

QDD.

Population, croissance démographique et développement au Sud

Une perspective historique sur des politiques de population comme facteur du développement en Asie, en Amérique centrale et en Afrique

Sept pays du Sud sont régulièrement cités pour avoir mis en place une politique de population accompagnant le processus de transition démographique : le Bangladesh, le Mexique, la Tunisie, l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi et le Rwanda. Comparer leurs politiques publiques permet à la fois de présenter leurs spécificités mais également de mettre en avant des bonnes pratiques partagées en matière de planification familiale.

Des politiques de maîtrise de la croissance démographique comme outils pour le développement

Le renversement des perspectives démographiques

Au départ, si la plupart des États-nations du Sud étaient plutôt favorables (ou indifférents) à la croissance démographique, depuis le milieu du XX^e siècle, les progrès sanitaires ont entraîné une importante baisse de la mortalité. Ces pays ont vu leur population augmenter très fortement. Dans une perspective de développement socioéconomique, de nombreux pays ont alors décidé d'infléchir cette croissance en mettant en œuvre des politiques de population destinées à maîtriser la fécondité. Afin d'agir sur la fécondité, il existe des mesures directes, comme favoriser l'accès à la planification familiale, les campagnes d'information, d'éducation et de communication pour sensibiliser ou agir sur le désir d'enfants et des politiques indirectes (pas toujours en lien avec celles de population), telles que la promotion des droits de la femme, l'élévation de l'âge légal au mariage, l'héritage égalitaire.

Auteurs

Marie-Claire Peytrignet INED

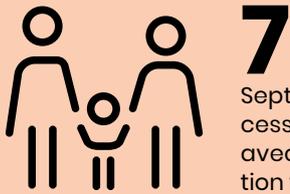
Clémentine Rossier université de Genève, INED

Géraldine Duthé INED

Coordination

Hélène Djoufelkit AFD

Chiffre-clé



Sept pays du Sud ont réussi leur processus de transition démographique avec des programmes de planification familiale intégrés.

Entre coercition et respect des droits humains

Même si les années 1960-1970 ont été tristement marquées par des politiques coercitives en Asie et en Amérique latine, les politiques de population contribuent au bien-être des familles et de la population en général lorsqu'elles sont conçues dans le respect des droits humains. L'accès et la promotion de la planification familiale doivent être intégrés au système de santé et conçues dans un cadre d'actions cohérentes et multisectorielles. Certains pays ont réussi à accompagner leur processus de transition démographique avec des programmes de planification familiale plus intégrés. Dans cette perspective, sept pays sont régulièrement mis en avant dans la littérature : le Bangladesh en Asie, le Mexique en Amérique latine, la Tunisie en Afrique du Nord, mais aussi plus récemment l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi et le Rwanda en Afrique subsaharienne.

Des dynamiques politiques variées

Malgré une temporalité et des situations géopolitiques différentes, les gouvernements de ces sept pays ont tous été fortement préoccupés par la croissance démographique : d'une part en raison du manque de ressources pour assurer l'offre du travail, le développement d'infrastructures, d'autre part à cause de la pression prolongée sur les terres qui provoque l'érosion, le surmorcellement et le surpâturage. Dans tous ces pays, la maîtrise de la croissance démographique est devenue un outil pour le développement. Cette vision du développement a été propulsée dès l'indépendance par les leaders politiques en Tunisie (1954) et au Bangladesh (1971). Dans les autres pays, elle a été plus tardive (par exemple, 1993 en Éthiopie) et liée au débat international. Au Mexique, à la toute fin des années 1970, le gouvernement a clairement été influencé par des économistes et démographes latino-américains. Les agences internationales (Nations unies, Banque mondiale, Fonds monétaire international...) et la coopération des pays du Nord ont aussi fortement encouragé puis soutenu les initiatives gouvernementales, en particulier dans les quatre pays africains étudiés ici. En parallèle, le corps médical et la société civile, témoins directs des conséquences dramatiques du fardeau des maternités, se sont aussi souvent mobilisés pour un meilleur accès à la santé reproductive et à l'instruction. Les associations de la société civile ont été pionnières et leurs actions ont ensuite été soutenues par la communauté internationale.

Quelles mesures en termes de politiques publiques de population ?

Le soutien ou à défaut la non-ingérence des institutions notamment religieuses

Dans l'ensemble de ces pays, avant même la promulgation d'une politique de population, des consensus ont dû être trouvés à l'échelle nationale ; les gouvernements ont dû veiller à ce que les autres institutions, notamment les groupes religieux, soient intégrées dans les actions

menées ou du moins qu'ils ne puissent pas s'y opposer. Par exemple, en Tunisie, H. Bourguiba a mis en avant la compatibilité de la planification familiale avec l'islam. Au Mexique, l'église catholique avait assuré qu'elle ne s'opposerait pas aux programmes de planification familiale. Procédant différemment, le Rwanda a déployé des moyens juridiques pour empêcher les institutions religieuses d'entraver ses politiques.

La solidité institutionnelle comme fondation pour le déploiement national de la planification familiale

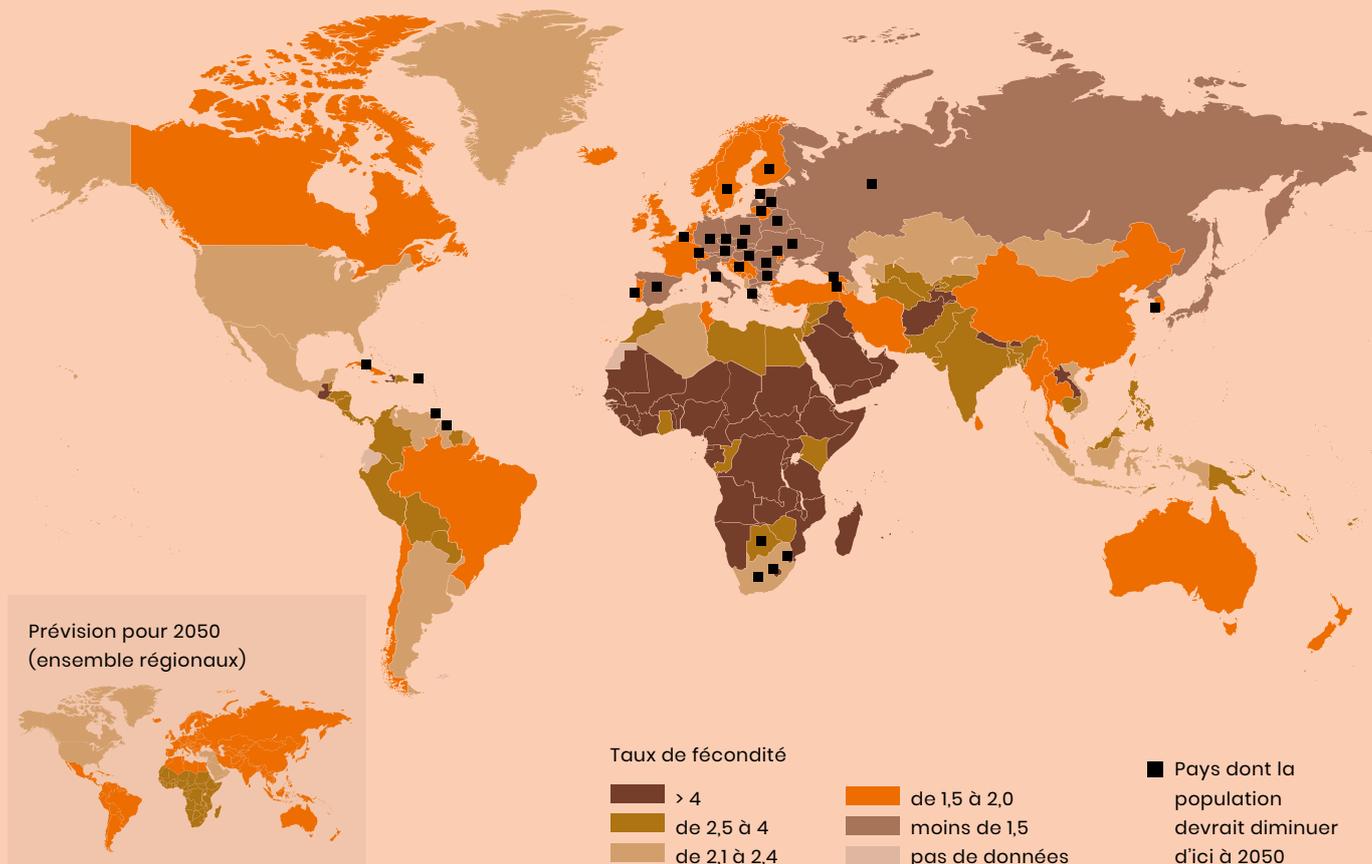
Tous les pays ont investi dans leurs infrastructures. Ils ont créé des instituts et des outils pour mesurer les dynamiques de population, ce qui leur a permis d'établir des objectifs. Le Bangladesh ou le Rwanda ont reconstruit leur système de santé après-guerre civile en même temps qu'ils tentaient de favoriser l'adoption de la planification familiale. Les pays ont tous travaillé à atteindre plusieurs prérequis au niveau du système sanitaire comme former suffisamment et de manière continue les professionnels de santé ou mettre en place des systèmes d'approvisionnement sans rupture de produits contraceptifs. Trois stratégies se sont avérées essentielles pour assurer l'accès à la planification familiale à l'ensemble de la population : (i) la création systématique de services de planning familial dans toutes les structures de santé, (ii) la mise en place d'actions (système de santé communautaire, campagne de porte-à-porte...) pour joindre les populations les plus vulnérables et les plus éloignées géographiquement, et (iii) la minimisation des coûts voire la gratuité de la planification familiale de manière à lever les barrières à son utilisation. La pérennité des dispositifs est essentielle, au risque de voir les efforts s'arrêter, comme au Malawi où la prévalence contraceptive a chuté avec l'arrêt des subventions. La collaboration des gouvernements avec le secteur privé et le milieu associatif a été cruciale dans la plupart de ces pays, ainsi que le soutien financier et technique d'autres institutions (internationales ou de coopération).

La collaboration multisectorielle comme une condition pour l'atteinte des objectifs fixés par la politique de population

Outre le ministère de la Santé, chargé généralement d'intégrer la planification familiale aux questions de santé maternelle et infantile et aux politiques de santé sexuelle et reproductive, les autres ministères ont mis en place des politiques favorables à celle-ci dans l'ensemble des pays étudiés. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994), les ministères de la Santé ont aussi incorporé la santé sexuelle et reproductive (VIH-Sida et autres infections sexuellement transmissibles) à leurs objectifs. Parallèlement, les autres ministères ont intégré des politiques faisant la promotion des droits de la femme (éducation, prévention des violences).

Les campagnes d'information, éducation et communication (IEC) comme stratégie d'intervention

La généralisation des services de santé dans l'ensemble des pays est allée de pair avec des campagnes d'information au sujet des méthodes existantes. Ces campagnes visaient également à sensibiliser le public vis-à-vis des enjeux de population et à véhiculer des nouveaux modèles désirables de familles. De plus, un travail pour impliquer les hommes, ainsi que pour faciliter l'accès aux populations jeunes et non mariées a été entrepris dans certains pays, comme l'école des maris au Niger.



Sources: ONU, US Census Bureau, d'après *Alternatives économiques*

Le développement des droits des femmes comme déterminant essentiel, mais indirect de la fécondité

En plus de la planification familiale, les droits sexuels et reproductifs, ainsi que les droits des femmes en général, ont fortement évolué dans tous les pays. Des efforts importants ont été consentis pour améliorer le niveau d'éducation des femmes, leur permettre de contribuer au marché du travail et, par ce biais, leur donner les moyens de décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants, ainsi que de repousser l'âge au premier mariage et à la première naissance. Les droits relatifs à l'héritage restent toutefois encore inégaux en Tunisie et au Bangladesh, où les lois favorisent les garçons, ce qui rend les mères dépendantes d'une descendance masculine.

L'interruption volontaire des grossesses, une affaire toujours inachevée

La question de l'accès à l'avortement a quant à elle été traitée de manière variable. Le seul pays l'autorisant sans restrictions jusqu'à douze semaines est la Tunisie. Pour autant, l'accès tant à l'interruption volontaire de grossesse qu'à la contraception est actuellement en perte de vitesse dans ce pays. Au Mexique, l'avortement n'a été libéralisé que dans l'État de Mexico. D'autres pays ont contourné une législation sans restriction en sécurisant une partie des avortements : en Éthiopie, l'avortement est permis en cas de viol, et toute femme invoquant ce motif y a accès. Au Bangladesh, les femmes sont autorisées à interrompre leur grossesse dans des délais précoces (régulation menstruelle).

L'élaboration de politiques de population pérennes reste un chemin long et sinueux

Un focus sur les populations vulnérables jamais acquis

Au-delà des mesures adoptées, le point commun entre ces différentes politiques est probablement leur persistance sur plusieurs décennies et l'investissement dans des mécanismes de meilleure gouvernance. Dans ce sens, les recherches au Mexique et en Éthiopie montrent que les premiers à ressentir l'impact des politiques sont les populations les plus défavorisées (sans ressources alternatives pour réguler leur fécondité). Mais partout, elles n'ont été ni faciles ni rapides à mettre en œuvre. De plus, ces politiques ne sont pas à l'abri d'une remise en question, comme c'est le cas actuellement en Tunisie.

Les limites de la « planification » démographique

Notre travail comparatif met en avant quelques leçons à retenir. Nous constatons notamment que les objectifs démographiques mis en place dans un premier temps ont souvent manqué de réalisme et apparaissaient comme trop ambitieux. Ainsi, très souvent, les cibles n'ont pas pris en compte la structure par âge de la population, ce qui, d'une part, n'a pas permis d'anticiper la croissance de la population liée à l'importance numérique des cohortes « en âge d'être parent », ni de se préparer au vieillissement de la population, d'autre part.

Entre volonté étatique et volonté individuelle, il reste difficile de confirmer que les individus ont agi en pleine conscience en adoptant la contraception dans ces pays. Des cas de violation des droits humains (stérilisations forcées, imposition du stérilet) ont ainsi été constatés. En matière de droit, le choix des cibles est important : par exemple, mieux vaut privilégier les besoins non satisfaits en matière de contraception plutôt que l'imposition d'un taux de prévalence contraceptive, dans la mesure où les premiers tiennent compte des souhaits de fécondité des individus, qui sont variables selon les pays.

L'articulation entre politiques de populations et développement reste à questionner

Enfin, dans ces pays, l'histoire ultérieure n'est pas toujours allée de pair avec la vision de développement annoncée dans les politiques de population. Ainsi, malgré un taux de fécondité de 2,2 enfants par femme, le Bangladesh demeure l'un des pays les plus pauvres du monde. Le Mexique a, quant à lui, connu une hausse des inégalités et les politiques de réajustement structurel ont entraîné des coupes budgétaires drastiques dans les fonds destinés à la santé. La stratégie pour gérer les pensions est passée à un encouragement à l'épargne et à la solidarité familiale. Certains pays comme le Mexique ont reconnu que les petites familles ne s'en sortaient pas mieux économiquement que les familles élargies. Dans les pays africains notamment, la sécurité sociale reste assurée par le réseau familial étendu. Pour éviter une montée des inégalités, la réduction de la taille de la famille nécessite la mise en place d'un continuum de politiques publiques complémentaires articulant l'engagement concret des autorités sur l'agenda démographique, la priorité donnée à une éducation véritablement égalitaire du primaire jusqu'à l'université, la promotion de la santé reproductive et de la planification familiale et, enfin, la réalisation des conditions de l'employabilité des jeunes et des femmes et l'assurance d'une protection minimale pour les sortir des pièges à pauvreté.

Photo 1 - Une pancarte de planification familiale, près de Lalibela, Éthiopie



Crédit photo : CC-BY-SA, Maurice Chédel

Références bibliographiques

BANQUE MONDIALE (2016), *What five Sahel countries learned from Bangladesh about strengthening population policies*, document en ligne : <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2016/06/23/what-five-sahel-countries-learned-from-bangladesh-about-strengthening-population-policies>, consulté le 21 décembre 2019.

CASTERLINE J. B. (2017), « Prospects for fertility decline in Africa », *Population and Development Review*, vol. 43, n° 51, pp. 3-18.

COSIO-ZAVALA M. E. (2006), « Politiques de population au Mexique », in Caselli G. et al. (ed.), *Histoire des idées et politiques de population, tome VII. Démographie. Analyse et synthèse*, Paris, INED, pp. 625-646.

GUENGANT J. -P. (2011), *Impact des politiques de population sur les politiques sectorielles et les évolutions démographiques au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, POPPOV Research Network, 5^e Conférence sur la recherche en population, santé de la reproduction et développement économique, Marseille, France.

HAILEMARIAM A. (2016), « Implementation of the population policy of Ethiopia: achievements and challenges », *Population Horizons*, vol. 13, n° 1, pp. 19-30.

HARDEE K. et E. LEAHY (2008), « Population, fertility and family planning in Pakistan: a program in stagnation », *PAI research commentary*, vol. 3, n° 3.

Directeur de la publication Rémy Rioux
Directeur de la rédaction Thomas Melonio
Création graphique MeMo, Juliegilles, D. Cazeils
Conception et réalisation Comme un Arbre!

Agence française de développement (AFD)
5, rue Roland Barthes | 75012 Paris | France
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2020
ISSN 2271-7404 | © AFD
Imprimé par le service de reprographie de l'AFD.

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'AFD ou de ses institutions partenaires.