fonction non des activités accomplies, mais de leur finalité. Le paradigme caché, c'est que le travail est l'activité entreprise pour gagner sa vie. Si j'arrose des fleurs, je ne travaille qu'à la condition d'être jardinier. Sinon, j'occupe mes loisirs. La notion implique qu'il existe un *temps* de travail, et un temps « libre » (au cours duquel je pourrais bien exercer la même activité, mais qui ne sera plus regardée comme du « travail », dès lors que je l'accomplis sans souci de rendement économique. Si je suis jardinier et que j'arrose des fleurs, je ne travaille qu'à la condition que ce soient les fleurs que je vais vendre dont je m'occupe). Par contre, on l'aura compris, dans les sociétés où la division sociale des tâches reste essentiellement cantonnée à une division sexuelle, et faiblement à une division en classes, la notion de travail n'a guère de sens que pour les tâches contraintes et exercées au profit d'autrui. Mais dans le groupe familial qui subvient à ses propres besoins, dans le cadre d'une économie lignagère et d'une communauté villageoise relativement autarcique, où commence et où s'achève l'activité qui sera considérée comme du travail, ou comme du « temps libre » ? Là encore, l'occidentalisation du monde impose une approche économique-utilitariste à la notion, et c'est sous cette forme que l'on parle du « travail des enfants ». Et l'on connaît la complexité des débats de l'OIT pour définir ce qui est du travail et ce qui n'en est pas, et quelles en sont les « pires formes », parmi les activités que se trouvent exercer les enfants.

### Le « travail des enfants »

Dès lors, on voit combien il va de soi que le « travail des enfants » n'est pas davantage une donnée objective, mais bien entendu une construction mentale, une perception du monde qui reconstruit la réalité autour de catégories de pensées, séparant à tout le moins ce qui relève du travail et ce qui n'en relève pas, où s'arrête l'enfance et où commence l'âge adulte, selon des critères que l'on tente *a posteriori* d'objectiver, mais qui sont retenus en fonction justement du regard porté sur ces catégories du « travail » et de « l'enfance ». C'est donc une représentation, dont on peut dater et localiser l'apparition, dont on peut analyser l'évolution, dont on peut comprendre la genèse, retracer l'histoire. Cette notion s'est construite en Europe, avec la révolution industrielle. Jusque-là, les enfants exerçaient, à mesure de leurs aptitudes, les mêmes activités que leurs frères ou leurs sœurs aînés et que leurs parents, au cours d'un processus de socialisation où l'apprentissage et la formation de l'enfant était généralement non dissociés de l'apport de main-d'œuvre qu'il représentait également. Il pouvait y avoir des excès, bien entendu, mais l'expression « travail des enfants » ne faisait tout simplement pas sens. La révolution industrielle introduit une double rupture : d'une part, parce que les conditions de travail se durcissent et quittent la sphère du privé pour s'exposer dans un nouvel univers, le monde de la production, d'autre part parce que s'élabore, dans le même temps, la prise de conscience d'une question sociale et de la nécessité de protéger de façon spécifique

cette main-d'œuvre spécifiquement fragile. On instaure donc progressivement une législation de plus en plus protectrice, qui s'achève par l'instruction gratuite et obligatoire. Dès lors, la question du « travail des enfants » va disparaître en Occident, sans se poser encore ailleurs. Car « ailleurs », ce sont les pays colonisés. Or, l'Occident tient que ses colonies sont peuplées de « primitifs », qui sont au stade de l'enfance de l'humanité, selon la théorie de l'évolution, qui sont, en tant que tels, de grands enfants : le fardeau de l'homme blanc était de les faire évoluer - ce qui le dispensait de se poser la question des plus petits parmi ces « grands enfants ». Le problème resurgira avec l'accession de ces pays à l'indépendance et surtout, avec l'échec de la scolarisation pour tous dont cette émancipation semblait porteuse. Le « travail des enfants » est largement perçu comme un problème exclusif des pays en développement, et fut longtemps analysé comme une simple conséquence de leur retard, qui ne pouvait que se résorber avec le temps.

### La scolarisation

La scolarisation est également un produit d'importation. La scolarisation n'est pas l'éducation, elle n'en est qu'une modalité, elle aussi historiquement datée et géographiquement située. Elle est née, elle aussi, dans l'Europe de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, justement parce qu'elle constituait la réponse à la question que posaient les enfants des classes populaires. Elle correspondait en effet à la nécessité, pour les États, de répondre à un triple défi (Cunningham, 1991) :

- occuper l'ensemble des enfants de leur exploitation ou pire, de leur mise au chômage par une industrie désormais incapable de les employer tous (leur oisiveté semblait poser des problèmes de sécurité publique),
- former une main-d'œuvre relativement qualifiée (la technologie se sophistiquait)
- tout en maintenant le numerus clausus nécessaire à la reproduction sociale de la bourgeoisie (il ne fallait pas que les enfants des classes populaires intégrassent les classes dirigeantes).

Ce modèle s'est ensuite répandu dans le monde entier. Mais le chemin parcouru par les États industrialisés du XIX<sup>e</sup> siècle est-il reproductible tel quel ? Autrement dit, les nécessités du développement économique et social de la bourgeoisie industrielle sont-elles comparables à celles des pays où, aujourd'hui, l'institution scolaire reste à développer ? Et dans ces pays, les États sont-ils armés pour répondre à une telle mutation ? On voit bien que la réponse ne s'impose pas d'évidence. La question est bien celle de l'adéquation entre un modèle de développement adopté comme un tout, d'une part, et la culture, l'histoire, le développement des pays qui ont à le reproduire, d'autre part (Qvortrup, 2000). Les pays de l'Afrique subsaharienne, en particulier, n'ont jamais eu le temps de « repenser l'héritage coloniale que celui-ci était déjà relayé par la médiation des organisations internationales » (Martin, 2003 : 23), et l'école n'a jamais eu le temps d'être appropriée par les États.

### Comment reconstruire l'objet ?

Si l'on admet donc que ces notions sont relatives, historiquement et culturellement déterminées, et qu'elles ne s'imposent pas comme des données objectives, reste alors à reconstruire l'objet de telle façon qu'il ne soit plus biaisé par une conception inadéquate et inconsciente. Il ne s'agit pas ici de leçons à donner ou de certitudes à asséner, mais à nouveau d'une série de questionnements qui n'ont d'autres buts que d'éviter les effets pervers d'approches trop vite adoptées.

## Reconstruire la notion d'enfance

Parler du « travail des enfants », c'est déjà présupposer que « l'enfant » existe, que la différence entre diverses catégories de travailleurs est essentiellement liée à l'âge, puisque « l'enfant » constitue, aux yeux de l'OIT, une catégorie de travailleurs auquel on se propose à terme d'interdire purement et simplement l'accès au travail. Or, cette approche est déjà contestable. Car affirmer que la catégorie « enfants » est celle qui constitue le cas le plus fragile, au point que le protéger du travail suppose de lui interdire tout travail, et dans le même temps, définir l'enfant en fonction de critère d'âge (sans distinguer entre les enfants de sexe masculin et de sexe féminin) représente une entrée du problème qui va profondément biaiser la protection que l'on se fixait comme but, en masquant les différences fondamentales de genre. Quand on pense à partir d'une abstraction aussi vague que « le travail des enfants », on pense le plus souvent, spontanément - parce que notre univers mental est ainsi fait, en comme ailleurs -, au travail des garçons. On peut débattre pour savoir quand un garçon cesse d'être un enfant, et il y peut y avoir là une vraie divergence d'approche. Mais du moins parle-t-on d'un *seuil* qui aurait du sens pour l'ensemble sinon des garçons dans le monde entier, du moins de ceux d'une sous-population donnée. Mais pour les filles, il n'en va pas du tout de même. Si on fixe le seuil sur un critère d'âge, jusqu'où va-t-on l'abaisser, quand l'âge du mariage descend à la puberté ? Si pour tenir compte de cette difficulté, on fixe le critère sur une donnée socioéconomique, en considérant qu'on est majeure lorsqu'on est une femme indépendante, dira-t-on qu'une fillette qui se retrouve chef de famille, du fait de l'absence des parents et du départ des frères aînés, est *ipso facto* une adulte, au risque de la priver de toute protection spécifique ?

Et d'autres questions que celle du seuil se posent dans le cas des enfants de sexe féminin, qui ne viennent pas à l'esprit quand on pense à partir d'une généralité asexuée. Comment parler de leurs conditions de travail, de l'exploitation spécifique qu'elles peuvent subir ? En particulier, des services sexuels qui peuvent être abusivement exigés d'elles ? S'il faut définir le travail lui-même, où s'arrête l'aide familiale et où commence un véritable travail domestique, quand la journée de tant de petites filles est totalement remplie par les occupations qui leur sont imposées en tant que filles ? Où commence l'exploitation, fut-ce au sein de la famille, lorsque cette charge de travail s'alourdit encore du fait que les parents sont contraints de se décharger sur elles de tout l'entretien de la maison, tant les conditions de leur propre travail se durcissent et les forcent à y consacrer toujours plus de leur temps ? Combien de fillettes rêvent d'accéder à un revenu monétaire qui, même modeste, leur donnerait un peu plus d'indépendance, mais se heurtent à des tâches domestiques tellement lourdes qu'elles ne trouveraient pas le temps d'en exercer d'autres, qui à des interdits culturels les empêchant de quitter le domicile, qui à un marché de l'emploi exigeant des qualifications qu'elles n'ont pu acquérir ?

Parler de l'enfant en général, - comme dans l'expression « le travail des enfants », qui ne s'oppose qu'à celui des non-enfants -, c'est aussi admettre que le passage du statut d'enfant à celui d'adulte s'opère mystérieusement un jour d'anniversaire donné. Bien entendu, on arguera que ce problème est celui de tous les seuils, et qu'il faut bien fixer une limite. Mais cette réponse est bien loin d'épuiser le sujet. En vérité, le clivage par l'âge, sans autres considérations ni précautions d'analyse, constitue bien l'enfance comme un monde à part, composés d'individus caractérisés par leur fragilité, qu'il convient de protéger. Un monde où les seuls acteurs sont les adultes, qui comme protecteurs naturels (les parents), ou institutionnels (enseignants, médecins, etc.), qui comme agresseurs constitués (les employeurs, les pédophiles, etc.) ou éventuels (quiconque interfère dans leur développement psychologique ou physique). L'enfant est vu comme une victime potentielle, comme un objet de soins et d'attention, mais pas comme un sujet de son propre devenir.

La Convention internationale des droits de l'enfant de 1989 leur accorde pourtant le droit à la liberté d'expression, à la liberté d'association, et demande à ce que l'enfant soit consulté pour toute question le concernant. Mais cet aspect de la Convention introduit une révolution culturelle dans notre approche de l'enfance et, comme la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen deux siècles auparavant, elle est comme une bombe à retardement. Il est frappant de noter que les chercheurs et les acteurs - enfants et adultes - qui se réclament déjà de cette approche (en Afrique, ce sont notamment ceux qui se regroupent au sein du Mouvement des enfants et jeunes travailleurs, MEJTA) sont les seuls qui refusent de penser de façon dichotomique l'enfance et l'âge adulte, et qui parlent toujours en introduisant la transition, parlent des enfants *et* des adolescents, ou des enfants *et des jeunes*. Quand on ne se bat que pour « l'enfant », on cantonne la réflexion à un horizon moral où la bonne volonté des hommes devrait permettre d'éradiquer au moins les formes extrêmes de travail ; et l'on oublie que c'est seulement si les principaux droits du travail en général sont respectés que l'exploitation des enfants est efficacement contrôlée. Reste qu'une protection spécifique est tout à fait indispensable, et que la maturité physique ou psychologique constitue bien un discriminant essentiel, en regard du droit en général, et du droit du travail en l'occurrence.

### Reconstruire la notion de travail, dans l'expression « travail des enfants »

Entre le travail invisible (travaux domestiques, aide familiale importante) et le travail qui n'est pas considéré comme tel (travail scolaire, apprentissage, aide familiale occasionnelle) on ignore le plus souvent la valeur réalisée indirectement, en dehors du marché formel du travail, par les activités des enfants qui contribuent pourtant à la rendre possible. Or, on pourrait citer de nombreuses études qui montrent que des millions d'enfants exercent chez eux, ou plutôt chez leur parents, ou de façon invisible, des activités dans des conditions de travail telles qu'elles devraient relever de la Convention 182 sur « les pires formes de travail ». On aura donc mal cerné les conditions de travail « intolérables » que l'on voulait combattre en priorité. Et cette « boîte noire » ne cesse de grossir, dans la mesure où les transformations liées à ce qu'il est convenu de regrouper sous le terme de la « mondialisation » induisent dans les économies dominées un accroissement constant du temps de travail réalisé simplement pour pouvoir poursuivre l'activité reproductive.

Dans le même temps, pour les en protéger, on veut à terme interdire le travail aux enfants, en confondant le travail et l'exploitation du travail. Là encore, force est de constater l'erreur d'analyse commise, car où voit-on que - mis à part la question des horaires qui rendent la plupart des activités autres que scolaires incompatibles avec les systèmes éducatifs telles qu'ils existent actuellement - le travail serait en lui-même, de par nature, nocif à l'homme ou à l'enfant, quelles que soient ses aptitudes ? Les enfants travailleurs organisés, eux, sont unanimes pour refuser qu'on leur interdise de travailler et pour autant exigent un accès à l'éducation, et des conditions de travail qui faciliteraient cet accès sans les empêcher de gagner leur vie et leur dignité. Citons la déclaration de Kundapur : « *nous voulons un système éducatif dont les méthodes et le contenu soient adaptés à notre réalité* », « *nous sommes contre l'exploitation du travail, mais nous sommes pour un travail dans la dignité, avec des horaires permettant l'accès à l'éducation et aux loisirs* ».

Là se révèle l'effet pervers de l'expression « travail des enfants ». Car soit on en limite l'extension au travail tel qu'il est défini par le BIT, c'est-à-dire tel qu'il est interdit aux enfants, et l'on oublie l'immense population d'enfants qui s'adonnent à des tâches épuisantes et de longues heures durant, mais qui sont des tâches considérées comme domestique, effectuées dans le cadre familiale, sans rémunération, sans statut, sans aucune législation protectrice - en réalité, la majorité de la population enfantine des pays pauvres ; soit on prend en compte cette population, on augmente considérablement le nombre d'enfants auxquels

devra s'adresser toute mesure protectrice, et l'on oblitérera la question du droit du travail là où le droit du travail devrait s'appliquer, on diluera totalement la question des enfants employés dans le secteur formel, une minorité qui revendique pourtant le droit de travailler dans la dignité. Le risque est d'autant plus grand que l'échec de l'éducation pour tous liée à l'idéologie libérale dominante pousse vers la mise au travail comme alternatives à la rue, et que certaines ONG font déjà la confusion entre droit au travail et obligation de travail (Nieuwenhuys, 2001), comme le système scolaire la faisait entre droit à l'école et obligation scolaire (Martin, 2003).

### **Reconstruire la scolarisation ?**

Les études récentes de sociologues sur la scolarisation en Afrique le montrent sans conteste : la crise actuelle du système scolaire n'est pas seulement liée à une question de moyens, mais à la perception même de l'école (Gérard, 1999). Certes, on sait la baisse sensible de la qualité de l'offre scolaire consécutive aux ajustements récents. Mais au-delà de cette crise de l'offre, c'est du côté de la demande d'éducation que les choses sont également en train de se modifier. L'école qui, au lendemain des indépendances, offrait l'opportunité d'ascensions sociales rapides n'est plus capable aujourd'hui de garantir un emploi stable et qualifié à ceux qui passent par ses bancs, pas même aux plus diplômés d'entre eux. Il existe désormais des alternatives crédibles à la stratégie de la scolarisation. Et l'on voit en effet les familles opter pour d'autres solutions : l'apprentissage, notamment, mais aussi la mise au travail immédiate des enfants. Voire d'autres voies plus tortueuses et moins légales, mais que légitiment - dans un monde où les valeurs du travail et du respect d'autrui sont en butte à celles de la réussite individuelle et de l'argent - le succès spectaculaire qu'elles permettent parfois.

Cependant, l'éducation ne se réduit pas à la scolarisation, moins encore à tel ou tel système scolaire. Et le travail ne se réduit pas à l'exploitation, même pour des enfants. Il existe des alternatives éducatives à l'école close sur elle-même et distribuant des savoirs académiques (Myers, 2000), même si l'école reste la seule institution où les enfants puissent se socialiser quelle que soit leur origine sociale. Les parents opteraient plus volontiers pour la scolarisation si l'école enseignait un savoir qu'ils ne possèdent pas et que leurs enfants pourrait utilement leur apporter, et non pas un savoir qui leur est totalement étranger ni non plus un savoir qu'eux-mêmes pourraient tout aussi bien transmettre (Kom, 2003). Et les organisations d'enfants travailleurs ont raison de défendre leur outil de travail (Gbean, 1999), même s'ils ne représentent pas la totalité des enfants au travail et s'il faut veiller à défendre ceux qui sont totalement impuissants à s'organiser.

### **En guise de conclusion**

Il n'y a pas de solution miracle, mais du moins avancerait-on davantage vers nos objectifs si la question n'était pas posée en opposant travail et éducation comme incompatibles, mais en tenant compte des réalités qui les rendent tels :

- qu'il faille promouvoir la scolarité, oui, mais à condition qu'elle retrouve et conserve la qualité nécessaire pour que l'enseignement fondamental ne soit pas transmis qu'à ceux qui l'auraient de toute façon acquis ;
- et réformer le contenu de l'enseignement, dans le sens d'une revalorisation du travail.
- qu'il faille engager la lutte contre « les pires formes », oui, mais en y incluant les travaux qui interdisent de facto à l'enfant d'acquérir une réelle formation professionnelle ;

- et engager la lutte pour des législations spécifiques du droit du travail protégeant les enfants, oui, mais ne pas interdire le travail en tant que tel, ni boycotter ses produits.

- enfin, il convient surtout de se souvenir que le problème ne peut pas être isolé de l'ensemble du droit du travail : c'est là où ce dernier n'existe pas, ou est bafoué, que l'exploitation des enfants fleurit, et il est totalement vain d'espérer que l'on pourra protéger les seuls enfants.

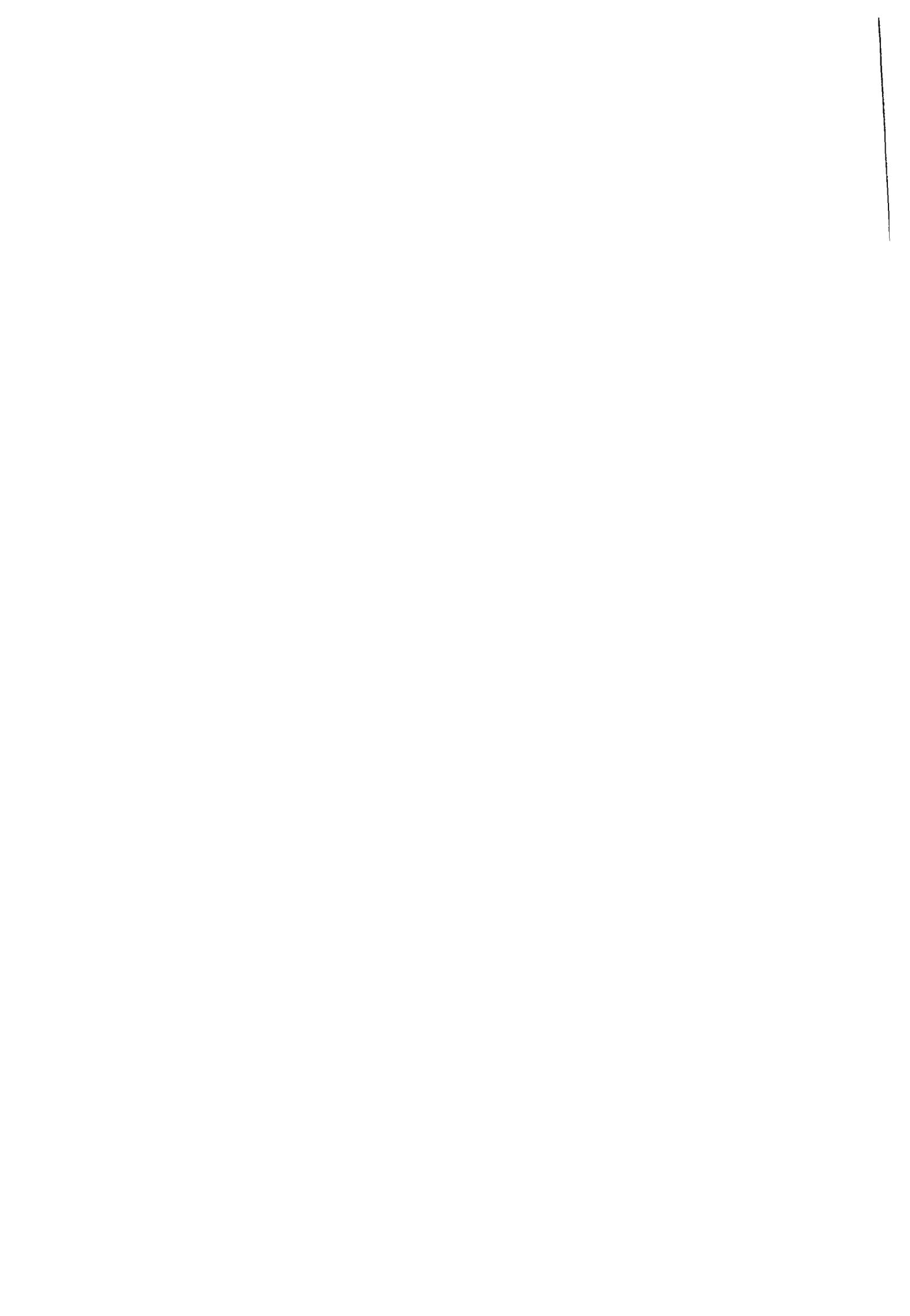
## Bibliographie

- Ariès P., 1960, *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Seuil.
- BIT , 2002, *Un avenir sans travail des enfants*, Genève, OIT.
- Bonnet M., 1997, *Regards sur les enfants travailleurs*, Lausanne - Genève, Cahiers libres, Éditions page 2, Quotidien Le Courrier.
- Bonnet M., 1999, *Le travail des enfants : terrain de luttes*, Lausanne - Genève, Cahiers libres, Éditions page 2, Quotidien Le Courrier.
- Bourdieu P. et Passeron J.C., 1970, *La reproduction – Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Éd. de minuit.
- Becker G., 1964, *Human Capital. A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, Columbia University Press, New York.
- Cunningham, H., 1991, *The Children of the Poor - Representations of Childhood Since the Seventh Century*, Oxford, Blackwell.
- Gérard É., 1997, *La tentation du savoir en Afrique*, Paris, Karthala-Orstom.
- Gérard É., 1999, "Être inscrit en tout cas" – représentations du fait scolaire en milieu urbain, *Autrepart*, n°11, pp. 101-114.
- Gbean, K. et al., 1999, *Voix des enfants d'Afrique. Travail, force et organisation des enfants et jeunes travailleurs*. Dakar: ENDA Jeunesse Action.
- Hanson K. and Vandaele A., 2003, Working children and international labour law: A critical analysis, *The International Journal of Children's Rights*, vol. 11, n° 1, pp. 73-146.
- Henaff N., 2003, Quel financement pour l'école ?, *Cahiers d'études africaines*, 169-170, « Enseignements » (Lange M.F., coord.), pp ; 167-188.
- Kom D., 2003, « Scolarisation, mariage et travail des enfants dans le Nord Cameroun : état des connaissances et perspectives », communication à l'atelier du réseau 7 de l'UEPA (FASAF), Cotonou, 3-6 nov.
- Lange M.F., 2003, « L'effectivité du droit à l'école en Afrique : les lieux du non-droit », in Henaff G. et Merle P., eds., *Le droit à l'école*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp. 201-213.
- Martin J.Y., 2003, Les écoles spontanées en Afrique subsaharienne, *Cahiers d'études africaines*, 169-170, « Enseignements » (Lange M.F., coord.), pp. 19-38.
- Mvudi Matingu S., 2003, « Éducation et emploi en République démocratique du Congo », communication à l'atelier du réseau 7 de l'UEPA (FASAF), Cotonou, 3-6 nov.
- Myers W., 2000, « Lemons into Lemondade? A Critical Assesment of Experiences in Making Children Work Educational », communication au colloque « Repenser l'enfance - le défi des enfants travailleurs aux sciences sociales », Bondy, novembre 2000 (parue dans le Bulletin de liaison n° 4).
- Nieuwenhuys O., 2001, By the sweat of their brow ? "Street children", NGO's and children's rights in Addis Ababa, *Africa*, vol. 71, n° 4, pp. 539-557.
- Pilon M. et Yaro Y., 2001, *La demande d'éducation en Afrique – état des connaissances et perspectives de recherche*, Réseaux thématiques de recherche de l'UEPA, n°1.
- Proteau L., 1999, Image sociale des déscolarisés dans la presse ivoirienne, *Les Cahiers Ares*, n°1, « Les enjeux de l'éducation et des savoirs au Sud », pp. 19-32.
- Qvortrup J., 2000, « Does Children's School Work Have a Value? Colonisation of Children through their School Work », colloque « Repenser l'enfance - le défi des enfants travailleurs aux sciences sociales », Bondy, novembre 2000 (parue dans le Bulletin de liaison n° 2).
- Reynolds P., 1991, *Dance civet cat : child labour in the Zambezi Valley*, London, Zed Books.

Unesco, 2002, *Éducation pour tous – le monde est-il sur la bonne voie ?*, Paris, Unesco

Unicef, 2002, *La traite d'enfants en Afrique de l'Ouest, réponses politiques*, Florence, Innocenti – Unicef.

Yaro Y., 1996, Les jeunes chercheurs d'or d'Essakan – « eldorado burkinabe », in Schlemmer B., ed., *L'enfant exploité*, Paris, Karthala-Orstom, pp. 135-149



# Les violences au sein de la famille

**Arlette Gautier**

Ce n'est que récemment que la communauté internationale a pris position contre la violence au sein de la famille, considérée jusque-là comme une affaire privée. Les 180 pays qui ont ratifié le programme d'action du Caire se sont engagés à lutter contre les violences envers les femmes<sup>108</sup> et les enfants. En effet, selon le point 4.1 :

*« Les pays devraient prendre toutes les mesures voulues pour éliminer toutes les formes d'exploitation, de sévices, de harcèlement et de violence envers les femmes, les adolescentes et les enfants, ce qui implique d'adapter des mesures de prévention et de réhabilitation ».*<sup>109</sup>

Cette prise de position a été confirmée en 2002 par le Conseil de l'Europe. Celui-ci a adopté une recommandation déclarant la lutte contre la violence envers les femmes une urgence de santé publique, ce phénomène étant une cause majeure de décès et de morbidité pour les femmes âgées de 16 à 44 ans (Heise, 1993; Heise, 1997). La violence envers les hommes, lorsqu'elle existe, n'a en effet pas les mêmes conséquences en termes de mortalité et de morbidité. Elle est de plus fort mal connue dans les pays en développement, où elle serait sans doute encore plus inavouable que les violences envers les femmes et les enfants.

La définition utilisée ici de la violence sera celle de l'OMS, qui a récemment publié un rapport sur le sujet<sup>110</sup> : « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations ». (OMS, 2002 : 5). C'est donc une définition large et qui reconnaît les aspects psychologiques comme physiques, lesquels restent cependant mieux connus.

Dix ans après Le Caire, que sait-on de ces violences et de leurs déterminants et quelles sont les actions entreprises par les gouvernements pour les éliminer ?

## Les violences envers les femmes

La mesure du niveau de la violence conjugale et la mise à jour de ses déterminants doivent permettre d'élaborer des stratégies de lutte appropriées.

### La difficile mesure de la violence conjugale

De grandes enquêtes quantitatives ont été menées depuis 1982 dans plus de 40 pays, dont 29 en développement (Heise et alii, 1999). La plupart portent sur des échantillons obtenus de manière probabiliste et souvent de taille importante, et la moitié d'entre elles est représentative

---

<sup>108</sup> L'année suivante, le Programme d'action de la Conférence de Beijing a défini encore plus précisément les nombreux aspects des violences envers les femmes. Un chapitre du rapport des experts français pour la 35<sup>e</sup> Commission Population et Développement avait présenté l'état des recherches scientifiques en reprenant cette typologie (Gautier, 2000).

<sup>109</sup> Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994, Nations Unies-CIPD 9 : 31.

<sup>110</sup> On peut lire des commentaires sur ce rapport dans *The Lancet*, 60, 5 octobre 2002 : 1083-1604.

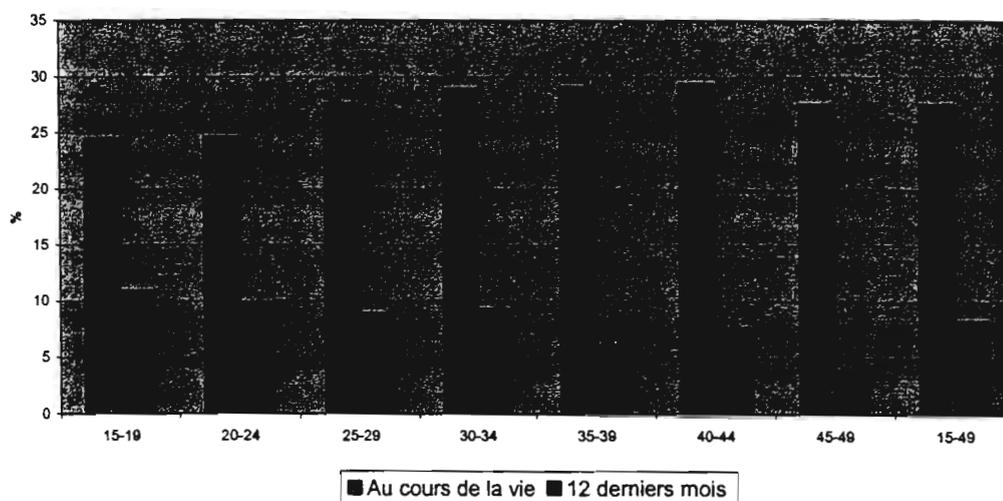
au niveau national (annexe 1). C'est le cas notamment des onze pays où ont été menés quatorze Enquêtes démographiques et de santé (EDS), comportant un module « violence domestique ». Ces enquêtes constituent une des principales sources d'information comparables pour les pays en développement. Dans 27 des 29 enquêtes, des femmes ont été interrogées sur les violences subies, en Inde et en Thaïlande des hommes ont été interrogés sur les violences qu'ils exerçaient (éventuellement) sur leurs partenaires. Bien que les EDS tendent à sous-estimer la violence conjugale, elles révèlent néanmoins une prévalence élevée.

### ***Pourquoi les Enquêtes Démographiques et de Santé sous-estiment-elles les violences conjugales ?***

La sous-estimation de la fréquence des violences conjugales peut être liée à différents facteurs : biais d'échantillonnage, qualité du questionnaire, conditions de la collecte (Ellsberg et alii, 2001). Ces biais se retrouvent dans de nombreuses enquêtes.

Les échantillons tirés dans la plupart des enquêtes EDS concernent les femmes de 15-44 ans ou de 15-49 ans. Le choix de ces groupes d'âges peut influencer le niveau de la prévalence de la violence. En effet, comme on le voit dans le graphique 1, les femmes subissent d'autant plus de violences physiques et sexuelles qu'elles sont jeunes. Ainsi, au Nicaragua, plus de 10 % des 15-19 ans ont subi ce type de violences contre moins de 5 % des 40-44 ans. La baisse de la prévalence est régulière, sauf pour le groupe d'âge 30-34 ans. Ce phénomène est encore plus marqué dans l'enquête française après 44 ans (Jaspard et al., 2002<sup>111</sup>).

Graphique 1. Abus physiques et sexuels par un partenaire au cours de la vie et au cours de l'année, par âge. Nicaragua, 1999.



Source : Macro International, 1998, *ENDESA Nicaragua 1997*, Calverton.

Le questionnaire joue un rôle important dans la non prise en compte de certaines violences. Parfois, comme dans l'enquête indienne de 1999, les questions sont vagues du type : « Avez-vous subi de la violence ? », ce qui renvoie à des définitions à priori de ce qui constitue la violence, qui peut ne pas inclure la violence entre conjoints. On ne connaît pas alors le type de violence exercée et la gravité des mauvais traitements. Dans d'autres enquêtes, en particulier les EDS, les questions sont au contraire très précises et comportementales, du type « Avez-vous été giflée ? », ce qui augmente à la fois les réponses positives et la comparabilité de celles-ci. La différence peut être considérable : ainsi, 14% des Nicaraguayennes ont répondu

<sup>111</sup> 3,9 % des femmes âgées de 20-24 ans déclarent des violences conjugales au cours de 12 derniers mois contre 2,2 % des femmes âgées de 44 ans à 59 ans.

avoir subi de la violence à une question générale alors qu'elles sont deux fois plus nombreuses à avoir répondu positivement à des questions plus précises sur les violences subies (Ellsberg et alii., 2001 : 9).

La collecte peut conduire également à des résultats fort différents selon la prise en compte des impératifs de sécurité de l'enquêtée, comme le montre la comparaison de 3 enquêtes faites au Nicaragua, dont une enquête EDS. Les différences les plus importantes viennent des conditions de passation du questionnaire. Ainsi, les entretiens menés en présence d'une tierce personne indiquent une proportion d'actes de violence nettement plus faible, les victimes pouvant craindre des représailles en cas de déclaration de ces violences. Or, dans l'enquête EDS un tiers des entretiens s'étaient déroulés en présence de tiers.

Par ailleurs, la question de la violence familiale étant tabou, la parole sur le sujet n'est jamais vraiment libre<sup>112</sup>. L'humiliation peut être trop forte, la douleur trop facilement réveillée, mais les femmes peuvent aussi craindre la réaction de l'enquêteur car on blâme souvent plus la victime que l'agresseur. Dans les questionnaires EDS, les questions sur la violence sont placées à la toute fin, à la suite de divers modules ne concernant pas la violence. Les enquêtrices, pressées par le temps, n'ont sans doute pas toujours pu créer les conditions de confiance nécessaires à ce type de sujet, et par ailleurs n'ont pas toutes été correctement formées pour aborder la question des violences.

Les enquêtes actuelles sont donc insuffisantes. De nombreux efforts sont en cours pour homogénéiser l'information et la collecte. Ainsi, l'OMS a lancé une enquête multi-site dans 14 pays, dont la procédure standardisée permettra une véritable comparabilité des données. La collecte des données est terminée pour 8 de ces pays<sup>113</sup>. L'Institut européen pour la prévention et le contrôle du crime, l'Institut interrégional du crime et de la justice (qui dépend des Nations Unies) ainsi que Statistiques Canada coordonnent également une enquête internationale sur la violence envers les femmes, laquelle utilisera la méthodologie et le réseau de l'enquête internationale sur les victimes de crime. La Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe développe depuis 15 ans des modèles statistiques et des indicateurs sur la violence. L'Union européenne a également précisé des indicateurs concernant les interventions publiques en matière de violence<sup>114</sup>.

### *Une forte prévalence*

Les enquêtes montrent à la fois la forte prévalence de la violence physique par « un partenaire intime » et sa variabilité. : 10 à 58 % des femmes ont subi des violences physiques graves par un « partenaire intime » au cours de leur vie. D'après les 27 enquêtes disponibles, un quart des femmes en ont subi (de 19,5 % pour les Latino-américaines à 32 % pour les Africaines), 20% à 41% des femmes ont subi des violences physiques graves par un « partenaire intime » au cours de leur relation actuelle et 11 % au cours des douze mois précédant l'enquête (de 3 % au Canada à 19 % au Bangladesh, et 37 % parmi les Palestiniens en Israël) (Haj-Yahia, 2000).

---

<sup>112</sup> Les violences n'avaient jamais été évoquées par 68% des Bangladaises, la moitié des Égyptiennes, un tiers des Cambodgiennes, Chiliennes, Nicaraguayennes et des Anglaises, 22% des Canadiennes. Seules 15% des Chiliennes et Nicaraguayennes et 1% des Cambodgiennes victimes de violence avaient contacté la police (Heise, 1999, tableau 3).

<sup>113</sup> Bangladesh, Brésil, Japon, Namibie, Pérou, Samoa, Tanzanie, Thaïlande. On peut suivre l'avancée de l'enquête sur : [www.oms.org](http://www.oms.org)

<sup>114</sup> Pour ce paragraphe, voir UNIFEM, 2003 : 65.

Les violences physiques sont souvent associées à des abus psychologiques et elles s'accompagnent, dans un quart à la moitié des cas, de violences sexuelles. D'après l'OMS, de 10 à 15% des femmes déclarent avoir été violées par un partenaire intime<sup>115</sup>.

### **Les déterminants des violences conjugales**

Les violences, même conjugales, ne proviennent pas seulement ni même principalement d'une agressivité de quelques hommes, et encore moins d'une agressivité masculine innée, puisque ces violences varient fortement dans le temps et l'espace et peuvent même être complètement absentes.

#### ***Les déterminants sociaux***

En s'appuyant sur l'analyse statistique de travaux ethnographiques issus de 90 sociétés, Levinson examine les facteurs qui distinguent constamment les sociétés où il est courant de battre une épouse de celles où cette pratique est rare, voire inexistante (Levinson, 1989). La brutalité conjugale se produit le plus souvent dans les sociétés où les hommes détiennent le pouvoir économique et décisionnel dans le ménage, où il est difficile pour les femmes de divorcer, et où les adultes recourent couramment à la violence pour résoudre leurs conflits. Le deuxième facteur de vulnérabilité est l'absence d'associations féminines organisées en groupes de travail. Ces groupes confèrent aux femmes une source stable de soutien social ainsi qu'une indépendance économique par rapport à leur époux et à leur famille.

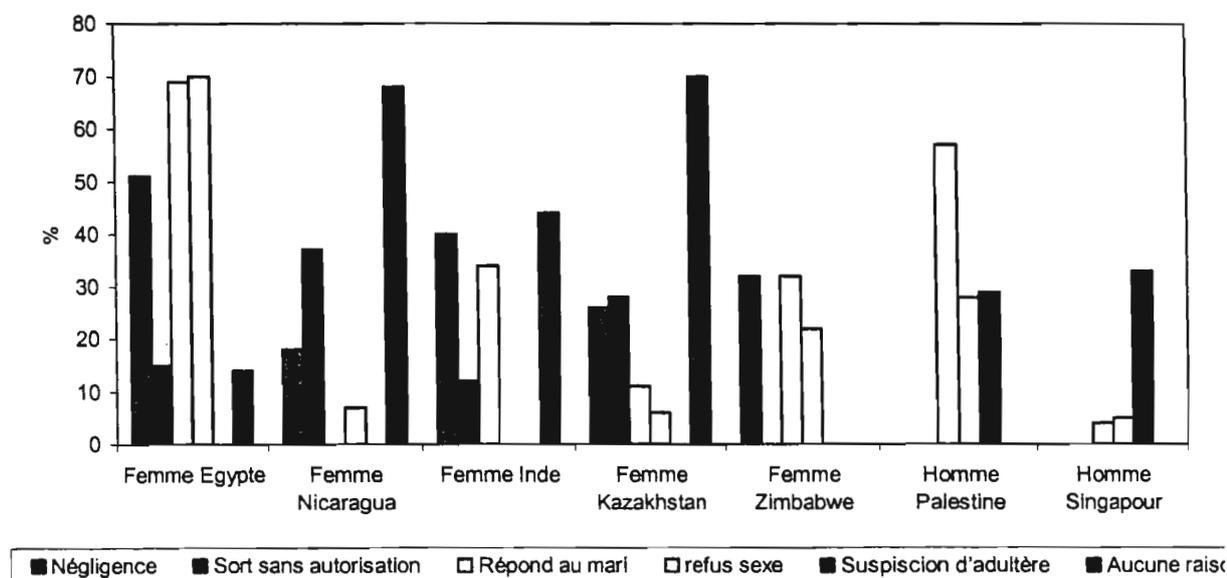
Les justifications culturelles de la violence découlent généralement des rôles attribués aux hommes et aux femmes. Parce que les hommes sont considérés comme les propriétaires de leur épouse, ils doivent leur montrer qui est le maître afin de décourager des transgressions futures. Comme le dit une femme du Tamil Nadu : « *Le mari a le droit de punir sa femme. Pourquoi pas ? Une vache n'obéira pas si on ne la frappe pas* » (UNIFEM, 2003). D'ailleurs, les membres plus âgés de la famille ont parfois également le droit de punir physiquement une bru pour certaines transgressions. La violence a alors pour but d'obtenir la soumission de la femme et sa conformité à un certain rôle : elle marque l'appropriation du corps et du temps de la femme par sa compagnon.

Néanmoins, des enquêtes par questionnaire menées dans 13 pays (Heise et alii., 1999) indiquent, dans neuf d'entre eux, qu'une majorité de répondants des deux sexes n'approuve pas le fait qu'un homme batte sa femme, même pour ce qui est le plus mal perçu : la suspicion d'adultère. Dans un des quatre pays où la violence maritale est acceptée par la majorité des personnes interrogées, l'Égypte, des entretiens donnent une image plus complexe de la situation. Ainsi la majorité des femmes du Delta du Nil considère que l'époux ne dispose pas du droit de battre sa femme. Selon les auteurs de cette enquête, les questions de l'EDS auraient été comprises comme portant sur les raisons pour lesquelles les femmes sont battues et non sur la légitimité de ces raisons (Seif El Dawla et alii.,<sup>1998</sup>).

---

<sup>115</sup> [www.who.org/frh-wld/vaw/infopack](http://www.who.org/frh-wld/vaw/infopack).

Graphique 2. Motifs légitimant qu'un mari batte sa femme , selon le sexe , par pays.



Abréviations : Répond : répond à son mari. Aucune raison : Aucune raison ne justifie la violence.

Sources : Macro international, *Enquêtes démographiques et de santé, Egypte 1995* : 206-211 ; *ENDESA Nicaragua 1998* : 193-205 ; *NFHC India 1998-99* : 73 (71-79) ; *Kazakhstan 1999* : 37-40 *Zimbabwe 1999* : 33-37. Pour les hommes : HEISE et al. 1999 : 6.

### Les déterminants institutionnels

L'État tolère dans la sphère privée des actes qu'il réprime dans la sphère publique. Le statut de la femme comme propriété de l'homme est présente dans des codes pénaux, lorsqu'ils stipulent qu'il ne peut y avoir viol par le conjoint (même lorsque la femme a été attachée au lit ou qu'elle présente des marques de coups) ou lorsque le meurtre de la femme reste impuni si son adultère est prouvé, comme au Paraguay ou en Haïti. Au Venezuela, l'adultère est une circonstance atténuante pour l'homme (UNIFEM, 2003<sup>116</sup>). L'État construit alors les femmes comme citoyens de seconde zone, n'ayant pas les mêmes droits à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité physique que les hommes.

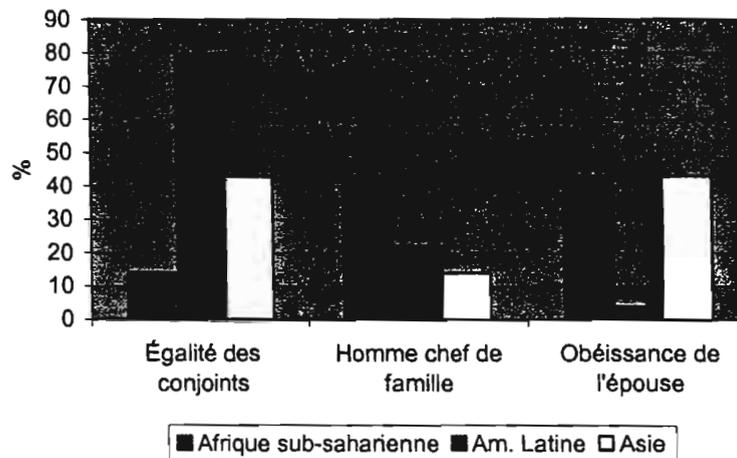
D'ailleurs certains codes religieux, mais aussi civils, ne reconnaissent pas les mêmes droits aux femmes et aux hommes dans le mariage. Le code civil français de 1804, repris par de nombreux pays, exigeait ainsi l'obéissance de la femme, devoir qui a été aboli en 1938. Le code allemand de la fin du XIXe siècle a été le premier, suivi par bien d'autres codes, à admettre que l'homme devait tenir compte du point de vue de son épouse mais qu'en cas de désaccord le sien prédominait<sup>117</sup>. Aujourd'hui encore, l'examen des codes civils et familiaux de 77 pays en développement montre que 38 % des pays reconnaissent l'égalité entre les sexes, 28 % prônent l'homme comme chef de la famille et 34 % considèrent que la femme doit obéir à son mari. Près de 80 % des pays latino-américains reconnaissent l'égalité entre époux et 20 % l'homme comme chef de la famille, alors que dans les pays asiatiques 40 % des

<sup>116</sup> Disponible sur : [www.unifem.org](http://www.unifem.org)

<sup>117</sup> Ainsi, l'article 23 du code personnel tunisien a été modifié en 1993 pour abolir le devoir d'obéissance de l'épouse, mais il reconnaît toujours l'homme comme chef de famille, en justifiant ce rôle par le fait qu'il est le pourvoyeur.

pays acceptent l'égalité et autant le devoir d'obéissance de l'épouse et dans les pays d'Afrique sub-saharienne, 40 % préconisent la « chefferie » masculine et autant l'obéissance des épouses (Gautier, 2004).

Graphique 3. Prescriptions des codes civils et familiaux dans 77 pays en développement.



Source : Gautier 2004 ; Heise et al. 1999.

Les violences subies par les femmes varient fortement selon le mode de relations prescrit par les codes civils et familiaux (graphique 4). Deux fois plus de femmes ont subi des violences (au cours du mois précédant l'enquête) dans les pays inégalitaires (« chefferie » masculine ou devoir d'obéissance) d'Amérique latine et d'Asie par rapport aux pays égalitaires. Cette relation n'existe cependant pas en Amérique latine lorsque l'on examine les violences subies tout au long de la vie ou au cours de la relation conjugale. Cette situation est peut être liée à la relative nouveauté des codes égalitaires : 1984 au Mexique, 1996 en Uruguay, 2002 au Brésil. Évidemment, il ne suffit pas de changer la loi pour transformer les relations entre les sexes : souvent ce changement juridique est la conséquence de transformations sociales et de l'intervention de mouvements féministes. Les lois autorisant le divorce peuvent notamment avoir à terme des conséquences importantes puisqu'elles donnent la possibilité aux femmes d'échapper à des relations oppressives. Il est tout à fait possible qu'existe un effet indépendant des lois égalitaires sur les relations entre les sexes.

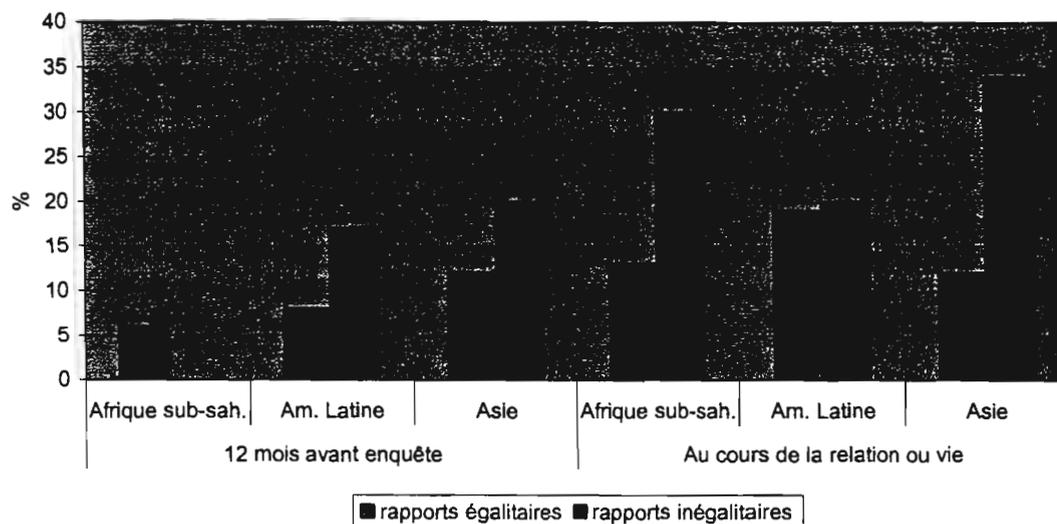
### Les actions contre les violences conjugales

#### *Les lois contre la violence domestique et le viol marital*

Le rapport du Fonds des Nations Unies pour les femmes (UNIFEM 2000) souligne les nombreuses actions entreprises contre les violences faites aux femmes. 45 pays ont désormais des lois spécifiques contre la violence domestique et 21 en élaborent. D'autres appliquent les lois générales aux cas de violence domestique. Désormais, cette violence est condamnée dans 80 % des pays latino-américains, 40 % des pays du Maghreb et du Moyen-orient, 20% en Afrique au Sud du Sahara et autant en Asie. 31 pays d'Amérique latine et de la Caraïbe ont signé la Convention interaméricaine pour prévenir, sanctionner et éradiquer la violence envers les femmes, le seul document international entièrement consacré à ce problème. 18 pays en développement reconnaissent juridiquement l'existence du viol marital (Bhoutan, Mexique, Népal, etc.). L'Amérique latine est toujours le continent le plus progressiste, mais suivi de peu

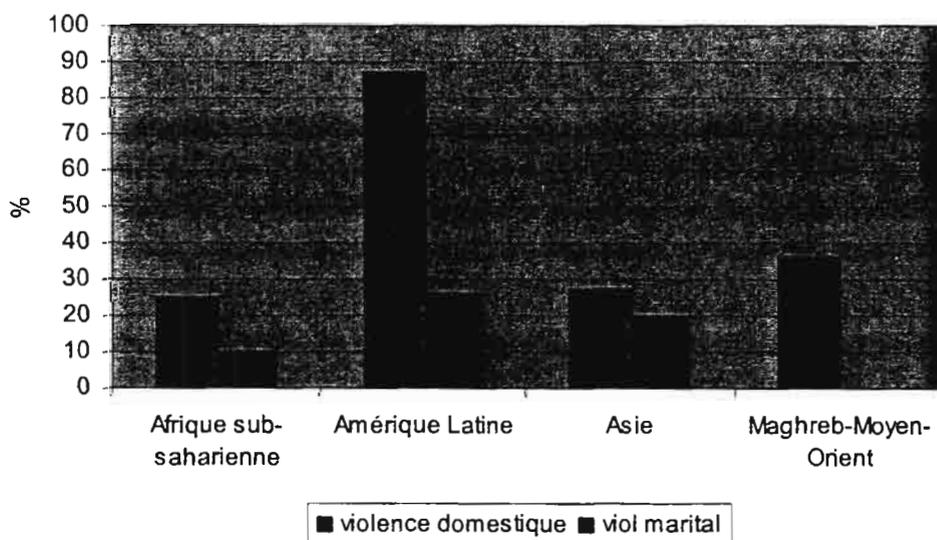
par l'Asie et l'Afrique au Sud du Sahara, alors que son existence n'est pas reconnue au Maghreb et au Moyen-Orient.

Graphique 4. Proportion de femmes ayant subi des violence en fonction des rapports personnels prescrits par les codes civils ou familiaux.



Sources : GAUTIER 2004 ; HEISE et al. 1999 : 4.

Graphique 5. Proportion de pays ayant voté des lois contre les violences domestiques et reconnaissant l'existence du viol marital, par continent.



Source : UNIFEM, 2003 : annexe 1.

Cependant, la mise en œuvre des conventions et lois de lutte contre la violence est souvent difficile pour de multiples raisons :

- Les ordonnances nécessaires ne sont pas prises,

- Des exemptions empêchent l'application des lois<sup>118</sup>.
- Des lois ne sont pas appliquées ou le sont sélectivement.
- Les ressources nécessaires ne sont pas accordées car les budgets sont alloués de façon *ad hoc* et non en fonction des besoins. En Afrique du Sud, une coalition de femmes parlementaires et de militantes se mobilise pour contrôler l'allocation des ressources consacrées à la loi contre la violence domestique passée en 1998. Elle lutte notamment contre la « seconde victimisation » subie par les femmes dans les postes de police lorsqu'elles portent plainte.
- Les punitions peuvent être trop légères ou trop sévères. Dans le premier cas, elles découragent les victimes de porter plainte, dans le second cas le système judiciaire refusera de punir les agresseurs.

Il est souvent difficile pour les femmes elles-mêmes de recourir à la loi, parce qu'elles ne la connaissent pas ou parce qu'elles dépendent financièrement du conjoint. La lutte contre toutes les discriminations économiques (concernant l'héritage ou l'égalité des salaires) et sociales est une part importante de la lutte contre les violences au sein du couple. Une étude bangladaise souligne ainsi que le risque d'abus sexuel au sein du mariage est moins élevé pour les femmes plus éduquées ou pour celles qui apportent un revenu au ménage (Hadi, 2000).

La formation de coalitions d'associations ayant des objectifs différents mais opposées aux violences conjugales, est donc très importante pour permettre l'élaboration et le suivi de stratégies culturellement acceptables de lutte contre les violences. Ainsi, une quarantaine de membres d'organisations gouvernementales et non gouvernementales de 7 pays d'Afrique de l'Ouest, réunis en 2002 à Ouagadougou (Burkina Faso) sous l'égide de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), ont adopté un plan d'action. Ces associations comptent agir sur plusieurs fronts : les médias pour informer sur les droits et les recours qui protègent les femmes ; le changement de mentalité des hommes et des femmes, en mettant surtout l'accent sur la sensibilisation des hommes ; des formations pour les femmes analphabètes sur le contenu des livres saints en ce qui concerne les violences ; les manuels scolaires et des programmes de formation des professionnel-les de la santé afin d'y inclure des chapitres sur les violences exercées à l'égard des femmes.

## Les violences contre les enfants<sup>119</sup>

Les violences envers les enfants au sein de la famille ne sont devenues un objet d'études et de législation que fort récemment. Ainsi, l'index de l'ouvrage *L'enfant exploité* (Schlemmer, 1996) présente bien la mention « violences envers les enfants » mais pour renvoyer à « abus sexuels » ou à « violences par des groupes paramilitaires ». Pourtant, certains articles, notamment sur l'Inde, indiquent que des enfants subissent des violences au sein de leur famille. Surtout, la notion de « paternalisme » permet de comprendre le rôle social de ces violences pour « l'éducation » des enfants. En effet, de nombreuses sociétés pratiquent - ou ont pratiqué - les châtiments corporels pour inculquer aux enfants les normes sociales en vigueur. Ainsi en 2000, la moitié des Colombiennes jugeaient que le châtiment physique est nécessaire pour éduquer les enfants (Ojeda et alii., 2000 : 188). Rares sont les sociétés où,

<sup>118</sup> Même aux États-Unis, 33 états exemptent le mari attaqué pour viol par son épouse, si celle-ci était inconsciente, endormie ou légalement incapable de consentir.

<sup>119</sup> Pour tout ce chapitre, voir : OMS, 2002.

comme chez les Iroquoiens<sup>120</sup> ou d'autres peuples étudiés par des ethnographes, il était extrêmement mal vu de punir physiquement un enfant (McElroy, 1983). Aussi, est-il très difficile aujourd'hui encore d'arriver à une définition commune de ce qui relève des pratiques abusives ou de la négligence. Ce qui est normal pour les uns constitue un acte répréhensible pour d'autres. Cependant la consultation de l'OMS sur la prévention de la maltraitance de l'enfance a proposé en 1999 la définition suivante :

*« La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (OMS, 2002 : 65).*

En 1979, la Suède a été le premier pays à interdire d'infliger de châtiments corporels aux enfants, sous quelque forme que ce soit. Depuis lors, 10 autres États, dont 4 pays du Sud, les ont également interdits. Tous les autres pays admettent donc juridiquement les châtiments corporels infligés à des enfants par les parents. En outre, l'absence de coordination entre les différents services ministériels et les autorités locales et nationales entre autres, fait que, souvent, les mesures ratifiées sont appliquées de manière fragmentée

L'article 19 de la convention relative aux droits de l'enfant stipule que des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives doivent prises pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, y compris les mauvais traitements et la négligence. En Amérique latine (Lopez et al., 2000), continent pionnier dans le processus mondial de ratification de la Convention, les parlements nationaux ont adopté des lois stipulant que les enfants doivent être protégés contre les situations familiales à risques. Ce qui s'est traduit, en principe, par un changement dans les politiques de lutte contre la maltraitance à l'égard des enfants. Les pouvoirs publics sont passés de politiques consistant à placer en établissement les enfants maltraités à des mesures qui protègent l'enfant en éloignant l'auteur des violences du milieu familial. En Afrique, le Ghana a également modifié son code pénal et durcit les peines prévues en cas de viol et d'attentats à la pudeur. De plus, les pouvoirs publics ont organisé des campagnes de sensibilisation sur des questions relatives aux droits de l'enfant, y compris sur la maltraitance<sup>121</sup>.

### Un phénomène encore peu mesuré

Les données sur le nombre d'enfant qui meurent chaque année des suites de mauvais traitements proviennent principalement des registres des décès et des données sur la mortalité. L'OMS (2002) attribue pour l'année 2000 quelques 57 000 décès à des homicides d'enfants de moins de quinze ans au travers le monde, qu'ils soient involontaires, par imprudence ou beaucoup plus rarement volontaires. Le risque de mauvais traitement à enfant entraînant la mort varie également selon le niveau de revenu du pays. En ce qui concerne les enfants de moins de 5 ans qui vivent dans des pays à revenus élevés, le taux d'homicide est de 2 pour 100 000 pour les garçons et de 1,8 pour 100 000 pour les filles. Dans les pays à revenu faible ou moyen, les taux sont deux à trois fois supérieurs. Ils atteignent même 18 décès pour 100 000 garçons et 12,7 pour 100 000 filles en Afrique. Cependant, il n'y a généralement pas d'enquête ou d'autopsie après le décès de beaucoup d'enfants, d'où la difficulté de calculer

<sup>120</sup> L'ethnonyme « Iroquoien » désigne la famille linguistique dont font partie, entre autres, les Iroquois, les Hurons, les Cherokees.

<sup>121</sup> Mais au Ghana, les réformes judiciaires n'ont qu'un effet limité, car les fonds nécessaires pour diffuser l'information et assurer la formation manquent.

précisément le nombre de décès imputables à des mauvais traitements car on a du mal à repérer les cas d'infanticides et à calculer précisément leur incidence.

Des enquêtes sont donc essentielles pour déterminer l'ampleur des mauvais traitements aux enfants, qu'ils entraînent la mort ou non. Plus d'une dizaine de pays en développement en ont réalisées récemment<sup>122</sup>, de même les enquêtes démographiques et de santé ont commencé à appréhender cette question en 2000, notamment en Colombie et au Pérou. Les violences physiques sont assez courantes (So-Kum, 1998 ; Ham et al., 2001 ; Attia et al., 1998 ; Ketsela et al., 1997) mais elles ne sont pas spécifiques aux pays du Sud (Ghate, 2000).

Une enquête nationale par sondage réalisée au Togo en 2000 auprès de 2 700 ménages est particulièrement intéressante (Kouwonou et al., 2002). Sur les 1 613 enfants âgés de 10 à 17 ans interrogés, seuls 5 % ont déclaré n'avoir jamais été battus et 41 % l'avaient été au cours du mois précédant l'enquête. Le fait d'être un garçon ou une fille n'a pas d'impact sur le risque de violences, contrairement à l'âge<sup>123</sup> ou au lieu d'habitation. Il y a en effet moins d'enfants battus à Lomé qu'ailleurs. Les enfants « confiés » par leurs parents à d'autres personnes<sup>124</sup> courent 20 % plus de risque d'être battus que les enfants ou les petits-enfants du chef de ménage. Enfin, le niveau d'instruction et l'âge du chef de ménage ne sont pas significativement associés à la pratique de la violence physique à l'égard des enfants, alors que généralement on admet que les hommes plus éduqués et appartenant aux jeunes générations sont moins traditionalistes dans leurs méthodes éducatives.

Pour pallier les différences dans les définitions de la violence qui rendent difficiles les comparaisons entre pays, un projet d'études mondiales sur la violence dans le milieu familial (WorldSAFE) a appliqué dans quatre pays (Chili, Égypte, Inde et Philippines) un protocole de base commun, afin d'obtenir des taux d'incidence comparables concernant les punitions infligées aux enfants. Si les formes de violence graves (brûler un enfant, le menacer avec un couteau ou une arme à feu, l'étrangler) sont rarement signalées, les châtiments corporels sont néanmoins courants : 51 % des familles chiliennes ont frappé un enfant avec la main, 59 % des familles égyptiennes ont secoué l'enfant, 58 % des familles indiennes ont fessé un enfant avec la main et autant l'ont giflé, 75 % des familles philippines ont fessé un enfant.

Les facteurs culturels influent beaucoup sur les façons de réprimander les enfants qui, parfois, vues par d'autres cultures, peuvent être considérées comme préjudiciables sur le plan psychologique. D'après l'enquête de WorldSAFE, plus de 70 % des parents des quatre pays ont crié contre leur enfant au cours des six derniers mois, entre 15 et 48 % l'ont insulté ou ont refusé de lui parler, entre 5 % et 48 % ont menacé de l'abandonner.

Certaines caractéristiques rendent l'enfant plus vulnérable. L'âge est un des facteurs les plus importants, les enfants les plus jeunes étant davantage vulnérables. Le sexe également, mais de façon non systématique. Les filles risquent plus que les garçons d'être victimes d'infanticide, de privations sur le plan de l'éducation et de la nutrition. En revanche, ceux-ci sont, dans beaucoup de pays, davantage exposés à des châtiments corporels sévères. Cette situation peut être liée au fait que les garçons sont perçus comme plus turbulents, mais aussi comme une préparation à leurs futurs rôles et responsabilités de l'âge adulte.

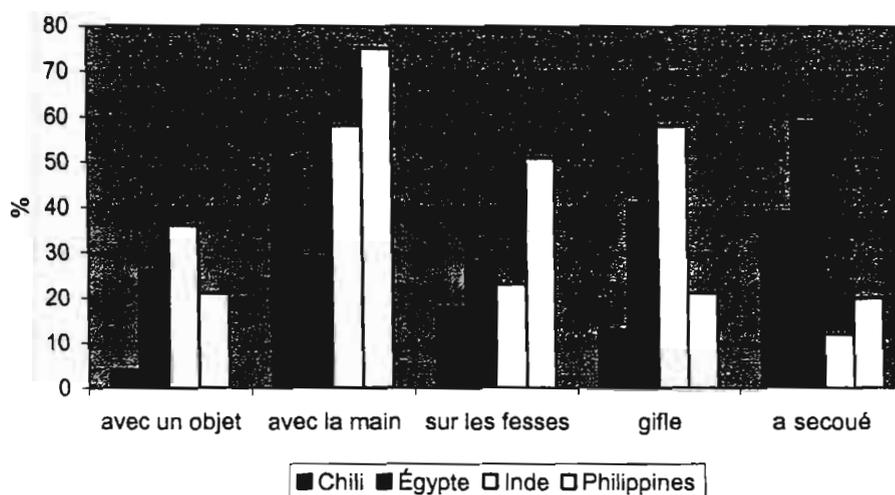
---

<sup>122</sup> Brésil, Chili, Chine, Costa Rica, Égypte, Éthiopie, Inde, Mexique, Nicaragua, Philippines, République de Corée, Afrique du Sud, Zimbabwe.

<sup>123</sup> Les 10-12 ans ont une probabilité six fois supérieure d'être battus que les 16-17 ans, sans doute à cause de la disproportion dans la force physique (Ibidem : 8).

<sup>124</sup> Cette pratique est courante en Afrique de l'Ouest où elle concerne jusqu'à 20 % des enfants dans certaines populations.

Graphique 6. Type de châtimts corporels dans les 6 mois précédant l'enquête (déclarations des mères).



Source : WorldSAFE, cité par OMS, 2002 : 69

Selon les pays, ce sont les pères ou les mères qui recourent le plus aux châtimts corporels. Toutefois, les hommes sont plus souvent les auteurs de maltraitance grave. Au Togo, les garçons sont le plus souvent battus par leur père alors que les mères se chargent de « corriger » les filles.

Les atteintes sexuelles ne sont nul part acceptées socialement, bien qu'elles soient assez répandues. Les estimations varient considérablement selon les définitions utilisées et la façon dont les informations sont recueillies<sup>125</sup>. Les conclusions d'études internationales réalisées depuis 1980 révèlent un taux de prévalence moyen d'abus sexuels de 20 % chez les filles et de 5 à 10 % chez les garçons<sup>126</sup>. Les atteintes sexuelles sont plus fréquentes à partir de la puberté. Les auteurs d'agression sexuelle sont généralement des hommes. C'est le cas neuf fois sur dix le cas lorsque l'agressé est une fille et de 63 à 86 % des cas lorsqu'il s'agit d'un garçon. Dans l'enquête togolaise réalisée en 2000 auprès d'enfants âgés de 10 à 17 ans, 8 % des filles et 2 % des garçons ont déclaré avoir victimes d'un viol, sans que l'on sache qui en était l'auteur (Kouwonou et al., 2002).

Toutes les violences provoquent des dommages psychologiques à court et à long terme (agressivité, troubles psychiatriques, dépression, anxiété, troubles du sommeil, etc.). Il existe un lien important entre la violence sexuelle subie pendant l'enfance et les problèmes de santé mentale tout au long de la vie, les pensées et les comportements suicidaires mais aussi les troubles physiques chroniques (Norris et alii., 2003) et de nombreuses difficultés (Ruscio, 2001). Ces maltraitances ont également des coûts directs et indirects pour la société : traitements, consultations et autres services de santé. La perte de productivité, l'invalidité, une qualité de vie moindre, des décès prématurés s'y ajoutent, ainsi que tous les coûts supportés par la justice et les institutions sociales et éducatives.

<sup>125</sup> OMS, 2002 : 73.

<sup>126</sup> Heise, et alii. 1999.

## Conclusion : Un processus à long terme

Violences envers les femmes et envers les enfants ont beaucoup en commun. Le niveau de prévalence des violences physiques mesuré au cours des douze mois précédant les enquêtes étudiées est élevé : en moyenne 10 % pour les femmes et 20 % pour les enfants. Parmi les enfants victimes de maltraitance déclarée, au moins 40 % d'entre eux indiquent également l'existence de violence envers leur mère (OMS, 2002). En outre, les enfants ayant assisté à des scènes de violence conjugale présentent un grand risque, même s'il ne s'agit pas d'une conséquence inévitable, de reproduire ce comportement violent, les filles considérant comme normal de subir des violences, les garçons d'en faire subir, comme l'ont montré des études en Inde (Martin et alii., 2002)<sup>127</sup> et aux Philippines (Maxwell et al., 2003). Il est donc essentiel de lutter conjointement contre ces deux formes de violences. Pourtant, alors que 57 pays en développement ont adopté des lois contre les violences domestiques et 18 contre le viol marital, seuls 10 ont légiféré sur les châtiments corporels infligés aux enfants. L'abolition des discriminations juridiques au sein de la famille est un préliminaire à toute action contre les violences, même si elle ne suffit pas à elle seule.

Il est également nécessaire de développer des enquêtes sur les déterminants des violences afin de trouver les moyens les plus appropriés pour les éradiquer. En effet, malgré des progrès récents, les violences au sein de la famille restent peu étudiées. Il est urgent de développer ce champ d'études car le manque de données sur l'ampleur, les déterminants et les conséquences des violences envers les femmes et les enfants freinent l'élaboration d'interventions efficaces.

Les violences constituent une atteinte directe à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité physique, soit aux principes de *l'habeas corpus* qu'ont défendu les parlementaires anglais et français des XVIIe et XVIIIe siècles, elles sont aussi un problème de santé publique méconnu. Leur abolition est une des conditions d'une véritable démocratisation. Il serait donc bienvenu que la politique française soutienne l'évolution législative dans laquelle la plupart des pays du Sud se sont engagés en ratifiant tant le programme d'action du Caire que la Convention pour l'élimination de toutes discriminations envers les femmes, ainsi que les associations qui agissent en ce sens.

---

<sup>127</sup> Ainsi, en Inde du Nord, cette reproduction explique un tiers des abus physiques perpétrés par les maris.

## ANNEXE 1

### Enquêtes sur les violences physiques à l'encontre des femmes (29)

Violences exercées par un partenaire intime au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, ou au cours de la relation /de la vie. Femmes en union (sauf Bolivie, États-Unis et Pays-Bas). Les astérisques signalent qu'il s'agit d'enquêtes démographiques et de santé.

Pays et année	Taille de l'échantillon	Groupes d'âges enquêtés	Violences subies	
			Au cours des 12 mois précédant l'enquête	Tout au long de la vie <sup>1</sup> ou au cours de la relation conjugale ou depuis l'âge de 15 ans <sup>4</sup>
Afrique Sud * 98	5077	15-49	6	13
Angleterre-Galles 96	6000	15-49	4,2	19
Australie 96	6300	NR	3	23
Bangladesh, 93	1225	15-49	19	47
Barbade 90	264	20-45		30 <sup>2</sup>
Bolivie 98	289	20 +	17	
Cambodge 96	1374	NR		16
Cambodge * 2000	2403	15-49	3,2/14,5	3.6/16,4 <sup>4</sup>
Canada 93	12300	18 +	3 <sup>2</sup>	29 <sup>2</sup>
Chili 97	1000	22-55		26 <sup>1</sup>
Colombie * 1995	6097	15-49		19 <sup>1</sup>
Colombie * 2000		15-49	20	40 <sup>4</sup>
Corée sud 89	707	20 +	38/12 <sup>2,3</sup>	
Égypte * 1995	7121	15-49	16	34
États-Unis 96	8000	18 +	1,3	22
Éthiopie 2001	3200	15-49	44/29 <sup>4</sup>	59/49 <sup>4</sup>
France 2000	6970	20-60	3,4	17
Haiti * 2000	3389	15-49	15,4	35
Inde * 99	9938	15-49	14	40/24
Israël arabe 97	1826	19-67	32	
Mexique 96	1064	15 +		17
Moldavie 97	4790	15-44	7	14
Nicaragua * 98	8507	15-49	12/8	28/21
Nigéria 93	1000	NR		31
Norvège 89	111	15-44		18
Ouganda 95	1660	20-45		41 <sup>1</sup>
Paraguay 95	5940	15-49		10
Pays-Bas 86	989	20-60		21/11
Pérou * 2000	17369	15-49		41
Philippines 93	8481	15-44		10
Porto Rico 95	5755	15-49		13
Rép. Dominicaine * 2002	6807	15-49	27	9.5
Suisse 94-96	1500	20-60	6 <sup>2</sup>	21 <sup>2</sup>
Turquie * 98	599	14-75		58
Zambie 2001	5029	15-49	23,5	53,2
Zimbabwe 96	966	18 +		17

<sup>1</sup> Violences au cours de la relation actuelle ; <sup>2</sup> Violences physiques et sexuelles; <sup>3</sup> toutes violences / violences sévères. <sup>4</sup> violences sexuelles/physiques.

Sources : Heise et al. 1999: 4. Australie : [www.padv.dpmc.gov.au/partdv.htm#fact](http://www.padv.dpmc.gov.au/partdv.htm#fact). Pour la France : JASPARD et al., 2003 (il s'agit des agressions physiques au cours de la vie adulte). Cambodge 2000, Pérou 2000, République dominicaine 2002, Zambie 2000 : Rapports finaux des EDS, [www.measuredhs.com/pubs/pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf). Éthiopie : GOSSAYE Yegomawork et al., 2003, « Women's health and life events study in rural Ethiopia », *The Ethiopian Journal of Health Development* 17.

## Bibliographie

- ATTIA Youssef, KAMEL MI., 1998, « Children experiencing violence : parental use of corporal punishment », *Child abuse and neglect*, 22 : 959-973.
- ELLSBERG Mary, HEISE Lori, PENA Rodolfo, AGURTO Sonia, WINKVITS Anna, 2001, « Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations », *Studies in family planning*, 32, 1 : 1-16.
- GAUTIER Arlette, 2000, « Les violences contre les femmes », dans BOZON Michel et LOCOH Thérèse, *Rapports de genre et questions de population, Dossiers et recherches de l'INED*, Volume II, 85 : 117-128.
- GAUTIER Arlette (2004, à paraître), « Les relations entre les époux selon les codes civils et familiaux », dans MARCOUX Richard et VIMARD Patrice, *Familles du Sud, Familles du Nord*, Academia-Bruylant/L'Harmattan.
- GHATE Deborah, 2000, « Family violence and violence against children. Research Review », *Children and Society Volume*, 14 : 395-403.
- HADI A., 2000, « Prevalence and correlates of the risk of marital sexual violence in Bangladesh », *Journal of Interpersonal Violence*, 15(8) : 787-805.
- HAHM H. et GUTERMAN N., 2001, « The emerging problem of physical child abuse in South Korea », *Child maltreatment*, 6 : 169-179.
- HAI-YAHIA M., 2000, « The incidence of wife abuse and battering and some demographic correlates as revealed by two national surveys in Palestinian society », *Journal of Family Violence*, 15(4) 347-374.
- HEISE Lori, 1993, « Violence against women : the hidden health burden », *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales* 46(1).
- HEISE Lori, 1997, « Violence, sexuality and women's lives » in Lancaster Roger N. et Leonardo Micaela di, *The gender sexuality reader. Culture, history, political economy*, New York et Londres, Routledge : 411-433.
- HEISE Lori, ELLSBERG Mary et GOTTEMOELLER Megan, 1999, « Mettre fin à la violence contre les femmes », *Population Reports*, série L, 11, 27(4) : 4.
- JASPARD Maryse et al. , 2002, *Les violences envers les femmes*, Paris, La Documentation française : 235.
- KETSELA T. et KEDEBE D., 1997, « Physical punishment in urban and rural communities in Ethiopia », *Ethiopian Medical Journal*, 35 : 23-33.
- KOUWONOU Kodjovi et LOCOH Thérèse, 2002, « Les violences à l'égard des enfants au Togo », *Communication au colloque international de l'AIDELF, Enfants d'aujourd'hui, diversité des enfants, pluralité des parcours*.
- LEVINSON D., 1989, *Family violence in cross-cultural perspective*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- LOPEZ SC. et al., 2000, « Parenting and physical punishment : primary care interventions in Latin America », *Revista panamericana de salud publica*, 8 : 257-267.
- MACELROY Sarah, 1983, « Child rising in non violent cultures », *The foundation of peace*, automne : 37-43.
- MARTIN S.L. et alii., 2002, « Domestic violence across generations : findings from Northern India », *International Journal of Epidemiology*, 31(3) : 560-572).
- MAXWELL C.D. et MAXWELL S.R., 2003, « Experiencing and witnessing familial aggression and their relationship to physically aggressive behaviours among Filipino adolescents », *Journal of Interpersonal violence*, 18(2) : 1432-1451.
- NORRIS F.H. et alii., 2003, « Severity, timing and duration of reactions in the population : an example from Mexico », *Biological psychiatry*, mai, 53(9) : 769-778.

- OMS, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève.
- OJEDA Gabriel, ORDONES Myriam et OCHOA H. Luis, 2000, *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud 2000. Resultados*. Bogota, Profamilia.
- RUSCIO A.M., 2001, « Predicting the child-rearing practices of mothers sexually abused in childhood », *Child Abuse and Neglect*, mai, 25(3): 369-387.
- SEIF EL DAWLA Aida, ABDEL Hadi Amal et ABDEL Wahab Nadia, 1998, « Women's wit over men's. Trade-offs and strategic accommodation » in PETCHESKY Rosalind et JUDD Karen (eds), 1998, *Negotiating reproductive rights. Women's perspectives across countries and cultures*, Londres et New York, Zed Books : 92.
- SCHLEMMER Bernard (ed), 1996, *L'enfant exploité. Oppression, mise au travail, prolétarianisation*. Paris, Éditions Karthala-Éditions de l'ORSTOM.
- SO-KUM TANG, 1998, « The rate of physical abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong », *Child Abuse and Neglect*, may: 381-391.
- TANG C.S-K., 1998, « Frequency of parental violence against children in Chinese families: impact of age and gender », *Journal of Family Violence*, juin, 13(2): 113-130.
- UNIFEM, 2003, *Not a minute more: ending violence against women* (disponible sur [www.unifem.org](http://www.unifem.org)).
- VIAU Roland, 2000, *Femmes de personnes. Sexes, genres et pouvoirs en Iroquoisie ancienne*, Montréal, Boréal.



## **Chapitre 3**

### **Peuplement, mobilité, espaces de vie**

**Coordonné par Valérie Golaz et Philippe Hamelin**



# Croissance et dynamiques urbaines dans les pays du Sud

Françoise Dureau

La généralisation du fait urbain, la diffusion à l'échelle planétaire de l'urbanisation -comprise au sens de concentration croissante de la population dans les villes-, constituent des caractéristiques marquantes de l'évolution contemporaine du peuplement de la planète : une **redistribution majeure de la population** s'est opérée au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle.

Aujourd'hui, environ un habitant sur deux de la planète est un citadin. La proportion de population résidant en ville augmentera dans les prochaines décennies : même si les migrations depuis les campagnes vers les villes diminuent, la jeunesse des structures par âge des populations résidant déjà en ville entretiendront des rythmes d'accroissement élevés, supérieurs à ceux observés en milieu rural. Le monde en développement, longtemps rural<sup>128</sup>, est devenu urbain, et ce dans un temps très court. Ce processus d'urbanisation des pays en développement est inéluctable : la question n'est pas d'imaginer inverser ou même freiner le processus. **L'enjeu actuel est bien de gérer les villes des pays en développement et leurs habitants.**

Plus de 3 milliards de personnes résident en ville, 2 milliards dans une ville du Sud. La majorité des citadins de la planète appartient au monde en développement. Là aussi, cette proportion va augmenter dans les prochaines décennies. C'est un **modèle d'urbanisation inédit** qui est à l'œuvre : par les masses de population concernées ; par le degré de concentration des populations citadines dans des métropoles de taille inégalée dans l'histoire ; par le contexte économique des villes des pays en développement ; par le rôle accru des populations dans la production de l'urbain dans les pays en développement, comparativement à celle des pays développés<sup>129</sup>.

Alors que les villes du Sud rassemblent la majorité des citadins du Monde, que ces villes sont appelées à jouer un rôle majeur dans le développement et la lutte contre la pauvreté, on sait encore peu de choses sur les dynamiques qui y ont cours : les **diagnostics demeurent très précaires**, les modes de lecture de la ville souvent inadaptés aux réalités. Le bilan qui sera proposé dans ce texte sera donc approximatif à bien des égards. Pour le réaliser, plusieurs sources ont été mobilisées. Nous aurons recours aux statistiques des Nations Unies (2002) et aux analyses de Moriconi-Ebrard (1993) pour décrire les principales caractéristiques du processus d'urbanisation du monde en développement : dans un premier temps au niveau global (rythmes et composantes du processus d'urbanisation), puis en termes d'armatures urbaines. Pour l'analyse des dynamiques intra-urbaine des grandes métropoles (section 3), nous mobiliserons des observations menées par des chercheurs travaillant sur des grandes villes des pays en développement<sup>130</sup>.

<sup>128</sup> En 1975, 27% de la population des pays en développement habitait en ville. Cette proportion atteint 40% en 2000 (source : Nations Unies, 2002).

<sup>129</sup> Différents facteurs concourent à faire de la population un acteur de premier plan dans la production de la ville dans les villes des pays en développement : le ressort démographique de l'urbanisation de ces pays, la faiblesse des interventions de l'Etat, l'importance de l'auto-construction et du secteur informel de l'économie, etc..

<sup>130</sup> Nous nous appuyerons en particulier sur l'analyse de la base Géopolis développée par F. Moriconi-Ebrard et sur les résultats d'une analyse comparative de 19 métropoles (Dureau et alii, 2000) : même si cet

## Comment définir la population urbaine ?

La population urbaine correspond à « la population résidant en ville ». Ce simple énoncé soulève deux types de problèmes : celui de définition de la résidence et celui de définition de la ville ou de l'urbain.

Les problèmes posés par la notion de **résidence**, supposée unique et permanente, ne sont pas nouveaux. Mais le mode de rattachement des hommes aux lieux opéré par la statistique à travers la notion de résidence, s'avère de plus en plus inadéquat dans un contexte de développement des pratiques multipolaires de l'espace par les populations. Citons par exemple : en Inde, la mobilité circulaire ville-campagne est très développée contribue à la faible augmentation des taux d'urbanisation mesurés par la statistique ; l'étalement urbain et le développement des mobilités à différentes échelles de temps (quotidien, semaine) contribuent à remettre en cause les frontières urbain/rural et les classifications des villes.

Aucun accord international n'existe autour d'une définition de la **ville** ou de l'**urbain**. De fait, plusieurs définitions de la ville coexistent, correspondant à des approches et des interprétations différentes du fait urbain. L'approche **fonctionnelle**, par les activités (industrie, activités tertiaires dont administratives), se traduit dans l'utilisation de critères tels que la proportion de population active travaillant hors du secteur agricole et par le rang administratif de la localité. Or l'opposition entre agriculture et urbain n'est pas fondée dans des pays en développement. L'approche **morphologique** met l'accent sur la continuité du bâti et les densités. L'approche démographique considère, quant à elle, l'effectif de population agglomérée.

La définition **démographique** de la ville présente l'intérêt de mettre l'accent sur une dimension essentielle du processus d'urbanisation, la **concentration de population**, sans faire référence à une théorie de l'urbanisation<sup>131</sup>. Elle permet de reconnaître l'existence de modèles d'urbanisation différents selon les lieux et les époques. Même pour l'étude de l'urbanisation dans les pays développés, l'analyse spatiale accorde à la taille des villes (leur effectif de population) une place particulière (Pumain, 1982 ; Guérin-Pace, 1993 ; Moriconi-Ebrard, 1994) comme le rappellent Goueset et Mesclier (2004 : 19) : l'effectif de population, indicateur le plus facilement disponible, synthétise bien la position des villes au sein des systèmes urbains. Lorsque ce critère démographique est employé, les seuils considérés varient de façon importante selon les pays. Si le seuil minimum pour qu'une localité soit reconnue comme urbaine n'était pas fixé à 5000 habitants, mais à 2500, comme c'est le cas dans d'autres pays, le diagnostic sur le caractère rural de l'Inde serait questionné...

Le recours à ces différentes catégories de critères varie selon les pays. Dans le document des Nations Unies publié en 1996 « *World Urbanization Prospects 1996 Revision* », 46% des pays définissaient l'urbain en fonction de critères administratifs ; 22 % selon des critères démographique, de densité ou d'effectif ; 17 % selon d'autres critères ; 10 % n'avaient pas de définition ; 4 % qualifiaient leur pays d'entièrement urbain ou rural. Dans les annuaires annuels comme dans les bilans sur l'urbanisation effectués périodiquement (dont celui de 2001, dont sont issus la plupart des tableaux des sections 1 et 2 de ce rapport), les **Nations Unies conservent les définitions en vigueur dans chaque pays**. Le diagnostic international qui en découle recouvre donc des réalités variables selon les pays, et peut générer des biais importants dans les comparaisons entre pays comme dans les statistiques établies au niveau d'ensembles de pays.

Nous aurons recours plus ponctuellement à une seconde source d'information : la **Base Geopolis**, base de données mondiale des 22.000 agglomérations de plus de 10.000 habitants élaborée par F. Moriconi-Ebrard. Cette base présente justement l'intérêt résulter de l'application de **critères homogènes** pour tous les pays de la planète. Le seuil de population retenu (**10.000 habitants**) est appliqué à la population résidant dans des espaces urbains définis selon la **continuité de l'espace bâti** observé sur photographies aériennes : les agglomérations ainsi définies regroupent dans certains cas des espaces urbains considérés comme indépendants dans des statistiques traditionnelles reposant sur des découpages administratifs. Cette base de données conduit à remettre en cause certains diagnostics basés sur les définitions des instituts nationaux de statistique.

---

échantillon de très grandes villes n'a aucune prétention à la représentativité, il offre l'intérêt d'une grille de lecture commune à l'ensemble de ces villes et mettant bien en évidence les mutations actuelles des territoires métropolitains, au Sud comme au Nord, et le rôle des citoyens dans ces transformations.

<sup>131</sup> De nombreux diagnostics erronés de l'urbanisation africaine ont été réalisés dans les années 1960-1970 du fait de l'application d'une approche fonctionnaliste, à travers les activités industrielles et tertiaires supérieures.

## Urbanisation et composantes de la croissance urbaine

**L'urbanisation : un processus universel, mais avec de fortes disparités selon les régions**

Tout en s'intensifiant dans les pays développés, l'urbanisation se généralise dans le monde en développement à partir du milieu du 20<sup>ème</sup> siècle : le **taux d'urbanisation**<sup>132</sup> y passe de 18 % en 1950 à 27% seulement 25 ans plus tard, en 1975. Considéré globalement, le monde en développement est néanmoins toujours moins urbanisé (40% en 2000, 56% en 2030) que le monde développé. Quant aux pays les moins avancés, ils sont encore majoritairement ruraux : leur taux d'urbanisation est de 25% en 2000, et les prévisions estiment qu'il sera de 44% en 2030 (Tableau 1).

L'opposition classiquement faite entre pays en développement et pays industrialisés, encore valable au milieu du vingtième siècle, doit maintenant être nuancée (Graphique 1). Au cours de la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, le processus d'urbanisation s'est diffusé à des dates différentes, et selon des vitesses variables, dans les différentes régions du monde en développement. De ce fait, des disparités importantes traversent le monde en développement, lorsque l'on considère leur degré d'urbanisation actuel.

L'**Amérique latine et les Caraïbes**, où l'urbanisation a été particulièrement précoce, sont maintenant **aussi urbanisées que les pays industrialisés** : en 2000, les 3/4 de leur population réside en ville.

A la même date, **l'Asie et l'Afrique**<sup>133</sup> sont encore majoritairement rurales (taux d'urbanisation de 37 %). Mais la faiblesse apparente de ces deux moyennes continentales résulte en fait de situations très contrastées (Graphique 2) :

- Une région est déjà fortement urbanisée en 2000 : l'Asie occidentale (66% de population urbaine) ;
- Deux régions sont moyennement urbanisées : l'Afrique du Sud (54%) et l'Afrique du Nord (49%) ;
- Deux régions sont encore peu urbanisées : le reste de l'Asie (entre 30 et 40%) et l'Afrique au Sud du Sahara (entre 25 et 40%). Le processus d'urbanisation, très récent, s'y réalise de façon très rapide, en particulier en Afrique de l'Ouest (le taux d'urbanisation est passé de 23% en 1975 à 32% en 1990 et 39% en 2000) et en Chine (17% en 1975, 27% en 1990 et 36% en 2000).

---

<sup>132</sup> Taux d'urbanisation : rapport entre la population urbaine et la population totale. L'évolution de ce taux dépend des différentiels de croissance entre population urbaine et population rurale.

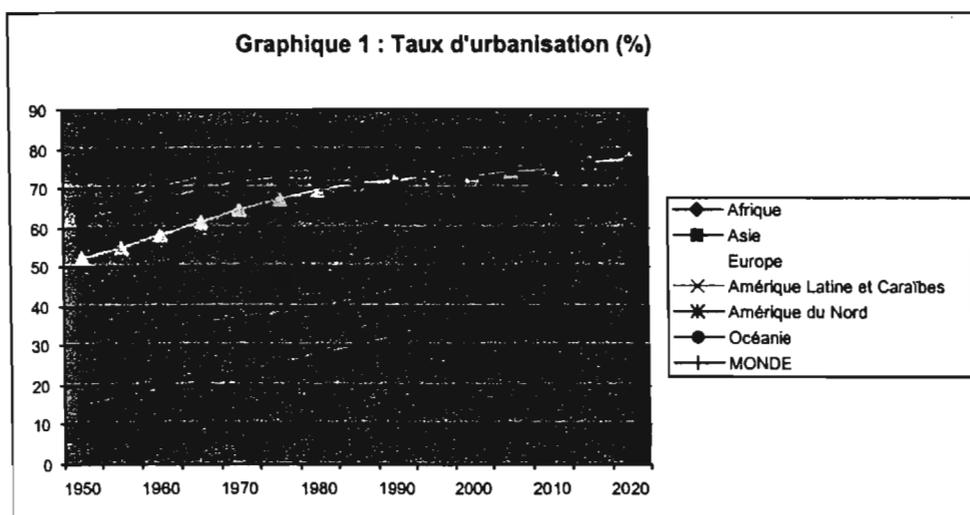
<sup>133</sup> Les prévisions des Nations Unies relatives à l'urbanisation en Afrique sub-saharienne, qui indiquent une croissance urbaine continue, sont contredites par certains auteurs qui concluent, sur la base de recherches menées dans la région, à un ralentissement de l'urbanisation au cours des années 1990. Sur nombre de pays de la région, les Nations Unies base en effet ses projections sur des taux de croissance souvent anciens, remontant aux années 1970 et même 1960 dans certains pays (Population reports : 6).

Tableau 1 - Population urbaine et taux d'urbanisation, 1950-2030

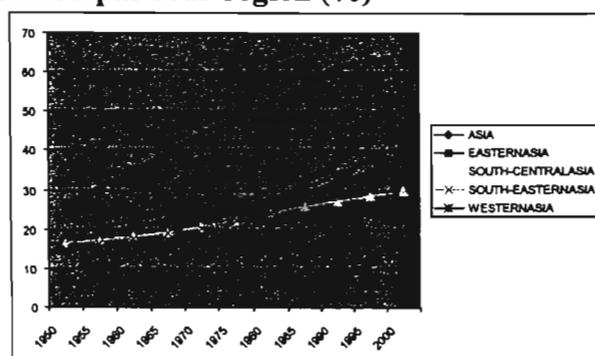
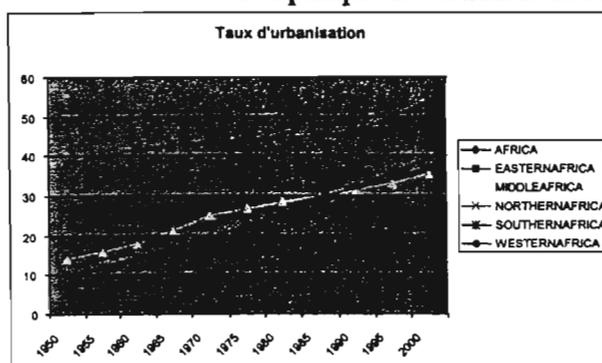
	1950		1975		2000		2015		2030	
	% urbain	Population (millions)								
Afrique	14,7	32	25,2	102	37,2	295	45,3	503	52,9	787
Asie	17,4	244	24,7	592	37,5	1376	45,9	2005	54,1	2679
Europe	52,4	287	67,3	455	73,4	534	76,3	538	80,5	540
Am.Latine-Caraïbes	41,9	70	61,4	198	75,4	391	80,5	507	84	608
Amérique du Nord	63,9	110	73,8	180	77,4	243	81,1	288	84,5	335
Océanie	61,6	8	72,2	15	74,1	23	76,1	28	77,3	32
MONDE	29,8	751	37,9	1543	47,2	2862	53,7	3869	60,2	4981
Pays développés	54,9	446	70	734	75,4	898	78,6	954	82,6	1005
Pays en développe.	17,8	304	26,8	809	40,4	1964	48,6	2915	56,4	3976
Pays moins avancés	7,4	15	14,7	52	25,6	172	34,5	332	43,7	582

Source : United Nations Population Division, World Urbanization Prospects : the 2001 revision (Tables A.1, A.2, A.3)

Graphique 1 : Taux d'urbanisation (%)



Graphique 2 – Taux d'urbanisation par sous-région (%)



## Une distribution spatiale de la population urbaine en pleine recomposition

La population urbaine du monde vit majoritairement dans les pays du Sud : 2 citadins sur 3 habitent en 2000 dans les pays en développement, et les Nations Unies prévoient qu'en 2010 ce sera le cas de 7 citadins sur 10. On observe donc un renversement total de la situation en un peu plus d'un demi-siècle : en 1950, 6 urbains sur 10 vivaient dans un pays développé.

En raison de son poids démographique, l'Asie, bien que peu urbanisée, héberge en 2000 autant de citadins (1,4 milliard) que l'Europe, les Amériques et l'Océanie réunies (1,2 milliard) (Tableau 1). A l'image de la population mondiale, la population urbaine se concentre autour de quatre grands foyers bien individualisés : l'Europe (534 millions de citadins en 2000), la Chine (456 millions), l'Amérique latine et les Caraïbes (391 millions, dont 138 au Brésil), l'Inde (279 millions). Le principal foyer de population urbaine est encore l'Europe, mais il ne va pas tarder à être devancé : au cours des trente prochaines années comme dans l'histoire récente, la distribution spatiale des populations citadines connaît des évolutions très rapides. En raison des rythmes de croissance particulièrement élevés de la population urbaine africaine (cf. infra), l'Afrique deviendra d'ici 2030, le deuxième foyer de peuplement urbain du monde, avec 787 millions de citadins, derrière la Chine (883 millions), mais devant l'Amérique latine (608), l'Inde (576) et l'Europe (540).

### Des rythmes de croissance très élevés

La **rapidité du processus d'urbanisation** en cours dans les pays en développement est sans commune mesure avec celle de l'Europe au 19<sup>ème</sup> siècle : en seulement un quart de siècle, les taux d'urbanisation ont doublé dans nombre de pays d'Afrique subsaharienne ou en Chine.

Les rythmes de croissance des populations citadines du monde en développement sont sensiblement plus élevés. La population urbaine des pays en développement a augmenté à un taux de près de 4 % par an depuis 1950 jusqu'en 1980 (Tableau 2) : dans certaines régions, à la fin des années 1980, les taux dépassaient même 5% par an, comme en Afrique de l'Ouest (5,1%) et de l'Est (5,6%), ou en Chine (5%). Ces chiffres sont à rapprocher de ceux observés en Europe à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle : entre 1860 et 1900, la population urbaine européenne augmentait à un rythme deux fois moins élevé, 2,3% par an.

Aujourd'hui la croissance de la population urbaine concerne avant tout les pays en développement, en particulier les plus pauvres d'entre eux, où les taux de croissance dépassent les 4% par an (Tableau 2). La variété des rythmes de croissance de la population urbaine au sein du monde en développement reflète bien la diffusion du processus d'urbanisation (Graphique 2) :

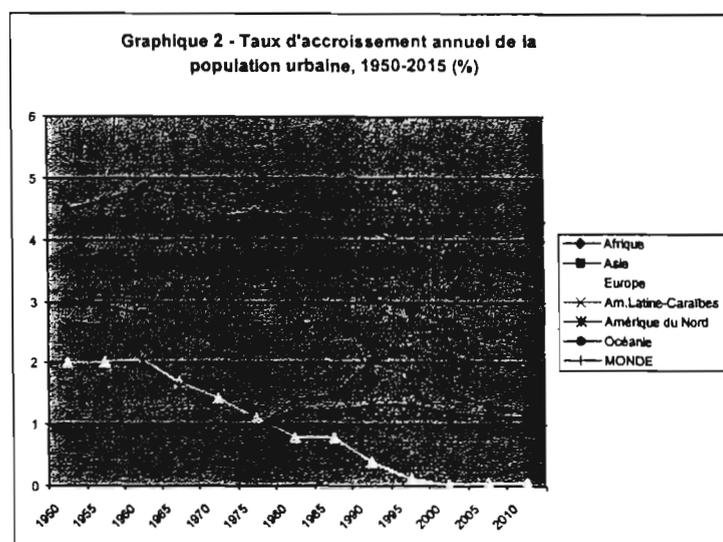
- en Amérique latine et dans les Caraïbes, où le processus d'urbanisation est ancien, le taux de croissance baisse depuis les années 1960 et est déjà passé en dessous du seuil de 2% : moins d'un point de croissance les sépare désormais des taux observés en Amérique du Nord ;
- l'urbanisation plus récente de l'Asie se traduit dans une augmentation du taux de croissance à partir des années 1960 : il devient supérieur à celui de l'Amérique latine à partir des années 1970 ;
- quant à l'Afrique, c'est le continent dont la population urbaine croît le plus rapidement depuis les années 1950, et il en demeurera vraisemblablement de même dans les prochaines décennies.

Tableau 2 - Taux d'accroissement annuel de la population urbaine, 1950-2015 (%)

	1950-55	1975-80	2000-05	2010-15
Afrique	4,5	4,45	3,76	3,35
Asie	3,67	3,55	2,68	2,34
Europe	2,01	1,11	0,03	0,06
Am.Latine-Caraïbes	4,38	3,47	1,93	1,54
Amérique du Nord	2,65	0,96	1,18	1,12
Océanie	2,99	0,96	1,51	1,2
MONDE	3	2,6	2,09	1,93
Pays développés	2,32	1,06	0,41	0,41
Pays en développement	3,97	3,89	2,81	2,45
Pays moins avancés	4,49	5,64	4,6	4,22

Source : United Nations Population Division, World Urbanization Prospects : the 2001 revision (Table A 6)

Le rythme de croissance de la population urbaine du monde en développement tend à se ralentir ; cette décélération semble se vérifier dans la plupart des régions du monde. Selon les projections des Nations Unies, la population citadine des pays en développement augmentera néanmoins dans les 30 prochaines années à un taux de 2,4% par an, soit deux fois plus vite que la population totale. A un tel rythme, la population urbaine doublera en moins de trente ans....



### Les composantes de la croissance urbaine : d'une croissance alimentée par la migration à une croissance alimentée par l'accroissement naturel

Les rapports des Nations Unies consultés pour ce bilan n'identifient pas les composantes de la croissance de la population urbaine. Pour appréhender correctement les dynamiques démographiques des villes, il conviendrait pourtant d'identifier le poids respectif des trois facteurs qui interviennent dans l'accroissement de la population urbaine : la migration depuis les zones rurales ; l'accroissement naturel de la population citadine ; et le reclassement de localités rurales en localités urbaines.

Lors des phases initiales de l'urbanisation, la migration tend à jouer un rôle de premier plan dans l'urbanisation, comparativement à l'accroissement naturel. Au fur et à mesure qu'une part de plus en plus importante de la population habite en ville, l'accroissement naturel prend

alors le pas sur la migration d'origine rurale. C'est ce que l'on peut observer sur l'exemple latino-américain ci-après : le rôle de la migration y est devenue très secondaire par rapport à l'accroissement naturel des jeunes populations citadines.

### **Un exemple parmi d'autres : l'Amérique latine**

Dans les années 1960, selon les pays, 35 à 60% de l'accroissement de la population urbaine était imputable à la migration.

A partir de la fin des années 1960, les rythmes de croissance urbaine se ralentissent : le taux moyen observé sur l'Amérique latine et les Caraïbes passe en dessous de la barre des 4%. On passe alors d'une croissance urbaine rapide alimentée par la migration à une croissance urbaine plus lente, alimentée par la croissance naturelle des populations citadines : la jeunesse de ces populations citadines produites par l'arrivée massive en ville de jeunes adultes contribue à entretenir des taux de croissance naturelle élevée, en dépit de la diminution rapide de la fécondité chez les femmes citadines d'Amérique latine.

Dans les années 1990, 78% de la croissance urbaine en Amérique Latine serait due à croissance naturelle.

Source : Chackiel J. et Villa M., 1993.

Au niveau mondial, on estime que dans les années 1960, la migration expliquait environ un tiers de la croissance de la population urbaine. Actuellement, environ la moitié de la croissance urbaine serait imputable à la migration : celle-ci continue en effet de jouer un rôle important dans les pays où le processus d'urbanisation, récent, est encore très actif : dans de nombreux pays africains au sud du Sahara, ou en Chine.

Pour ce qui a trait au rôle du reclassement des localités, on peut évoquer les conclusions de Moriconi-Ebrard (1993, 47-56) sur la période 1950-1980. La part du reclassement dans la croissance de la population urbaine des pays en développement n'est pas très importante (moins de 10%) et diminue progressivement au fil des décennies. Seule l'Afrique se distingue avec des parts supérieures à 25% : la diffusion spatiale du fait urbain, la multiplication du nombre de villes constituent des traits importants de l'urbanisation africaine.

Même en l'absence de statistiques actualisées couvrant l'ensemble de la planète, on peut affirmer que les facteurs de la croissance urbaine contemporaine varient largement selon les régions du monde en développement : l'ancienneté du processus d'urbanisation et sa vitesse, très variables selon les continents et les pays, ne peuvent que se traduire directement dans les rythmes et les composantes de la croissance urbaine actuelle.

### **Transition démographique, transition urbaine et développement : des relations complexes**

Le modèle de la transition urbaine (cf. encadré) est évoqué par de nombreux auteurs : permettant de classer les pays selon la phase d'urbanisation dans laquelle ils se trouvent, ce modèle est effectivement commode pour établir des comparaisons internationales<sup>134</sup>. Au-delà de cet usage, on pourrait penser l'utiliser à propos des relations entre transition démographique et transition urbaine.

Les relations postulées par ce modèle construit sur l'histoire urbaine des pays industrialisés ne résistent pas à l'application au processus d'urbanisation en cours dans le monde en développement. Dans de nombreux pays d'Amérique latine, la transition urbaine a été sensiblement plus précoce que la transition démographique. En Chine, les politiques de population de contrôle des naissances et de maintien des populations dans les campagnes ont donné lieu pendant des années à une situation en contradiction avec le modèle : une transition démographique 'sans' transition urbaine. En Inde, la transition démographique est bien

<sup>134</sup> Moriconi-Ebrard, par exemple, y fait appel dans son ouvrage (1993).

avancée, alors que le taux d'urbanisation est peu élevé et n'augmente que lentement. La société indienne est encore profondément agricole et rurale ; des mobilités circulaires entre la ville et la campagne contribuent justement à assurer la survie des familles restées au village.

Ces quelques exemples montrent bien que le modèle de la transition urbaine et les relations avec la transition démographique qu'il postule sont remis en cause tant par les politiques de population en vigueur dans certains pays en développement que par certaines pratiques de mobilités spatiales qui ne se réduisent pas à la figure de l'exode rural expérimenté en Europe.

#### **Le modèle de la transition urbaine**

Construit sur les expériences européenne et nord-américaine, le modèle de la transition urbaine a été proposé dans les années 1960 pour décrire le processus d'urbanisation (Berry 1962, Gibbs 1963, Reissman 1964).

Ce modèle insiste sur **la relation entre la transition démographique et le processus d'urbanisation** :

l'accroissement rapide de la population en début de transition démographique favoriserait l'exode rural et l'accroissement naturel rapide des populations urbaines. Quatre phases sont identifiées :

- Phase A : croissance lente du taux d'urbanisation, assimilable à une stagnation
- Phase B : accélération de type exponentielle
- Phase C : au-delà d'un certain seuil, décroissance de l'accélération
- Phase D : le **seuil de saturation** du taux d'urbanisation est atteint, la croissance devient quasi nulle.

Les phases B et C correspondent à la transition urbaine, qui désigne donc la période relativement brève à l'échelle de l'histoire au cours de laquelle un pays bascule d'une majorité de population rurale à une majorité de population urbaine

La diversité des taux d'urbanisation actuels peut être interprétée : d'une part par des décalages chronologiques dans le démarrage de l'urbanisation ; d'autre part, par les vitesses différentes de la transition urbaine

On peut classer les pays en développement selon la phase d'urbanisation dans laquelle ils se trouvent :

- seuls quelques pays se trouvent dans la phase pré-urbaine A : Bouthan, Nouvelle Guinée, Laos ;
- les pays d'Afrique de l'Est et du Sahel (en début de transitions démographique et urbaine), et la Chine sont dans la phase d'accélération B ;
- les pays d'Amérique Latine abordent la phase C : le taux d'urbanisation, élevé, ralentit sa progression.

Le scénario de la transition urbaine est régulier. Mais chaque pays séjourne plus ou moins longtemps dans les quatre phases : les pays anciennement industrialisés ont connu une phase de transition urbaine beaucoup plus longue que ceux dont le décollage industriel est plus récent. Et chaque pays possède son seuil de saturation, que rien ne permet de prévoir. Ce seuil dépend de multitude facteurs, dont certains ne résultent pas du seul fait urbain : les dimensions du pays et les conditions naturelles peuvent conditionner la redistribution de la population sur de nouvelles unités spatiales (*exemples* : Belgique, pays Bas, Corée du Sud petits Etats densément peuplés sont les plus proches d'une situation d'urbanisation totale) ; le degré de spécialisation économique du territoire, permet ou non de diminuer les surfaces agricoles en échange d'exportations de services ou biens industriels (*exemple* : Singapour)

D'après Moriconi-Ebrard, 1993

L'urbanisation à l'œuvre dans les pays du Sud obéit à des mécanismes distincts de ceux ayant opéré en Europe. C'est ainsi que Milton Santos distinguait il y a déjà longtemps « l'urbanisation **démographique** des PED » de « l'urbanisation **technologique** » des pays industrialisés ; de même, Philippe Haeringer insiste, à propos de l'Afrique, sur une « urbanisation sans développement économique ». Profondément démographique, l'urbanisation du monde en développement se joue dans un contexte historique particulier, où s'entremêlent - entre autres - l'intervention des gouvernements sur les comportements démographiques, la contraction de l'espace-temps et la mondialisation de l'économie ..., autant de raisons amplement suffisantes pour que le fait urbain au Sud ne soit pas une réplique de celui du Nord.

## Évolution des armatures urbaines

### Une concentration croissante de la population urbaine dans de très grandes villes

Tandis que le monde en développement s'urbanise, la concentration de la population urbaine s'accroît. La population urbaine est **de plus en plus concentrée dans les grandes villes** (de plus d'un million d'habitants), selon un double processus : d'une part, le nombre de grandes villes se multiplie ; et, d'autre part, la taille de ces grandes villes augmente de façon considérable, conduisant à des villes 'géantes' de plus de 10 millions d'habitants.

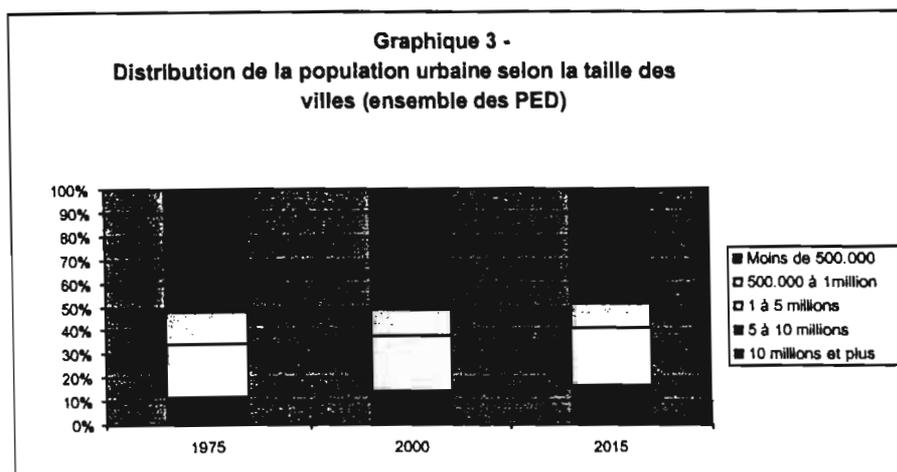
En 1900, seulement 17 agglomérations comptaient plus de 1 million d'habitants (Moriconi-Ebrard, 1993 :113). En 1950, ces grandes villes sont cinq fois plus nombreuses (86, dont 7 dépassent les 5 millions d'habitants). Ce mouvement de multiplication du nombre des grandes villes se poursuit pendant la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle : leur nombre double entre 1950 et 1975 (195), puis entre 1975 et 2000 (387). Depuis les années 1970, la majorité des villes de plus de 1 million appartient au monde en développement : en 2000, plus des 2/3 d'entre elles sont localisées dans des pays en développement. Le poids du monde en développement est tout aussi important, et tend même à devenir plus important, si l'on considère la population habitant dans ces grandes villes.

Tableau 3 - Les villes de plus d'un million d'habitants

Nombre de villes	1975		2000		2015	
	Nombre de villes	Population	Nombre de villes	Population	Nombre de villes	Population
Monde	195	521801	387	1068723	554	1564696
Pays développés	85	243233	113	322640	128	358654
Pays en développement	110	278568	274	746083	426	1206042
Part des PED	56,4%	53,4%	70,8%	69,8%	76,9%	77,1%
% Population urbaine habitant les villes de plus d'un million d'habitants :						
Monde		33,8%		37,3%		40,4%
Pays développés		33,1%		35,9%		37,6%
Pays en développement		34,4%		38,0%		41,4%

Source : United Nations Population Division, World Urbanization Prospects : the 2001 revision (Tables 3 et A.17)

Les villes de plus d'un million d'habitants hébergent une part croissante de la population urbaine des pays en développement (38% en 2000) : depuis les années 1980, la concentration des citadins dans les grandes villes est plus forte dans le monde en développement que dans les pays développés. Fait majeur de l'urbanisation en cours dans les pays en développement, la concentration des citadins dans des villes de plus en plus grandes concentre l'attention et appelle incontestablement des mesures spécifiques. Elle ne doit pas pour autant conduire à oublier les villes de taille plus réduite : en 2000, dans le monde en développement un citadin sur deux habite dans des villes de moins de 500 000 habitants. Le nombre et la proportion de citadins habitant ces villes de taille réduite ne déclinent que lentement : la tendance à la concentration croissante des citadins dans des villes de plus en plus grande ne signifie pas pour autant la fin du dynamisme démographique des petites villes. Une part importante de l'accroissement de la population urbaine des pays en développement continue de se réaliser dans les villes de moins de 500.000 habitants (par croissance démographique de ces villes et reclassement de zones rurales en zones urbaines) et dans celles entre 1 et 5 millions d'habitants.



**Tableau 4 - Distribution de la population urbaine des pays en développement  
selon la taille des villes**

Taille de la ville	1975	2000	2015
10 millions et plus	4,0%	8,0%	9,3%
5 à 10 millions	7,4%	6,6%	7,5%
1 à 5 millions	23,0%	23,3%	24,6%
500.000 à 1million	13,3%	10,8%	9,6%
Moins de 500.000	52,2%	51,2%	49,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source : United Nations Population Division, World Urbanization Prospects : the 2001 revision (Table A.17)

Le **rythme de croissance** démographique des villes de plus de million d'habitants des pays en développement tend à se ralentir, passant de 3,7% par an dans les années 1950, à 3,2% dans les années 1970 et 2,7% dans les années 1980 (Moriconi-Ebrard, 1993). La diffusion de la transition démographique, la moindre contribution des migrations à l'accroissement démographique des villes et, dans un certain nombre de pays déjà largement urbanisés, le ralentissement des migrations d'origine rurale contribuent à ralentir les rythmes de croissance des grandes villes des pays en développement. Mais, compte tenu des effectifs en présence, l'augmentation annuelle du nombre d'habitants demeure considérable : chaque année, une ville comme Bombay gagne environ 500 000 nouveaux habitants... soit l'équivalent d'une ville comme Strasbourg ! Au-delà des rythmes, il importe de ne pas oublier les tailles : elles contribuent, elles aussi, à distinguer l'urbanisation du monde en développement de l'expérience européenne de l'urbanisation.

### Le cas des plus grandes villes du Monde<sup>135</sup>

La confrontation des différentes sources d'information disponibles (Nations Unies, Geopolis, etc.) met en évidence certaines contradictions sur la population des plus grandes villes du monde. Dans le cas de Mexico ou de Tokyo, l'écart se chiffre de millions d'habitants ! L'espace pris en compte diffère selon la définition retenue : avec l'étalement urbain et les phénomènes de conurbation, les limites de certaines configurations métropolitaines deviennent particulièrement peu lisibles. A ce problème de définition, s'ajoutent les incertitudes pesant sur le dénombrement des populations, de qualité très variable selon villes comme en leur sein, selon les quartiers. Quoiqu'il en soit, en dépit de ces évaluations numériques parfois divergentes, un certain nombre de faits demeurent incontestables.

<sup>135</sup> Les Nations Unies emploient le terme de « mégapoles » pour désigner les villes de plus de 10 millions d'habitants. Le seuil, fixé initialement à 8 millions d'habitants, a été relevé ensuite.

Tableau 5 - Les villes de plus de 10 millions d'habitants 1950-2015

1950		1975		2000		2015		
Rang	Pop (millions)	Rang	Pop (millions)	Rang	Pop (millions) Tx act*	Rang	Pop (millions)	
1	New York..... 12,3	1	Tokyo ..... 19,8	1.....Tokyo	26,4	1	Tokyo 27,2	
				.....	1,2			
		2	New York ..... 15,9	2	Mexico ..... 18,1	2,2	2	Dhaka..... 22,8
		3	Shanghai..... 11,4	3	Sao Paulo ..... 18,0	2,1	3	Mumbai ..... 22,6
		4	Mexico ..... 10,7	4.....New York	16,7	4	Sao Paulo..... 21,2	
				.....	0,2			
		5	Sao Paulo ..... 10,3	5	Mumbai..... 16,1	3,1	5	Delhi..... 20,9
				6.....Los Angeles	13,2	6	Mexico..... 20,4	
				.....	1,6			
				7	Calcutta ..... 13,1	2,0	7	<b>New York</b>
								<b>17,9</b>
				8	Shanghai ..... 12,9	0,5	8	Jakarta ..... 17,3
				9	Dhaka ..... 12,5	7,0	9	Calcutta..... 16,7
				10	Delhi ..... 12,4	4,1	10	Karachi..... 16,2
				11.....Buenos Aires	12,0	11	Lagos ..... 16,0	
				.....	1,1			
				12	Jakarta..... 11,0	3,3	12	<b>Los Angeles</b>
								<b>14,5</b>
				13.....Osaka	11,0	13	Shanghai..... 13,6	
				.....	0,5			
				14	Beijing..... 10,8	0,9	14	Buenos Aires..... 13,2
				15	Rio de Janeiro... 10,7	1,2	15	Metro Manila..... 12,6
				16	Karachi ..... 10,0	3,7	16	Beijing ..... 11,7
							17	Rio de Janeiro ..... 11,5
							18	Cairo ..... 11,5
							19	Istanbul ..... 11,4
							20	<b>Osaka 11,0</b>
							21	Tianjin ..... 10,3
Total	..... 12,3	Total	..... 68,1	Total	..... 225,0	Total	..... 341,0	

Source : United Nations Population Division, World Urbanization Prospects : the 2001 revision (Tables 6, A.11, A.17)

\* : Taux d'accroissement annuel moyen entre 1975 et 2000

Raisonnons dans un premier temps en termes de **nombre de villes 'géantes'**, ou de 'mégalofoles' pour reprendre le qualificatif employé par les Nations Unies. En 1950, une seule ville (New York) avait dépassé les 10 millions d'habitants ; en 1975, 5 sont dans ce cas et, seulement 25 ans plus tard, en 2000, elles sont trois fois plus (16). La **multiplication des villes de plus de 10 millions** d'habitants constitue un des traits majeurs de l'urbanisation du monde à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, en particulier dans le monde en développement. En effet, la majorité des villes géantes sont maintenant dans les pays en développement : 12 sur les 16 villes géantes que compte actuellement la planète. Et cette proportion ne fera qu'augmenter dans les prochaines années. Parmi les villes de plus de 10 millions d'habitants, ne figure aucune agglomération européenne : Paris et Londres, dans le 'peloton de tête' des villes à l'échelle mondiale en 1950 rétrogradent tout au long de la deuxième moitié du vingtième siècle : Paris passe du 4<sup>ème</sup> rang en 1950, à 9<sup>ème</sup> en 1975 puis au 19<sup>ème</sup> en 2000 ; Londres, du 2<sup>ème</sup> rang en 1950 au 11<sup>ème</sup> en 1975, et ne figure plus dans les 30 premières villes du monde ensuite. Seuls les Etats-Unis et le Japon figurent encore au palmarès mondial des villes géantes : le gigantisme des villes est avant tout un phénomène des pays en développement.

Au sein du monde en développement, deux continents jouent un rôle particulier dans l'émergence des villes géantes : l'Asie et l'Amérique Latine. L'Asie concentre en effet une proportion importante des villes de plus de 10 millions d'habitants : 10 sur 16 en 2000, 13 sur 21 en 2015. L'Inde et Chine contribuent tout particulièrement à cette situation : dans chacun de ces deux pays, on compte 2 villes géantes en 2000, et 3 en 2015. Tandis que le rôle de l'Asie s'affirme, celui de l'Amérique latine s'efface progressivement : 2 villes géantes sur les 5 que comptait la planète en 1975, 4 sur 16 en 2000, et toujours les mêmes 4 sur les 21 qui

devraient exister en 2015. A l'image des grandes villes européennes, les villes géantes d'Amérique latine rétrogradent dans le classement mondial des villes du Monde.

A partir de 2000, une ville passe même le seuil des **20 millions** d'habitants, soit un effectif de population supérieur à la population totale de nombreux pays ! Seule Tokyo est dans cette situation en 2000, mais il est probable qu'elles soient déjà 6 en 2015 : 5 villes des pays en développement devraient rejoindre Tokyo dans cette catégorie des villes de plus de 20 millions d'habitants.

#### La macrocéphalie urbaine en question

Certaines villes atteignent des tailles considérables, ayant conduit à diffuser l'usage de la notion de « macrocéphalie urbaine », anthropomorphisme qui désigne le fait qu'une ville a atteint un tel poids démographique qu'elle se trouve 'disproportionnée' par rapport aux villes de rang inférieur. Cette notion, qui reconnaît implicitement l'existence d'une norme de distribution des villes selon leur taille, a souvent été employée pour désigner un 'défaut' de l'urbanisation des pays en développement. La démonstration était parfois même menée de façon biaisée : on peut évoquer à ce propos certains diagnostics de réseaux urbains ouest-africains menés dans les années 1970 en appliquant une définition de la ville de plus en plus restrictive : en conséquence, le poids démographique de la 1<sup>ère</sup> ville par rapport aux autres villes du pays se trouvait de plus en plus surestimé ....

En fait, le diagnostic de macrocéphalie des réseaux urbains des pays en développement correspond parfois à une généralisation un peu hâtive. Dans beaucoup d'entre eux, la population de la plus grande ville ne dépasse pas 15 à 20% de la population urbaine du pays et cette proportion est souvent en diminution, en raison d'une croissance démographique soutenue dans d'autres grandes villes ou dans les villes petites et moyennes.

En fait, comme l'ont montré des analyses rigoureuses recourant aux méthodes de l'analyse spatiale (Pumain), dans les pays d'une certaine taille, les déséquilibres initiaux des armatures urbaines se combinent avec le temps et l'hypertrophie initiale de la capitale se tasse. Cette hypertrophie de la capitale ne subsiste durablement que dans les pays de petite taille.

L'expérience urbaine qui se joue actuellement dans les pays en développement est sans précédent dans le monde développé : il s'agit bien d'une **situation inédite** à l'échelle de l'histoire de la planète. Certes, de grandes villes existaient dans l'histoire ancienne : comme quelques autres, la ville de Bagdad avait dépassé le million d'habitants avant la fin du premier millénaire. Mais la taille des grandes villes de l'histoire est sans aucun rapport avec les tailles atteintes au cours de la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle.

Le gigantisme d'un nombre chaque jour plus important de villes force l'attention. Un autre fait mérite d'être évoqué : au niveau mondial, **une proportion croissante des citoyens habite dans ces villes géantes**. Selon les statistiques des Nations Unies, la part de population urbaine habitant des villes de plus de 10 millions d'habitants passe en effet de 4,4 % en 1975, à 7,9 % en 2000 et 8,8 % en 2015. Cette concentration croissante de la population urbaine dans les villes géantes est **encore plus marquée dans les pays en développement** : 4 % en 1975, 8 % en 2000, 9,3 % en 2015 (Tableau 4). En Asie, où la multiplication des villes géantes est très rapide, la population citadine est particulièrement concentrée dans les villes géantes : celles-ci hébergent 5,3% des citoyens d'Asie en 1975, 9,9 % en 2000 et 10,7 % en 2015.

Les rythmes de croissance (liés à des transitions démographiques encore en cours), les effectifs en jeu, la situation économique des pays, les inégalités sociales qui traversent leurs sociétés, etc., autant de traits caractéristiques de l'urbanisation contemporaine des pays en développement qui rendent peu valide la comparaison avec l'expérience européenne de l'urbanisation. Certes, il y a des points communs entre la croissance anarchique des villes des pays en développement et celle des villes des pays industrialisés au 19<sup>ème</sup> siècle. Certes, il y avait des bidonvilles à Nanterre jusque dans les années 1960. Mais, la situation économique des Etats des pays en développement n'est pas celle des pays européens d'après la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale. Et le gigantisme de ces villes pose des problèmes entièrement nouveaux. Les effets

de **taille** ne peuvent pas être négligés, d'autant plus dans des villes où les défaillances des systèmes de transport et les inégalités sociales ont des effets spécifiques en matière d'inégalités d'accès aux ressources urbaines localisés dans l'espace urbain. Outre leur taille (démographique et spatiale) les très grandes villes des pays en développement ont pour caractéristique leur **jeunesse** : même si leur création remonte parfois à des dates très lointaines, l'essentiel de leur espace actuel résulte d'une histoire récente, très courte. Dans un contexte d'une croissance de plus en plus endogène, une double dynamique s'y joue : l'expansion urbaine est encore très active, tandis que des espaces urbanisés pourtant récents sont l'objet de transformations rapides (processus de 'renouvellement' particulièrement rapide de l'espace construit). Là encore, il s'agit bien d'une situation inédite par rapport à l'expérience européenne de l'urbanisation.

## **Dynamiques socio-spatiales métropolitaines**

La concentration croissante de la population urbaine des pays en développement dans des villes de plus en plus grandes impose de procéder à une analyse intra-urbaine. La statistique démographique s'arrêtant souvent 'aux portes de la ville' (nous reviendrons sur ce point crucial en conclusion), les diagnostics sont encore précaires et partiels : ce n'est que récemment, au cours des années 1990, qu'ont vu le jour diverses initiatives de comparaison internationale des dynamiques socio-spatiales intra-urbaines. Nous nous appuyons plus particulièrement ici sur les analyses de Moriconi-Ebrard (1993, 1994, 2000) et sur l'analyse comparative de 19 métropoles dont 15 appartenant aux Suds présentée dans l'ouvrage « Métropoles en mouvement » (Dureau et al, 2000).

Rappelons quelques caractéristiques importantes des grandes villes des pays en développement, qui transcendent les particularités liées d'une part aux contextes géo-culturels, politiques et économiques et, d'autre part, aux décalages temporels dans le démarrage du processus d'urbanisation. Les rythmes de croissance de la population élevés (même dans les villes les plus anciennes, comme celles d'Amérique latine) sont généralement associés à des rythmes d'expansion urbaine encore plus rapides. Le creusement des inégalités sociales, partagé par les sociétés du monde en développement, s'exprime avec une intensité particulière en milieu urbain. Dans des économies fragiles, face à la précarité grandissante de l'emploi, le logement apparaît comme un refuge pour les familles pauvres comme pour les classes moyennes paupérisées par des crises économiques. Dans un contexte de pauvreté de plus en plus présente en ville et d'insuffisance de logements sociaux, la question du logement est largement résolue par les habitants eux-mêmes, à travers l'auto-construction, le plus souvent sur des terrains occupés ou construits illégalement. Dans le cadre des politiques libérales, l'Etat, déjà peu présent dans la production du logement, tend aussi à se désengager des services publics domiciliaires. Quant au transport, il repose le plus souvent sur l'initiative privée : cette offre de transport s'articule aux modes de production informelle du logement et entretient le processus d'expansion spatiale à l'œuvre dans les jeunes villes du Sud. Tant que le système de développement urbain dispose d'une certaine disponibilité en terres, l'expansion spatiale se poursuit et la segmentation des formes de production du logement génère des villes souvent peu denses et très ségréguées : système de production du logement et système de transport s'auto-entretiennent. Mais lorsque la ressource en terres vient à manquer, que l'étalement génère des distances devenues insupportables à certaines catégories de population, on assiste à des processus de densification et de mutations de certains espaces déjà bâtis, et cela à une vitesse en relation directe avec l'importance des capitaux investis dans

l'immobilier. C'est alors une double dynamique qui est à l'œuvre : l'expansion spatiale se poursuit tandis que les espaces déjà construits sont l'objet de transformations parfois brutales.

Les ménages urbains interviennent dans les dynamiques socio-spatiales par leurs logiques, leurs stratégies résidentielles, mais aussi par leur nombre. Ce qui importe dans la compréhension des dynamiques socio-spatiales en cours, c'est précisément de mieux décrypter les rôles joués respectivement par la migration, la transition démographique et les aspirations résidentielles des ménages. Ces trois facteurs interviennent dans le rythme d'accroissement du nombre de ménages : chacun d'eux a des effets sur le marché du logement et donc sur la dynamique urbaine, au même titre que la composition sociale de la population.

Loin de prétendre à un bilan général des dynamiques socio-spatiales à l'œuvre dans les métropoles des Suds, nous mettrons plutôt l'accent sur trois dimensions de ce sujet : l'urbanisation de la pauvreté, puis les dynamiques du peuplement (expansion spatiale, redistribution des densités), enfin les divisions sociales des espaces métropolitains, abordées à travers le logement et l'accès aux ressources urbaines.

### Une pauvreté devenant urbaine

Même si la majorité des pauvres du monde vivent encore dans les zones rurales, la pauvreté se transforme rapidement en un phénomène urbain. Selon le CNUEH (2001), dans les zones urbaines des pays en développement, 36 % de l'ensemble des ménages, et 41 % des ménages dirigés par une femme vivent avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté local ; et plus d'un milliard de pauvres des zones urbaines n'ont ni logement convenable, ni accès aux services de base. Le processus d'urbanisation de la planète se traduit, inexorablement, par un **déplacement des centres de pauvreté** dans le monde. En s'urbanisant, la pauvreté change aussi de visage : dans des villes où l'accès au logement, aux services et aux biens dépend quasi exclusivement de revenus monétaires, l'exclusion des pauvres est bien une 'machine infernale' particulièrement puissante. La concentration croissante de la pauvreté dans les espaces urbanisés devrait appeler une évolution des approches dans la lutte contre la pauvreté... qui reste encore largement à imaginer.

La concentration des équipements en zone urbaine entretient l'image d'une situation plus favorable que dans les campagnes ; et les indicateurs de mortalité sont effectivement souvent meilleurs en zone urbaine qu'en zone rurale<sup>136</sup>. Mais ces moyennes masquent de **grandes inégalités en matière de mortalité** selon les groupes sociaux composant la population urbaine : une proportion importante des citadins du monde en développement n'ont pas accès à l'offre de soins des villes où ils vivent. Les citadins les plus pauvres affrontent pourtant des risques démultipliés par leurs conditions de logement, par la localisation fréquente de leur logement dans des zones insalubres et par le déficit de services publics domiciliaires (eau potable et assainissement) qui règne dans les quartiers populaires. Dans certaines villes disposant de données, comme à Bogota, les différences sont considérables tant en matière de mortalité que de **fécondité** (voir encadré). En Namibie, au Maroc comme en Colombie, la mortalité infantile des citadins n'ayant pas accès à l'eau courante est même supérieure à celle des populations habitant dans les campagnes<sup>137</sup>. Contrairement à l'idée reçue, les populations urbaines ne sont pas systématiquement en situation 'meilleure' ; Tous les citadins n'ont pas non plus des comportements démographiques plus 'modernes' que les ruraux.

---

<sup>136</sup> Dans 54 des 57 pays disposant de données des enquêtes EDS, les taux de mortalité infantile sont plus bas dans les villes que dans les campagnes : pour la mortalité juvénile, cette situation est vérifiée dans 56 pays sur 57 (Population reports, p.9)

<sup>137</sup> Source : Population Reports : 9.

### Les inégalités démographiques au sein des villes : l'exemple de Bogotá

En 1985, la population 'en situation de misère' de Bogotá avait un taux de mortalité infantile de 48,1 p1000, tandis que dans la population 'non pauvre' ce taux n'était que de la moitié (28). Les différentiels de fécondité expriment tout aussi directement les grandes inégalités économiques qui traversent les populations citadines. Toujours dans le cas de Bogota, les femmes 'non pauvres' avaient en 1985 un taux global de fécondité de 1,9 enfants/femme ; mais les femmes classées 'pauvres' avaient un taux quasiment deux fois plus élevé (3,6) et celles 'en situation de misère', 4,3. La fécondité des femmes pauvres de Bogota, en 1990, est toujours presque aussi élevée que celle des femmes rurales et les plus démunies d'entre elles, en situation de misère, ont même plus d'enfants que dans les campagnes. Dans une ville qui compte le quart de sa population en dessous du seuil de pauvreté, et 6% en situation de misère, ce sont donc plus d'un million et demi d'habitants qui restent en marge de la tendance démographique générale : tout en résidant dans la capitale, qui a les meilleurs indicateurs de santé du pays, leur situation économique les maintient dans la situation démographique des campagnes colombiennes

D'après Dureau et Florez, 1996 : 155.

### Les dynamiques du peuplement dans les villes : expansion spatiale et redistribution des densités résidentielles

Contrairement à leur image classique de villes 'dévoreuses d'espace', les villes du Sud sont, au niveau global, plus denses que celles des régions développées (près de 600 hab/ha, contre 200, selon la base Géopolis) : le fort entassement des familles de grande taille dans des logements exigus et la faiblesse des espaces consacrés aux équipements ou à la voirie contribuent sans aucun doute à densifier les espaces urbains du Sud, en dépit de la faiblesse de l'habitat collectif.

La diversité des densités moyennes observées dans les villes du Sud est un phénomène bien connu, souvent interprété comme le reflet de la diversité des modèles culturels : les densités élevées des villes asiatiques et arabes (700 à 900 hab/ha, selon la base Geopolis) se distinguent effectivement de celles observées en Amérique latine (autour de 200 hab/ha), les villes africaines occupant une position intermédiaire (de l'ordre de 400 hab/ha). Type d'habitat, formes architecturales de l'habitat, densités domiciliaires et proportion des espaces urbains consacrés aux espaces non résidentiels – en particulier la voirie – se conjuguent pour produire cette hiérarchie des densités globales, confirmée par l'examen des densités maximales atteintes dans certains quartiers de ces villes.

Derrière cette diversité apparente, les mêmes mécanismes sont en jeu, dans les villes denses d'Asie comme dans celles, moins denses, d'Amérique Latine. Dans un contexte d'insuffisance de production de logement en faveur des familles pauvres, celles-ci n'ont d'autre solution pour se loger que de s'entasser dans les bâtiments des centres historiques dégradés, ou d'auto-produire leur logement, en recourant le plus souvent à une occupation illégale de terres<sup>138</sup>. Le peuplement de l'ensemble des villes du Sud est marqué par l'irrégularité foncière, la production informelle du logement ; l'incapacité des gouvernements locaux à contrôler et orienter l'expansion urbaine est souvent aussi de règle.

Dans ce contexte, les modèles classiques de répartition concentrique des densités ne sont que très partiellement vérifiés. La décroissance des densités depuis le péricentre vers la périphérie et l'existence d'un « cratère central » dans la distribution des densités se vérifient certes dans certaines villes. Mais certains exemples latino-américains, tels que Bogota, Santiago ou Cali,

<sup>138</sup> L'auto-production de leur propre logement permet aux familles défavorisées de se loger ; à travers la location, elle leur permet aussi d'accéder à des revenus immobiliers jouant un rôle important dans la survie des ménages pauvres.

montrent aussi les déformations dont ces modèles de densité sont l'objet quand les inégalités socio-économiques s'amplifient et que le processus ségrégatif s'intensifie : l'organisation sectorielle des groupes sociaux bouscule alors largement le schéma concentrique des densités observé en Europe et en Amérique du Nord et modélisé par Clark dans les années 1950. Il semble bien que de nouvelles configurations urbaines voient le jour au Sud : l'hypothèse d'un modèle de ville latino-américaine postulé par certains auteurs colombiens semble bien vérifiée (Dureau et al, 2004 : 135-137).

En dépit du ralentissement de la croissance démographique des grandes villes du Sud, l'expansion périphérique se poursuit, et cela selon des processus similaires, transcendant la diversité des contextes géographiques, socio-culturels et politiques. L'urbanisation informelle des périphéries par les classes populaires, déjà évoquée, constitue toujours une solution fréquente en réponse au déficit de logements accessibles aux populations démunies. L'essor de la voiture individuelle favorise le mouvement de déconcentration des classes aisées et moyennes dans de vastes ensembles résidentiels en périphérie, voire dans les franges rurales des agglomérations. Dans les quelques villes où l'intervention des pouvoirs publics est importante, ce sont de grands projets planifiés qui voient le jour en périphérie : villes-satellites à Delhi, edge-cities au Caire, méga-projets métropolitains à Hanoi, etc.. On assiste ainsi au développement multiforme des zones périphériques, générant de forts contrastes locaux dans les paysages et les densités résidentielles (Dupnt et Pumain, 2000).

Dans le même temps, les centres urbains connaissent souvent un dépeuplement. Plutôt qu'un dépérissement de ces quartiers centraux, ce dépeuplement peut exprimer un processus de modernisation à l'occidentale (émergence d'un CBD) comme à Bangkok ou Le Caire, ou un modèle de commercialisation populaire (dans certaines villes d'Amérique latine), voire de bazar traditionnel (en Inde ou dans le monde arabe). Momentanément, le dépeuplement des centres peut traduire la déshérence de quartiers mal entretenus occupés par des populations démunies, mais ces processus de taudification et de paupérisation ont dans la plupart des cas été suivis d'un processus de rénovation.

La diversité des situations actuellement observées dans les différents contextes urbains ne doit pas être interprétée comme l'absence de processus similaires sur le long terme. En dépit des limites existant encore dans l'analyse longitudinale des villes (c'est-à-dire une étude de leurs 'trajectoires'), il est manifeste que deux facteurs jouent un rôle essentiel dans les dynamiques observées actuellement : la **taille** des villes et leur **stade de développement**, liés aux **décalages temporels** dans le démarrage du processus d'urbanisation du pays. Dans les métropoles en cours de formation (en Afrique), la production de l'espace bâti constitue le processus de développement le plus remarquable ; et le moteur de ces changements est essentiellement attribuable à la migration vers la ville. Dans les métropoles plus anciennes, ayant dépassé un certain seuil de taille (comme en Amérique latine), les transformations majeures s'opèrent dans les espaces déjà construits et résultent des mobilités des populations citadines au sein du territoire déjà urbanisé, entraînant une redistribution des densités. Ce sont alors des facteurs endogènes, les mobilités intra-urbaines, qui constituent le moteur principal des changements. Ainsi, à Bogota, le nombre de logements libérés en 1991 par la mobilité intra-urbaine était trois fois plus important que le nombre de logements neufs produits (environ 50.000) : cette proportion, signe d'une 'maturation' de la capitale colombienne va en augmentant<sup>139</sup>. Cette **maturation** des villes des régions du monde en développement où le processus d'urbanisation a été le plus précoce impose de passer d'une approche en termes d'expansion, de production de l'espace urbain, à une approche qui intègre aussi les

---

<sup>139</sup> En France, il y a actuellement 10 fois plus de logements libérés par mobilité résidentielle que de logements produits par la construction de logements neufs.

transformations qui affectent l'espace urbain consolidé. Le **stock** devient une donnée majeure de la dynamique urbaine actuelle dans les pays en développement, dans des villes comptant plusieurs millions d'habitants après quelques décennies de croissance rapide.

Les **structures des populations** citadines interviennent aussi directement dans les dynamiques socio-spatiales des villes. Même en l'absence de changement de comportement des individus et des ménages, des modifications dans les structures des populations entraînent des évolutions dans la distribution des densités et l'expansion spatiale. Très fortement sélectifs selon le sexe et l'âge, les courants migratoires vers les villes transforment de façon importante les structures démographiques des villes, avec des proportions d'adultes très importantes, et tendent à maintenir les taux d'accroissement naturel à des niveaux élevés, en dépit de l'avancement dans la transition démographique. Migration de jeunes adultes, transition démographique et changements de modèles résidentiels familiaux créent des combinaisons particulières : ainsi, dans les grandes villes d'Amérique latine, la population continue à croître à un rythme soutenu, pour l'essentiel du à l'accroissement naturel, et le nombre de ménages augmente à un rythme sensiblement supérieur à celui de la population. C'est ce **rythme de croissance du nombre de ménages** qui constitue d'ailleurs actuellement, plus encore que le rythme de croissance de la population, le véritable défi de la politique de logement dans ces villes latino-américaines. Même lorsque l'impact démographique direct de la migration diminue sensiblement, ses effets indirects demeurent importants à travers la composition de la population accumulée par plusieurs décennies de croissance rapide.

Aux côtés de ces évolutions de composition démographique, les compositions sociales jouent bien évidemment aussi un rôle majeur. L'importance des populations pauvres a déjà été évoqué. Nous voudrions ici insister sur les **classes moyennes**, dont le désir d'accession à la propriété et l'augmentation de la motorisation ont souvent joué au cours des dernières décennies un rôle important dans l'expansion urbaine, à travers la création de lotissements en périphérie. Au Sud comme au Nord, la diffusion de l'accession à la propriété et de la motorisation ont en effet joué un rôle essentiel dans l'expansion périphérique, que l'on ne saurait réduire au seul effet du logement illégal des pauvres. Ces classes moyennes des villes du Sud, en expansion pendant les décennies de croissance économique, sont aussi particulièrement fragiles : elles constituent le 'fusible' qui saute lors des crises économiques. La fragilité de leur statut produit des répercussions immédiates sur le marché du logement et les dynamiques socio-spatiales urbaines : augmentation de la cohabitation intergénérationnelle (report de la décohabitation et retour au domicile des parents), abandon de l'automobile ont pour effet une densification des espaces déjà bâtis, un frein à l'expansion urbaine et une remise en cause des mobilités quotidiennes de ces classes moyennes paupérisées.

### La multiplication des échelles de la ségrégation

Après des phases initiales de développement marquées par l'expansion urbaine, des transformations importantes affectent les espaces déjà urbanisés : avec le temps, le 'renouvellement' de la ville construite joue un rôle de plus en plus important, nous l'avons vu. Aux grandes divisions spatiales correspondant à la segmentation des formes de production du logement qui se mettent en place dans la phase dominée par l'expansion urbaine, s'articulent alors de nouvelles échelles de la ségrégation, à un niveau plus micro. Dans les villes du Sud les plus anciennes comme dans les plus jeunes, s'observe actuellement une tendance à l'émergence une mosaïque de petits espaces homogènes socialement.

Plusieurs facteurs contribuent à cette complexification des échelles de la ségrégation. D'abord, les nouvelles organisations fonctionnelles des espaces urbains : on est face à des espaces de plus en plus spécialisés, polycentraux, supposant une mobilité pour accéder aux

ressources. En ville comme ailleurs, l'organisation réticulaire des espaces prend le pas sur la seule organisation zonale. Ensuite, de nouvelles formes architecturales voient le jour : les ensembles résidentiels fermés autorisent une proximité spatiale entre classes sociales impensable sans le contrôle et le tri des populations qui s'opèrent dans les *conjuntos cerrados* latino-américains, ou dans les *gated communities* asiatiques ou africaines. Enfin, l'évolution des modes de vie des citadins, au Sud comme au Nord, les phénomènes de multi-appartenance des individus, de désynchronisation des rythmes familiaux contribuent aussi à favoriser des espaces de vie de plus en plus dilatés, non limités au quartier : on assiste à une dissociation des lieux correspondant aux différentes dimensions des activités des individus et des familles.

Avec le creusement des inégalités économiques au sein des sociétés citadines, l'ensemble de ces facteurs contribuent à produire des villes composées d'une mosaïque de micro espaces de plus en plus homogènes. Cette fragmentation spatiale, souvent dénoncée, porte en elle le risque d'une perte de cohésion interne des sociétés urbaines. Dans certains contextes, on observe même des tendances sécessionnistes de la part de certains groupes de population : dans certaines villes d'Amérique latine ou d'Afrique du Sud, certains groupes de citadins, les plus aisés, les plus intégrés économiquement dans la globalisation, décident de se couper spatialement et politiquement du reste de la métropole.

### Au-delà des ségrégations résidentielles : les inégalités d'accès aux ressources urbaines

Dans de vastes territoires urbains aux ressources très inégalement réparties, à la spécialisation fonctionnelle de plus en plus affirmée, la mobilité quotidienne des citadins à partir de leur logement joue un rôle accru : elle devient la condition d'accès aux ressources urbaines localisées (équipements, emplois, etc.). Même si pauvres et riches peuvent 'co-habiter' dans certains quartiers de la ville, ils n'ont pas accès aux mêmes lieux, n'ont pas les mêmes facilités de déplacements, ne pratiquent pas les mêmes espaces de consommation. Habitant le même endroit, ils n'occupent pas la même ville (Lévy et Brun, 2000). Le processus ségrégatif doit être envisagé comme un **manque d'accessibilité de certains lieux à certaines catégories de population**, qui s'exprime dans différentes dimensions temporelles : accès à d'autres segments du parc de logement par la mobilité résidentielle, accès aux emplois ou aux équipements par la mobilité quotidienne depuis le logement, etc.

Dans les villes du Sud encore plus qu'ailleurs, on ne peut pas penser la ville comme un milieu où l'accessibilité généralisée est assurée. Le système de transport et les capacités physiques et financières des citadins à se déplacer déterminent l'accessibilité des populations aux lieux centraux, et plus généralement aux différents lieux de l'espace urbain : les divisions sociales et le système de transport se combine au simple effet de la superficie et de la distance kilométrique. Un grand nombre des métropoles du Sud sont dépourvues d'un système de transport de masse efficace, dont est pourtant dépendante une proportion importante de la population n'ayant pas accès à l'usage individuel de l'automobile. L'impact de la pauvreté, celle des habitants comme des pouvoirs publics, impose des contraintes supplémentaires à l'étalement urbain; elle réduit l'accessibilité d'ensemble des différents lieux de la ville, et accroît en général les inégalités d'accès. En ce sens, l'effet de la taille de la ville est différencié entre les villes du Sud et celles du Nord.

Les villes du Sud affrontent une conjonction historique particulière. La période de forte croissance des villes du Sud a démarré alors que des moyens de transport motorisés existaient déjà. L'offre informelle de transport, à l'œuvre dans la plupart des villes du Sud, tend à entretenir l'expansion spatiale : on observe une synergie entre les modes d'urbanisation, de production du logement (en périphérie, non planifié, en direction des pauvres) et

l'organisation du système de transport, dont la souplesse permet la desserte rapide des nouveaux quartiers périphériques. La libéralisation de l'économie, l'ouverture à l'importation de véhicules et la montée des classes moyennes s'est traduite par une augmentation brutale des taux de motorisation individuelle. Dans les pays en développement, nous sommes donc face à des villes qui se développent dans un contexte de 'ville motorisée', mais avec un accès très inégalitaire à cette motorisation. Les phénomènes à l'œuvre dans les villes du Nord sont bien présents au Sud, mais avec une intensité redoublée. La simultanéité des processus (le 'télescopage' des étapes traversées par la ville européenne, passée progressivement de la ville piétonne à la ville motorisée) génère des situations particulières, tendant localement à des situations de blocage, voire de 'désarticulation' de certains systèmes urbains au Sud, lorsque la condition de fonctionnement du système urbain, les flux entre les lieux de la ville, n'est plus assurée.

Condition d'accès aux ressources urbaines localisées dans des espaces de plus en plus spécialisés, la mobilité est une ressource profondément discriminatoire. L'accès à la mobilité devient un filtre de plus en plus puissant de l'accès aux ressources urbaines : le recours à la mobilité qu'imposent les configurations urbaines actuelles n'est-il pas producteur en soi d'une inégalité sociale grandissante ? Le traitement de la question sociale par le logement a clairement montré ses limites dans les pays –comme la France- où des attentes inconsidérées ont été mises dans la mixité sociale des espaces résidentiels. Il est intéressant de voir que dans certaines villes des pays en développement les pouvoirs publics commencent à intervenir dans le champ du transport, après s'être retirés de la production du logement. La prise en compte des pratiques effectives des lieux par les habitants conduit actuellement, au Sud comme au Nord, à une remise en cause du tryptique traditionnel « un lieu – une fonction – une population résidente » ; le peuplement commence à être considéré de façon dynamique. Ces initiatives témoignent de l'introduction d'une dimension temporelle dans le traitement de l'espace urbain après des décennies de traitement spatial de la ville (Dureau et al, 2004 : 179). Dans un tel cadre, la question de l'accès aux lieux de la ville par les différentes catégories de population bénéficie d'une reconnaissance nouvelle : la ségrégation n'est plus réduite aux seules divisions sociales des espaces résidentiels.

### **Conclusion : des diagnostics trop précaires pour des villes aux responsabilités accrues**

La question n'est plus d'endiguer l'urbanisation des pays du Sud, elle est de prendre en compte la concentration croissante de la population dans les villes et son corollaire, le déplacement de la pauvreté. Cette nouvelle donne démographique appelle des changements dans les manières de lutter contre la pauvreté et conduit à s'interroger sur la façon de tirer parti de cette concentration de la population dans les villes pour accélérer le développement, pour assurer aux populations une amélioration de leurs conditions de vie. Processus irréversible, l'urbanisation des pays en développement continue de susciter la crainte ; le gigantisme des mégapoles inspire toujours de nombreux scénarios catastrophes... Les organisations internationales prêtent maintenant aux villes du Sud un rôle de premier plan dans le développement économique. Terreurs comme espoirs suscités par la ville du Sud, en particulier la grande ville, imposent d'avancer dans la compréhension de son fonctionnement et de leurs dynamiques socio-spatiales.

Fait démographique, la métropolisation est aussi un fait économique et politique : les métropoles sont devenues de nouveaux acteurs sur la scène internationale. En Amérique latine comme en Afrique ou en Asie, la décentralisation est inscrite à l'agenda des Etats, avec le soutien des organisations internationales. En effet, beaucoup d'espoir est mis par les organisations internationales dans le transfert des pouvoirs des gouvernements centraux aux municipalités, ou autres formes de gouvernements locaux. Ce transfert de certaines responsabilités aux municipalités s'accompagne aussi de plus en plus souvent d'une gestion décentralisée au sein même des grandes agglomérations. L'idée qui sous-tend ce transfert est qu'au niveau local les politiques seront mieux ciblées, que la population sera plus impliquée, bref que se développera une 'bonne gouvernance'<sup>140</sup>. Dans le domaine de l'habitat (cf. encadré) comme dans celui des services, cette 'bonne gouvernance' est supposée se traduire par une plus grande efficacité des collectivités locales, par le développement d'approches plus intégrées (en rupture avec la traditionnelle juxtaposition d'interventions sectorielles) ; de ces nouvelles conditions de gouvernement et de gestion des villes, sont attendues à la fois une amélioration des conditions de vie des citoyens, une augmentation de la compétitivité des villes et l'insertion de celles-ci dans le réseau des villes globales autour desquelles s'organise l'économie mondiale.

**Projet de déclaration sur les villes et les autres établissements humains dans le nouveau millénaire, Istanbul+5, New-York, juin 2001**

« La déclaration :

- reconfirmera les objectifs que sont un logement convenable pour tous et le développement d'établissements urbains viables ;
- reconnaîtra l'importance des approches 'intégrées et participatives' ;
- appuiera la nécessité d'assurer une décentralisation plus poussée en vue d'accroître l'efficacité des collectivités locales ;
- reconnaîtra les nombreux obstacles et insuffisances rencontrés dans l'application du Programme pour l'habitat ;
- demandera aux gouvernements de réaffirmer leur engagement en faveur du programme pour l'habitat. »

Après avoir été taxées de tous les maux, les villes sont donc maintenant supposées devenir le moteur du développement économique. Les institutions ayant en charge le gouvernement et la gestion des villes se voient attribuer des fonctions de plus en plus nombreuses. Mais peuvent-elles réellement assurer ce rôle ? Nous n'évoquerons pas ici la question des ressources budgétaires de ces institutions, ni celle des conséquences de la privatisation des services publics, de plus en plus fréquemment passés entre les mains de firmes internationales : ces questions font déjà l'objet de nombreux débats. Nous voudrions ici soulever une autre dimension, trop souvent laissée dans l'ombre : celle de **l'information nécessaire à une administration de plus en plus décentralisée des villes du Sud**. Agir sur la ville, gérer la ville, supposent de comprendre quels sont les moteurs de l'expansion urbaine, des (re)distributions des densités et des (re)distributions des groupes sociaux dans l'espace urbain. Des diagnostics approfondis des dynamiques socio-spatiales urbaines sont plus que jamais nécessaires.

Le rapide panorama des dynamiques urbaines dressé au fil de ce texte détermine la nature de l'observation nécessaire pour ces diagnostics : **rapidité** de la production d'information, imposée par les rythmes de croissance; **souplesse** de l'observation, de façon à s'adaptera des changements fréquents et brutaux; prise en compte de l'ensemble des territoires urbains, **légaux et illégaux; désagrégation sociale et spatiale** de l'information, afin de considérer les

<sup>140</sup> « Répondre au défi urbain », Population reports, série M, n°16, 2002, page 2

différences internes à la ville et satisfaire les besoins d'une gestion décentralisée ; production d'informations relatives aux **stocks** (de population, d'espace urbanisé, de logement) et à leurs transformations, et d'informations relatives aux **flux** (mobilités spatiales de population intra et extra-urbaines entre logements et circulation des logements). Avec l'évolution des moteurs des dynamiques urbaines, il est nécessaire de passer d'un « *urbanisme de la périphérie* » à un « *urbanisme dirigé vers la ville existante* », pour reprendre les mots employés dès 1998 par F. Carrion (mairie de Quito). Le défi majeur que doit affronter les gestionnaires de nombreuses villes du Sud à l'heure actuelle est d'ailleurs bien là : gérer une ville comptant plusieurs millions d'habitants, qui continue de croître à un rythme certes ralenti, mais encore rapide. Pour la recherche comme pour la gestion et la production d'information, l'heure est venue de s'intéresser aux transformations qui affectent l'espace urbain consolidé et ses habitants. L'information à disposition des collectivités locales permet-elle d'établir correctement de tels diagnostics ?

Force est de reconnaître que les formes de l'urbanisation dans les pays en développement (rythmes de croissance, développement de quartiers populaires spontanés, sans reconnaissance légale et en perpétuel changement) contribuent à rendre particulièrement difficile l'observation des populations citadines. Dans ces villes, les méthodes traditionnelles de production d'information démographique, recensements et enquêtes par sondage, se révèlent difficiles à mettre en oeuvre et ne satisfont correctement ni les besoins de la recherche, ni ceux de la gestion urbaine. Cette relative inefficacité se double, de plus, d'une segmentation disciplinaire ayant des effets très dommageables sur l'analyse des réalités urbaines. L'attention des démographes s'est plutôt portée sur la dimension globale du processus d'urbanisation : la mesure de l'intensité et du rythme d'urbanisation, l'analyse de l'évolution des réseaux urbains et la mesure de la migration des campagnes vers les villes ont été privilégiées. Le champ de l'analyse des populations à l'échelle intra-urbaine s'est retrouvé plutôt entre les mains des urbanistes, pas forcément les mieux armés méthodologiquement pour aborder ces questions. Cette approche segmentée constitue un obstacle important à la compréhension des dynamiques démographiques urbaines.

L'organisation de la statistique publique, pensée comme un système très centralisé au service du gouvernement central, contribue à obscurcir encore le tableau : les instituts nationaux de statistique ne répondent que très mal aux besoins d'information pour la gestion locale. La décentralisation n'est pas entrée dans les faits en matière de production d'information : qu'il s'agisse de la définition des unités d'observations (unités géographiques et démographiques) des nomenclatures, ou de l'accès à l'information produite (en termes économiques ou juridiques), les décisions prises hypothèquent la pertinence de l'information disponible pour un usage au niveau local. Pensés de plus souvent en référence à une pratique de planification nationale, les systèmes de production d'information statistique sont inadaptés aux besoins de la gestion locale (Blandinières, 1995). La situation actuelle est plutôt paradoxale : on sait tout de la situation démographique des communes et des migrations entre communes de pays ne comptant au total que 2 ou 3 millions d'habitants ... mais on ne sait rien au niveau infra-urbain, pour des villes qui comptent nettement plus de population ! La concentration de la population dans les villes, le transfert des pouvoirs aux institutions ayant en charge la gestion de ces villes, n'ont reçu aucun écho dans le monde de la production de l'information statistique, demeuré sourd aux évolutions majeures du peuplement et du politique.

### **Plaidoyer pour une statistique urbaine**

*« En France et dans le monde, le devenir des sociétés est totalement conditionné au phénomène urbain (...). Il est donc temps de faire sortir de la clandestinité une discipline qui s'est imposée malgré l'immobilisme de « l'establishment statistique », la statistique urbaine. La statistique macro-économique traditionnelle devient de plus en plus insuffisante à rendre compte de l'évolution d'une économie dans laquelle la concurrence des investissements s'exerce plus entre des villes qu'entre des nations (...). Le secteur privé ne s'y est pas trompé. Les efforts qu'il développe pour mieux connaître les marchés et optimiser ses positions prennent appui sur des systèmes d'informations urbains. »*

*Extrait de Blandinières J.P., 1995 : 315-316.*

L'ensemble des facteurs qui viennent d'être évoqués contribuent à ne disposer que de diagnostics très précaires sur les dynamiques intraurbaines des grandes villes des Suds, même dans les pays bénéficiant d'un appareil statistique expérimenté et de qualité. Le diagnostic est sans appel : les collectivités locales sont actuellement contraintes de gérer les villes 'en aveugle'. A une époque où l'on attend des villes un rôle actif dans le développement, la priorité devrait être donnée aux moyens leur permettant d'exercer ce rôle : l'accès à une information démographique localisée, exploitable selon des divisions fines des espaces urbains, renseignant tant sur les mobilités internes des citoyens que sur les migrations 'au long cours' des populations circulantes, constitue un préalable incontournable à l'exercice réel par les collectivités locales des pouvoirs qui leur sont dévolus.

La palette de méthodes d'observation de l'espace et des populations urbaines maintenant accessibles permettraient d'appréhender dans de meilleures conditions les dynamiques urbaines. En tirant parti conjointement des sources d'information classiques et des sources nouvelles (imagerie satellitaire, SIG, collectes biographiques sur les mobilités spatiales), il serait possible de concevoir des systèmes d'information performants à la fois dans l'identification des processus de développement et les recompositions à l'échelle de grandes villes, et dans l'observation fine des comportements démographiques. Posant dans des termes nouveaux les rapports entre les trois dimensions du système urbain (le temps, l'espace et la population), ces méthodes conduisent à de nouvelles approches des réalités démographiques et pourraient renouveler profondément l'analyse des rapports entre les populations citadines et leurs environnements.

La statistique publique peut contribuer à relever le défi urbain au Sud. Mais encors faut-il qu'existe une volonté politique de l'organiser de façon à qu'elle puisse jouer ce rôle et qu'ainsi les municipalités urbaines puissent exercer pleinement les rôles qui leur sont attribués.

## Bibliographie

2002. « Répondre au défi urbain ». Baltimore, INFO Project, The John Hopkins Bloomberg School of Public Health, *Population reports*, Vol XXX, n°4, 23 p.
- Blandinières J.P., 1995. L'avènement de la ville et le renouveau statistique, in *Téledétection et systèmes d'information urbains*, Dureau F. et Weber C. (éd.), Paris, Anthropos, Coll. Villes, pp. 307-316.
- Chackiel J. et Villa M., 1993. *America latina y el Caribe : dinámica de la población y desarrollo*. Santiago de Chile, Naciones Unidas, 119 p.
- CNUEH (Habitat), 2001. *Istanbul + 5. Le millénaire urbain. Chacun a droit à un logement décent*. Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies, 6-8 juin 2001. New York, CNUEH, 8 p.
- Dupont V. et Pumain D., 2000. De la ville compacte aux métropoles polycentriques, in *Métropoles en mouvement : une comparaison internationale*, Paris, Anthropos, Collection Villes, pp.51-80.
- Dureau F. et alii (ed.), 2001. *Métropoles en mouvement : une comparaison internationale*. Paris, Anthropos, Collection Villes, 656 p.
- Dureau F. (coord.), Barbary O., Lulle T., 2004. Dynamiques de peuplement et ségrégations métropolitaines, in *Villes et sociétés en mutation : lectures croisées sur la Colombie*, Dureau et alii (coord.), Paris, Anthropos, Coll. Villes, pp. 123-182.
- Dureau F. et Flórez C.E., 1996. Dynamiques démographiques colombiennes : du national au local, in *La Colombie à l'aube du troisième millénaire*, Blanquer J.M. et Gros C. (éds.), Paris, Editions de l'IHEAL, pp. 139-166.
- Gervais-Lambony M.-A. (ed.), 2001. *Les très grandes villes*. Paris, Atlande, Clefs Concours - Géographie, 215 p.
- Gouëset V. et Mesclier E., 2004. L'expansion du réseau urbain (1951-1993), in *Villes et sociétés en mutation : lectures croisées sur la Colombie*, Dureau et alii (coord.), Paris, Anthropos, Coll. Villes, pp. 19-67.
- Guérin-Pace F., 1993, *Deux siècles de croissance urbaine. La population des villes françaises de 1831 à 1990*, Paris, Anthropos, Coll. Villes, 205 p.
- Haeringer P.,
- Le Bris E., 2001. Croissance urbaine et gestion des villes. in *Population et développement : les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire*, Léry A. et Vimard P. (coord.), Paris, Ceped, pp. 39-49
- Lévy J.P. et Brun J., 2000. De l'extension au renouvellement métropolitain : mosaïque sociale et mobilité, in *Métropoles en mouvement : une comparaison internationale*, Paris, Anthropos, Collection Villes, pp. 229-246.
- Moriconi-Ebrard F., 1993. *L'urbanisation du monde depuis 1950*. Paris, Anthropos, Collection Villes, 372 p.
- Moriconi-Ebrard F., 1994. *Geopolis. Pour comparer les villes du Monde*. Paris, Economica-Anthropos, Coll. Villes, 246 p.
- Moriconi-Ebrard F., 2000. *De Babylone à Tokyo. Les grandes agglomérations du Monde*. Paris, Géophys, 344 p.
- Nations Unies, 1998. *World urbanization prospects. The 1996 revision*. New York, UN, Population division, 190 p.
- Nations Unies, 2002. *World urbanization prospects. The 2001 revision*. New York, UN, Population division, 182 p.
- Pumain D., 1982, *La dynamique des villes*, Paris, Economica, 231 p.



# La question des réfugiés à l'heure de la mondialisation

Luc Cambrézy

Les mouvements de réfugiés ne sont pas une nouveauté du XX<sup>ème</sup> siècle. Cependant, l'ampleur et à la récurrence de ces mouvements de population et l'attention, relayée par les médias, que l'on prête désormais à cette question ne sont pas étrangers aux bouleversements qui accompagnent la mondialisation. Ce n'est pas seulement parce que le nombre de réfugiés serait plus important aujourd'hui qu'hier que l'on s'en préoccupe plus. C'est plutôt parce qu'il n'existe plus guère de régions de la planète dont les turbulences ne déclenchent un cercle d'ondes concentriques qui finissent par concerner d'autres États et d'autres régions du monde. Ainsi, que ce soit pour de « bonnes » ou de « mauvaises » raisons, il est de fait que la communauté internationale semble n'avoir jamais été aussi présente dans le contrôle des flux et l'assistance aux réfugiés. C'est aussi pour des raisons semblables que la communauté scientifique s'intéresse de plus en plus non seulement aux problèmes que posent les réfugiés mais aussi aux problèmes qui se posent à eux.

En effet, si l'assistance humanitaire a pour objectif premier l'aide aux populations en détresse, dans le cas des réfugiés, elle a d'une part pour fonction de palier l'impuissance de la communauté internationale à mettre un terme à ces conflits et, d'autre part, à se substituer aux états incapables de prendre en charge seuls l'accueil de ces flux de population. Au total, que ce soit pour des motifs purement géopolitiques et stratégiques, ou que ce soit sous l'effet de la médiatisation des drames vécus par les populations, le problème des réfugiés est devenu l'une des nombreuses illustrations de la mondialisation en même temps qu'une de ses modalités.

## Un décompte difficile, des prévisions très incertaines

Fin 2002, le HCR recensait (sans compter le cas particulier des réfugiés palestiniens) un peu plus de 20 millions de personnes relevant de sa compétence. Sur ce total, on comptait 10.389.000 réfugiés et 4.630.000 déplacés<sup>141</sup>. L'Iran et le Pakistan accueillent chacun près de 1,3 million de réfugiés afghans ; l'Allemagne vient ensuite en 3<sup>ème</sup> position avec 903.000 réfugiés, suivie par la Tanzanie (689.000). Ces premiers chiffres donnent une première idée de la diversité des contextes car on imagine aisément que les conditions d'accueil en Allemagne (essentiellement des réfugiés d'ex République fédérale de Yougoslavie) ne sont pas comparables à celles que peut offrir la Tanzanie (des réfugiés en majorité rwandais et burundais).

Mais ces chiffres appellent aussi d'autres commentaires. Durant l'année 2003, divers événements ont pu contribuer au rapatriement de nombreux réfugiés. Outre la poursuite des retours en Afghanistan, la mort de Jonas Savimbi en Angola, la démission et l'exil forcé du président Charles Taylor au Liberia, la perspective crédible d'un accord de paix au Soudan sont des faits d'importance majeure qui annoncent la fin de plusieurs guerres civiles qui devraient entraîner une diminution significative du nombre de réfugiés.

---

<sup>141</sup> Les autres catégories sont les demandeurs d'asile, les réfugiés rapatriés « retunées » et les déplacés rapatriés.

Au total, les pays du Sud se partagent 65 % de la charge mais une note optimiste vient d'Amérique Latine. Sur ce continent, la Colombie mise à part, la fin des guerres civiles des années 70-80 a permis le retour des réfugiés dans leur pays d'origine. En Amérique Centrale notamment, la fin de la Guerre Froide a eu plusieurs conséquences : disparition des mouvements de guérilla, fin des régimes militaires et retour progressif à une démocratie participative. Pour autant, ces bonnes nouvelles que sont la fin des affrontements et le retour des réfugiés ne peuvent laisser conclure que ce sont là les signes d'une amélioration significative des conditions de vie des plus défavorisés. Enfin, et contrairement à l'Afrique, si l'arrêt des guerres civiles correspond à la fin de l'affrontement Est Ouest, c'est sans doute parce que dans les populations métissées latino-américaines<sup>142</sup> la question de l'État, la culture politique et les rapports ethniques s'expriment dans des termes radicalement différents.

Cela étant dit, le dénombrement précis des réfugiés et des déplacés demeure largement illusoire et la prévision de l'évolution de ce chiffre sur le moyen ou long terme n'est pas envisageable. Pour ce qui est de la prévision, personne n'est en mesure de dire ce que sera le monde et ce, pas même dans cinq ou dix ans. De ce fait, la courbe du nombre des réfugiés est à peu près aussi imprévisible qu'erratique. Quant au dénombrement des réfugiés et des déplacés, plusieurs éléments s'opposent à toute certitude. La diversité des sources (HCR, ministères, ONG, ...) aux intentions et intérêts divergents peuvent conduire soit à gonfler, soit à minorer, les chiffres ; Les clandestins échappent par définition à toute forme d'enregistrement ; le pouvoir menacé des états en pleine guerre civile se montre en général discrets sur le nombre de déplacés ; certains pays – comme par exemple la Chine pour les réfugiés nord coréens – pourchassent et refoulent les réfugiés issus d'un pays voisin et ami ; enfin, la variabilité parfois très rapide dans le temps et dans l'espace des mouvements de réfugiés (notamment en phase d'urgence) rend assez improbable une comptabilité précise des effectifs de population .

Par ailleurs, dans le domaine du décompte des réfugiés, la mémoire risque de se perdre rapidement si ce phénomène pourtant devenu majeur depuis la fin de la seconde guerre mondiale n'est pas envisagé dans une perspective scientifique et historique. C'est en effet à un véritable travail de recherche et de compilation d'archives qu'il faudrait pouvoir se livrer si nous ne voulons pas voir ces événements disparaître d'une Histoire et d'une géographie du monde dans laquelle la question des réfugiés commence à peine à trouver sa place. Pourtant, les organisations internationales, les groupes de recherche spécialisés et les ONG ne cessent de se doter d'outils de plus en plus performants tels que les « observatoires des conflits » et autres « systèmes d'alerte précoce » pour affiner et actualiser la carte des « points chauds ». Plutôt que de s'en tenir au bilan comptable année après année des conflits et des réfugiés qu'ils expulsent hors des frontières, cette approche a le mérite de poser la question des causes des affrontements comme des indicateurs permettant d'identifier les zones de tension potentielles. Mais, à l'image des séismes et des éruptions volcaniques, cette surveillance ne dit ni la date ni l'ampleur de l'explosion. *A fortiori* on voit mal comment la courbe du nombre de réfugiés pourrait être extrapolée aux cinq ou dix prochaines années. C'est pourquoi ces diverses tentatives apportent surtout la preuve que l'intelligibilité de l'ensemble demeure difficile à saisir<sup>143</sup>.

---

<sup>142</sup> Dans cet esprit, il faudra suivre avec d'autant plus d'attention l'évolution de la situation politique et économique dans des pays tels que l'Équateur où la proportion d'Indiens est importante et où le clivage avec la population métisse reste très tendu. A la fin des années 2000, la grave crise qu'a traversée ce pays a été sur le point de déboucher sur un véritable coup de force des populations indiennes descendues sur Quito, la capitale.

<sup>143</sup> Lassailly-Jacob V., Marchal J-Y., Quesnel A. (éd), 1999 - Migrants, réfugiés, déplacés. La migration sous contrainte. Paris, Orstom

## Notions brouillées, chiffres controversés

En termes de définition, disons tout d'abord que « réfugié » et « déplacé » ne sont pas des catégories exclusives dans le temps. On peut envisager que des populations d'abord déplacées choisissent ensuite de chercher un refuge hors des frontières de leur pays. Dans un sens inverse, il est fréquent que des réfugiés de retour dans leur pays d'origine ne retrouvent ni leur domicile ni leur région d'origine. De ce fait, considérer les réfugiés comme une catégorie parfaitement définie, strictement étanche et totalement indépendante des autres catégories de migrants tels que les déplacés ou les immigrés, a peu de sens. Car, si la distinction est essentielle sur le plan du droit international, celle-ci l'est beaucoup moins dans la pratique et dans la vie quotidienne des populations. Il existe des réfugiés sans statut de réfugié ; des déplacés qui, lorsqu'ils auront franchi la frontière, deviendront des réfugiés ; des réfugiés qui, une fois rapatriés, deviennent des déplacés ; des réfugiés qui font le choix de rester dans le pays d'accueil et deviennent des migrants économiques.

Bref, cette diversité des combinaisons et des enchaînements de situations dans le temps traduit une évidence simple. Le statut de réfugié – essentiellement défini selon les critères des droits de l'homme, de nationalité et de frontières – ne tient guère compte des conséquences économiques des guerres et des différentiels de développement entre les pays. Or, si la guerre est le motif du départ, le retour à la paix n'est pas nécessairement un motif suffisant de retour. Les ravages causés par les conflits dans ces pays, comparés aux possibilités de trouver du travail dans un pays étranger, orientent parfois le choix des réfugiés vers le prolongement du séjour dans le pays d'accueil ou vers la recherche d'une nouvelle terre d'asile.

Dans la diversité des situations rencontrées, ces cas particuliers, mais fréquents, ont nourri nombre de polémiques et de débats autour de la définition du réfugié. Les notions récentes de « réfugié de l'environnement » ou de « réfugié économique » participent des diverses tentatives visant à élargir la notion de réfugié en y adjoignant un qualificatif. Dans le même esprit, ce que d'aucuns dénomment les « réfugiés économiques » - lorsqu'il s'agit de réfugiés - occupe une place voisine des « migrants économiques ». Les réfugiés économiques sont indistinctement appelés ainsi, soit pour stigmatiser des réfugiés « opportunistes » ou des « faux réfugiés » qui abuseraient de l'assistance humanitaire, soit pour identifier des populations qui, pour avoir tout perdu, ne peuvent retourner dans leur pays même après le retour de la paix.

## Réfugiés et déplacés, géopolitique des conflits et des guerres civiles

La question des populations réfugiées, en Afrique comme ailleurs, est pour l'essentiel le résultat des guerres civiles. Sur ce continent, une quinzaine de pays vivent dans ce climat d'affrontements entre différentes communautés ethniques, régionales ou religieuses. Les conflits bilatéraux entre deux États restent en revanche assez rares et, contrairement à l'Europe centrale où l'effondrement du bloc soviétique a provoqué la dislocation de l'Empire et l'apparition de nouveaux États, les frontières politiques du continent africain sont restées remarquablement stables. Les seules exceptions notables se situent aux deux extrêmes du continent africain et restent des héritages de la colonisation puis de la décolonisation. Dans la Corne de l'Afrique, l'accession à l'indépendance de l'Érythrée en 1991 mit un terme (provisoire) à des années de guerre avec l'Éthiopie. À l'ouest du continent, l'annexion de l'ex Sahara Espagnol par le Maroc pose encore et toujours la question de l'avenir de ce territoire et de l'éventuelle création d'un État Sahraoui indépendant. D'où l'importance pour le Front Polisario de la base arrière que constituent les camps de réfugiés de la région de Tindouf dans

le sud de l'Algérie. Enfin, la guerre qui opposa en 1978 la Tanzanie à l'Ouganda, à la suite de l'annexion de la rive droite de la Kagera par les troupes du Maréchal Idi Amin Dada, se solda par le renversement du dictateur et sa fuite en exil. Au total, la règle d'or de l'OUA prônant le maintien des frontières héritées de la décolonisation a plutôt bien fonctionné si on considère que les États agresseurs qui voulaient remettre en cause leurs tracés en furent largement pour leurs frais<sup>144</sup>.

Depuis de nombreuses années, la carte des points chauds en Afrique n'a guère changé. Les pays arabo-musulmans du nord du continent africain sont très largement épargnés par les conflits se déroulant, pour la plupart, au sud du Sahara. Hormis le cas particulier de l'Algérie, c'est donc plutôt la proximité de l'Europe et l'attrait que représente le vieux continent pour les migrants africains, réfugiés ou non, qui rend cette région sensible à l'évolution des conflits au sud du Sahara. C'est en effet par ces pays, le Maroc et la Libye notamment, que transitent les candidats à l'exil vers les pays industrialisés.

En ce début 2003, les pays en guerre ou dans des situations politiques très conflictuelles générant (ou ayant généré) des flux importants de réfugiés dans les pays voisins sont les suivants : Sierra Leone, Libéria, Côte d'Ivoire, Tchad, Centrafrique, Soudan, Éthiopie, Érythrée, Somalie, RDC, Rwanda, Burundi, Angola, Zimbabwe. Les principaux pays d'accueil de ces réfugiés sont tout d'abord les pays voisins. Parmi ceux qui sont ou ont compté pour le nombre de réfugiés accueillis, on notera : Guinée, Côte-d'Ivoire, Congo, RDC, Éthiopie, Soudan, Kenya, Ouganda, Tanzanie, Zambie. On le voit à cette énumération, plusieurs pays « producteurs » de réfugiés accueillent également des réfugiés des pays voisins. C'est en général le « privilège » des pays importants en superficie ; dans ce cas, le Soudan par exemple, les régions d'accueil des réfugiés sont à l'écart des zones de conflit<sup>145</sup>.

Au total, pour conclure ce rapide tour d'horizon, l'Afrique paie un tribut autrement plus lourd que les autres continents et ce, moins par le nombre de réfugiés que par le nombre de conflits et la pauvreté de la plupart des pays d'accueil. Les réfugiés en font largement les frais. La carte de localisation de ces derniers – dans leur grande majorité concentrés dans des camps à proximité des frontières – montre l'impasse et la dangerosité de cette situation. Pour ces réfugiés, comme pour les populations locales qu'ils côtoient, l'enkystement durable dans des régions souvent laissées en marge du développement et délaissées des pouvoirs politiques, constitue, à n'en pas douter, un facteur de tension et de déstabilisation supplémentaire. À ce titre, le cas de la région des Grands Lacs est un exemple tout à fait clair des risques de contagion de la guerre aux pays voisins<sup>146</sup>.

Pour comprendre la gravité de la situation générale en Afrique, il convient de revenir sur l'historique de ces conflits. Sachant que l'opposition Est-Ouest alimentait ouvertement, ou en sous-main, la plupart des combats des années 1970-1980, l'effondrement du bloc communiste fut un peu vite annoncé comme l'avènement d'un « nouvel ordre mondial » dans un monde enfin pacifié. L'histoire de la dernière décennie du XX<sup>ème</sup> siècle montre à l'évidence l'erreur de diagnostic. La fin de la Guerre Froide n'a pas mis un terme aux conflits, et la période actuelle montre bien qu'il existait un potentiel de tensions que la fin de l'opposition est/ouest ne pouvait faire disparaître.

En effet, si la chute du mur de Berlin marque dans l'histoire un tournant décisif, cet événement s'est traduit sur le continent africain par un changement drastique dans la nature et

---

<sup>144</sup> La distinction formelle entre guerre civile et conflit bilatéral impliquant deux nations demeure assez peu satisfaisante dans le cas des mouvements autonomistes ou indépendantistes.

<sup>145</sup> Lavergne M., 1989 - *Le Soudan contemporain*. Karthala - Cermoc.

<sup>146</sup> Pourtier R. 1996 - La guerre au Kivu : un conflit multidimensionnel. *Afrique contemporaine*, n° 180, pp. 15-38.

l'évolution ultérieure des conflits. Schématiquement, deux logiques se sont succédées dans le temps ; les conflits de l'époque de la Guerre Froide et les guerres civiles contemporaines de la mondialisation.

La vieille rivalité idéologique conduisait plutôt l'URSS à encourager des mouvements de décolonisation ou de « libération » aux accents plus ou moins collectivistes, tandis que le bloc occidental (la France et la Grande Bretagne en particulier) tendait à se satisfaire de dirigeants et de gouvernements aux orientations politiques et économiques d'autant plus floues qu'ils dépendaient pour une large part de l'aide et des investissements des anciennes puissances coloniales. Il reste que partout où il y avait des affrontements, on était à peu près certain de voir l'Est et l'Ouest soutenir militairement l'un ou l'autre des deux camps. Mais, comme partout ailleurs, cette période – dominée par l'idéologie du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes et de l'intangibilité du tracé des frontières – a au moins permis de limiter les conflits bilatéraux. Et, lorsqu'il y avait menace, les « gendarmes de l'Afrique » se chargeaient d'y mettre bon ordre. Au nom des accords de défense passés avec nombre de pays africains, la France, on s'en souvient, a souvent agité le bâton. Au Zaïre (Kolwezi), au Tchad (Aozou) ou en République Centrafricaine, et aujourd'hui en Côte d'Ivoire, elle l'a employé.

L'effondrement du bloc soviétique n'a pas eu partout le même impact sur l'évolution de la situation intérieure dans ces pays. En Éthiopie ou en Somalie la chute des régimes communistes a signé la fin des dictatures de Menguistu et de Siyad Barre. En Somalie cependant, ce retrait relatif des grandes puissances n'empêche pas la guerre de se prolonger comme emportée sur sa lancée. Ailleurs, c'est au contraire la fin du contrôle des grandes puissances, voire l'abandon pur et simple de régimes soudainement jugés infréquentables – celui de Mobutu, par exemple - qui semble avoir eu l'effet d'un révélateur – et parfois d'un détonateur - pour des conflits d'une autre nature.

Ces tensions n'ont pas non plus partout les mêmes conséquences en termes de destructions et de crises humanitaires. Dans les années 1990, la fronde des Touaregs au Niger ou au Mali, tout comme la rébellion casamançaise n'ont jamais menacé le pouvoir en place, tandis que les guerres civiles du Liberia ou du Sierra Leone ont atteint, comme au Rwanda, des sommets dans le registre de l'horreur et de l'incertitude politique. Là, les rivalités de pouvoir se superposent elles-mêmes à des rivalités ou des oppositions régionales, ethniques ou religieuses ; rivalités entre des leaders politiques mais aussi et surtout, rivalités entre deux ou plusieurs communautés. Les terrains de confrontation sont alors d'une autre nature que véritablement idéologiques : Musulmans contre Chrétiens, Arabes contre Noirs, Nordistes contre Sudistes, Hutus contre Tutsis. La ligne de fracture se situe dans le registre de l'appartenance. L'appartenance à une religion, une région, une communauté – et le tout le plus souvent imbriqué – crée la ligne de fracture entre les groupes, suppose une domination d'un parti sur un autre et semble pouvoir justifier tout le reste : l'exploitation, l'expulsion ou l'élimination.

Les guerres civiles contemporaines posent à l'évidence la question de l'échec des constructions nationales telles qu'elles avaient été imaginées au lendemain des indépendances. Ces guerres sont d'abord l'expression de la déroute d'un projet de société fondé sur le concept de l'Etat-Nation et de ses corollaires essentiels, l'existence de frontières sûres et reconnues, bien sûr, mais surtout le respect des droits de l'homme et la démocratie. De ce point de vue, la comparaison entre la fin des guerres civiles en Amérique latine et la poursuite de celles-ci en Afrique, fait bien de ce dernier continent une singularité.

## Démographie des populations réfugiées

Le recensement de réfugiés vise essentiellement à obtenir un chiffre, le nombre total de réfugiés, car c'est à partir de cette information que le HCR justifie ses besoins financiers et matériels. De ce fait, les statistiques du HCR délivrent une information finalement assez pauvre qui ne permet guère d'analyse approfondie des caractères propres à chaque population. A l'occasion de l'enregistrement, on se contente des informations élémentaires : le nom, la nationalité, l'âge, le sexe, le district et la province d'origine, l'appartenance ethnique et religieuse. D'autres données viennent parfois s'ajouter à cette liste : le lien de parenté de chaque individu avec le « chef de famille » et le séjour éventuel dans un premier camp. Quelques informations complémentaires sont recueillies auprès des personnes jugées vulnérables : les femmes seules accompagnées d'enfants, les mineurs non accompagnés, les infirmes.

Au regard des objectifs assignés aux organisations humanitaires, cette information peut sembler largement suffisante car, après tout, l'essentiel est d'adapter l'aide aux besoins. Cependant, afin de mieux comprendre la composition sociologique des réfugiés, et par là même l'impact différencié des conflits sur les habitants et la diversité des stratégies de survie selon l'origine sociale, on ne peut que regretter l'absence d'informations sur des questions aussi importantes que la profession ou l'activité exercée et l'origine précise de chaque réfugié. Un citadin n'a pas le même rapport aux conséquences de l'exil qu'un agriculteur ; une famille de paysans ne vit pas de la même manière qu'une communauté de pasteurs ; un intellectuel, un soldat ou un commerçant ne subit pas dans des termes identiques l'humiliation de la fuite... Dans l'interprétation d'un conflit comme dans l'identification des déterminants au départ, il serait pourtant essentiel de savoir qui part et qui reste et, pour ceux qui partent, de décrypter les stratégies employées.

Pour des raisons déjà indiquées, la question des statistiques est un inépuisable sujet de discussions. Pour autant, les affirmations péremptoires sur une manipulation délibérée des chiffres témoignent le plus souvent d'une méconnaissance de la difficulté du problème. Les commentaires relatifs aux réfugiés sont par ailleurs souvent encombrés de généralités, voire d'inexactitudes, qui brouillent l'image de la réalité. Dans les situations d'urgence au moment de l'afflux de population dans les pays frontaliers, il est vrai que les déséquilibres démographiques sont fréquents, sinon la règle. La première raison de ces déséquilibres se situe dans une très grande dispersion géographique de la population et une mortalité accrue, aussi bien du fait des combats que des famines ou des épidémies qui les accompagnent. La faiblesse des effectifs chez les jeunes hommes (15-30 ans) peut s'expliquer par la guerre elle-même. Du fait de leur plus grande fragilité physique, les enfants en bas âge ou les personnes âgées sont quant à elles les premières victimes des conséquences de la guerre (épidémies, famine, déshydratation). Mais il existe parfois des situations inverses. Dans certains cas, la crainte de l'enrôlement forcé dans une milice conduit les garçons et les jeunes hommes à rejoindre plus massivement les camps de réfugiés que d'autres catégories moins menacées<sup>147</sup>. Ailleurs, parmi les réfugiés urbains notamment, c'est la stratégie de la dispersion qui est choisie. L'absence de telle ou telle classe d'âge (sauf chez les jeunes enfants bien sûr) ne traduit pas nécessairement une mortalité plus élevée ; elle illustre en revanche l'éclatement des

---

<sup>147</sup> Cela a été le cas au camp de Kakuma (Nord Kenya) où près de 7.000 jeunes Soudanais, séparés de leurs familles, sont arrivés seuls. Par leur nombre, ils contredisent l'image habituellement donnée des camps de réfugiés qui seraient surtout peuplés de femmes, d'enfants et de vieillards.

familles et, par là même, le bouleversement des structures familiales. En ce sens, le cas d'une population de réfugiés dont les principaux indicateurs démographiques sont équilibrés est plutôt le signe d'une situation revenue à la normale qui a dépassé l'urgence initiale.<sup>148</sup>

Au delà des situations d'urgence, les conflits qui s'éternisent ont des conséquences particulièrement alarmantes dans divers aspects de la démographie des populations réfugiées. Elles touchent en particulier à l'évolution des effectifs puisque le statut de réfugié s'applique également aux enfants nés pendant la durée de l'exil. A cet égard, le cas des réfugiés palestiniens montre jusqu'à la caricature les effets pervers des conflits qui s'enlisent dans la durée. Outre la question du partage du territoire, l'un des sujets les plus délicats à traiter est celui du sort réservé aux quelques 3,7 millions de réfugiés installés en Syrie, en Jordanie ou au Liban, dont les plus anciens vivent dans ce statut depuis la création de l'Etat d'Israël en 1948. Or, à l'occasion du premier recensement des réfugiés réalisé en juin 1952, l'UNRWA en dénombrait « seulement » 750.000...<sup>149</sup> En une cinquantaine d'années le nombre des réfugiés a été multiplié par cinq ! Avec un taux de croissance moyen de l'ordre de 3,2 % par an sur l'ensemble de la période, ce sont aujourd'hui plus de 110.000 enfants qui deviennent réfugiés *par naissance* ; et si aucun résultat ne devait advenir pour résoudre leur sort, le nombre de réfugiés palestiniens concernerait alors environ 5 millions de personnes en 2010<sup>150</sup>...

Dès lors, on comprend mieux pourquoi l'arrêt des hostilités et le retour rapide des réfugiés dans leur pays d'origine doit être placé en tête des priorités des organisations humanitaires. De ce fait, et à l'amont de cette opération, la responsabilité du politique au niveau national et international est écrasante puisque seule une solution négociée et pacifique des conflits permet d'envisager ce retour. Par la simple mécanique de la natalité, un camp de réfugiés de 40.000 personnes en Afrique compte 10.000 réfugiés supplémentaires en une dizaine d'années d'existence. Cette pression constitue un véritable aiguillon pour le HCR puisque tout accroissement du nombre total de réfugiés met en péril son équilibre budgétaire. Elle encourage l'organisation des retours partout où cela s'avère possible, mais aussi, parfois, à fermer des camps là où il devient impossible de continuer à en financer le fonctionnement. Enfin, la croissance démographique des populations réfugiées explique l'impuissance du HCR à s'opposer à la décision des pays d'accueil de les renvoyer vers leurs pays d'origine (cas du Zaïre et de la Tanzanie en 1996 à l'égard des réfugiés rwandais).

Telles sont quelques-unes des pistes de recherche qui, dans le domaine des réfugiés ou déplacés, s'ouvrent au champ de la démographie et de la géographie de la population. Il reste à espérer que les gouvernements et le HCR prennent conscience de l'importance de la mémoire statistique pour la compréhension des dynamiques migratoires. Sachant que celles-ci concernent autant les pays du Nord que ceux du Sud, ce souci mériterait d'être mieux partagé. Une meilleure connaissance des dynamiques à l'œuvre dans les pays en développement s'avère tout aussi fondamentale. Car, parallèlement aux crises économiques, sociales et

---

<sup>148</sup> Dans une réunion du HCR consacrée aux problèmes de statistiques et d'enregistrement des réfugiés, il était d'ailleurs noté que sur 4,2 millions de réfugiés pour lesquels on disposait de l'information, la population féminine était de 50,9 % et la population masculine de 49,1 %. Source : « Executive committee of the high commissioner's programme » - standing committee, February 2000.

<sup>149</sup> Comme pour la plupart des Organisations des Nations unies, l'UNRWA (United Nations Relief and Works Agency) dispose d'un site internet : <http://www.un.org/unrwa/>

<sup>150</sup> Le dynamisme démographique de la population palestinienne est un phénomène connu. Dans les années 1970, le taux de croissance de 3,5 % par an était l'un des plus élevés au monde. Les prévisions ci-dessus se basent sur un taux de 3,2 % qui est certainement appelé à diminuer. Dans tous les cas, elles ne tiennent évidemment pas compte d'une éventuelle reprise des conflits et de ses conséquences en termes démographiques.

techniques que traversent les sociétés agraires - dont on sait le rôle moteur en matière d'exode rural et de croissance urbaine -, une analyse historique des flux de population liés aux conflits, si elle était possible, montrerait comment les guerres jouent un rôle essentiel dans l'urbanisation accélérée de ces pays.

## **Routes et territoires du refuge**

Lorsque les populations ne sont pas prises en otage ou en étau entre les factions armées, les guerres conduisent d'abord les civils à fuir les zones de combat pour se réfugier dans des régions moins dangereuses. L'itinéraire choisi répond à une double logique de proximité et de recherche d'assistance. Les zones en paix les plus proches sont les premières visées à la condition qu'on soit sûr de pouvoir y bénéficier d'un minimum d'assistance : un toit, de l'eau, de quoi s'alimenter et la possibilité de se faire soigner sont les principaux déterminants du choix des routes de l'exil. Les grands axes de circulation et les villes sont, de ce fait, les routes et les lieux de cette migration en même temps qu'ils constituent des objectifs prioritaires pour les armées qui tentent de les défendre ou de les conquérir. Ainsi, aussi bien pour des raisons militaires qu'humanitaires, la guerre provoque d'importantes redistributions de population. Les villes en guerre ou prises par l'ennemi sont abandonnées, tandis que les villes en paix ou encore « ouvertes » se voient submergées par le flot des déplacés. Au gré de l'évolution du conflit et de la progression des fronts, les populations civiles sont ainsi ballottées d'un lieu à l'autre avec la survie comme premier objectif. Dès lors, l'existence d'une frontière – surtout lorsqu'elle est proche – représente une opportunité si on la compare aux dangers qui continuent de peser sur les populations déplacées. En 1999, dans la République Démocratique du Congo déchirée par plusieurs factions rivales, le faible nombre de réfugiés dans les pays voisins (comparé aux deux millions estimés de personnes déplacées) s'explique par l'immensité du pays (et donc par l'importance des distances à parcourir). Ce fut l'inverse au Rwanda où, en quelques semaines du mois d'avril 1994, plus de deux millions de réfugiés gagnèrent les frontières du Zaïre ou de la Tanzanie. Il existe donc un lien étroit entre l'importance du flux de réfugiés et la taille du pays en guerre.

Par commodité logistique, c'est encore dans les villes ou à proximité des postes frontières – donc sur les principales voies de communication - que s'installe l'aide humanitaire de première urgence. L'avenir réservé ensuite aux réfugiés est affaire de politique, en fonction des choix effectués par le gouvernement d'accueil. Dans le cas des conflits de longue durée qui interdisent la perspective d'un retour rapide des réfugiés dans leur pays, les gouvernements sont conduits à décider des modalités d'installation des migrants. Il leur faut alors choisir entre les trois options : l'accueil en ville, l'attribution de terre dans des sites agricoles ou l'installation dans les camps.

## De l'assistance humanitaire au contrôle des flux

La forme de l'accueil prend également des aspects particuliers en Afrique et en Asie qu'on ne retrouve que très peu en Europe. Pour ceux qui bénéficient de l'assistance du HCR, cet accueil prend trois formes principales : il peut s'agir de camps de réfugiés, de sites agricoles ou enfin de réfugiés urbains.

Parmi ces trois options, le camp de réfugiés est, si l'on ose dire, une spécialité des pays pauvres. Pour 83 % des réfugiés en Afrique et 96% en Asie, l'accueil dans les camps est la forme la plus courante d'assistance, alors que ce type de structure n'abrite que 14% des réfugiés européens<sup>151</sup>. Inversement, les réfugiés européens sont majoritairement des réfugiés urbains (72 %) alors qu'ils ne sont que 4% en Asie et 5% en Afrique à relever de cette catégorie<sup>152</sup>.

Le contraste entre les continents est d'ailleurs d'autant plus intéressant à souligner qu'il n'a pas grand chose à voir avec la réalité des taux d'urbanisation aussi bien dans les pays du Sud que dans les pays industrialisés. On en tirera plusieurs interprétations. D'une part, et de toute évidence, les guerres civiles du Sud affectent les populations rurales bien au delà de ce qu'elles représentent en pourcentage par rapport à la population urbaine. D'autre part, une proportion importante de la population réfugiée d'origine citadine n'a pas accès aux « privilèges » des réfugiés urbains et doit se résigner à affronter la vie des camps. S'il en était besoin, c'est bien là une preuve supplémentaire de la manière très différente dont sont assistés les réfugiés du Sud par rapport à ceux du Nord. La charge financière de l'assistance aux réfugiés – du Nord comme du Sud - incombe très largement aux pays industrialisés et l'importance des moyens mobilisés reste étroitement dépendante des enjeux et donc des intérêts de ces derniers. Il est devenu banal de constater qu'il y a bien deux poids et deux mesures et que, de ce fait, l'assistance aux réfugiés est d'autant plus mesurée (en qualité comme en quantité) que les réfugiés sont originaires de pays pauvres. La Somalie n'est pas le Kosovo...

### Les grandes tendances : mondialisation, migrations internationales et urbanisation des réfugiés

On sait que plus les pays sont pauvres et leurs gouvernements impuissants, plus le HCR doit se substituer aux États pour délivrer un minimum d'assistance aux populations réfugiées. Ainsi, force est de constater que dans la pratique, les organisations humanitaires mènent un double combat : l'un, contre la détresse des réfugiés ; l'autre, contre le sous-développement.

Au total, si les réfugiés du Sud ne sont pas logés à la même enseigne que ceux du Nord, il est clair que les responsabilités sont à la fois partagées et à plusieurs niveaux. Rappelons tout d'abord que le volume et la qualité de l'assistance dispensée par le HCR est fonction des

---

<sup>151</sup> La guerre opposant la République Fédérale de Yougoslavie aux forces de l'Otan a conduit près de 800.000 réfugiés du Kosovo dans de vastes camps. Après la défaite des forces serbes, ces camps ont ensuite été très rapidement fermés.

<sup>152</sup> Ces taux, issus d'une estimation sur les chiffres de 1998 sont livrés à titre indicatif. Plus récemment, le HCR livre un pourcentage de réfugiés accueillis dans des camps beaucoup plus faible. Il est vrai que cette forme d'accueil n'a pas bonne presse...

moyens financiers dont l'agence dispose. Ces moyens dépendent très largement des contributions des pays donateurs et donc essentiellement des pays industrialisés. Or les donateurs pratiquent une politique d'assistance évidemment ciblée en fonction de leurs intérêts géopolitiques, de leurs liens historiques avec le pays d'origine des réfugiés et le pays d'accueil et enfin, de la pression éventuelle de l'opinion publique. On voit donc que l'aide financière et matérielle est beaucoup moins fonction des besoins concrets des réfugiés que de ce qu'ils représentent. Autrement dit, si les pays du Nord assistent le HCR sur le plan financier, avec l'espoir d'un quelconque « retour sur investissement », celui-ci ne peut relever que d'un ordre politique et diplomatique qui hiérarchise ses priorités.

Ainsi, à défaut d'une véritable politique de l'asile – au sens fort du terme – on voit bien que la stratégie de confinement des réfugiés du Sud dans des camps, au Sud, concorde avec les préoccupations des pays du Nord qui les financent pour une très large part. On ne se risquera évidemment pas à évoquer l'hypothèse manichéenne d'un choix délibéré de la part des pays industrialisés mais on ne peut que souligner l'inquiétude que soulèverait l'idée de savoir des millions de réfugiés issus des pays du Sud, libres de leurs mouvements, et donc libres de tenter l'aventure vers le Nord. Malgré la « refugee fatigue », le financement de l'aide humanitaire apparaît donc comme une nécessité politique.

Du côté des pays du Sud qui accueillent les réfugiés, la donne est évidemment très différente. Contrairement aux pays du Nord, ils sont directement concernés par ces flux de population. Incapables d'assumer seuls la charge de l'assistance, les gouvernements sont un peu cantonnés au rang de simples spectateurs d'une assistance matérielle et financière massive. Cette aide éveille pourtant bien des appétits. Dans la mesure où les gouvernements, comme la population locale, font parfois payer cher les quelques centaines d'hectares concédés au HCR pour l'installation des camps, c'est là où la responsabilité des pays de premier accueil est la plus grave. Les formes de pression sont multiples : depuis celles exercées sur le HCR et les ONG pour promouvoir l'emploi local, jusqu'aux demandes d'indemnisation du fait des dégradations environnementales, en passant par la menace répétée d'une expulsion pure et simple des réfugiés.

Si la définition et l'adoption d'une politique suppose que l'État s'en donne les moyens (administratifs, logistiques et financiers), on serait tenté de dire que, dès lors que le confinement des réfugiés dans des camps est le contraire d'une politique d'accueil, alors les pays du sud n'ont *pas* de politique d'asile à l'égard des réfugiés.

Quelle que soit la manière dont le problème est abordé, il semble qu'une condition nécessaire à l'élaboration d'une politique d'asile digne de ce nom soit l'existence d'un véritable régime démocratique. Depuis plus d'une décennie, et selon les années, l'Afrique fait face à un contingent de 4 à 10 millions de réfugiés. Même si c'est le plus souvent à leur corps défendant, les risques que font courir ces populations sont multiples. De ce point de vue, il faut avoir la lucidité de reconnaître que les réfugiés – parce qu'ils sont réfugiés – sont des populations à haut risque qui transportent avec eux la violence, la misère et tout ce qui l'accompagne : la délinquance, la prostitution, les risques épidémiologiques...

D'un autre côté, la « politique » d'endiguement des réfugiés ne doit pas faire oublier que ces réfugiés sous contrôle ne représentent qu'une partie de la réalité. Les autres circulent par petits groupes aux quatre coins du continent africain et il n'est pas plus surprenant de rencontrer des Congolais à Dar Es Salam qu'à Johannesburg, des Rwandais à Dakar qu'à Nairobi et des Soudanais à Douala qu'à Tripoli. Dans ce contexte d'internationalisation du problème des réfugiés, l'Afrique est un continent globalement moins bien armé pour faire face aux conséquences politiques, économiques et sociales des conflits et des flux de population qu'ils engendrent.

Au total, même si la question des réfugiés constitue un phénomène particulier qu'il convient d'analyser en tant que tel, sa place doit être resituée dans le phénomène plus large des migrations internationales. En moins de deux décennies ces dernières ont pris une dimension essentielle dans le débat politique national et international. L'origine de ces débats tient évidemment à l'ampleur du phénomène migratoire que le développement des transports et le raccourcissement des distances n'ont fait que favoriser<sup>153</sup>.

Les réfugiés mis à part, les deux premiers moteurs des migrations internationales sont la recherche d'un emploi et les différences de niveaux de vie ou, si l'on veut, de développement<sup>154</sup>. Ces deux facteurs définissent des espaces de polarité complémentaire qui s'attirent et dans lesquels les migrations tendent à être d'autant plus importantes (lorsqu'elles ne sont pas contrôlées ou réprimées) que la distance entre ces deux pôles est réduite et que les différences entre eux sont élevées. On se déplace de zones de sous-emploi vers les bassins d'embauche ainsi que de régions au revenu faible vers celles au niveau de vie plus élevé. La question de la frontière ne joue que dans la mesure où elle marque des origines différentes et définit par là des nationalités auxquelles l'entrée dans un pays peut être refusée. La frontière exerce donc un rôle de barrière mais ne peut empêcher – quand elle ne la crée pas – l'existence de cette polarité.

Ainsi précisées, les causes de migrations ne se comprennent pas seulement comme une simple opposition Nord-Sud et la complexité et la diversité des mouvements imposent une prudence d'autant plus grande à l'égard des analyses qu'on peut en faire. De même, l'immigration chinoise en Indonésie, mexicaine aux États-Unis, ou turque en Allemagne, est l'expression de la persistance de ces différentiels de développement et de la multiplication des opportunités de migration. De ce point de vue, l'habituelle distinction entre le Nord et le Sud n'est donc pas si tranchée ; la Turquie, malgré ses millions de travailleurs en Europe de l'Ouest, est également un pays d'immigration et les Indonésiens s'exilent en masse dans les pays de la Péninsule arabique.

Sur le continent africain, quelques pays « émergents » ou « en transition » constituent également des pôles d'attraction pour les migrants économiques. On a vu que l'un des principaux foyers de transit ou de convergence des circuits de migration internationale se situait au nord, sur la côte méditerranéenne du fait de sa position charnière avec l'Europe ; le Maroc et la Libye sont les premiers concernés du fait des courtes distances avec l'Espagne et l'Italie. Mais, avant même d'envisager de franchir la mer, nombre de migrants de l'Afrique sub-saharienne trouvent à s'employer dans les pays arabes de la côte nord

Qu'elle ait été en partie organisée ou qu'elle soit clandestine, la croissance des migrations internationales est l'une des conséquences de la mondialisation. L'ouverture des frontières et des marchés, la libéralisation des échanges qu'accompagnaient, en parfaite cohérence, la modernisation et l'accélération des moyens de transport ne pouvaient qu'accroître la circulation.

La reprise économique et le vieillissement de nos populations aidant, la plupart des pays européens (re)découvrent que la main-d'œuvre pourrait finir par manquer et que le financement des retraites d'un troisième âge toujours plus vert justifie qu'on envisage d'ouvrir plus largement les frontières à l'immigration. L'évolution de la situation politique et économique mondiale a radicalement renouvelé la problématique migratoire et, tout particulièrement, la question des migrations internationales.

---

<sup>153</sup> Simon G., - 1995 - *Géodynamique des migrations internationales dans le monde*. PUF.

<sup>154</sup> J'inclue ici non seulement les revenus plus élevés que dans le pays d'origine mais aussi tout ce qui accompagne en général l'élévation du niveau de vie (consommation, éducation, santé).

La principale ambiguïté relève des tensions de plus en plus fortes entre, d'une part, les changements introduits par la bourrasque de la mondialisation et, de l'autre, le problème, au niveau de chaque État, du contrôle et de la gestion des flux migratoires. En effet, l'ouverture des frontières aux mouvements de marchandises, de capitaux et d'information est une réalité en marche alors que la libre circulation des hommes reste encore soumise au souci de chaque État d'en contrôler le rythme et surtout, l'origine ; c'est d'ailleurs le contingentement des mouvements de population - en fonction des règles migratoires propres à chaque pays (ou ensemble de pays) – qui explique l'inflation des filières clandestines.

En poussant un peu plus loin la réflexion, la situation actuelle éclaire sous un nouvel angle la fonction contradictoire des frontières et l'hypocrisie d'une mondialisation à « géographie variable ». D'un côté, le contrôle des flux migratoires conduit à réifier le rôle de barrière des limites politiques des États ; de l'autre, la globalisation exigerait en revanche une ouverture toujours plus grande de celles-ci.

Cette double attitude de fermeture et d'ouverture révèle la position embarrassée des pays européens à l'égard de l'immigration. Comme d'ailleurs les États-Unis et le Canada, qui n'en font pas mystère, le vieux continent s'achemine en effet de moins en moins discrètement vers une politique de quotas migratoires et des pratiques de recrutement ciblés en fonction des compétences et des origines nationales. Si elle était plus affichée, cette politique aurait au moins le mérite de la clarté, mais ce pragmatisme pose pourtant le problème moral de cette pratique évidemment discriminatoire au regard du droit international et du principe d'égalité des droits de l'homme.

Dans ce contexte chahuté, les migrations internationales et les questions qu'elles soulignent, appellent à une réflexion de fond qui renvoie à l'autre opposition – l'autre frontière – celle qui existe entre pays riches et pays pauvres. Entre ces deux pôles, tout concourt en effet à une accélération, en volume et en vitesse, des migrations : outre les raisons déjà citées, la multiplication des conflits et des mouvements de réfugiés, la libéralisation des échanges, les différentiels de coûts de la main-d'œuvre et les délocalisations qu'ils suscitent sont les facteurs principaux de ce maelström migratoire.

Ces discriminations nous ramènent ainsi aux guerres civiles et aux mouvements de réfugiés qu'ils génèrent. Ces derniers participent aux migrations internationales dans des proportions qui restent inconnues puisque le passage du statut de réfugié à celui de migrant économique n'est souvent qu'une affaire de temps. Cela rend d'autant plus incertaine la distinction entre les migrations de type économique et celles liées à des crises politiques et humanitaires. A l'exception des quelques milliers de « privilégiés » pour lesquels une réinstallation dans un pays du Nord est organisée (généralement par l'Office International des Migrations), la plupart des réfugiés qui voyagent ou qui résident dans un État distant de leur pays d'origine sont le plus souvent en situation migratoire irrégulière. Cette situation montre à quel point la question du retour des réfugiés demeure un problème difficile et sans solution satisfaisante, tant que les différentiels de développement sont tels qu'ils encouragent les réfugiés à rester, au risque de la clandestinité, dans le pays d'accueil.

# Migration internationale

**Christophe Guilmoto et Frederic Sandron**

La conférence du Caire avait mis en avant des principes sur la régulation des migrations internationales qui n'ont sans doute pas reçu l'intérêt de ceux promus pour d'autres dimensions de l'évolution démographique. Pourtant, dix ans plus tard, ces enjeux ne se sont guère estompés et les questions posées restent en tout point valides, car la question migratoire revêt une importance constante sinon croissante pour les sociétés du Nord et du Sud. Elle met en lumière la géographie complexe des déséquilibres du monde contemporain, aussi bien en matière politique que sociale ou économique. Pour la seule dimension démographique, les sociétés industrialisées doivent une part croissante de leur dynamisme à l'apport migratoire et les projections démographiques annoncent l'importance future de l'immigration sur ce point.

Le survol que nous offrirons ici vise à récapituler l'avancée récente des réflexions sur la question, en soulignant ici plus l'accent sur pays en développement dont la place dans les échanges migratoires à destination du Nord est considérable et ne devrait pas diminuer dans le futur.<sup>155</sup> Nous prendrons ensuite appui sur les dernières statistiques des Nations Unies pour une évaluation globale des flux contemporains, leur très inégale répartition géographique et de leur évolution durant les dernières décennies. Nous discuterons brièvement des politiques migratoires, puis de l'effet de la migration sur les conditions des pays en développement afin de réfléchir à quelques initiatives récentes en matière d'organisation de la migration.

## **Les contextes et les logiques de la migration**

De nombreuses théories s'offrent pour réfléchir aux déterminants de la migration. Toutefois, la migration est généralement abordée comme un phénomène affectant les nations industrialisées et les discussions afférentes, souvent nourries par des urgences politiques parfois éloignées de la réalité du phénomène migratoire, tendent à se concentrer sur les conséquences de l'arrivée des migrants sur le tissu social et les communautés urbaines, l'appareil scolaire ou encore le marché du travail dans les pays riches, alors que les grandes vagues migratoires sont souvent derrière nous comme en France. De telles approches rendent compte imparfaitement de la logique du phénomène dans son ensemble, dans la mesure où elles n'examinent que le segment final du parcours migratoire, à savoir les conséquences sociales ou économiques de l'arrivée de nouveaux venus dans les pays d'accueil. C'est avant tout dans le sous-développement que l'on trouvera les clés pour comprendre la logique des échanges migratoires internationaux. Les théories adoptent souvent un point de vue global, « macro », mettant en avant les forces structurelles et les déséquilibres interrégionaux ou internationaux. De manière presque mécanique, la migration répond ici au modèle classique de l'offre et de la demande en ajustant les besoins des entreprises du Nord à l'offre de main-d'œuvre des pays du Sud. Ce cadre d'analyse tend à diviser les déterminants migratoires en facteurs répulsifs (crise, chômage, faible productivité, etc.) et attractifs (conditions de vie, salaires élevés, etc.), suivant le modèle « push-pull » à forte valeur heuristique. Cette grille d'analyse pêche toutefois par son caractère trop simple eu égard aux circonstances,

---

<sup>155</sup> Cette synthèse s'appuie sur les travaux récents des auteurs. Voir notamment Guilmoto CZ et F. Sandron, 2003. *Migration et développement*, la Documentation française, Paris.

économiques et autres, qui déterminent des cycles complexes entre fluctuations dans la demande de main-d'œuvre et tendances démographiques.

Le seul modèle démographique (excédent démographique dans le Sud répondant au déficit dans le Nord) est lui aussi insuffisant car l'immigration n'est qu'un mode imparfait d'ajustement de la forte croissance des pays en développement au relatif déclin des pays industrialisés. L'Europe conjugue ainsi une faible croissance démographique et une attitude extrêmement protectionniste en matière d'accueil de travailleurs immigrés, tandis que les États-Unis qui affichent une croissance démographique plus soutenue adoptent au contraire une politique plus ouverte. Et ce décalage est peut-être plus visible à partir des pays du Sud, car ce ne sont pas nécessairement les plus féconds qui connaissent les mouvements migratoires les plus pléthoriques.

Un courant explicatif qui prédomine au sein des analyses économiques globales considère que la pénétration coloniale a originellement brisé le développement endogène des économies rurales des pays tropicaux, en leur imposant une plongée trop brusque dans la monétarisation des échanges. Cette déstructuration a rendu nombre des économies du Tiers monde dépendantes de celles des métropoles européennes et a fragilisé les systèmes de production locaux, contraignant les paysans, les éleveurs ou les artisans à prendre des emplois dans la nouvelle économie coloniale, puis plus récemment dans une économie mondialisée soumise à des injonctions venues des pays riches. Les économies rurales traditionnelles ne peuvent absorber le surplus de main-d'œuvre, d'autant que les investissements nécessaires pour développer la technologie ou les infrastructures agricoles sont insuffisants pour ralentir la pression accentuée sur la terre ; la migration devient alors une stratégie de «survie» pour des populations menacées par une paupérisation progressive. Pour les pays importateurs de main-d'œuvre, l'absorption des migrants non qualifiés répond aux impératifs d'un marché du travail segmenté, comprenant notamment une gamme distincte d'activités dévaluées tels que le nettoyage, la construction ou le salariat agricole. A ce titre, le déficit de main-d'œuvre dans ce second marché est structurel et appelle la venue nécessaire de migrants non qualifiés pour le combler. La situation juridique souvent fragile des immigrés abaisse leur capacité de négociation et les contraint à accepter des emplois dont la modernisation est ainsi retardée.

D'un point de vue spatial, la mondialisation croissante des échanges va paradoxalement de pair avec la concentration de la croissance sur des larges aires urbaines qui servent de moteurs de croissance régionale dans les pays développés. La demande de migrants sans qualification serait ainsi enracinée dans la structure même du développement capitaliste contemporain et ses besoins de flexibilité et ne saurait s'interrompre dans les décennies à venir. La modeste croissance économique européenne récente a d'ailleurs montré qu'elle entretenait un fort volant de main-d'œuvre immigrée souvent clandestine.

Une pareille vision d'ensemble bute sur la difficulté à incorporer l'action régulatrice des États dans la migration internationale, car les entreprises sont censées agir indépendamment de l'action publique (ou en complète coordination avec elle). Par son niveau d'analyse et l'accent mis sur les sociétés du Nord, ces théories manquent également à replacer les comportements des migrants du Sud dans leurs contextes propres et à recomposer les stratégies à l'échelle de leurs unités économiques que sont les ménages. Elles tendent en effet à faire des migrants des victimes involontaires du système et à les dépouiller de toute agence, c'est-à-dire de la capacité à faire des choix migratoires autrement que sous l'attraction des forces supérieures des rapports économiques internationaux. Les spécificités locales et les accidents historiques rendent également les grandes théories de moindre utilité quand on veut comprendre les formes régionales ou les calendriers spécifiques de certains courants migratoires. Car si les échanges internationaux pouvaient être résumés par une immense matrice, associant pays de départ d'un côté et pays d'arrivée de l'autre, il apparaîtrait vite que les plus larges volumes se

concentrent dans de plus petites matrices qui ne relient qu'un nombre très réduit de pays d'origine et de destination entre eux. Cette description fait apparaître que ces systèmes migratoires sont fortement compacts et segmentés en raison d'un faisceau de facteurs géographiques (accessibilité), historiques (colonisation) ou anthropologiques (proximité culturelle) qui ont facilité la mise en place initiale des courants.

Pour analyser la « raison migratoire » d'un point de vue économique, il faut placer l'accent sur les logiques des acteurs et souligner très tôt que le modèle de la maximisation des revenus doit se doubler de celui de la gestion du risque parfois plus adéquat pour saisir les économies en développement. Les acteurs doivent également considérer à une échelle intermédiaire, replongeant les candidats à la migration dans le cadre du groupe social d'appartenance, à commencer par la famille et le ménage. Ce groupe d'appartenance n'est pas qu'un simple label culturel : il est au contraire la première des ressources du migrant, qui est d'ordinaire faiblement détenteur des autres formes de capitaux (humain ou financier) qui lui faciliteraient ses déplacements. Aujourd'hui, au confluent des approches sociologiques et économiques, les chercheurs tentent de formaliser cette notion à partir du concept de « capital social » qui recouvre toutes les formes de réciprocité, d'obligations et de solidarité dont peuvent disposer les individus : liens et soutiens familiaux, accès aux réseaux migratoires, etc.

La recherche actuelle sur la migration insiste désormais sur le rôle des ménages et des différentes organisations sociales intermédiaires, de la famille au réseau ou au groupe ethnique. Pour comprendre la logique du migrant, il est en effet indispensable de prendre en considération la fragilité de son économie familiale d'origine, mais également la richesse des liens sociaux qu'il pourra mobiliser au cours de son parcours migratoire et qui pourront se recristalliser dans la formation de communauté migrante, ébauche de diaspora future.

## **Le nombre des migrants**

Les chiffres comparatifs sur la migration internationale sont rares, car ils émanent de pays qui tiennent des comptabilités fort disparate en matière d'arrivées et de départs. Les chiffres qui suivront sont basés sur les estimations fournies en octobre 2002 par la Division de la Population de l'ONU et d'autres organismes internationaux tels que le HCR. Ils ont l'avantage précieux d'offrir une base de comparaison à la fois homogène et très récente. On s'intéressera ici à deux indicateurs principaux : la population résidente dans chaque pays mais née à l'étranger en 2000 (stock migratoire) et le solde migratoire annuel durant les cinq années précédentes (flux net), en distinguant quand cela est possible la part revenant aux réfugiés. Par souci de simplicité et de brièveté, les tableaux présentés ici rassemblent les pays par grands groupes régionaux.

Le tableau 1 offre un récapitulatif des tendances contemporaines. On y trouve en premier lieu l'estimation de la population des migrants internationaux dans l'ensemble du monde, obtenue à partir des évaluations effectuées pour chacun des 228 pays. Elle s'établit en 2000 à près de 175 millions de personnes. Ce chiffre inclut également les réfugiés parmi les migrants, même si leur séjour peut être assez bref dans le pays d'accueil.

Tableau 1 : Population, migrants et réfugiés dans le monde en 2000

Régions	Population totale	Total Migrants		dont Réfugiés
	Millions	Millions	%	Millions
<b>Pays développés</b>	1 191,4	104,1	8,7	3,0
<b>Pays moins développés</b>	4 865,3	70,7	1,5	12,9
Dont pays les moins avancés	667,6	10,5	1,6	3,1
<b>Afrique</b>	793,6	16,3	2,1	3,6
<b>Asie</b>	3 672,3	49,8	1,4	9,1
<b>Europe</b>	727,3	56,1	7,7	2,3
<b>Amérique Latine et Caraïbe</b>	518,8	5,9	1,1	0,04
<b>Amérique du Nord</b>	314,1	40,8	13,0	0,6
<b>Océanie</b>	30,5	5,8	19,1	0,1
<b>Monde</b>	6 056,7	174,8	2,9	15,9

Notes: Chiffres relatifs à l'an 2000 pour les pays classés selon la nomenclature de l'ONU.  
Migrants: nombre estimé de migrants nés à l'étranger (ou de ressortissants étrangers) et pourcentage de la population totale dans les pays d'accueil. Ce chiffre inclut les réfugiés  
Réfugiés: nombre de réfugiés d'après les définitions du HCR  
Sources: *International Migration 2002*, tableau publié par la Division de Population des Nations Unies, 2002 ([www.un.org/esa/population/unpop](http://www.un.org/esa/population/unpop))

Au total, on obtient un peu moins de 3% de migrants de la population mondiale. Cette proportion paraît modeste, mais il ne s'agit que d'un chiffre moyen sur l'ensemble des pays du monde. Les différences internationales en matière de pourcentages de population étrangère sont en réalité accentuées du fait de la concentration géographique des flux migratoires. On observe par exemple que près de 60% de ces migrants internationaux résident en 2000 dans les pays développés, à savoir les pays européens, d'Amérique du Nord, ainsi que l'Australie, le Japon et la Nouvelle-Zélande, alors que ces derniers représentent moins de 20% de la population mondiale. Ce très fort déséquilibre se traduit par des proportions de migrants qui sont cinq fois plus élevées dans les pays du Nord que dans le reste du monde (8,7% dans les pays développés contre 1,5 % dans les pays en développement) et paraîtrait encore plus considérable si on omettait les pays arabes producteurs de pétrole que l'ONU range parmi les pays moins développés et qui accueille au total près de 10 millions d'immigrés sur leur territoire. Cet écart entre zones est naturellement l'effet de l'orientation dominante Sud-Nord des courants migratoires.

En termes géographiques régionaux à proprement parler, ces variations sont encore plus manifestes, puisque l'Amérique du Nord, l'Europe de l'Ouest ou le Proche-Orient comptent plus de 10% de migrants en leurs frontières. L'Océanie enregistre le pourcentage le plus élevé de migrants en raison de la prépondérance démographique de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande dont près d'un quart de la population est originaire de l'étranger. Inversement, les pourcentages dans les autres régions comme l'Asie sont souvent inférieurs à 2%, voire inférieurs à 1% dans le cas de l'Asie orientale.

Le tableau détaillé des migrations (non reproduit ici) des migrations met en évidence la relative concentration des migrants autour des grands pôles économiques mondiaux que sont les pays industrialisés (à l'exception du Japon) et les pays producteurs de pétrole du Proche-Orient, de la Libye à Oman. Divers foyers d'immigration, plus petits et isolés, sont également perceptibles parmi plusieurs pays en développement, comme en Côte d'Ivoire ou en Afrique du Sud, ainsi qu'au Brunei, en Malaisie et à Singapour. Les pays de l'ancienne Union Soviétique, des républiques baltes jusqu'à l'Asie centrale enregistrent également des volumes de migrants étrangers importants. Ceci est particulièrement visible pour la Russie, qui compte d'après les estimations de l'ONU non moins de 13 millions d'immigrés, pour l'Ukraine (près de 6 millions) et le Kazakhstan (3 millions). La Russie a recueilli des Russes de l'ensemble

des nouveaux États indépendants, mais le pays est également une plaque tournante pour l'émigration clandestine vers l'Europe en provenance du Tiers monde.

La répartition des migrants dans le monde fait également apparaître quelques absents de taille, notamment le continent latino-américain où les immigrés sont en nombre négligeable. Mais la faiblesse relative de l'immigration est surtout symptomatique des pays asiatiques, y compris le riche Japon où l'arrivée de migrants étrangers reste encore assez récente. Les deux géants démographiques que sont la Chine et l'Inde ne comptent que très peu de migrants internationaux. L'Asie est donc dans l'ensemble relativement en retrait des courants de l'immigration et si les tendances se renversent à l'heure actuelle en certains pays, le décalage reste frappant avec le reste du monde.

L'examen des estimations du nombre de réfugiés en 2000 fait apparaître des tendances très différentes. En premier lieu, on observera que la population réfugiée, d'après l'enregistrement du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), est en volume très inférieure à celle des autres migrants dont elle représente juste le dixième. Le chiffre total de 15,9 millions de réfugiés dans le monde reste toutefois considérable et recouvre avant tout une population arrivée récemment dans les pays d'accueil. En second lieu, on constatera que la répartition géographique est très différente de celle de la population immigrée. Les pays développés reçoivent 19% des réfugiés, soit une part tout à fait comparable à leur poids dans la population mondiale. Cette proportion comprend plus d'un tiers des réfugiés en provenance de l'ex-Yougoslavie. Ce sont les pays du Tiers monde qui absorbent plus de 80% des réfugiés, et parmi eux les pays les moins avancés en reçoivent une part largement supérieure à leur poids démographique. Aux premiers rangs se trouvent les pays d'Afrique centrale ou occidentale et d'Asie du sud, où se sont déroulés quelques-uns des conflits les plus graves de la dernière décennie du XX<sup>ème</sup> siècle.

L'Afrique et l'Asie regroupent 80% des réfugiés, avec des proportions encore plus variables à l'échelle individuelle des pays. Vingt-quatre pays du globe comptent plus de 1% de réfugiés dans leur population en 2000 et on dénombre dans quatre d'entre eux plus d'un million de réfugiés, à savoir en Iran et au Pakistan (autour de l'Afghanistan), ainsi qu'en Jordanie et dans les Territoires palestiniens occupés (autour d'Israël). Les réfugiés afghans sont aujourd'hui les plus nombreux au monde (3,5 millions de personnes à la fin de l'année 2000), mais ils n'ont guère débordé des frontières du Pakistan et de l'Iran voisins. Presque tous les pays d'accueil de réfugiés sont en effet contigus à des zones de conflit récent et ont en commun des membres des mêmes groupes ethniques que les réfugiés dans leur population comme c'est le cas au Pakistan, en Syrie, en Guinée ou en Tanzanie.

Les exceptions à cette règle de proximité géographique ou ethnique sont représentées par quatre pays d'Europe (Allemagne, Danemark, Norvège et Suède) dont les politiques libérales ont permis l'accueil d'un nombre très important de réfugiés, et ce en dépit des restrictions sévères à l'immigration de la main-d'œuvre. Inversement, les autres grands pays d'Europe comme la France ou la Grande-Bretagne, dont la voix internationale se fait souvent entendre plus fort, n'ont admis qu'une proportion extrêmement modeste de réfugiés, ne dépassant pas 0,2% de leur population totale. Les pays anglo-saxons d'outremer sont protégés par la distance des flux de réfugiés et n'en ont accueilli en tout que 700 000, soit moins que l'Allemagne.

## **Les flux migratoires récents**

L'ONU a complété ses estimations des effectifs des migrants pour l'an 2000 d'une mesure très utile sur les flux migratoires pays par pays, c'est-à-dire le solde des départs et des arrivées

évalué sur la période 1995-2000. Cette mesure, qui figure sur le tableau 2, permet à la fois de distinguer les régions d'émigration des régions d'immigration, et de contraster l'intensité des mouvements, à la fois en chiffres absolus mais également en taux annuel à comparer avec l'accroissement naturel. Le chiffre comprend toutefois également les effectifs des réfugiés.

Tableau 2 : Population et solde migratoire dans le monde en 2000

Régions	1	2		3
	Population totale <i>Millions</i>	Solde migratoire annuel <i>Millions</i> <i>Pour mille</i>		Accroissement naturel <i>Pour mille</i>
<b>Pays développés</b>	1 191,4	2,3	2,0	1,6
<b>Pays moins développés</b>	4 865,3	-2,3	-0,5	17,4
Dont pays les moins avancés	667,6	-0,3	-0,5	25,7
<b>Afrique</b>	793,6	-0,5	-0,6	25,2
<b>Asie</b>	3 672,3	-1,3	-0,4	15,3
<b>Europe</b>	727,3	0,8	1,1	-0,6
<b>Amérique Latine et Caraïbe</b>	518,8	-0,5	-1,0	17,5
<b>Amérique du Nord</b>	314,1	1,4	4,6	6,2
<b>Océanie</b>	30,5	0,1	3,0	11,4
<b>Monde</b>	6 056,7	0	0,0	14,2

Notes: 1. : Chiffres relatifs à l'an 2000 pour les pays classés selon la nomenclature de l'ONU.  
2. : Chiffres relatifs à période 1995-2000 se rapportant à l'ensemble de la région considérée. Valeurs négatives quand l'émigration est supérieure à l'immigration (solde migratoire négatif).  
3. : Chiffres relatifs à période 1990-2000.

Sources: *International Migration 2002*, tableau publié par la Division de Population des Nations Unies, 2002 ([www.un.org/esa/population/unpop](http://www.un.org/esa/population/unpop))

L'apport migratoire joue un rôle démographique important dans les pays du Nord en raison de leur accroissement naturel faible. C'est surtout vrai de l'Europe dont le solde des naissances sur les décès est négatif depuis déjà une dizaine d'années. Dans les pays du Sud, en revanche, on observe que les taux d'émigration interrégionale nette reste à un niveau insignifiant en comparaison avec un rythme d'accroissement encore très soutenu.

La répartition géographique de ces flux annuels met en évidence la place prépondérante occupée par l'Asie qui fournit la majorité des migrants avec 1,3 million de départs nets par an alors que les continents africain et latino-américain enregistrent chacun 500 000. Le poids de l'émigration asiatique est donc le premier moteur des échanges migratoires à l'échelle intercontinentale. Cependant, cet effet de pur volume démographique se dissipe si l'on examine les taux d'émigration par habitant, qui mesurent plus exactement la propension à migrer. Celle-ci s'avère dès lors plus élevée, eu égard à la population de référence, en Afrique, en Amérique Latine et dans la Caraïbe qu'ailleurs dans le monde. La tendance à l'émigration est maximale, à l'échelle régionale, d'une part en Amérique Centrale et aux Caraïbes où elle se dirige principalement vers les États-Unis, d'autre part dans les états d'Afrique Centrale du fait des mouvements de réfugiés au Rwanda, au Burundi et dans l'ex-Zaïre durant la période considérée.

Ces statistiques font apparaître quelques traits moins connus des mouvements récents, comme l'apport continu des républiques de la Communauté des États Indépendants vers la Fédération de Russie et la Biélorussie. De même, de nouveaux pays font leur apparition sur la carte de l'immigration mondiale, comme en Asie orientale, Singapour, la Malaisie ou le Japon. En Europe, le cas le plus intéressant est celui des pays de l'Union européenne du sud méditerranéen, du Portugal à la Grèce, qui ont été longtemps parmi les plus grands pourvoyeurs de l'immigration intra-européenne ou mondiale. Ils enregistrent désormais des bilans migratoires positifs, souvent supérieurs aux taux relevés dans les pays d'immigration traditionnels. Ainsi, la Grèce, pays le moins prospère de l'Union Européenne, a reçu à peu près le même nombre annuel de migrants nets que la France en 1995-2000. Quant au taux le

plus élevé de l'Union, en omettant le chiffre du Luxembourg, il est aujourd'hui atteint par l'Irlande, pays qui a connu deux siècles presque ininterrompus d'émigration chronique, et ce à un niveau comparable à celui d'une terre d'immigration traditionnelle comme l'Australie.

La carte migratoire permet également de mettre en lumière les pays déficitaires en matière migratoire, en commençant par les différents pays qui perdent annuellement plus de cent mille personnes : Chine, Mexique, Inde, Philippines et Indonésie, auxquels viennent se rajouter également, mais pour des raisons différentes (réfugiés, rapatriement) la République Démocratique du Congo, l'Ukraine et le Kazakhstan. En excluant ceux qui ont vu le départ de plusieurs milliers de réfugiés lors d'un conflit ou d'une crise récente, on peut identifier les pays caractérisés par une relative hémorragie migratoire durant les cinq dernières années, mesurée cette fois-ci en termes relatifs par un taux d'émigration annuel supérieur à deux pour mille : Albanie, Jamaïque, Mongolie, Burkina Faso et Mali, Nicaragua et Guatemala, Haïti, Mexique, Philippines. A l'exception des deux derniers de cette liste, il s'agit de pays peu peuplés, au sein desquels l'établissement de filières migratoires privilégiées peut drainer en quelques années une part importante de la population. Dans la liste, on notera toutefois des pays aussi peuplés que le Mexique et les Philippines où l'émigration continue depuis plusieurs décennies a laissé une empreinte sensible sur leur taux de croissance démographique.

## Les tendances migratoires depuis 1950

Pour conclure la présentation des statistiques récentes, il nous faut revenir sur la question des tendances migratoires : la migration a-t-elle augmenté en volume durant les cinquante dernières années, et notamment durant la dernière décennie ? À la lecture des chiffres bruts, la réponse semble positive et de nombreux observateurs s'en sont fait l'écho : le nombre de migrants internationaux n'a cessé de croître durant les cinquante dernières années et la tendance est particulièrement accusée de 1965 à 2000, période durant laquelle le stock de migrants a grimpé de 75 à 175 millions de personnes. Durant les dix dernières années, la progression apparente des effectifs migrants a été de 45%, correspondant à une croissance annuelle sans précédent de 3,8%.

Pourtant, si l'on tient compte des quelque 29 millions d'individus devenus migrants par le seul démantèlement de l'Union Soviétique (des migrants internes devenus soudain migrants internationaux), la réponse devient beaucoup moins sûre et la progression numérique moins spectaculaire. En effet, en corrigeant les chiffres de l'«anomalie» post-soviétique, l'augmentation observée dans le nombre de migrants dans le monde est plus modérée car le total dans le monde passe de 120 à 146 millions de 1990 à 2000. En pourcentage, les migrants internationaux ne représentent plus alors que 2,4% de la population mondiale, soit une hausse limitée par rapport au chiffre de 1990. On notera en outre que le rythme d'accroissement des effectifs de migrants ainsi calculé s'établit à 2% par an, valeur qui reste élevée et supérieure au taux d'accroissement naturel mondial (1,4%) durant la même période, mais comparable somme toute à la croissance démographique des pays en développement.

Le tableau 3 indique que les migrations du Sud vers le Nord constituent un phénomène nouveau, datant des années 1960 et qui va en croissant très rapidement au fil des décennies, avec des flux nets annuels qui passent de 400 000 personnes en 1960-70 à 2,4 millions.<sup>156</sup> Cette croissance par apport migratoire devient considérable du point de vue des pays

---

<sup>156</sup> Du fait de leur définition, ces chiffres ne font toutefois pas apparaître la migration intra-régionale, comme de l'Asie vers les pays du Golfe.

d'immigration, moins peuplés et démographiquement moins dynamiques, et comme nous l'avons indiqué, elle peut dans de nombreux pays industrialisés s'avérer supérieure à la croissance naturelle. Si le volume des migrations internationales devait augmenter à un rythme plus rapide que la population du monde, son impact sur la démographie des pays du Nord n'en serait naturellement que plus lourd.

Tableau 3 : Tendances de la migration internationale, 1950-2000

	1950-60		1960-70		1970-80		1980-90		1990-2000	
	Volume	Taux	Volume	Taux	Volume	Taux	Volume	Taux	Volume	Taux
	Milliers	Pour mille	Milliers	Pour mille						
<b>Pays développés</b>	6	0,0	401	0,4	1065	1,0	1419	1,3	2392	2,0
<b>Pays moins développés</b>	-6	0,0	-401	-0,2	-1065	-0,4	-1419	-0,4	-2392	-0,5
<b>Dont pays les moins avancés</b>	-97	-0,4	-130	-0,5	-531	-1,5	-710	-1,6	86	0,1
<b>Afrique</b>	-124	-0,5	-207	-0,7	-307	-0,7	-111	-0,2	-409	-0,6
<b>Asie</b>	167	0,1	91	0,0	-372	-0,2	-629	-0,2	-1385	-0,4
<b>Europe</b>	-480	-0,8	-78	-0,1	304	0,5	474	0,7	944	1,3
<b>Amérique Latine</b>	-54	-0,3	-285	-1,1	-381	-1,2	-647	-1,6	-537	-1,1
<b>Amérique du Nord et Caraïbes</b>	403	2,1	388	1,8	698	2,9	824	3,1	1292	4,3
<b>Océanie</b>	88	6,2	90	5,2	58	2,8	89	3,6	96	3,4

**Notes:** Chiffres relatifs à l'an 2000 pour les pays classés selon la nomenclature de l'ONU.  
Volume en effectifs annuels de migrants nets (immigrants – émigrants).  
Taux annuels pour 1000 habitants

**Sources:** United Nations Population Division *World Population Prospects: The 2000 Revision*, New York 2001.

Le taux d'émigration, vu des pays du Sud, ne dépasse pas au contraire 0,5 pour mille, ce qui représente un niveau modeste, comptant pour moins de 3% de leur accroissement naturel interne. A une échelle nationale, le solde migratoire négatif peut certes jouer un rôle sensible de frein à la croissance démographique, mais cette situation ne se rencontre que dans les plus petits pays comme ceux de la Caraïbe.<sup>157</sup>

Ce survol a montré que toutes les régions du monde, et souvent chaque pays en leur sein, sont riches de plusieurs traditions migratoires qui coexistent et concernent chacune des zones et groupes sociaux différents. La vision agrégée des tendances mélange donc une somme de trajectoires nationales spécifiques, dotées de leur géographie et calendrier propres, et donc parfois contradictoires. En revanche, la diversification de ces courants est manifeste et offre aux candidats à la migration un plus large choix de destinations potentielles. Dans le même temps, les pays riches, dont l'immigration reposait auparavant sur un nombre de filières limité, reçoivent des migrants d'un nombre croissant de pays. Les tendances récentes montrent en outre que les réseaux sont désormais plus élastiques : ils reposent autant sur les flux déjà établis, par effet d'inertie, que sur les nouvelles filières migratoires clandestines sachant s'adapter à l'offre d'emplois et aux différentes barrières à l'immigration.

<sup>157</sup> Au sein des pays les moins avancés, qui ne constituent pas un ensemble géographiquement contigu, la migration durant la dernière décennie est toutefois positive, du fait des rapatriements de réfugiés des dix dernières années.

## Le contrôle international de la migration

En 2001, selon un rapport des Nations Unies<sup>158</sup>, le quart des pays en développement considèrent leur émigration comme trop forte. Sans doute font-ils allusion aux migrants qualifiés. En revanche, seuls 5% d'entre eux considèrent qu'elle est trop faible et 5% disposent d'une politique nationale visant à l'augmenter. D'ailleurs, à part faciliter les délivrances de passeport et prendre des mesures pour le change des devises, les leviers d'action pour faciliter l'émigration sont pour l'instant plutôt faibles. Les initiatives en ce sens sont davantage destinées à faciliter l'émigration plutôt que vraiment la stimuler. Il en est par exemple ainsi des offices d'émigration au Maghreb qui sont en relation avec des entreprises ou des États étrangers. Dans les pays où la migration est contractualisée d'État à État, les incitations peuvent être plus fortes comme dans le cas de l'accord de juin 2002 passé entre l'Arabie Saoudite et les Philippines pour fixer le salaire minimum des émigrés philippins à 150 dollars par mois au lieu de 200 dollars jusque-là. Cependant, à l'échelle de la planète, on ne peut pas vraiment parler de stratégies quant aux politiques d'émigration internationale, en tout cas pas de l'ampleur de celles déployées pour réguler l'immigration. La raison la plus simple est que l'émigration n'est pas considérée comme un « problème ». Hormis le cas des travailleurs qualifiés, les États du Sud voient même en elle une manière d'alléger les tensions sur le marché de l'emploi. Mais, ce n'est pas pour autant qu'ils sont en mesure de la favoriser officiellement. En effet, une telle politique serait en désaccord avec celle affichée aujourd'hui par les pays receveurs. Dans les relations internationales, la faiblesse structurelle des pays d'émigration vis-à-vis des pays d'immigration fait que ce sont ces derniers qui sont en mesure de donner les directives.

En outre, émigration et immigration ont des implications géopolitiques très différentes l'une de l'autre. L'émigration relève du domaine privé et elle ne met pas vraiment en cause l'intégrité du territoire de départ. L'immigration quant à elle relève du domaine public. Passeports, visas ou certificats de résidence sont les outils grâce auxquels les États se sont arrogés le monopole du contrôle de leur territoire, et par contrecoup de la mobilité internationale, avec plus ou moins de détermination. À partir de ce principe de souveraineté, les gouvernements décident d'une politique d'immigration sur leur territoire, y compris pour les réfugiés.

Les pouvoirs publics prennent donc des séries de mesures pour contrôler l'immigration sur leur territoire. Mais ce faisant, ils oublient ainsi fréquemment l'autre versant, le point de vue de la zone de départ. C'est pourtant en s'intéressant aussi à l'émigration qu'on comprend mieux les dynamiques à l'œuvre dans le passage des frontières. Les difficultés techniques de contrôler l'immigration clandestine sont sans doute un réel problème pour la réduction des flux migratoires, surtout pour un pays ayant des frontières terrestres étendues, mais ce point n'est certainement pas le plus important. D'autres phénomènes semblent plus fondamentaux. Premièrement, la politique d'immigration ne survient qu'en bout de chaîne et oublie tous les facteurs qui l'ont initiée - pauvreté, guerre, frustration etc. - qui sont d'un tout autre ordre que le franchissement d'une frontière. Deuxièmement, dans les pays démocratiques, l'appareil judiciaire a un poids croissant dans la reconnaissance des droits à l'accueil. Les migrants, leurs avocats ou les associations qui les soutiennent s'appuient sur une juridiction nationale et internationale de plus en plus étoffée, ayant trait fréquemment aux droits de l'homme,

---

<sup>158</sup> Nations Unies, 2002, *International migrations : explicit policies, uncertain consequences*, Population Division, UN/POP/MIG/2002/BP/2, New York.

diminuant d'autant les prérogatives de la force publique. Troisièmement, les gouvernements doivent tenir compte de l'opinion de plusieurs groupes sociaux aux intérêts divergents. Si l'immigration entraîne une révision à la baisse des salaires, travailleurs et entrepreneurs nationaux seront divisés sur son opportunité, et c'est l'État qui va leur donner aux uns et aux autres les signaux qu'ils ont envie de recevoir. C'est pour l'ensemble de ces raisons que, en fin de compte, les politiques d'immigration qui se veulent restrictives le sont souvent moins dans les faits que dans les textes ou les discours.

## **De nouvelles formes de migration**

En étudiant la migration du point de vue communautaire ou familial, on voit plus précisément comment elle est à la fois pourvoyeuse de revenus et réductrice de l'incertitude qui pèse sur les économies d'origine. Symétriquement, les communautés locales rendent l'entreprise migratoire moins onéreuse et moins risquée par la mise en place et le contrôle de réseaux. Cependant, en période de restriction de l'immigration, la visibilité sociale des réseaux présente plus d'inconvénients que d'avantages. Ceci peut expliquer l'expansion contemporaine de formes migratoires hybrides qui s'appuient à la fois sur les liens familiaux ou communautaires et sur des services marchands, officiels ou clandestins. Alors que le réseau se décline comme une réponse institutionnelle à des marchés défaillants, le marché représenterait une réponse à des barrières institutionnelles juridico-politiques.

L'organisation du projet migratoire demande donc une préparation d'autant plus intense que les politiques de contrôle de frontières ou de séjour sur le territoire se durcissent. Les nouvelles formes migratoires détectées partout dans le monde peuvent être regroupées sous la bannière de la flexibilité. Il est difficile de dire si c'est seulement du système économique capitaliste qu'émerge cette propriété, toujours est-il que la circulation du « facteur travail » s'inspire de celle des capitaux et des marchandises soutenue, elle, sans équivoque, par l'idéologie de la mondialisation. La montée en puissance des diasporas, mais aussi des associations internationales de migrants qualifiés, s'inscrivent dans un espace transnational qui autorise une gestion plus souple de la migration que celle permise par les simples réseaux migratoires.

Ceci permet de mieux comprendre alors les tensions issues des différences de niveaux entre les politiques étatiques de contrôle et les modes d'organisation communautaire de la migration. Alors que les logiques à l'œuvre pour les premières sont nationales, les secondes sont transnationales. C'est pourquoi les diasporas peuvent être perçues par les États-nations comme dépositaires d'une idéologie concurrente de la leur, tout au moins en ce qui concerne le « facteur travail ». En effet, si la circulation des biens et des capitaux ne remettent pas en cause l'intégrité de l'État-nation, il est ouvertement considéré qu'il n'en est pas de même des individus, ce qui rend parfois antinomique le discours de la mondialisation vantant la « société transnationale ».

### **Le cas des migrants qualifiés**

Dans le cas des migrants hautement qualifiés, il y a parfaite adéquation entre discours et pratique : les gouvernements des pays développés souhaitent les attirer et le font savoir. Les lois nationales sur l'immigration comportent toutes des clauses particulières pour accueillir ce type de migrants. Les législations de pays comme le Royaume-Uni, les États-Unis,

l'Australie, la Nouvelle-Zélande ou le Canada, sont actuellement très favorables aux travailleurs qualifiés. En France, ces dernières années, les procédures d'entrée ont été simplifiées pour les travailleurs qualifiés. En Allemagne où la loi sur l'immigration a été rejeté en 2003 par le Bundesrat, le débat à propos de l'immigration qualifiée reste vif et la campagne prend un tour très largement démographique autour de la question polémique « Kinder statt Inder ? » (des enfants plutôt que des Indiens [informaticiens]).

Les débats que suscitent les modalités de l'immigration des travailleurs qualifiés dans les pays du Nord sont relayés par les inquiétudes des gouvernements des pays du Sud qui connaissent des difficultés à retenir leurs élites et plus encore à les faire revenir. Quelques rares pays comme Taiwan ou la Chine peuvent se permettre de mettre en place des politiques incitatives de rapatriement des migrants qualifiés, mais les pays les moins développés restent d'autant plus impuissants face à ce phénomène d'émigration de leurs élites qu'ils ne proposent ni les débouchés professionnels correspondant à leurs attentes légitimes ni les infrastructures et la technologie nécessaires à un exercice satisfaisant de leur profession. C'est par exemple le cas de l'Inde dont une part considérable de ses jeunes diplômés, formés dans les meilleures universités publiques du pays, se dirigent vers les Etats-Unis ou vers d'autres pays industriels. La mondialisation joue très bien son rôle dans la fluidité de la circulation de ces travailleurs convoités, d'autant plus qu'un lien étroit existe entre l'exode des cerveaux et le volume des échanges économiques.

Il semble difficile d'endiguer ce phénomène de « fuite des cerveaux » et de plus en plus de pays en prennent acte. Ce n'est donc que très récemment que des associations de migrants ont été créées sur la base d'un nouveau paradigme. L'idée est, pour le pays d'origine, de transformer le *brain drain* (fuite des compétences) en *brain gain* (gain de compétences) grâce à la mise en commun des compétences de ses migrants qualifiés expatriés dans le monde entier. Le but de ces associations est ainsi de connecter les migrants qualifiés entre eux et d'effectuer vers le pays d'origine des transferts de connaissance qui soient utiles à son développement. Les initiatives qu'elles proposent sont très variées, comme informer les étudiants, assurer des formations ou des missions d'expertise dans le pays d'origine, travailler sur des projets communs etc.

## La migration et le développement

Pour certains, l'émigration est une source de développement, pour d'autres elle le ralentit, voire le conduit à une impasse. Les avis sur le rôle de l'immigration sont d'ailleurs tout aussi partagés. Pourtant, les études traitant de ce sujet sont relativement nombreuses et bien documentées. Même s'il reste des zones d'ombre dans la connaissance, le flou qui règne sur la question des rapports entre migration et développement n'est pas seulement le fait d'une lacune statistique ou de positionnements idéologiques divergents, mais avant tout le reflet de la diversité et de la complexité des situations.

Si les transferts des migrants améliorent la situation des familles sur le lieu d'origine, ce n'est pas pour autant qu'ils constituent un moteur du développement. Cela est trivial dans le cas où les transferts sont peu élevés. Si, inversement, ils sont très élevés par rapport aux autres ressources locales, il existe un risque que l'économie glisse vers le « syndrome hollandais ». En milieu rural par exemple, ceci se traduit classiquement par une désaffection pour le secteur primaire. Le cercle vicieux de la dépendance qui en résulte est d'autant plus dommageable que la migration, malgré la solidité des réseaux, est parfois sujette à des retournements conjoncturels très violents, notamment pour les flux Sud-Sud. C'est pourquoi une région trop

dépendante des envois de fonds de ses migrants, même si elle présente certains aspects du développement, reste confrontée à une fragilité intrinsèque. En outre, des transferts migratoires importants sont automatiquement liés à l'absence de nombreux membres d'âge actif, c'est-à-dire des investisseurs locaux potentiels.

Entre ces cas extrêmes, les observations *in situ* montrent que les montants des financements consacrés aux infrastructures et à l'investissement sont souvent insuffisants pour créer une dynamique productive dans des conditions trop adverses. Un village enclavé, aux terres incultes, dépourvu d'infrastructures de base ne peut pas attendre de miracles des seuls revenus de la migration. C'est pourquoi les investissements des associations de migrants sont généralement les plus productifs en milieu urbain ou en milieu rural plus favorisé, là où un minimum de facteurs favorables sont déjà présents.

Finalement, si l'émigration peut jouer un rôle important dans le développement sur des échelles spatiales réduites, elle ne fait le plus souvent qu'accompagner un mouvement plus général dans lequel elle se fonde. Ceci ne signifie en aucune manière qu'il ne faut pas réfléchir aux relations entre développement et émigration, mais qu'il faut le faire en considérant la migration comme un élément parmi d'autres et en interaction avec eux. Lui donner la primauté serait sans doute surestimer ses effets potentiels dans la mesure où elle demeure un facteur exogène, et donc par définition « insuffisant à créer à lui seul les conditions d'un réel développement ». Dans cette optique, les actions politiques ou associatives les plus intéressantes sont celles qui visent à intégrer davantage la migration *dans* le processus de développement et non plus *comme* processus de développement. C'est pourquoi toutes les initiatives visant à encourager le développement en relation avec les acteurs de la migration doivent être suivies avec intérêt.

## Conclusion et recommandations

Le progrès des idées mondialistes, favorables à la libre circulation des biens et des capitaux, ne rend que plus incongrue la fermeture progressive des frontières, officiellement prônée par les gouvernements des pays occidentaux, même si la capacité des démocraties libérales à freiner véritablement l'immigration demeure incertaine. Seuls les pays autoritaires, par contraste, peuvent maintenir une politique d'immigration plus dirigiste, disposant pour ce faire d'un arsenal de dispositions assez drastiques.

Le contrôle de la migration restant une prérogative d'État, exercée par les pays d'accueil, les pays d'origine, qui sont par surcroît économiquement et politiquement plus faibles, n'ont qu'une influence minime sur les flux. Le clivage entre politiques migratoires des pays riches et moins riches risque de rester aussi prononcé dans le futur, opposant idéologies des droits et instrumentalisation de la migration. Or, la forte imprévisibilité de la migration à moyen terme risque de créer des situations nouvelles, car les courants migratoires peuvent se réorienter très rapidement.

Face au relatif laisser-faire qui domine en matière migratoire et abandonne le plus souvent aux États importateurs de main-d'œuvre la seule capacité d'ajuster les courants migratoires à leurs besoins affichés, la décennie qui suit la conférence du Caire n'a sans doute pas apporté de profonde révolution dans les agencements internationaux. La récente convention des Nations Unies sur le droit des migrants n'aura sans doute guère d'impact, ayant été ratifiée avant tout par les pays d'origine des migrants. Il est donc flagrant que le manque de dispositif à long terme en matière de gestion migratoire joint au caractère imprévisible du redéploiement

des flux migratoires empêchera les états de bénéficier pleinement des nombreux aspects positifs de la migration internationale.

Il revient peut-être au gouvernement helvétique d'avoir montré la voie en inaugurant ce qui est connu sous le nom d' « Initiative de Berne », dialogue multilatéral ouvert en 2001. Un premier symposium international réunissant politiques, activistes ou universitaires a confirmé la divergence d'intérêt entre les parties prenantes de la migration, mais a identifié aussi des bases communes d'intérêt, notamment en rapport avec les considérations de sécurité nationale et de développement économique.

L'Initiative de Berne à l'issue sa première étape vise à encourager la coopération internationale en matière de migration et le développement de cadres et d'instruments de gestion de la migration. Il s'agit par exemple de mieux connaître le cadre légal des migrations internationales, mais également les positions effectives des gouvernements sur toutes les dimensions de la migration. Les pays porteurs d'une longue tradition migratoire sont sur ces points les plus à même d'enrichir le cadre de réflexion collectif grâce à leurs expériences. L'objectif à terme est de fournir à la communauté internationale des instruments pour une gestion raisonnée et humaine des migrations, au-delà des arrangements de pays à pays qui sont jusqu'à présent la forme la plus achevée de régulation migratoire. Cette initiative démontre sans doute que les gouvernements qui s'opposent souvent entre eux ont un large terrain d'entente potentiel pour une migration régulée. Une plate-forme de réflexion internationale peut permettre d'élaborer des cadres pour des politiques migratoires multilatérales et les gouvernements européens se doivent d'y répondre pleinement. Il revient sans doute à la France, par sa longue expérience migratoire et sa position privilégiée d'interlocuteur des pays du Sud, la possibilité d'enrichir considérablement cette initiative.



# Mobilités spatiales et mutations environnementales : des processus interactifs<sup>159</sup>

Hervé Domenach

Si les interactions entre les mutations environnementales et la mobilité humaine constituent un thème de réflexion récurrent, ce n'est que très récemment qu'elles sont devenues également un enjeu politico-institutionnel et les distributions spatiales de population une préoccupation politique prospective. Cette ligne de recherches s'inscrit dans le prolongement des études sur la migration qui tendent de plus en plus à prendre en considération des corrélations multiples, par delà les analyses classiques de hiérarchisation des espaces économiques et de leurs conséquences. On peut en situer symboliquement l'émergence lors de la conférence de Rio en 1992, même si les migrations n'y furent quasiment pas traitées hormis la question des réfugiés, point marginal du thème de la population, lui-même réduit à la question de la croissance démographique ! Pourtant, c'est aussi cette même année qu'eut lieu la première Conférence Internationale « Migrations et Environnement » à Nyon, à l'initiative de l'OIM (Organisation Internationale des Migrations), du Refugee Policy Group et du département des Affaires étrangères suisse. Les communications de cette conférence et les travaux qui en ont découlé, ont permis de définir l'environnement au sens de sa dimension physique naturelle et de l'habitat humain, et de prendre conscience que la relation entre migrations et environnement concernait autant les désastres naturels ou la diminution de la biodiversité que les niveaux de concentration des populations et les équilibres socio-territoriaux

Par ailleurs, selon les données du World Wild Fund (2002), le bilan global des écosystèmes naturels fait état d'une diminution de 35% environ des richesses naturelles de la terre, entre 1970 et 2000 et plus d'un milliard d'hectares de terres auraient été dégradées en raison des usages massifs d'engrais chimiques et de pesticides, de pratiques agricoles inappropriées, de la déforestation... Entre mille exemples, celui de la désertification du Nord-Ouest haïtien pour cause de commerce intensif de charbon de bois symbolise bien les situations d'irréversibilité dont l'inventaire devient toujours plus complexe. De fait, on assiste à une recomposition intense des territoires et de leurs usages, à travers la transformation des systèmes agraires, des équilibres écosystémiques et des pollutions, qui a de fortes incidences sur la mobilité des hommes puisqu'ils dépendent directement des mécanismes productivistes et des situations de ruptures. Pour rendre compte de ce constat alarmiste et de ses conséquences en termes de scénarios de mobilité spatiale, quelques institutions utilisent depuis 1994 le concept **d'empreinte écologique** qui consiste à évaluer la charge qu'une population donnée fait peser sur la nature. Il s'agit ainsi de calculer la superficie que l'on peut accorder à chacun dans un espace donné, en divisant par le nombre de personnes concernées, la surface obtenue en

---

159 Ce texte est directement inspiré des publications suivantes :

- « Les politiques de migrations internationales », 2002, L.Marmora, Editions L'Harmattan, collection Populations, 269 p.
- « Migrations et environnement », H.Domenach et P.Gonin, 2002, numéro spécial de la Revue Européenne des Migrations, vol.18 - n°2, 240 p. ;
- « Environnement et populations : la durabilité en question », 2004, Domenach et Picouet (dir.), Editions L'Harmattan, collection Populations, 238 p.
- « De la migratologie... », 1996, H.Domenach, Revue européenne des migrations internationales, vol.2, pp.73-86.

ajoutant la surface des terres et espaces aquatiques productifs aux ressources nécessaires pour produire les services utiles à la société, converties en hectares. Selon les échelles spatiales de référence, les densités de population et les mutations environnementales, on peut observer au fil des ans, l'évolution de la charge anthropique sur les écosystèmes.

Pour autant, par delà l'émergence du thème, des concepts afférents et des nouveaux indicateurs statistiques, il est probable que la planète n'en soit encore qu'aux prémices d'un processus intense de mobilité spatiale résultant des mutations environnementales en cours et à venir. Et si, par exemple, la température moyenne de la planète augmentait, ne serait-ce que d'un degré ou deux, dans les décennies à venir... ? La question est désormais posée institutionnellement et il s'agit d'anticiper les multiples conséquences, et notamment ce qu'il adviendrait des populations concernées par la montée des océans (Bangladesh, le littoral chinois et beaucoup d'îles du Pacifique et de l'Océan Indien), la disparition de terres arables, la désertification et la diminution de la fertilité des sols (L'Afrique, le Moyen-Orient, la Chine, l'Inde, le Pakistan, mais aussi l'Espagne, la Grèce, le Portugal... soit une centaine de pays dans le monde), les famines liées aux sécheresses, les épidémies, etc.

A l'évidence, la planète est désormais soumise à un processus de mutation environnementale rapide au regard de son histoire antérieure, ce qui suggère - pour les démographes - toutes sortes de conséquences en termes de distribution spatiale des populations et de leur devenir. Mais le processus inverse, c'est-à-dire les conséquences environnementales que peut provoquer l'accroissement rapide de la mobilité humaine, reste tout aussi préoccupant, même si l'on peut parallèlement considérer que la capacité de réponse technologique et le savoir-faire moderne apporteront les réponses adaptées en temps opportun. Il s'agit donc d'interpréter l'influence des facteurs environnementaux comme déterminants des migrations, et réciproquement les conséquences des déplacements des populations sur l'environnement tant pour les zones de départ que pour les zones d'arrivée. Les déplacements de populations engendrent des bouleversements sociaux, économiques et environnementaux, qui peuvent entraîner de graves déséquilibres écologiques. Les départs temporaires ou définitifs remettent ainsi en cause les fonctionnements des sociétés, affectant par là même les modes d'utilisation de l'espace et de gestion des ressources. En d'autres termes, la dégradation des milieux est souvent un phénomène dont les causes sont à rechercher dans le fonctionnement et l'organisation des sociétés, et les migrations en sont la traduction première.

## **Une typologie des ruptures et les conséquences en termes de mobilité spatiale**

Selon le directeur général de l'OIM (Organisation internationale des migrations) « Des systèmes multilatéraux se sont mis en place pour traiter les mouvements de réfugiés politiques, et des systèmes bilatéraux pour les migrations de travail et les regroupements familiaux. Il existe, cependant, des mouvements à grande échelle qui ne répondent à aucune catégorie migratoire ». Ce sont les « mouvements de personnes irréguliers qui ne correspondent pas à la définition internationale du réfugié, ni à la situation de migrant volontaire à la recherche de meilleures conditions d'existence. Les fractures du système actuel engendrent, pour les personnes, l'obligation d'abandonner le foyer à cause de la pauvreté, de la guerre, de la détérioration écologique ou d'autres raisons similaires » Selon Lohrman, on pouvait estimer en 1996, que les désordres écologiques avaient provoqué la migration de quelques vingt-cinq millions de personnes, essentiellement en Afrique, en Asie du sud, au

Mexique et en Chine. L'O.I.M. a établi, avec l'aide d'organismes agissant pour les réfugiés, une classification des principales causes de rupture écologique :

- Les *ruptures cataclysmiques* concernent les cyclones, les tremblements de terre, inondations et autres désastres naturels, dont les conséquences sont la perte du logement et des moyens de subsistance, suivi d'un processus migratoire. Les exemples sont multiples et certains sont répétitifs comme les inondations au Bangladesh.
- Les *ruptures lentes* déterminent progressivement des mouvements migratoires, comme les processus de désertification, de salinisation, de déforestation, ou d'érosion. Marmora (2002) donne l'exemple du Nord-est brésilien, habité par 43 000 000 de personnes, dont 20 % de la population environ a abandonné son lieu de résidence, quittant les zones rurales et l'intérieur, pour la ville et la côte, en raison de la sécheresse, de l'épuisement des sols, de la pauvreté et d'une forte natalité, le tout aggravé par une politique étatique qui a favorisé l'implantation de grandes exploitations agro-commerciales au détriment des petits producteurs. La déforestation est un autre exemple symptomatique, sachant qu'on considère qu'elle avance à une moyenne annuelle de 1,2 % en Afrique, et 2,1 % en Amérique latine, créant une rupture des écosystèmes et des déplacements de population en conséquence.
- Les *ruptures accidentelles* résultent de processus industriels et du traitement des matériaux. L'évacuation de milliers de personnes à Tchernobyl en 1986 en raison de la radioactivité du réacteur nucléaire, ou à Bhopal (Inde) en 1984 en raison des fuites en provenance de l'usine de pesticides, sont des exemples marquants.
- Les *ruptures biologiques* sont le produit de calamités (pestes, insectes...) combattues par les pesticides et insecticides, à leur tour porteurs de dégradations.
- Les *ruptures dues à des projets de développement* sont de plus en plus fréquemment cause de migration. L'exemple contemporain le plus marquant étant le déplacement de plus d'un million de Chinois en raison de la mise en eau du gigantesque barrage des Trois-Gorges dans la province chinoise du Hubeï (centre), étape majeure vers l'achèvement du plus grand projet hydroélectrique au monde. Cette réalisation a suscité une sérieuse controverse, les défenseurs de l'environnement affirmant que le projet aggravera la pollution et ne résoudra pas le problème chronique d'inondation le long du Yangtsé.

Au regard de cette typologie succincte, Marmora (2002) distingue les causes directes et indirectes de la détérioration écologique dont les solutions sont nécessairement au niveau institutionnel. Il rappelle une citation du rapport de la commission du Congrès des Etats-Unis en 1992, qui stipule : « La rapide croissance de la population dans les pays d'expulsion, combinée à certaines mesures pour favoriser le développement économique, ont causé une forte dégradation de l'environnement et hypothéqué la richesse naturelle de ces pays. À mesure que les ressources naturelles ont diminué, la concurrence s'est amplifiée, pressant la population au dehors des frontières ».

## **Les nouvelles formes de mobilité accroissent les déséquilibres environnementaux**

La distinction entre les migrations internes et internationales, entre les migrations légales et les migrations clandestines, entre les migrations de main-d'œuvre et les autres formes de

migration... devient incertaine et conforte l'émergence du paradigme analytique mobilité-migration.

De même que les Etats ne peuvent plus prétendre contrôler seuls les gigantesques flux de capitaux et les marchés de consommation qui sous-tendent les dynamiques de croissance économique, d'emploi et de migration, ils ne peuvent pas non plus résoudre de manière autonome les problèmes d'environnement. Des espaces perturbés aux espaces abandonnés, les mutations sont profondes. L'urbanisation, les infrastructures et les activités polluantes mettent en danger la gestion "durable" des usages des territoires, des espaces, et parfois des espèces. Trois forces principales concourent à l'actuelle mutation des structures socio-économiques et environnementales, qui induisent de nouvelles dynamiques migratoires : la croissance démographique planétaire et sa distribution spatiale, la généralisation des rapports marchands, la révolution des technologies et des moyens de communication. Le processus irréversible de l'urbanisation drainera des flux de migrants dans des milieux denses, assujettis à des contraintes environnementales nouvelles, et plus largement soumis à la malnutrition, l'hygiène défectueuse, la promiscuité, la criminalité, etc. Aux très fortes migrations internes vers des villes-mégapoles, s'ajoutera le poids des migrants internationaux que les mesures politico-institutionnelles contrôleront difficilement. En outre, se posera le problème de la répartition spatiale des populations à terme; selon J.Vicari (1996), les projections moyennes à l'horizon 2050 indiquent qu'il n'y aurait plus dans les pays dits du "Nord" qu'une centaine de millions d'agriculteurs pour exploiter 650 millions d'hectares de terres arables, alors qu'il y en aurait 3,3 milliards au "Sud", qui devraient se partager 800 millions d'hectares. De plus, l'auteur estime qu'entre 2000 et 2050, au Sud, 56 millions d'hectares seraient nécessaires pour accueillir les activités économiques non agricoles et pour loger les 1,4 milliards de nouveaux habitants dans les villes existantes, auxquels il faudrait ajouter 23 millions d'hectares pour les besoins en habitat des 2,4 milliards environ de nouveaux habitants attendus dans les villes à croissance informelle.

Au Caire par exemple, on considère que la ville compte 13 millions d'habitants la nuit mais 16 millions pendant la journée; la concentration peut atteindre jusqu'à 100 000 personnes par kilomètre carré dans certains quartiers. L'exode rural amène chaque année un peu plus de 200 000 habitants supplémentaires en ville: la probabilité d'y trouver du travail est bien plus importante, le logement, les soins et l'éducation y sont bien meilleurs. Restée longtemps sans plan d'urbanisme ni réseaux, la ville a connu une croissance anarchique que l'implantation de cités satellites périphériques n'a pas vraiment rééquilibrée.

Par ailleurs, certains mécanismes migratoires résultent de catastrophes naturelles imprévues ou de la dégradation progressive de l'environnement rural provoquée par l'activité humaine, ce qui se traduit par une moindre productivité des ressources et donc des revenus. On s'intéresse de plus en plus à ces flux migratoires dus à des facteurs écologiques, d'autant que la consommation d'espace va croissante et conditionne les nouveaux espaces de vie et la recomposition des territoires selon des usages en mutation.

La révolution des technologies et des transports a aussi provoqué une forte relativisation des distances et l'accélération de la mobilité humaine. Le parc automobile mondial dépasse aujourd'hui les 400 millions d'unités et atteindra vraisemblablement un milliard vers 2020, tandis que les distances kilométriques parcourues annuellement sont en accroissement continu! De même, le trafic aérien mondial, qui atteignait 2 477 milliards de "passagers-kilomètre" en 1995, est en progression permanente et on considère que la croissance sera de 5,1% par an en moyenne jusqu'en 2015, avec d'importantes variations selon les zones: la Chine par exemple verrait son trafic aérien progresser de 14% par an.

Si les transports ont considérablement favorisé la croissance économique, ils ont aussi été la source de multiples nuisances diverses et atteintes à l'environnement: consommation énergétique et pollution atmosphérique, qui figurent au premier rang des causes des effets de serre; pollution de l'eau et des sols, dégradation de paysages, bruit... Les transports utilisent environ 30 % de la production commerciale mondiale d'énergie et consomment 60 % de la production mondiale de pétrole; le choix politique de favoriser tel ou tel type de transport a donc des répercussions considérables sur l'environnement. Transport aérien, marin, fluvial, ferroviaire, routier... les implications en termes d'infrastructures plus ou moins consommatrices d'espaces et de pollutions sont très variables et selon la distribution spatiale des populations et les niveaux de concentration urbaine, les conséquences sont très diverses.

La mécanisation agricole, les techniques de production modernes et sophistiquées, les moyens de communication instantanés, les transports rapides à des coûts réduits... ont modifié l'organisation traditionnelle du travail en fonction des nouvelles normes de la productivité économique: les exigences de rendements accrus ont diminué les effectifs nécessaires de la main-d'œuvre permanente et accru par conséquent les processus migratoires, leur durée, leur réversibilité, etc. Cette dérégulation économique est la cause majeure d'importants mouvements contemporains de population, et de la mobilité qui va croissante, accélérant notamment l'urbanisation dans les pays en voie de développement et contribuant aux déséquilibres population –ressources. Marmora (2002) en donne plusieurs exemples :

- - Au Brésil, selon le recensement de 1970, la moitié de la population du Grand San Pablo, de Belo Horizonte et de Porto Alegre provenait de l'immigration interne récente, rompant le précaire équilibre entre ville et campagne, sans que les infrastructures urbaines n'aient eu le temps de se constituer.
- - Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'affluence de réfugiés dans quelques-uns des pays les plus pauvres du monde (Bangladesh, Guinée, Népal et Zaïre) a provoqué de graves problèmes écologiques : déforestation, dégradation des sols et problèmes d'approvisionnement en eau (ACNUR, 1995). Par exemple, on évalue que les réfugiés du Mozambique au Malawi consomment annuellement entre 500 000 et 700 000 m<sup>3</sup> de bois pour cuisiner et se chauffer. Au Pakistan, en Somalie, au Soudan, en Tanzanie et au Zaïre, les camps de réfugiés sont entourés d'une aire visible d'espace dégradé (ACNUR, 1995). Le problème est particulièrement aigu pour les camps de réfugiés situés dans des secteurs de faibles ressources. C'est le cas des 180 000 personnes du « site 2 », à la frontière thaï-cambodgienne, devenu l'une des cités les plus importantes de Thaïlande (SDFA-OIM-RPG, 1992). Cependant, là où les réfugiés n'ont pas eu à s'installer dans des zones marginales, l'effet a été positif. Dans les années quatre-vingt, les réfugiés ougandais du Sud-Soudan ont ainsi contribué à l'extension de l'agriculture.

## **Les mutations démo-spatiales**

La transformation des écosystèmes résulte en bonne part de la mobilité des hommes et de la distribution des populations dans l'espace; les populations urbaines tendent à former de nouveaux sociosystèmes largement déconnectés de leur environnement physique et l'exploitation des ressources répond de plus en plus à des logiques marchandes globalisées.

## La recomposition des espaces ruraux

Les signaux omniprésents des contraintes écologiques : saturation des terres cultivables, perte de productivité des terres agricoles, surexploitation des pâturages... ont ouvert de nouveaux défis à l'agronomie et la recherche de variétés céréalières plus productives est considérée comme un facteur décisif d'une croissance de la production agricole susceptible d'absorber l'inévitable augmentation des besoins nutritionnels. Après avoir concerné le blé, le maïs et le riz, la recherche génétique agronomique se consacre également depuis peu aux cultures de racines et tubercules dans une perspective de productivité accrue, sans préoccupations de qualité et de protection environnementale, mais seulement de quantités ! Ce qui pose le problème de l'intégration des masses paysannes dans ce processus de transformation des systèmes agricoles : la plupart d'entre elles pratique encore l'autoproduction alimentaire et se heurte aux grandes exploitations agro-alimentaires dans une lutte inégale pour conserver leurs terroirs. Ainsi, dans l'avenir, les problèmes tenant aux usages des territoires, à l'appropriation et à la concentration foncière constitueront sans doute autant d'obstacles à la mise en place d'une agriculture durable.

Au début du vingtième siècle, la production agricole était l'activité primordiale partout dans le monde aussi bien en termes de main-d'œuvre employée, que de chiffre d'affaires ou d'échanges commerciaux : 90% des 1,6 milliards de terriens étaient des ruraux, tandis qu'un siècle plus tard le nombre de ruraux a été multiplié par deux et celui des urbains par vingt environ, soit des effectifs de population sensiblement équivalents.

Tableau 1 - La population rurale et son accroissement, par grande région (1960-2030).

Région géographique	Population rurale (en millions)			Accroissement de la population rurale (% moyen annuel)	
	1960	2000	2030	1960 - 2000	2000 - 2030
<b>AFRIQUE</b>	225.4	487.3	640.2	1.93	0.91
Afrique orientale	76.4	182.4	259.9	2.18	1.18
Afrique centrale	26.1	61.8	96.1	2.15	1.47
Afrique septentrionale	46.8	85.3	88.6	1.50	0.13
Afrique australe	11.4	24.3	22.1	1.89	-0.31
Afrique occidentale	64.6	133.5	173.6	1.81	0.88
<b>ASIE</b>	1348.4	2330.7	2271.8	1.37	-0.09
Asie de l'est	613.0	913.5	776.3	1.00	-0.54
Asie du sud	507.6	1035.3	1116.7	1.78	0.25
Asie du sud-est	185.0	325.9	313.4	1.42	-0.13
Asie occidentale	42.8	56.1	65.5	0.67	0.52
<b>EUROPE</b>	254.0	184.0	120.4	-0.81	-1.42
Europe orientale	132.1	88.4	55.9	-1.00	-1.52
Europe septentrionale	20.1	15.3	11.1	-0.68	-1.08
Europe méridionale	59.7	48.4	31.2	-0.52	-1.47
Europe occidentale	42.2	32.0	22.2	-0.69	-1.22
<b>AMERIQUE LATINE</b>	110.7	128.3	121.5	0.37	-0.18
Caraïbes	12.2	14.1	13.0	0.37	0.28
Amérique centrale	26.3	44.3	47.5	1.3	0.23
Amérique du sud	72.2	69.9	61.0	-0.08	-0.45
<b>AMERIQUE du NORD</b>	61.4	70.6	58.1	0.35	-0.65
<b>OCEANIE</b>	5.3	9.1	10.5	1.35	0.51
Total Régions développées	353.3	285.0	199.7	-0.54	-1.19
Total Régions peu développées	1651.9	2925.0	3022.9	1.43	0.11
<b>ENSEMBLE du MONDE</b>	2005.2	3210.0	3222.6	1.18	0.01

Source : *World urbanization prospects: the 1999 revision* ( ESAWP.161), UN, mars 2000.

Le XX<sup>ème</sup> siècle a ainsi été marqué par un exode rural massif à travers le monde et des concentrations de plus en plus fortes de populations urbaines. A l'avenir, deux mécanismes antagonistes conditionneront l'évolution des terres arables: l'expansion des zones urbaines au détriment des terres agricoles et l'expansion des terres agricoles provoquée par la mise en culture de terres marginales. La population des campagnes continuera vraisemblablement à diminuer en valeur relative puisqu'en 2025, on ne compterait plus que 39% de ruraux dans le monde, si les prévisions concernant les taux d'urbanisation<sup>160</sup> se confirment. L'Afrique principalement, hormis la partie australe, conservera dans les décennies à venir des taux d'accroissement positifs de population rurale; presque partout ailleurs, les taux sont en régression particulièrement en Europe.

### Vers un monde de citadins

En 1950, la population mondiale était de 2,5 milliards d'habitants environ mais on dénombrait déjà 83 villes de plus d'un million d'habitants. Il y en avait 282 en 1998 et il y en aura vraisemblablement plus de 500 en 2015. De même, si en 1950, New-York était la seule conurbation de plus de dix millions d'habitants, il y en avait onze en 1970 (Buenos Aires, Londres, Los Angeles, New-York, Osaka, Paris, Pékin, Rio de Janeiro, Sao Paulo, Shangai, Tokyo), tandis qu'on en compte actuellement une vingtaine en ajoutant notamment: Bombay, Calcutta, Delhi, Jakarta, Karachi, Lagos, Le Caire, Séoul, Tianjin, et on estime qu'il y en aura une trentaine environ en 2015, dont les deux tiers en Asie, et seulement 6 dans les pays occidentaux.

Tableau 2.. Taux d'urbanisation (en %) par grandes régions du monde de 1950 à 2025.

Grandes régions	1950	1970	1995	2025
Afrique	14.7	23.0	34.4	53.8
Amérique du Nord	63.9	73.8	76.3	84.8
Amérique latine	41.6	57.4	74.2	84.7
Asie	16.8	23.4	34.6	54.8
Europe	52.2	64.4	73.6	83.2
Océanie	61.6	70.8	70.3	74.9
Monde	29.3	36.6	45.2	61.1

Source : United Nations, World Urbanization Prospects. 1995

Cette tendance à la concentration présente une grande diversité : dans plusieurs régions du continent africain et dans le cône Sud de l'Amérique latine, l'absence de villes moyennes a exacerbé la croissance exagérée des capitales créant des distorsions économiques et sociales qui grèvent le développement des pays. En Asie du Sud-Est, d'immenses zones sont devenues entièrement urbaines englobant villages, villes et *hinterlands* dans un rayon de plus de 100 kilomètres. Dans bien des cas, cette urbanisation galopante ne relève pas d'un dynamisme économique, mais plutôt de la pauvreté, du sous-équipement des campagnes, des crises agricoles tant économiques qu'écologiques ou foncières, qui jettent sur les routes de l'exode les populations paysannes de régions entières.

<sup>160</sup>. Le taux d'urbanisation mesure le nombre de citadins pour cent habitants.

– Cette accélération brutale de l'urbanisation résulte de la conjonction de plusieurs facteurs :

- - l'augmentation endogène des populations urbaines,
- - la poursuite du processus migratoire des zones rurales ou partiellement urbanisées vers les grandes cités, qui affecte en bonne part des individus en âge de reproduction, dont la progéniture naît et se reproduit à son tour dans le milieu urbain récepteur,
- - l'allongement de la durée de vie et la diminution de la mortalité,
- - l'absorption croissante des zones péri-urbaines hybrides par les conurbations agglomératives qui se développent un peu partout dans le monde.

Si les milieux urbains posent des problèmes souvent difficiles en matière de logement, d'hygiène, de santé, etc. On peut considérer en revanche que l'urbanisation permet une hausse de la productivité agricole (augmentation de la demande et mécanisation accrue de terres dépeuplées), une meilleure préservation des ressources naturelles et une meilleure gestion des effectifs de population à investissement égal; la concentration, si elle est organisée, facilite en partie l'administration logistique, réduit les coûts de gestion des transports, des services sanitaires, de sécurité, d'éducation, etc. et limite les déperditions de productivité. En réalité, les situations sont très diverses et dépendent à la fois du niveau des infrastructures disponibles et de la maîtrise d'une organisation socio-économique urbaine complexe; cette diversité peut aussi exister à l'intérieur d'une même ville, les écarts de fécondité, de mortalité, et en particulier de mortalité infantile, pouvant être d'une ampleur telle, qu'ils répondent à des niveaux d'organisation différents entre quartiers pauvres et riches.

Même si l'on peut ainsi relativiser quelque peu les préoccupations concernant le futur des mégapoles, susceptibles de dépasser les 30 millions d'habitants à terme, de sérieux problèmes se font progressivement jour au regard des paramètres environnementaux et la gestion des populations urbaines devra affronter essentiellement :

- - l'alimentation en eau potable en quantité et qualité suffisantes. Dans la plupart des agglomérations urbaines, il faut aller chercher l'eau de plus en plus profond ou de plus en plus loin, A Bangkok, Djakarta et Mexico, l'abus de pompages a provoqué un affaissement des sols qui a endommagé les constructions et infrastructures. Les fuites et les gaspillages coûtent très cher aux collectivités, pénalisant ainsi l'équipement des réseaux et ce sont les populations démunies, non raccordées, qui sont pénalisées en retour.
- - les problèmes de contamination liés au déversement des déchets non traités, au ruissellement des eaux de surface qui aboutissent dans les nappes phréatiques,
- - la gestion des eaux usées en rapport avec la capacité d'absorption des sols, les niveaux d'épuration et la pollution qui en résulte. L'exemple du traitement des olives sur le pourtour méditerranéen après la cueillette au mois de janvier est instructif: chargées en matières organiques azotées, en phosphate et en potasse, l'eau extraite des olives est rejetée le plus souvent sans aucun traitement dans les rivières, qui contaminent ensuite les sols et les nappes phréatiques. A Shangai, l'eau du fleuve est tellement polluée par les rejets des égouts que de nouvelles usines de traitement ont dû être construites à 40 kilomètres en amont de la ville.
- - le traitement des déchets et les niveaux de récupération et de recyclage.
- - la pollution atmosphérique.

Enfin, l'accroissement urbain s'accompagne de très fortes pressions sur les marchés fonciers, les ressources disponibles en eau et l'approvisionnement énergétique; plus les concentrations de population urbaine se développent, plus elles risquent de mobiliser les réserves au-delà du raisonnable et de peser sur les processus de renouvellement des ressources. Or, les rapports entre les populations et leur environnement n'ont pas la même valeur pour les peuples des pays nantis soucieux de la valorisation de leur santé et de leur cadre de vie, et pour les pays démunis contraints de satisfaire leurs besoins élémentaires, ce qui explique en partie les échecs successifs des conférences internationales quant à la gestion des espaces du futur. Les concentrations de population urbaine en forte croissance, les choix de production énergétique et la mobilité future contribueront à déterminer une sorte de nouvelle partition écologique de la planète.

## **CONCLUSION**

Seule la coopération internationale permettra de gérer :

- la mobilité moderne et le développement des flux migratoires de toute nature : internes ou internationaux, légaux ou clandestins, pour le travail, la santé ou les études...
- le défi que représente l'instabilité du peuplement, engendrée par les mobilités, pour la mise en place d'un développement durable ;
- la résolution des conflits engendrés par le contrôle des territoires et l'accès aux ressources ;
- les choix énergétiques et les modes de production afin que les hommes aient le temps de prévenir les changements climatiques et assurent le renouvellement des écosystèmes.

## Liste des auteurs :

**Isabelle Attané** : Chargée de Recherche à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), coordinatrice du champ *Société, famille et genre* au Centre Population et Développement (CEPED), attane@ined.fr

**Magali Barbieri** : Chargée de Recherche à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), directrice de l'Unité *Population et Développement*, barbieri@ined.fr

**Luc Cambrézy** : Directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), et responsable du réseau *Accès aux ressources, population et territoire AREPOTER* au Centre Population et Développement (CEPED), cambrezy@bondy.ird.fr

**Annabel Desgrées du Lou** : Chargée de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Laboratoire Population-environnement-développement (LPED), UMR 151 IRD-UP, et responsable du réseau *Sida et santé de la reproduction dans les pays en développement* au Centre Population et Développement (CEPED), desgrees@ceped.cirad.fr

**Hervé Domenach** : Directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Laboratoire Population-environnement-développement (LPED), UMR 151 IRD-UP, domenachhh@wanadoo.fr

**Françoise Dureau** : Directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), et responsable du réseau *Mobilités et urbanisations* au Centre Population et Développement (CEPED), f.dureau@wanadoo.fr

**Benoît Ferry** : Directeur de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Laboratoire Population-environnement-développement (LPED), UMR 151 IRD-UP et coordinateur du champ *Santé de la reproduction* au Centre Population et Développement (CEPED), ferry@ceped.cirad.fr

**Arlette Gautier** : Maîtresse de Conférence à l'Université Paris X, chercheuse en accueil au Laboratoire Population-environnement-développement (LPED), UMR 151 IRD-UP et responsable du réseau *Politique de santé de la reproduction et droits reproductifs* au Centre Population et Développement (CEPED), arlette.gautier@u-paris10.fr

**Valérie Golaz** : Chargée de recherche à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), UR Mobilités, territoire, habitat et sociabilité et responsable du réseau *Mobilité et urbanisation* au Centre Population et Développement (CEPED), valerie.golaz@ined.fr

**Jacques du Guerny** : Ancien Coordonnateur pour le Sida et chef du Service du programme de population à la FAO ; ancien Président du Comité inter-agence de conseil à l'ONUSIDA (IAAG), [duguernyj@club-internet.fr](mailto:duguernyj@club-internet.fr)

**Agnès Guillaume** : Ingénieur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Laboratoire Population-environnement-développement (LPED), UMR 151 IRD-UP, et responsable du réseau *Conditions restreintes d'accès à la planification familiale, modes de régulation de la fécondité et santé des femmes* au Centre Population et Développement (CEPED), [guillaume@ceped.cirad.fr](mailto:guillaume@ceped.cirad.fr)

**Christophe Guilmoto** : Directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Laboratoire Population-environnement-développement (LPED), UMR 151 IRD-UP, et responsable du réseau *Configurations démographiques de l'Inde* au Centre Population et Développement (CEPED), [guilmoto@ird.fr](mailto:guilmoto@ird.fr)

**Philippe Hamelin** : Ingénieur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), UMR IRD-Université de Provence (LPED) et coordinateur du champ *Peuplement, urbanisation, mobilité et environnement* au Centre Population et Développement (CEPED), [hamelin@bondy.ird.fr](mailto:hamelin@bondy.ird.fr)

**Anne Juillet** : Conseiller Technique, Service d'Action Culturelle et de Coopération, Ambassade de France à Abidjan (Côte d'Ivoire), [anne.juillet@netcourrier.com](mailto:anne.juillet@netcourrier.com)

**Olivia Samuel** : Maître de conférence à l'Université de Versailles Saint Quentin, et coordinatrice du champ *Société, famille et genre* au Centre Population et Développement (CEPED), [osamuel@free.fr](mailto:osamuel@free.fr)

**Frédéric Sandron** : Chargée de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Laboratoire Population-environnement-développement (LPED), UMR 151 IRD-UP, [sandronf@free.fr](mailto:sandronf@free.fr)

**Bernard Schlemmer** : Directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), et directeur de l'Unité de recherche R105 « Savoirs et développement », [Bernard.Schlemmer@bondy.ird.fr](mailto:Bernard.Schlemmer@bondy.ird.fr)