UNIVERSITÉS FRANCOPHONES

SAVOIR PLUS
UNIVERSITÉS

MARIA-EUGENIA COSIO-ZAVALA

# Changements démographiques en Amérique latine

ÉDITIONS ESTEM

AUPELF·UREF

# Changements démographiques en Amérique latine

# Changements démographiques en Amérique latine

Maria-Eugenia COSIO-ZAVALA

Éditions ESTEM
7, rue Jacquemont
75017 Paris
Tél : 01 53 06 94 94 - Fax : 01 53 06 95 00

OUVRAGES DÉJÀ PARUS DANS LA COLLECTION

« UNIVERSITÉS FRANCOPHONES »

GENDREAU Francis, NZITA KIKHELA Denis, GUERIN Valérie, eds., 1994, **"L'évaluation des politiques et des programmes de population"**, AUPELF-UREF, John Libbey, Paris, 285 p.

GERARD Hubert, PICHE Victor, eds., 1995, **"La sociologie des populations"**, AUPELF-UREF, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 518 p.

GENDREAU Francis, 1996, **"Démographies africaines"**, AUPELF-UREF, ESTEM, coll. Savoir plus Universités, Paris, 128 p.

GENDREAU Francis, FAUVEAU Vincent, DANG THU, 1997, **"Démographie de la péninsule indochinoise"**, AUPELF-UREF, ESTEM, coll. Savoir plus Universités, Paris, 132 p.

GENDREAU Francis, LUCAS Elisabeth, 1998, **"Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud"**, AUPELF-UREF, ESTEM, Paris, 416 p.

*Changements démographiques en Amérique latine*
ISBN 2-84371-044-8

**© 1998 Éditions ESTEM**
Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

La diffusion scientifique et technique est un facteur essentiel du développement. Aussi, dès 1988, l'Agence francophone pour l'enseignement supérieur et la recherche (AUPELF-UREF), mandatée par les Sommets francophones pour produire et diffuser revues et livres scientifiques, a créé la collection *Universités francophones*.

Lieu d'expression de la communauté scientifique de langue française, *Universités francophones* vise à instaurer une collaboration entre enseignants et chercheurs francophones en publiant des ouvrages, coédités avec des éditeurs francophones, et largement diffusés dans les pays du Sud, grâce à une politique tarifaire préférentielle.

Quatre séries composent la collection :

- Les usuels : cette série didactique est le cœur de la collection. Elle s'adresse à un public étudiant et vise à constituer une bibliothèque de référence couvrant les principales disciplines enseignées à l'université.
- Actualité scientifique : dans cette série sont publiés les actes de colloques organisés par les réseaux thématiques de recherche de l'UREF.
- Prospectives francophones : s'inscrivent dans cette série des ouvrages de réflexion donnant l'éclairage de la Francophonie sur les grandes questions contemporaines.
- Savoir plus Université : cette nouvelle série, dans laquelle s'inscrit le présent ouvrage, se compose de livres de synthèse qui font un point précis sur des sujets scientifiques d'actualité.

Notre collection, en proposant une approche plurielle et singulière de la science, adaptée aux réalités multiples de la Francophonie, contribue efficacement à promouvoir l'enseignement supérieur et la recherche dans l'espace francophone et le plurilinguisme dans la recherche internationale.

Professeur MICHEL GUILLOU
Directeur général de l'AUPELF
Recteur de l'UREF

DU MÊME AUTEUR

*Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica, México, 1992, 326 p.

"Populations et sociétés" (en collaboration avec Daniel DELAUNAY), *in L'Amérique du Sud aux XIX^e^ et XX^e^ siècles*, H. Rivière d'Arc, ed., Paris, Armand Colin, 1993, pp.11-34.

"Intégrer population et développement : le cas du Mexique", in *Intégrer population et développement*, H. Gérard ed., Chaire Quételet 1990, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan,1993, pp. 585-599.

*Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Paris, IHEAL-L'Harmattan, 1994, 256 p.

"Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique latine", in : *Transitions Démographiques et Sociétés*, Tabutin D., Eggerickx T. et Gourbin C., Academia-L'Harmattan, 1995, pp. 401-414.

*Nuevas pautas reproductivas en México,* Juárez F., Quilodrán, J. coll., El Colegio de México, 1996, 232 p.

"Malthusianisme de la pauvreté au Mexique" in Leridon H. comp., *Populations, L'État des connaissances*, Paris, La Découverte, 1996, p. 255-256 et Amérique latine : l'explosion urbaine", *idem*, pp. 278-279

"The demographic transition in Latin America and Europe", in *The fertility transition in Latin America,* Guzman J.M.et al ed. Clarendon Press Oxford, 1996, pp. 95-109.

"Le Mexique : de l'explosion numérique aux difficultés d'emploi", *La Population dans le monde, Enjeux et problèmes,* J.C.Chasteland et J.C. Chesnais, ed. Paris, INED/PUF, Travaux et documents, Cahier no. 139, 1997, pp. 245-258.

"Changements démographiques en Amérique latine", coordinatrice du Dossier des *Cahiers des Amériques latines,* no 22, IHEAL, 1997, pp. 63-200.

# Table des matières

INTRODUCTION - LA POPULATION DE L'AMÉRIQUE LATINE DANS LA POPULATION MONDIALE 11

CHAPITRE 1 : UN CONTINENT PEU PEUPLÉ 17

*Conséquences démographiques de la colonisation* 18

*Nouvelles conditions de peuplement* 20

*Gouverner c'est peupler : le XIX^e siècle* 24

CHAPITRE 2 : LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE 31

*Un demi-siècle de baisse de la mortalité* 31

*Le creusement des disparités régionales* 36

*La mortalité infantile* 40

CHAPITRE 3 : D'UNE FÉCONDITÉ NATURELLE À LA LIMITATION DES NAISSANCES 45

*Des hausses de fécondité dans les années 1950 et 1960* 47

*La transition précoce de l'Argentine et de l'Uruguay au début du XXe siècle* 51

*Le début de la baisse de la fécondité* 54

*La période de forte diminution de la fécondité : 1965-1960* 61

*La malthusianisme de pauvreté* 63

*La révolution contraceptive* 67

CHAPITRE 4 : POLITIQUES DE POPULATION 71

*Le débat population-ressources* 71

*Émergence d'une position latino-américaine en matière de politique de population* 75

*La mise en place des politiques de population (1974-1984)* 77

*Après la conférence du Caire de 1994* 87

CHAPITRE 5 : CONCENTRATION URBAINE ET TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE 91

*Le ralentissement de la croissance urbaine* *92*
*Une croissance rapide des grandes métropoles* *93*
*Une redistribution vers les villes moyennes* *97*
*Les composantes de la croissance urbaine* *99*
*Annexes* *101*

CONCLUSION 105

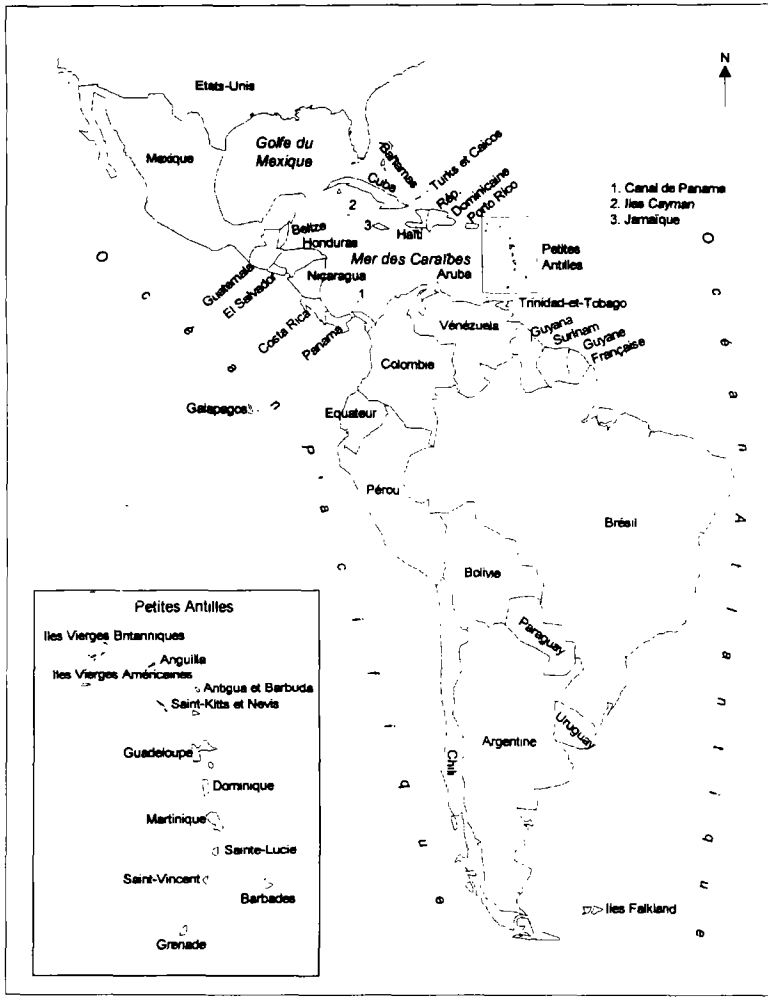
BIBLIOGRAPHIE 109

GLOSSAIRE 119

## AVERTISSEMENT

Les données présentées ainsi que les opinions exprimées dans cet ouvrage le sont sous l'entière responsabilité de l'auteur.

# L'AMÉRIQUE LATINE



# Introduction : La population de l'Amérique latine dans la population mondiale

Au début de la seconde moitié du XX$^{e}$ siècle, la population de l'Amérique latine[1] a augmenté beaucoup plus rapidement que l'ensemble de la population mondiale. En 1930, 3 pour cent de la population mondiale se trouvait en Amérique latine ; en 1950, cette proportion s'élevait à 6,5 pour cent, et elle est restée stable entre 1980 et 1995 à 8 pour cent. A l'intérieur même du continent américain, la place prise par la population au sud du Rio Grande del Norte est devenue de plus en plus considérable. La croissance de la population latino-américaine est en effet, depuis quelques décennies, bien plus rapide que la croissance des populations des deux grands pays développés de l'Amérique du Nord, Canada et États-Unis.

L'Amérique latine avait, au début de ce siècle, une population moins nombreuse que celle des États-Unis : 63 et 76 millions respectivement. Grâce à une expansion démographique extraordinairement rapide, la population de l'Amérique latine est devenue aussi importante que celle du Canada et des États-Unis dès 1950 (tableau 1). Or, les perspectives de population des Nations Unies pour l'an 2000 font état d'un chiffre global de 515 millions d'habitants pour l'Amérique latine et de 309 millions pour les États-Unis et le Canada. Il s'est donc produit une importante redistribution de la population sur le continent américain.

---

[1] La région "Amérique latine" comprend les pays de la Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Dans la première définition étaient exclues les anciennes possessions anglaises et hollandaises, notamment les Iles Caraïbes, ainsi que les départements français d'Outre-Mer. Cela faisait une liste de vingt pays. Actuellement, la région CEPALC comprend 41 pays ou territoires, indépendants ou non. On trouvera au tableau figurant après l'introduction des indicateurs relatifs à chacun de ces pays.

Le tableau 1 montre l'évolution de la population sur l'ensemble du territoire américain de 1900 à 1995. Les États-Unis se trouvent confrontés à la croissance démographique rapide des nations latino-américaines qui leur sont proches et qui les dépassent largement maintenant, avec 60 pour cent de population en plus en 1995. D'après la projection moyenne des Nations Unies, le rapport entre populations au nord et au sud du Rio Grande del Norte pourrait s'établir à 1,9 en l'an 2025 : 368 millions d'habitants en Amérique du Nord, 690 millions en Amérique latine, c'est-à-dire presque deux fois plus.

**Tableau 1 : La population des Amériques (1900-1995). Population (en millions)**

| Région ou pays | 1900 | 1930 | 1950 | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| États-Unis (1) | 76,0 | 123,5 | 157,8 | 210,1 | 230,4 | 254,1 | 267,1 |
| Canada (2) | 5.4 | 10,2 | 13,7 | 21,3 | 24,5 | 27,8 | 29,4 |
| Amérique latine (3) | 63,0 | 111,0 | 166,3 | 283,5 | 359,3 | 437,8 | 476,6 |
| Ensemble Amérique | 145,0 | 244,0 | 337,8 | 514,9 | 614,2 | 719,7 | 773,1 |
| Rapport (3)/(1)+(2) | 0,78 | 0,83 | 0,97 | 1,23 | 1,41 | 1,55 | 1,61 |

Source : (53, 56, 58)

La forte immigration d'origine hispanique, dont une grande partie est illégale (mexicaine, centraméricaine, caraïbe, etc.) est un élément qui sensibilise encore plus les sociétés d'Amérique du Nord aux problèmes de population à leurs frontières. C'est dans ce contexte que s'est développé l'alarmisme concernant l'accroissement rapide de la population dans les régions les plus pauvres du monde (Afrique, Amérique latine, Asie), ainsi que le sentiment de l'urgence d'un contrôle des naissances dans les pays peu développés, et plus particulièrement en Amérique latine, à partir de 1960.

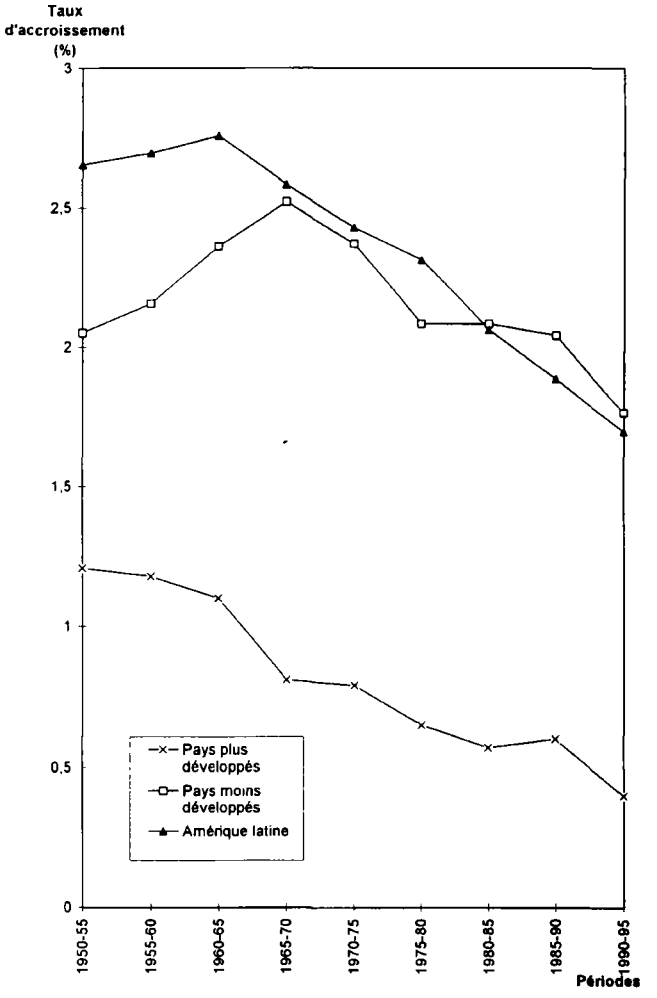
La population des pays au sud du Rio Grande est passée de 63 millions en 1900 à près de 477 millions en 1995, ce qui correspond à une multiplication par 7,5. Cette croissance a été tellement exceptionnelle que l'on a parlé *d'explosion démographique*, d'autant plus que le retard pris dans la connaissance exacte des faits de population n'avait pas révélé le phénomène à ses débuts, mais bien tardivement dans les années soixante. La rapidité de la croissance démographique est illustrée par la série des taux annuels moyens d'accroissement naturel par périodes quinquennales, entre 1950 et 1995 (tableau 2) représentés au graphique 1.

**Tableau 2 : Taux de croissance de la population mondiale par région 1950-1995. Taux de croissance annuels moyens (pour cent)**

| Continent ou région | 1950-1955 | 1955-1960 | 1960-1965 | 1965-1970 | 1970-1975 | 1975-1980 | 1980-1985 | 1985-1990 | 1990-1995 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ensemble du monde | 1,78 | 1,85 | 1,69 | 2,04 | 1,95 | 1,72 | 1,72 | 1,72 | 1,48 |
| Pays plus développés | 1,21 | 1,18 | 1,10 | 0,81 | 0,79 | 0,65 | 0,57 | 0,60 | 0,40 |
| Europe | 1,00 | 1,00 | 0,97 | 0,66 | 0,60 | 0,49 | 0,38 | 0,44 | 0,16 |
| Amérique du Nord | 1,70 | 1,77 | 1,46 | 1,06 | 1,01 | 0,93 | 0,98 | 1,03 | 1,01 |
| Océanie | 2,21 | 2,21 | 2,15 | 1,95 | 2,09 | 1,13 | 1,50 | 1,55 | 1,37 |
| Pays moins développés | 2,05 | 2,15 | 2,36 | 2,52 | 2,37 | 2,08 | 2,08 | 2,04 | 1,77 |
| Asie orientale | 1,75 | 1,54 | 1,98 | 2,43 | 2,12 | 1,43 | 1,31 | 1,41 | 1,02 |
| Asie du Sud | 2,13 | 2,35 | 2,38 | 2,39 | 2,35 | 2,22 | 2,33 | 2,21 | 1,92 |
| Afrique | 2,23 | 2,39 | 2,15 | 2,56 | 2,56 | 2,78 | 2,82 | 2,78 | 2,68 |
| **Amérique latine** | **2,65** | **2,69** | **2,75** | **2,58** | **2,43** | **2,31** | **2,06** | **1,89** | **1,70** |

Source : (53, 56, 58)

## Graphique 1 : Taux de croissance par régions 1950-1995



Selon la répartition des Nations Unies en grandes régions du monde, les pays les moins développés ont montré, au début de la transition démographique, des taux de croissance démographique bien supérieurs à ceux des pays les plus développés (graphique 1). De plus, l'Amérique latine est la région du monde qui a vu croître sa population au rythme le plus rapide entre 1950 et 1970. La croissance régionale s'est infléchie en 1970-75, dépassée dès lors par celle de l'Afrique. Or, un taux de 2,75 pour cent, comme celui enregistré pour la période 1960-1965, conduit à un doublement de la population en 25 ans. Un taux de 2,3 pour cent, comme celui enregistré pour la période 1975-80, conduit à un doublement de la population en 30 ans. Néanmoins, depuis 1980, les taux ont notablement diminué : 2,06 en 1980-85, 1,70 en 1990-95 (58).

Le tableau 2 donne les taux d'accroissement démographique estimés à partir de 1950. Ces chiffres mettent en évidence l'accélération des taux de croissance jusqu'en 1965, faisant suite à une croissance modérée depuis le début du siècle. Cependant, pendant une longue période, les problèmes des populations du sous-continent ont été tout autres : l'Amérique latine a connu une très longue crise démographique et un dépeuplement relatif qui a duré plusieurs siècles et a suivi la colonisation, à partir du XVI$^{e}$ siècle, après la découverte de l'Amérique en 1492 par Christophe Colomb.

## Pays de la Région Amérique latine et Caraïbes. Indicateurs sélectionnés.

| Pays ou entités | Population mi-1995 en milliers | PNB par tête - US$ | ppa/habitant en 1995 - US$ |
|---|---|---|---|
| Antigua-et-Barbuda | 65 | - | - |
| Argentine | 34 665 | 8 030 | 8 310 |
| Aruba | 80 | - | - |
| Bahamas | 276 | 11 940 | 14 710 |
| Barbades | 266 | 6 560 | 10 620 |
| Belize | 216 | 2 630 | 5 400 |
| Bolivie | 7 414 | 800 | 2 540 |
| Brésil | 159 222 | 3 640 | 5 400 |
| Chili | 14 225 | 4 160 | 9 520 |
| Colombie | 36 813 | 1 910 | 6 130 |
| Costa Rica | 3 399 | 2 610 | 5 850 |
| Cuba | 11 011 | - | - |
| Dominique | 73 | 2 990 | - |
| Dominicaine (République) | 7 822 | 1 460 | 3 870 |
| Équateur | 11 477 | 1 390 | 4 220 |
| El Salvador | 5 623 | 1 610 | 2 610 |
| Guyane française | 145 | - | - |
| Grenade | 91 | 2 980 | - |
| Guadeloupe | 424 | - | - |
| Guatemala | 10 621 | 1 340 | 3 340 |
| Guyana | 835 | 590 | 2 420 |
| Haïti | 7 168 | 250 | 910 |
| Honduras | 5 924 | 600 | 1 900 |
| Iles Cayman | 33 | - | - |
| Iles Vierges (États-Unis) | 99 | - | - |
| Jamaïque | 2 522 | 1 510 | 3 540 |
| Martinique | 380 | - | - |
| Mexique | 91 831 | 3 320 | 6 400 |
| Antilles néerlandaises | 200 | 24 000 | 19 950 |
| Nicaragua | 4 375 | 380 | 2 000 |
| Panamá | 2 631 | 2 750 | 5 980 |
| Paraguay | 4 828 | 1 690 | 3 650 |
| Pérou | 23 819 | 2 310 | 3 770 |
| Puerto Rico | 3 717 | - | - |
| Saint-Kitts et Nevis | 41 | 5 170 | 9 410 |
| Sainte-Lucie | 158 | 3 370 | - |
| Saint-Vincent et Grenadines | 111 | 2 280 | - |
| Surinam | 410 | 880 | 2 250 |
| Trinidad-et-Tobago | 1 287 | 3 770 | 8 610 |
| Uruguay | 3 184 | 5 170 | 6 630 |
| Vénézuela | 31 671 | 3 020 | 7 900 |

# Chapitre 1 :
# Un continent peu peuplé

Tous les historiens semblent relativement d'accord sur l'évolution des populations indiennes d'Amérique pendant l'époque précolombienne. Originaires d'Asie, des vagues migratoires successives, par le détroit de Behring, ont commencé à peupler le continent américain il y a environ 11 000 ans (35). Les différents foyers de peuplement qui se sont développés se caractérisaient par leur densité et leur concentration, alors que d'immenses territoires restèrent longtemps pratiquement inhabités. Puis des groupes relativement nombreux se sont constitués après l'an 1000 avant Jésus-Christ dans les zones de culture du maïs, c'est-à-dire sur les hauts plateaux andins et de l'Amérique centrale. Ces foyers de peuplement connurent de grandes civilisations agraires : la métallurgie apparut vers l'an 700, la civilisation urbaine de Teotihuacán, de Cuzco et des Mayas se développa pendant le premier millénaire av. J.C.

Les cultures de base, qui ont permis l'expansion des foyers de peuplement, étaient le maïs, les haricots, les piments, les courges, l'avocat, etc. On parle de "civilisation du maïs". Cependant, les indiens connaissaient des limitations techniques importantes ; en particulier, ils n'utilisaient pas la roue, faute d'animaux de trait, et le maintien des cultures itinérantes entraînait une grande dispersion du peuplement. Il semble, malgré tout, que les crises de sous-production se produisaient plus rarement qu'en Europe. Mais la croissance démographique restait limitée à cause de la forte mortalité et de la faible natalité, caractéristiques habituelles des populations peu développées techniquement.

L'estimation de l'effectif de la population en 1492, à l'arrivée de Christophe Colomb, est un sujet encore très controversé. Les estimations de Paul Rivet en 1924

conduisaient à un total de 40 millions d'habitants pour l'ensemble de l'Amérique précolombienne. Jean-Noël Biraben propose 39 millions vers 1500 et J-D. Durand une fourchette de 30 à 60 millions. Ceci a longtemps semblé excessif, en particulier par rapport à des historiens qui, comme Rosenblat proposaient des chiffres plus modérés : 13,3 millions d'Indiens pour l'ensemble du continent, dont : 1 million au nord du Rio Grande, 4,5 millions au Mexique, 1 million en Amérique Centrale et aux Antilles, 6,8 millions en Amérique du Sud (7,79,81).

Or des calculs menés à l'Université de Berkeley en 1957 par S.F. Cook et W. Borah ont abouti à des estimations fort différentes. Ils chiffraient la seule population de la Nouvelle Espagne à 25 millions d'habitants en 1519. Ils supposeraient, d'après Pierre Chaunu, 80 ou 100 millions d'hommes pour l'Amérique précolombienne, c'est-à-dire le niveau de la population atteint aux environs de 1920 (18,27). Les méthodes utilisées pour ces estimations ont été fortement critiquées sans qu'on puisse proposer des chiffres précis, par manque de données de qualité acceptable. C'est ainsi qu'Assadourian, dans des travaux récents de nature économique, réfute pas à pas l'analyse de la crise démographique et du système colonial de Borah et Cook, et il propose pour le Pérou les mêmes chiffres que Rosenblat sur la base d'une étude du système de production péruvien (4). Quoiqu'il en soit, un fait semble acquis : les conséquences démographiques de la colonisation ont été catastrophiques sans qu'il soit possible de chiffrer précisément les pertes en vies humaines.

## CONSÉQUENCES DÉMOGRAPHIQUES DE LA COLONISATION

Une des principales conséquences de la colonisation a été une importante diminution de la population. Bien que la conquête ait été effectuée par un nombre réduit de conquérants, la population indienne a été décimée. Aux épidémies, importées d'Europe et d'Afrique, contre

lesquelles la population autochtone était sans défense, se sont ajoutés d'autres facteurs majeurs de dépeuplement : guerres meurtrières, déplacements de population, charges économiques sur les indigènes, travail forcé, détérioration du niveau de vie, famines et disettes, etc. Au XVI[e] et au début du XVII[e] siècles, la population a diminué et une croissance régulière ne put reprendre significativement que dans la deuxième moitié du XVII[e] siècle.

D'après Rosenblat, en 1570, la population de l'Amérique n'était plus que de 11 millions d'habitants. Sur ce total, on comptait 8,9 millions d'Indiens en Amérique espagnole, 800 000 au Brésil, et un million au nord du Mexique (80,98). La composition ethnique de la population s'était également largement modifiée. Aux Indiens, il fallait ajouter 140 000 créoles et européens (dont 20 000 au Brésil) et les noirs et castes de mulâtres et de métis : 262 500 dont 30 000 au Brésil[2]. En effet, au XVI[e] siècle, il fallut chercher des esclaves africains pour pallier la faiblesse numérique des travailleurs indigènes. C'est ainsi que, dès les premières décennies de la colonisation, la population indienne des Antilles disparut et dût être remplacée par des esclaves. Les Indiens qui peuplaient les îles n'ont en effet pas survécu aux guerres, aux déplacements, aux maladies importées par les espagnols et au travail forcé.

A partir du XVII[e] siècle, la croissance démographique a repris, par mouvement naturel (naissances supérieures aux décès) ou par immigration. Par exemple, en Nouvelle Espagne, d'après les taux d'accroissement annuels moyens estimés à partir des baptêmes enregistrés dans diverses paroisses, après le nadir vers 1625, la période 1650-1690 a présenté des taux plutôt élevés, d'au moins 2 pour cent par an. Le XVIII[e] siècle s'est caractérisé par une

[2] Les castes au sens de l'Amérique hispanique coloniale sont les mélanges de races *(castas de mezcla)*. Les noirs sont souvent dénombrés avec les castes ; les indiens ont leur propre enregistrement, les espagnols aussi.

croissance positive mais plus lente. Néanmoins, la grande mortalité de 1737 a marqué l'entrée dans une période de crises démographiques successives jusqu'à la fin de la période coloniale (75).

La conquête de l'Amérique a abouti à une hausse rapide de la mortalité. Faute de données, il est difficile d'estimer le nombre de décès ou même le niveau de la mortalité de l'Amérique coloniale. Tous les chroniqueurs et historiens rapportent de terribles épidémies. Il y eut ainsi la variole, le typhus, le paludisme, la grippe, la rougeole. On peut citer pour le XVI[e] siècle en Nouvelle Espagne, qui englobe le Mexique actuel, les épidémies de 1520, 1531-32, 1545-48, 1562-64, 1576-80, 1587, 1592-93, 1595-97. Celle de 1576-80 aurait été particulièrement terrible et aurait emporté 40 à 50 pour cent des Indiens. Au Pérou, on rappelle les épidémies les plus létales : 1520-30, 1550, 1558-60 et 1585-91 (82).

La conquête a mis en contact les continents : d'abord l'Europe, l'Amérique et l'Afrique, puis l'Asie à partir de 1565. Cet extraordinaire brassage d'hommes a eu pour conséquence une répartition des épidémies à travers les continents : ainsi, le paludisme est passé d'Afrique en Amérique, la variole, la rougeole, la peste, sont venus d'Europe, s'ajoutant aux maladies autochtones fort nombreuses, dont le typhus et la grippe virale (5). Un important fléau, qui sévit encore de nos jours, est né de la colonisation elle-même ; il s'agit de la fièvre jaune, maladie inconnue dans le monde avant le XVI[e] siècle (voir encadré).

## NOUVELLES CONDITIONS DE PEUPLEMENT

Une restructuration complète de l'économie a accompagné la colonisation. Elle s'est traduite, au niveau de la population, par des changements économiques très importants et par des bouleversements sociaux. Par

exemple, l'introduction de cultures nouvelles comme le blé et la canne à sucre, ainsi que le développement de l'élevage, ont désorganisé l'équilibre écologique et la production alimentaire traditionnelle.

Avec la colonisation, la production agricole a sacrifié les cultures vivrières indigènes au profit de cultures satisfaisant le marché européen (canne à sucre, cacao, tabac, café, etc.). Les conséquences de ces changements ont été extrêmement préjudiciables pour les populations autochtones. En particulier, le régime alimentaire de base a été appauvri et on a vu apparaître à cette époque l'un des problèmes actuels de l'Amérique latine, la sous-alimentation et les carences alimentaires qui sont fréquentes dans de larges secteurs de la population.

De plus, les colonisateurs se servaient des Indiens comme d'un réservoir de main-d'oeuvre, les indigènes étant soumis au travail obligatoire dans les mines et les grandes propriétés agricoles. Afin de pouvoir plus facilement les convertir au christianisme, les compter et leur faire payer tribut, des regroupements de population ont eu lieu, rassemblant les populations locales dans de nouveaux villages fondés par les colons, de 1 000 à 3 000 habitants, au plan en damier. La plupart des villes ou villages actuels ont ainsi été fondés à l'époque coloniale. Souvent, les hommes fuyaient dans la montagne pour échapper au travail obligatoire. Même lorsqu'ils rejoignaient les villages, la concentration des habitants faisait que les épidémies se propageaient plus vite et les populations en souffraient de toutes façons. De plus, les transferts de main-d'oeuvre dans les zones de culture commerciale (cacao, canne à sucre, etc.) avaient comme résultat une fragilité démographique des groupes indigènes et des irrégularités de la natalité dues aux déséquilibres des structures par sexes et âges des populations soumises aux déplacements temporaires de travailleurs.

**LA FIEVRE JAUNE**

D'après les études de cette maladie, le vecteur du fléau - le moustique Aedes Aegypti - a été transporté d'Afrique en Amérique à l'état de larve dans des barils d'eau douce chargés par les bateaux négriers. Les moustiques ont trouvé l'agent pathogène, un virus du groupe des Arbovirus, qui vivait en Amérique au plus profond de la forêt tropicale. Le tout a ensuite regagné l'Afrique où d'importantes épidémies ont eu lieu, comme celle de Gorée, près de Dakar, en 1778, qui reste tristement fameuse. La fièvre jaune s'est répandue en Amérique. Elle a touché en 1702 l'État de New York et a frappé à plus de quinze reprises, remontant au Québec en 1805. Actuellement, c'est encore un des grands fléaux de l'humanité : citons pour mémoire les épidémies récentes de 1961 en Ethiopie et de 1965 au Sénégal. Les Européens ont d'ailleurs beaucoup souffert de la fièvre jaune en Amérique. Les exemples célèbres ne manquent pas où soldats et civils européens étaient décimés par la maladie : entre autres, lors du siège de Pernambuco et de celui de Campeche. Plus récemment, le percement du Canal de Panamá a connu d'importantes difficultés à cause de cette maladie. Il faut également compter les épidémies qui se sont produites en Espagne, en France, en Angleterre et en Italie, avec 10 000 morts à Barcelone en 1821. Cependant, il faut remarquer que la maladie n'a pas pénétré en Asie (3, 10).

Comme, très rapidement, le nombre des indigènes ne suffit plus, l'introduction des esclaves africains commença dès le XVI[e] siècle, avec toutes les terribles conséquences démographiques qui s'en suivirent en Afrique même. D'après les estimations de Curtin, le nombre d'esclaves introduit en Amérique se porterait à 125 000 au XVI[e] siècle, 1 316 000 au XVII[e] siècle, 6 051 700 au XVIII[e] siècle, 1 898 400 au XIX[e] siècle, soit avant 1870, quand le commerce des esclaves cessa (29,33). Au total, le prélèvement d'africains est estimé à près de 15 millions

d'individus, en grande majorité des hommes car la mortalité était forte pendant la traversée de l'Atlantique et lors de l'adaptation aux nouvelles conditions de vie en esclavage.

On a estimé les pertes par mortalité pendant le voyage à 20 pour cent du XV[e] au XVII[e] siècles, 15 pour cent au XVIII[e] et 10 pour cent au XIX[e], mais ces chiffres sont encore en discussion, car les marchands n'avaient aucun intérêt à perdre une marchandise aussi précieuse. Les assureurs hollandais calculaient 18 pour cent de pertes et les négriers nantais, au XVIII[e] siècle, enregistraient en moyenne 15 pour cent, avec des proportions allant de 8 à 37 pour cent. Dans des cas extrêmes, la mortalité pourrait avoir atteint de 15 à 50 pour cent entre le moment de la capture, le voyage, et les premières années de travail de l'esclave africain (42).

Les esclaves noirs constituaient une main-d'oeuvre relativement chère (il fallait payer leur transport) et principalement destinée aux plantations de canne à sucre qui demandaient des travailleurs très nombreux, surtout pour couper la canne et la transporter. Les esclaves africains ont donc remplacé les indigènes partout où ceux-ci avaient disparu (Antilles) ou bien étaient en nombre insuffisant pour le travail des plantations. C'est pour cela que, de nos jours, les populations noires d'Amérique latine se trouvent concentrées dans quelques zones alors qu'elles sont absentes de beaucoup d'autres régions, en particulier des foyers de ce peuplement indigène ancien et dense dont nous avons parlé auparavant, comme le Mexique central et les plateaux andins.

De ce point de vue, on peut distinguer plusieurs Amériques : l'Amérique noire, dont Haïti où 98 pour cent de la population en 1968 avait des ancêtres africains ; l'Amérique blanche avec l'Argentine (93 pour cent de blancs), l'Uruguay (95 pour cent de blancs), le Costa Rica et le Chili. Par contre, l'Amérique indienne ou métissée

comprend par exemple le Mexique (30 pour cent d'indiens, 55 pour cent de métis, 15 pour cent de créoles en 1950), le Pérou, l'Équateur, la Bolivie, le Guatemala et le Paraguay. Le Brésil, la Colombie et le Vénézuela sont, quant à eux, des pays où les populations sont très mélangées : blancs, indiens, métis, noirs, mulâtres, asiatiques s'y côtoient. La plupart de ces différences sont nées pendant l'époque coloniale et se sont accentuées au XIX[e] siècle avec les mouvements d'immigration internationale.

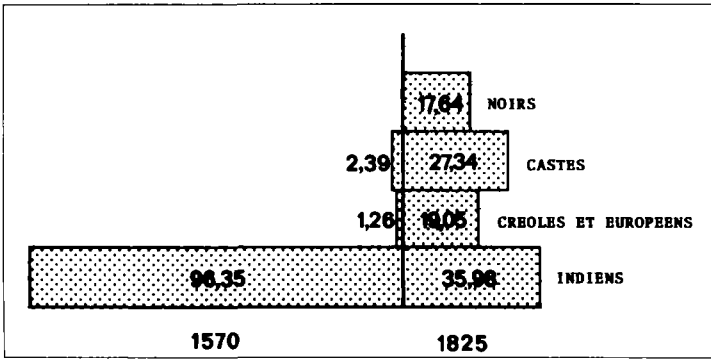
## GOUVERNER, C'EST PEUPLER : LE XIX[e] SIECLE

A la fin de l'époque coloniale, les principales estimations pour la population de 1825 sont établies d'après les "*Tablas Geográfico-Políticas del Reino de Nueva España*" du voyageur Alexander von Humboldt : en Amérique hispanique, 18,7 millions d'habitants ; au Brésil : 3,9 millions d'habitants ; aux États-Unis : 10,9 millions d'habitants ; au Canada : 0,9 million d'habitants.

Quant à la composition ethnique, elle s'établissait comme suit :

- en Amérique hispanique : 3,4 millions de créoles et européens, 5,5 millions de castes (métis, mulâtres, etc.), 7,8 millions d'indiens non métissés et 2 millions de noirs.
- au Brésil : 920 000 créoles et européens, 700 000 castes (mulâtres, métis), 360 000 indiens et 2 millions de noirs (98).

**Graphique 2 : Répartition ethnique de la population en 1570 et en 1825 (en pourcentages)**




Si l'on compare la composition ethnique de 1825 à celle précédemment citée pour 1570, on remarque les changements fondamentaux introduits par la colonisation dans la répartition des différents groupes ethniques au détriment des indiens purs qui se fondent en grande partie dans les castes, dans le groupe des métis principalement (graphique 2).

Les colonisations espagnole et portugaise ont profondément marqué les populations, et des caractéristiques communes s'y retrouvent. Cependant, à cause de la géographie, du climat, et de l'histoire propre à chaque pays après l'indépendance, des particularismes régionaux sont apparus qui ont eu pour conséquence des évolutions démographiques différentes. A partir du milieu du XIX[e] siècle, la population de chaque pays a commencé à connaître sa dynamique propre. Certains comme le Brésil, l'Argentine et Cuba ont fait massivement appel à l'immigration européenne, surtout après 1860[3]. Au total, 15 millions d'européens sont entrés en Amérique latine au

[3] Des estimations de l'ensemble de l'exode transocéanique d'européens de 1840 à 1930 aboutissent à plus de 52 millions de personnes (94)

XIX[e] siècle et dans la première moitié du XX[e], quelquefois de façon temporaire. De 1910 à 1950, par exemple, on estime que 20 pour cent seulement des immigrants se sont installés définitivement. Il faut également souligner la présence d'une immigration de travailleurs (coolies) venus d'Asie (tableau 3).

Après l'indépendance, certains pays, plus marqués par de fortes concentrations d'indigènes issus des anciens foyers de peuplement dense, ont conservé des caractéristiques démographiques très proches de celles de la période de la colonisation : forte mortalité, natalité élevée, accroissement naturel lent. De vastes régions sont restées à peu près vides : le bassin de l'Amazonie, par exemple, où les essais d'implantation de populations sont relativement récents.

**Tableau 3 : L'immigration aux XIX[e] et XX[e] siècles (chiffres en milliers)**

| Région ou pays | Population en 1800 | Immigration forcée | | Immigration européenne | | | Total net d'immigrants |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Esclaves | Coolies asiatiques | | | | |
| | | 1800-70 | 1845-75 | 1871-1900 | 1904-1930 | 1931-1957 | 1800-1957 |
| Amérique du Nord | 6 000 | 200 | - | 19 728 | 36 646 | 5 979 | 52 707 |
| Amérique latine | 19 000 | 4 000 | 475 | 4 330 | 8 696 | 2 390 | 30 551 |
| dont : | | | | | | | |
| Mexique | 6 400 | - | - | 20 | 181 | 20 | 291 |
| Cuba | 400 | 900 | 125 | 210 | 1 200 | 50 | 2 385 |
| Brésil | 3 400 | 2 900 | - | 1 754 | 2 315 | 500 | 7 694 |
| Argentine | 300 | - | - | 1 790 | 4 280 | 900 | 7 150 |
| Uruguay | - | - | - | 340 | 160 | 60 | 705 |
| Vénézuela | - | - | - | 15 | 20 | 750 | 790 |
| Autres | - | 200 | 350 | 211 | 540 | 120 | 1 561 |

Sources : (94) et Annuaires du BIT

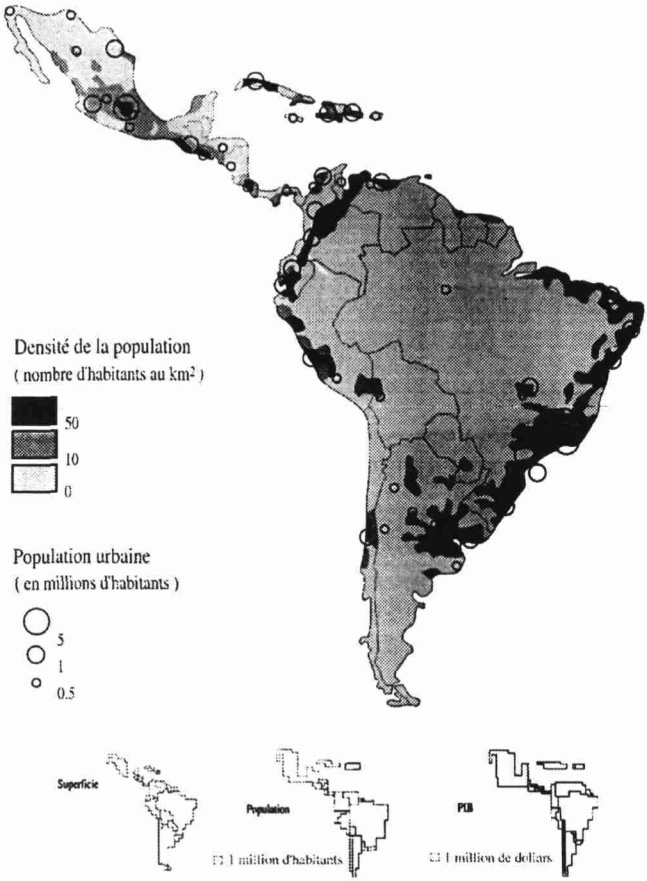
De même la Terre de Feu qui, pour des raisons géographiques et climatiques évidentes, n'était habitée que par d'anciennes peuplades, les Fuégiens, en voie d'extinction, et où la population se concentrait autour de quelques points d'exploitation des ressources naturelles les plus intéressantes (mines, pétrole).

Un des legs de la colonisation a été la concentration des populations, soit dans les zones côtières autour des ports ou des plantations, soit à l'intérieur des terres près des mines, soit dans les villes et anciennes capitales administratives. Ces foyers de peuplement colonial étaient également les zones les mieux dotées en infrastructures. Les axes de communication, en nombre très insuffisant, reliaient souvent les ports aux mines et aux plantations. Même après l'indépendance, ce schéma est resté longtemps valable et actuellement, les zones les plus peuplées, les mieux dotées en axes de communication, et celles qui sont le plus souvent le lieu d'arrivée des mouvements importants de migrations internes, sont les anciens noyaux de peuplement à l'époque coloniale (carte 1).

Cet aspect ponctuel du peuplement, qui s'est conservé tout au long du XIX[e] siècle, même pour les pays qui ont fait appel à l'immigration européenne, a fait de l'Amérique latine un continent longtemps sous-peuplé. S'y sont ajoutés au XIX[e] siècle des problèmes économiques et politiques et des guerres[4] qui ont fortement perturbé la dynamique des populations. Le grand vide intérieur de l'Amérique du Sud a contribué à la faible densité globale.

[4] Ainsi, par exemple, le Paraguay a sacrifié 70 pour cent de sa population au cours de la guerre de 1865-1870.

**Carte 1 : Amérique latine et Caraïbes : densité de population vers 1990**




A l'aube du XX[e] siècle, l'Amérique latine apparaissait en quête d'hommes. Sa population totale était devenue inférieure à celle des États-Unis à la fin du XIX[e] siècle, alors que ces derniers étaient beaucoup moins peuplés en 1800 (tableau 3). Or, l'idée d'une Amérique sous-peuplée

s'est longtemps maintenue et elle ne s'est effacée que récemment. Alors que le processus conduisant à "l'explosion démographique" était déjà engagé et que les taux de croissance commençaient à s'accroître sous la poussée d'une mortalité en baisse, les prévisions pour le futur de l'époque concluaient à un manque d'hommes et à la nécessité de recourir à l'immigration. Ceci est d'ailleurs fort compréhensible, la mauvaise qualité des données démographiques n'ayant pas permis de percevoir sur le champ, avec la précision requise, les changements qui se produisaient. Ainsi, Gilberto Loyo, le premier démographe mexicain, s'inquiétait en 1930 des problèmes futurs posés par la *"faiblesse numérique"* de la population mexicaine alors que ses prévisions démographiques étaient peu après largement dépassées. Néanmoins, les problèmes démographiques actuels de l'Amérique latine proviennent d'une croissance de la population très rapide, d'une répartition déséquilibrée du peuplement, et non pas d'une forte densité.

# Chapitre 2 :
# La transition démographique

Le régime démographique primitif de forte mortalité et de natalité élevée a commencé à évoluer vers le milieu du XIX[e] siècle, grâce à certains progrès de la médecine et de l'hygiène. La mortalité a commencé à baisser en premier, notamment dans les pays de forte immigration européenne, comme l'Argentine, l'Uruguay et Cuba, qui montraient néanmoins, dès le début du XX[e] siècle, une mortalité proche de celle des pays d'Europe du Sud : par exemple, 37,2 ans en 1901 et 50,8 ans en 1931 d'espérances de vie à La Havane (32). Après 1930, la baisse de la mortalité s'est généralisée en Amérique latine, ce qui a d'ailleurs entraîné l'accroissement rapide de la population étant donné le maintien de niveaux élevés de fécondité pendant plusieurs décennies, avant que la fécondité ne baisse à son tour.

## UN DEMI-SIÈCLE DE BAISSE DE LA MORTALITÉ

Au cours du XIX[e] siècle, la mortalité était élevée dans tous les pays latino-américains, avec des espérances de vie à la naissance estimées à 25 ans aux environs de 1825 et à 27,2 ans en 1900 pour l'ensemble de la région. Cette stagnation en trois-quarts de siècle est à comparer à l'évolution rapide de la période suivante, puisque l'espérance de vie à la naissance a atteint, en 1960, 55,8 ans pour l'ensemble de l'Amérique latine, soit une progression considérable. La baisse de la mortalité après 1930 a pu se produire grâce à des mesures de santé publique, à l'introduction de la médecine moderne et de la prévention des maladies microbiennes qui ont bénéficié des découvertes scientifiques faites dans les pays développés, et aux campagnes scientifiquement coordonnées par les gouvernements nationaux et

l'Organisation Panaméricaine de la Santé. Elle a été induite en quelque sorte indépendamment d'une évolution sociale propre aux pays latino-américains, par des méthodes et des techniques modernes, qui ont été appliquées alors que les conditions de vie de la majorité rurale de la population restaient précaires. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la baisse de la mortalité a été à la fois plus tardive et plus rapide que dans les pays européens et s'est surtout concentrée dans les grandes villes.

Des campagnes massives de vaccination, d'hygiène, de traitement par antibiotiques ou d'installations d'eau potable ont permis de lutter efficacement contre des maladies infectieuses et parasitaires les plus meurtrières (paludisme, tuberculose). Un exemple typique est celui du coût du traitement antipaludique dans les Antilles anglaises, de 1,47 dollar U.S. par habitant en 1943 alors que, dès 1947, grâce au DDT, ce coût s'était abaissé à 0,32 dollar U.S. par habitant et le traitement pouvait s'effectuer à l'hôpital. De même, certaines méthodes préventives en matière d'assainissement de l'eau et des denrées alimentaires, comprenant l'évacuation des eaux usées, ont eu des effets très positifs et rapides sur les parasitoses. Par exemple, au Pérou, dans le bassin de l'Amazone, 99 pour cent des écoliers étaient atteints d'infections intestinales vers 1960, alors qu'après un programme d'assainissement, 4 ans plus tard, la proportion était réduite à 58 pour cent. Palloni estime qu'à peu près la moitié de la baisse de la mortalité entre 1950 et 1965 peut être attribuée à la diffusion de la nouvelle technologie médicale (50,64).

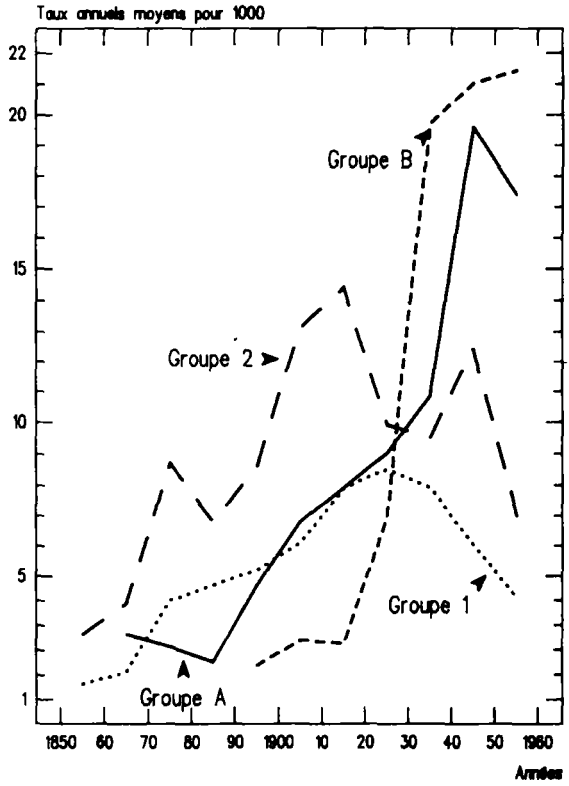
## *Les inégalités devant la mort*

Dans l'ensemble, la baisse de la mortalité a été forte partout, mais très différente en rythme selon les pays. Ceci a eu pour conséquence d'accroître les disparités démographiques qui existaient déjà depuis l'indépendance

et qui se sont creusées pendant le XIX[e] siècle, lors des grands mouvements d'immigration internationale. Arriaga (1) distingue deux groupes de pays ; ceux où la baisse a été la plus précoce : Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Mexique et Panamá (groupe A), et ceux où la baisse a été la plus tardive : République Dominicaine, Nicaragua et Guatemala (groupe B). Ces deux groupes ne comprennent pas les pays où les niveaux de mortalité étaient déjà bas (Argentine, Uruguay, Cuba) et ceux où ils étaient encore très forts (Bolivie. Haïti). Les niveaux de mortalité des pays du groupe A et du groupe B, mesurés par l'espérance de vie à la naissance, figurent au graphique 3, qui permet de comparer le rythme de diminution de la mortalité dans les pays des groupes A et B comparés à un ensemble de pays européens.

Les périodes de plus forte baisse de la mortalité, et donc d'importantes augmentations des espérances de vie, se situent entre 1930 et 1960. La baisse a été d'autant plus forte qu'elle était plus tardive et que le niveau de mortalité de départ était élevé (faible espérance de vie). Les taux d'augmentation de l'espérance de vie à la naissance observés en Amérique latine (plus de 20 pour mille) n'ont jamais été atteints en Europe, même pendant l'époque de plus forte augmentation qui se situe au début du XX[e] siècle (graphique 3). Ils se sont considérablement ralentis par la suite.

**Graphique 3 : Taux d'augmentation des espérances de vie à la naissance par groupes de pays (Amérique latine et Europe), 1850-1960**




Pays Latino-Américains :
Groupe A : Brésil, Chili, Costa Rica, Méxique, Panamá.
Groupe B : République Dominicaine, Nicaragua, Guatémala.
Pays Européens :
Groupe 1 : Danemark, Angleterre et Pays de Galles, France, Hollande, Norvège, Écosse, Suède et Suisse.
Groupe 2 : Autres pays européens, sauf l'Allemagne.

Les changements intervenus dans le nombre moyen d'années vécues entre 1930 et 1960 ont été calculés par Arriaga aux différents âges. La baisse la plus importante des espérances de vie, en chiffres absolus, concerne les jeunes enfants et correspond à un gain de plus d'un mois chaque année. Cependant, en chiffres relatifs, le changement principal a eu lieu entre 5 et 45 ans. Les groupes d'âges qui ont le moins bénéficié de la réduction de la mortalité, en termes relatifs, sont les personnes âgées. Il est en effet plus difficile de sauver une vie dans les groupes d'âges extrêmes compte tenu de la mortalité endogène. Par contre, les causes de décès dites exogènes, comme les infections, sont plus faciles à prévenir et sont plus fréquentes chez les jeunes et les adolescents (1).

Une analyse complète des changements de mortalité selon les causes de décès entre 1955 et 1973 a été réalisée par Palloni et Wyrick (63), qui ont montré l'influence des progrès médicaux sur la diminution rapide des décès infectieux (notamment dans les pays infestés de paludisme) jusqu'en 1965 et un net ralentissement ensuite (voir encadré sur la situation en 1965). Par ailleurs, la baisse de la mortalité a été plus importante pour les femmes que pour les hommes. Les espérances de vie à la naissance ont augmenté, pour l'ensemble des pays latino-américains, de 21,8 ans pour les hommes et de 24,1 ans pour les femmes de 1930 à 1960, soit une augmentation supérieure de 10,5 pour cent pour les femmes.

## LES CAUSES DE DÉCÈS EN AMÉRIQUE LATINE VERS 1965

L'importance de chaque cause principale est fonction de l'âge au décès. Le rang occupé, tous âges réunis, est fonction de la composition par âge des décès. Les décès étant constitués principalement d'enfants, on obtenait le classement suivant pour l'ensemble de la région pour les dix premières causes de décès en 1965, encore typique d'une forte mortalité infectieuse:

1re cause : Pneumonie, grippe
2e cause : Gastro-entérite, diarrhées
3e cause : Prématurité
4e cause : Tuberculose
5e cause : Cancer
6e cause : Accidents
7e cause : Maladies du coeur
8e cause : Lésions vasculaires
9e cause : Bronchite
10e cause : Homicides

Les maladies infectieuses et de l'enfance étaient donc encore prédominantes. Cependant, à mesure que la mortalité a baissé, les causes de décès se sont modifiées, suivant en cela le précédent européen selon lequel les causes exogènes (infections, parasitoses) sont peu à peu remplacées par les causes endogènes (tumeurs, maladies du coeur). Par exemple, au Mexique, on observait, entre 1930 et 1967, une augmentation des décès par tumeurs, au second rang des causes de décès, mais les infections gardaient le premier rang des causes de décès (61).

## LE CREUSEMENT DES DISPARITÉS RÉGIONALES

La période de baisse rapide de la mortalité a vu surgir d'énormes disparités régionales dans les niveaux et dans les tendances d'évolution. Le tableau 4 présente les espérances de vie à la naissance pour les périodes 1975-1980 et 1990-95, séparément pour les hommes et les femmes. Il faut remarquer que les écarts entre les valeurs extrêmes sont considérables en 1990-95, allant d'un maximum de 77,3 ans pour les femmes à Cuba à un minimum de 57,7 ans pour les hommes en Bolivie. Les espérances de vie pour le sexe féminin sont bien entendu supérieures à celles du sexe masculin, mais ceci n'est pas particulier à la région. La différence entre les valeurs extrêmes est de 24,69 ans pour le sexe masculin et de 23,53 ans pour le sexe féminin en 1975-80 et de 20,8 ans et 22,5 ans respectivement, en 1990-95.

Il convient de séparer les pays en plusieurs groupes. Le premier groupe formé par Cuba, le Costa Rica, l'Uruguay, Panamá et l'Argentine, dont les espérances de vie à la naissance dépassaient le seuil des 75 ans pour le sexe féminin, avec des caractéristiques communes : ancienneté de la baisse, en particulier pour l'Argentine et l'Uruguay, mortalité infantile modérée, baisse de mortalité rapide pour Cuba, le Costa Rica et Panamá. Ces pays ont été les seuls où les progrès de l'hygiène et de l'appareil médico-social ont fait diminuer la mortalité dans de larges secteurs de la population, malgré un ralentissement du rythme de progression de l'espérance de vie après 1970, notamment en Argentine et en Uruguay (49).

**Tableau 4 : Espérances de vie à la naissance en Amérique latine 1975-80 et 1990-95**

| | Espérances de vie 1975-80 (années) | | | Espérances de vie 1990-95 (années) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pays | Hommes | Femmes | Ensemble | Hommes | Femmes | Ensemble |
| Cuba | 71,15 | 74,45 | 72,75 | 73,50 | 77,30 | 75,30 |
| Costa Rica | 69,01 | 73,97 | 71,43 | 74,00 | 78,60 | 76,30 |
| Uruguay | 66,39 | 73,00 | 69,61 | 69,30 | 75,70 | 72,50 |
| Panamá | 67,60 | 70,85 | 69,19 | 70,90 | 75,00 | 72,80 |
| Argentine | 65,43 | 72,12 | 68,71 | 68,60 | 75,70 | 72,10 |
| Vénézuela | 63,61 | 69,00 | 66,24 | 68,90 | 74,70 | 71,70 |
| Chili | 62,43 | 69,04 | 65,65 | 71,50 | 77,40 | 74,50 |
| Paraguay | 61,93 | 66,40 | 64,11 | 66,30 | 70,80 | 68,60 |
| Mexique | 61,94 | 66,34 | 64,09 | 68,50 | 74,50 | 71,50 |
| El Salvador | 59,98 | 64,47 | 62,17 | 64,10 | 71,80 | 67,90 |
| Colombie | 59,96 | 64,48 | 62,16 | 67,10 | 72,40 | 69,70 |
| Brésil | 59,54 | 64,25 | 61,84 | 62,30 | 70,10 | 66,00 |
| Rép. Dominicaine | 58,42 | 62,22 | 60,27 | 67,60 | 71,70 | 69,60 |
| Équateur | 57,99 | 62,02 | 59,96 | 66,40 | 71,40 | 68,80 |
| Guatemala | 56,85 | 58,78 | 57,79 | 62,40 | 67,30 | 64,80 |
| Honduras | 55,38 | 58,93 | 57,11 | 65,40 | 70,10 | 67,70 |
| Pérou | 55,22 | 58,75 | 56,94 | 64,40 | 69,20 | 66,70 |
| Nicaragua | 55,29 | 57,27 | 56,26 | 63,50 | 68,70 | 66,10 |
| Haïti | 49,15 | 52,23 | 50,65 | 52,70 | 56,10 | 54,40 |
| Bolivie | 46,46 | 50,92 | 48,64 | 57,70 | 61,00 | 59,40 |

Source : (16.58)

Un second groupe est formé par les pays de mortalité moyenne : Vénézuela, Chili, Mexique, Paraguay, El Salvador, Colombie, Brésil, République Dominicaine et Équateur. Ces pays ont atteint le seuil des 60 ans d'espérance de vie à la naissance à la fin des années 1970 et sont juste au-dessus de 70 ans d'espérance de vie pour les femmes en 1990-95. Ils ont connu une réduction importante de la mortalité dans les dernières décennies.

Cependant, de larges secteurs de la population, en particulier rurale, ne bénéficiaient pas des progrès de l'hygiène et de la médecine, les programmes d'assainissement et de prévention étant souvent limités aux villes. Faute d'un progrès réel au niveau des sociétés nationales tout entières, un certain ralentissement de la baisse de la mortalité s'est manifesté et la mortalité infantile est restée élevée. En effet, dans tous les pays du monde, l'expérience montre qu'il est aisé de combattre une très forte mortalité mais que des progrès plus importants ne sont obtenus que dans les sociétés où les inégalités sociales sont relativement faibles.

Un troisième groupe est formé par le Guatemala, le Honduras, le Pérou et le Nicaragua, avec des niveaux de mortalité qui ont progressé lentement entre 1970 et 1995. La baisse de la mortalité s'est produite à partir d'espérances de vie à la naissance, en 1975-80, inférieures à 60 ans, conséquence d'un faible niveau de vie et d'inégalités sociales très importantes, jusqu'à atteindre 65 ans dans les années 1990-95. Finalement, il faut signaler le cas de Haïti et de la Bolivie, dont les niveaux de mortalité se situaient encore parmi les plus forts du monde, avec des espérances de vie à la naissance inférieures 60 ans en 1990-95. Ces deux pays accusent un retard très important dans leur développement économique et social, s'exprimant par une forte mortalité à tous les âges et notamment chez les jeunes enfants.

Le ralentissement de la baisse de la mortalité après 1980 est généralement expliqué par la persistance d'un faible niveau de vie et le maintien de taux élevés de mortalité infantile et juvénile. De plus, des épidémies de rougeole ou le retour du paludisme peuvent encore se produire, comme ce fut le cas en 1990-1991 au Costa Rica, par suite de relâchements impardonnables dans les politiques publiques de santé. Les 6 000 cas de rougeole et 40 décès en 15 mois ont été la conséquence d'une mauvaise couverture vaccinale dans les 15 dernières années ; quand

au retour du paludisme, il a été purement et simplement ignoré et non traité (44, 64). Il faut également signaler la mortalité par Sida, qui, bien que faible encore, augmente rapidement, alors que les politiques de prévention sont remarquablement peu développées. La sexualité, notamment extra-conjugale, est un sujet extrêmement tabou qui n'est jamais abordé directement par les campagnes sanitaires, alors que l'infection par VIH se développe sans être dénoncée publiquement. La situation est donc très préoccupante. En outre, dans le cas de Haïti, on observe une forte prévalence du VIH et des décès par Sida.

Cette rapide description des disparités régionales de la mortalité latino-américaine reflète les difficultés dans l'éradication des maladies infectieuses ou parasitaires qui ont, depuis de nombreuses années, pratiquement disparu dans les pays les plus développés mais qui demeurent des causes importantes de décès dans la région. La progression des espérances de vie dans l'actualité est ainsi freinée par un niveau élevé de mortalité infantile et juvénile. Une étude de l'Organisation Panaméricaine de la Santé, pour la période 1977-1980, a montré la persistance de la mortalité par les infections respiratoires (pneumonie et grippe) et digestives (gastro-entérites) au premier et deuxième rangs pour les femmes, suivies par les maladies du coeur ; pour les hommes, ces causes de décès étant au deuxième et troisième rangs, derrière les accidents (62, 72). Les progrès enregistrés plus récemment, comme par exemple au Mexique dans les années quatre-vingt-dix, concernent justement les infections respiratoires et les accidents principalement (2).

## LA MORTALITÉ INFANTILE

Comme nous l'avons signalé précédemment, la mortalité des enfants âgés de moins d'un an reste forte malgré l'importance de la baisse enregistrée dans les dernières décennies (tableau 5) et les taux de mortalité infantile des pays latino-américains se situent à des niveaux très

différents. Les progrès accomplis à Cuba, au Chili et au Costa Rica dans le domaine de la santé et de l'éducation expliquent les taux beaucoup plus faibles que ceux de l'ensemble de la région, de 9, 12 et 13 décès avant un an pour mille naissances respectivement, bien que ces taux soient encore supérieurs aux taux européens (4 décès pour mille naissances en Finlande et en Suède en 1996, 5 en Norvège, aux Pays-Bas, au Danemark et en Suisse). La plupart des autres pays connaissent des niveaux de mortalité infantile supérieurs à 40 pour mille, c'est-à-dire assez élevés alors même qu'ils sont sous-estimés. Ils doivent généralement être révisés et corrigés étant donné l'importance du sous-enregistrement des décès des très jeunes enfants.

L'important projet de recherche sur la mortalité infantile lancé par l'Organisation Panaméricaine de la Santé de 1962 à 1970 a permis d'expliquer les particularités de la mortalité infantile et juvénile. Le problème alimentaire est encore très important de nos jours dans la région, à tel point que la plupart des décès des jeunes enfants se produisent sous l'influence de déficiences nutritionnelles associées à des causes infectieuses. Par exemple, alors que la rougeole est la première cause de décès d'enfants, en particulier à Recife (Brésil) et à La Paz (Bolivie), les médecins ont montré que cette maladie devenait fatale sous l'influence de carences alimentaires. C'est donc l'association d'une déficience nutritionnelle et d'une maladie en général infectieuse qui explique la forte mortalité infantile. L'étude de l'Organisation Panaméricaine de la Santé a bien montré que le problème le plus sérieux restait le problème nutritionnel lié aux mauvaises conditions de vie. Dans une des régions étudiées, à Monterrey (Mexique), sur cent décès d'enfants de six mois à quatre ans, dix étaient attribués à la seule malnutrition, mais plus de 50 comprenaient la malnutrition comme cause associée (6, 72, 84). La mortalité infantile demeurera donc élevée tant que les déficiences nutritionnelles ne seront pas éliminées, c'est-à-

dire la pauvreté. Or, dans la région, entre le tiers et le cinquième des décès se produisent avant l'âge de cinq ans ; c'est dire l'importance de la mortalité des jeunes enfants et des nourrissons sur le niveau global de la mortalité.

**Tableau 5 : Taux de mortalité infantile 1950-1995 (pour 1 000 naissances)**

| Pays | 1950-55 | 1985 | 1995 |
|---|---|---|---|
| Bolivie | 175 | 124 | 71 |
| Haïti | 219 | 108 | 48 |
| Pérou | 158 | 99 | 55 |
| Honduras | 169 | 82 | 43 |
| Nicaragua | 167 | 76 | 49 |
| Brésil | 135 | 71 | 48 |
| Équateur | 168 | 70 | 40 |
| Rép. Dominicaine | 147 | 64 | 47 |
| Guatemala | 147 | 62 | 51 |
| Colombie | 134 | 53 | 28 |
| Mexique | 114 | 53 | 34 |
| Paraguay | 106 | 45 | 43 |
| El Salvador | 175 | 42 | 41 |
| Vénézuela | 107 | 39 | 24 |
| Argentine | 64 | 35 | 21 |
| Uruguay | 57 | 33 | 19 |
| Panamá | 93 | 26 | 30 |
| Chili | 126 | 24 | 12 |
| Costa Rica | 92 | 19 | 13 |
| Cuba | 82 | 17 | 9 |

Source : (6, 41)

## LES TAUX BRUTS DE MORTALITÉ

La situation de la mortalité latino-américaine peut être présentée sous un jour moins pessimiste. De nombreux chiffres sont souvent avancés qui montrent que des progrès extraordinaires ont été accomplis dans tous les pays d'Amérique latine et qu'ils ont abouti à des niveaux de mortalité parmi les plus bas du monde. Or, ces chiffres existent et ils sont relativement exacts. Ce sont les taux bruts de mortalité. Mais lorsque des comparaisons de mortalité sont faites, les taux bruts sont un outil extrêmement biaisé car les décès annuels sont rapportés à la population totale. Dans une population, le nombre annuel de décès dépend du niveau de la mortalité, mais aussi du nombre de personnes en âge de décéder. Comme dans les pays d'Amérique latine, le nombre de personnes âgées est très faible car les populations sont très jeunes, les décès par rapport à la population sont également très faibles. C'est ainsi que le Costa Rica a enregistré en 1995 un taux brut de mortalité de 3,7 pour mille alors qu'il était de 11 pour mille en Suède, pays qui a pourtant une mortalité très basse. Il ne faut donc pas comparer les faibles taux bruts de mortalité des pays latino-américains à ceux d'autres régions du monde. Pour les comparaisons, les espérances de vie à la naissance peuvent être utilisées. Dans ce cas, le Costa Rica a une espérance de vie inférieure à celle de la Suède en 1995, soit 76 ans pour le Costa Rica et 78 ans pour la Suède. La Suède a donc bien une mortalité plus faible que le Costa Rica, contrairement à ce que peut faire croire la comparaison des taux bruts de mortalité. Une autre solution consiste à calculer des taux comparatifs de mortalité, à structure par âges constante.

# Chapitre 3 :
# D'une fécondité naturelle à la limitation des naissances

Il est généralement admis que, sur une très longue période, la fécondité en Amérique latine a connu une certaine stabilité, conservant une fécondité naturelle[5] en l'absence de pratiques de limitation des naissances. Dans les premières années du XX$^{e}$ siècle, les taux bruts de natalité variaient entre 40 et 50 naissances pour mille habitants (22). Peu de pays comptaient un enregistrement complet des naissances avant 1960, malgré l'ancienneté des registres d'état civil, créés dans tous les pays latino-américains, pour la plupart dès 1880 et même 1852 au Pérou par exemple (83). En fait, l'insuffisante qualité des statistiques d'état civil a considérablement retardé la connaissance des niveaux et des tendances de la fécondité du passé, même proche. C'est à partir d'exemples mieux connus grâce à l'existence de données fiables ou d'estimations détaillées que nous pouvons esquisser une vue d'ensemble ou bien, à partir des données des enquêtes de fécondité, comme les enquêtes mondiales sur la fécondité[6] et les enquêtes de démographie et santé (voir encadré sur les sources de données sur la fécondité).

[5] Le concept de fécondité naturelle, au sens de Louis Henry, signifie l'absence de contrôle volontaire des naissances au sein des couples. La fécondité naturelle obéit cependant aux normes concernant la nuptialité dans chaque société.

[6] L'Enquête Mondiale de Fécondité a concerné les pays latino-américains suivants : Colombie, Costa Rica, Equateur, République Dominicaine, Mexique, Panamá, Paraguay, Pérou et Vénézuela entre 1975 et 1979.

## LES SOURCES DE DONNÉES SUR LA FÉCONDITÉ

Jusqu'ici, peu de pays d'Amérique latine disposent de statistiques de naissances complètes et de qualité. Bien que l'état civil ait été institué dans tous les pays, pour la plupart dès 1880 (82), l'enregistrement des faits démographiques reste très déficient. D'après la Division de la Population des Nations Unies, seuls Cuba, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, Panamá, le Chili et l'Uruguay ont un enregistrement "complet" des naissances, ce qui signifie jusqu'à 10 pour cent de sous-enregistrement. Le cas du Mexique est à cet égard exemplaire : l'enregistrement y a longtemps été considéré complet, puis qualifié d'incomplet par les Nations Unies à la suite d'études plus approfondies de la fécondité. Quant aux autres pays, en l'absence de statistiques d'état civil de bonne qualité, la fécondité est estimée à l'aide des recensements ou des enquêtes de fécondité. Malgré une longue série de recensements décennaux (25 ont été réalisés en 1875-99, 47 en 1900-47 et 90 en 1950-94), régulièrement réalisés dans chaque pays sauf circonstances exceptionnelles (82), les données sur la fécondité restent incomplètes. Les pays les mieux analysés sont ceux qui disposent aussi d'enquêtes de fécondité pour compléter les estimations. Les enquêtes du programme de l'enquête mondiale sur la fécondité ont donné une connaissance précieuse de la fécondité vers le milieu des années 1970. Des enquêtes de prévalence de la contraception ont également permis des évaluations utiles. Il reste cependant très difficile de brosser un tableau complet de l'évolution de la fécondité. Les publications de la Division de la Population des Nations Unies et du CELADE, fournissent des chiffres pour tous les pays mais une partie importante reste "estimée". Le dépouillement des nombreuses analyses nationales donne des résultats souvent difficilement compatibles entre eux et qu'il faut évaluer cas par cas. Ce n'est que par la connaissance approfondie des tendances démographiques de chaque pays que l'on peut esquisser des évaluations, dans l'attente du moment où les outils de l'analyse démographique permettront de disposer de données fiables pour tous les cas, même si ces données doivent encore être estimées (23).

## DES HAUSSES DE FÉCONDITÉ DANS LES ANNÉES 1950 ET 1960

Une augmentation de la fécondité dans les années cinquante et soixante, comme d'ailleurs dans la plupart des pays du monde, a accompagné la première phase de la transition démographique. Les variations des taux bruts de natalité sont cependant dépendantes des effets de structure, c'est-à-dire des modifications dans la structure par âges des populations. Le fait que, dans certains cas, les taux bruts de natalité observés aient augmenté entre 1950 et 1960, malgré une évolution des structures par âges défavorable à la natalité, montre la réalité de la hausse de fécondité enregistrée (voir encadré).

### *Un boom des unions*

Les variations de la nuptialité peuvent expliquer en partie les augmentations des taux de natalité (51). La précocité de la nuptialité est directement associée à celle des naissances et peut conduire à une plus forte fécondité générale. En Amérique latine, les unions non légales (*consensuales*) ont toujours été extrêmement fréquentes (par exemple, 47 pour cent des femmes étaient en union libre, entre 15 et 49 ans, au Guatemala en 1950) et doivent donc être considérées dans l'étude de la nuptialité avec les mariages légaux. On parlera donc d'unions et non pas de mariages pour l'étude de la nuptialité (74).

Une augmentation de la nuptialité s'est produite à partir de 1950 (11) et les proportions de femmes en union ont augmenté aux recensements de 1950 et de 1960. La hausse a été particulièrement sensible à 20-24 ans en Amérique centrale (Nicaragua, Costa Rica) et à 40-44 ans en Colombie et au Vénézuela. La proportion de femmes qui se déclaraient unies après 44 ans avait aussi augmenté significativement dans tous les pays analysés. Par ailleurs, pour expliquer la hausse de natalité dans les années 1960, Dyson et Murphy ont aussi signalé l'augmentation des

mariages précoces et de la proportion de femmes mariées en fin de vie féconde consécutive à la baisse de mortalité, par une réduction du veuvage (34).

**EFFETS DE LA BAISSE DE LA MORTALITÉ SUR LA NATALITÉ**

La mortalité ayant baissé rapidement en Amérique latine dès 1930, les populations des différents pays ont rajeuni. Ce changement des structures par âges a eu des effets *défavorables à la natalité* qui auraient dû faire baisser les taux de natalité, toutes choses égales par ailleurs. En effet on observe, lorsque la mortalité diminue, une diminution de la proportion de femmes en âge de procréer, consécutive au rajeunissement de la population. Lorsque la mortalité baisse aussi rapidement qu'au cours du XX$^{e}$ siècle, la proportion de femmes d'âge fécond diminue notablement. Eduardo Arriaga a calculé que la baisse de la mortalité commencée en 1930 avait provoqué en 1960 une baisse relative des taux bruts de natalité de 6 à 14 pour cent suivant les cas, simplement par effets de structure (1). C'est ainsi qu'à Panamá, par exemple, les taux bruts de natalité ont augmenté de 25 pour cent, passant de 31,3 à 39,2 naissances pour mille habitants de 1950 à 1960, alors que si la fécondité était restée constante, le taux attendu en 1960 aurait été inférieur de 1,2 pour cent (taux comparatif de 30,1 pour mille). Toute variation des taux bruts de natalité en Amérique latine, pendant cette époque, doit donc être interprétée avec prudence. Elle pourrait n'être qu'une conséquence de la baisse de mortalité.

Pendant la période 1950-1960 la nuptialité était particulièrement précoce dans les pays d'Amérique centrale, où une grande partie des femmes étaient déjà mariées ou unies à 20-24 ans : 56 pour cent au Salvador, 60 pour cent au Nicaragua, 68 pour cent au Guatemala. Dans les autres pays, plus de la moitié des femmes étaient déjà mariées ou unies à 20-24 ans, sauf dans les pays du cône sud (46 pour cent en Uruguay, 44 pour cent en

Argentine, 43 pour cent au Chili) où la nuptialité était un peu plus tardive. De 97 pour cent au Nicaragua à 83 pour cent au Honduras, la nuptialité à 50 ans était presque universelle. Cependant, une partie des femmes en union libre se déclaraient célibataires aux recensements, sous-estimant l'intensité réelle de la nuptialité.

Les histoires d'unions des questionnaires de l'Enquête mondiale sur la fécondité ont permis des estimations beaucoup plus précises de la nuptialité, quel que soit le type d'union, en ayant la possibilité de vérifier, sur des femmes d'âge fécond, la fréquence du célibat définitif. Dans les pays concernés par cette enquête (voir la note 6), les proportions de célibataires variaient entre 2 pour cent à Panamá et 9 pour cent en Colombie. Ces femmes âgées de 50 ans vers 1980, donc nées vers 1930, se sont mariées avant 1960. Une nuptialité intense - plus de 90 pour cent des femmes se sont unies au moins une fois avant 50 ans - et généralement précoce (sauf dans les pays du cône sud : Argentine, Chili, Uruguay) a contribué à la hausse de la natalité entre 1950 et 1960 (97).

## *Une fécondité naturelle avant 1965*

Pour toute la période antérieure à 1965, on distingue:

*– les pays à basse fécondité*

La fécondité était proche de 3 enfants par femme en Argentine et en Uruguay et le taux brut de natalité inférieur à 25 naissances pour mille habitants. Au Chili et à Cuba, les descendances finales se situaient entre 4 et 5 enfants par femme et les taux brut de natalité variaient entre 20 et 40 naissances pour mille habitants.

*– les pays à forte fécondité*

Les descendances finales atteignaient ou dépassaient 6 enfants par femme (jusqu'à 7,5 enfants par femme en République Dominicaine en 1950). Les taux bruts de natalité dépassaient 40 et même 50 naissances pour mille

habitants. Sur 20 pays analysés, quinze se trouvaient dans ce cas de très forte fécondité. Pratiquement tous les pays[7] ont connu une stabilité ou une augmentation de la fécondité générale de 1950-1955 à 1960-1965. La fécondité apparaissait ainsi maximale vers 1960 (tableau 6). C'est par l'association d'une forte fécondité jusqu'à la fin de la vie féconde avec une nuptialité précoce et intense que les taux de fécondité ont atteint des niveaux très élevés. La baisse de la mortalité a favorisé cette tendance :

- la probabilité de survie des couples s'est élevée : les veuvages ont sensiblement diminué. Après 30 ans, la proportion de couples encore unis a fortement augmenté. La hausse des taux de fécondité a été importante après 30 ans et l'influence de la baisse de mortalité apparaissait directement liée à la prolongation de la durée de la vie conjugale (le divorce, vers 1960, était encore peu fréquent) ;
- l'état sanitaire s'est amélioré : dans la plupart des pays, la lutte contre les infections, les maladies vénériennes et le paludisme a considérablement réduit la mortalité maternelle. De plus, un meilleur état sanitaire et nutritionnel a permis une réduction de la stérilité primaire et secondaire et, par conséquent, une diminution de la proportion de femmes sans enfants et une hausse de la fertilité à tous les âges (78). Palloni et Wyrick calculent, entre 1950 et 1975, une baisse annuelle de 3,2 pour cent de la mortalité maternelle, contre 1,9 pour cent annuel de baisse totale des taux de mortalité (63).

[7] Sauf l'Argentine, la Bolivie, le Guatemala et la République Dominicaine, mais on peut avoir des doutes sur l'exactitude des données chiffrées, pour la Bolivie et le Guatemala en particulier.

**Tableau 6 : Tendances de la fécondité 1950-1995**

| Région et pays | Période | | | | | Variation en % 1960-1985 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1950-55 | 1960-65 | 1970-75 | 1985 | 1995 | |
| **Pays andins** | | | | | | |
| Bolivie | 6,75 | 6,63 | 6,50 | 6,30 | 4,80 | 4,98 |
| Colombie | 6,72 | 6,72 | 4,78 | 3,60 | 3,00 | 46,43 |
| Chili | 4,80 | 4,98 | 3,33 | 2,60 | 2,40 | 47,79 |
| Équateur | 7,00 | 7,00 | 6,50 | 5,00 | 3,60 | 28,57 |
| Pérou | 6,85 | 6,85 | 6,00 | 5,20 | 3,50 | 24,09 |
| Vénézuéla | 6,64 | 6,70 | 5,15 | 4,10 | 3,10 | 38,81 |
| **Pays atlantiques** | | | | | | |
| Argentine | 3,15 | 3,09 | 3,15 | 3,40 | 2,80 | -10,03 |
| Brésil | 6,15 | 6,15 | 4,70 | 4,00 | 2,50 | 34,96 |
| Paraguay | 6,62 | 6,62 | 5,70 | 4,90 | 4,50 | 25,98 |
| Uruguay | 2,73 | 2,90 | 3,00 | 2,80 | 2,30 | 3,45 |
| **Amérique centrale** | | | | | | |
| Costa Rica | 6,72 | 6,95 | 4,26 | 3,50 | 2,80 | 49,64 |
| El Salvador | 6,46 | 6,85 | 6,33 | 5,60 | 3,90 | 18,25 |
| Guatemala | 7,09 | 6,85 | 6,16 | 6,10 | 5,10 | 10,95 |
| Honduras | 7,05 | 7,35 | 7,37 | 6,50 | 5,20 | 11,56 |
| Nicaragua | 7,33 | 7,33 | 6,71 | 5,90 | 4,60 | 19,51 |
| Panamá | 5,68 | 5,92 | 4,94 | 3,50 | 2,80 | 40,88 |
| **Mexique et Caraïbes** | | | | | | |
| Cuba | 4,01 | 4,67 | 3,47 | 1,80 | 1,50 | 61,46 |
| Haïti | 6,15 | 6,15 | 6,08 | 5,50 | 4,80 | 10,57 |
| Mexique | 6,75 | 6,75 | 6,40 | 4,70 | 3,10 | 30,37 |
| Rép. Dominicaine | 7,50 | 7,32 | 6,31 | 4,10 | 3,20 | 43,99 |

Source : (16,41)

# LA TRANSITION PRÉCOCE DE L'ARGENTINE ET DE L'URUGUAY AU DÉBUT DU XX$^{e}$ SIÈCLE

Ces deux pays du cône sud du continent américain ont connu une évolution démographique particulière. Dès les années cinquante, les niveaux de fécondité étaient très bas

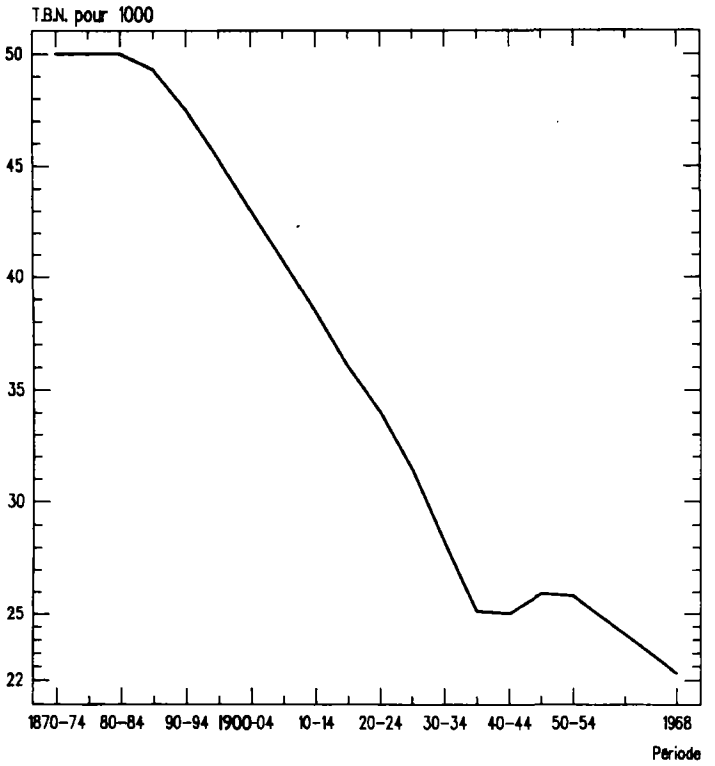
par rapport aux autres pays. Les indices conjoncturels de fécondité avaient atteint 3,1 enfants par femme en Argentine en 1965 et 2,9 en Uruguay en 1963. L'importance de l'immigration d'origine européenne a eu comme conséquence une urbanisation accélérée, une croissance économique rapide à la fin du XIX[e] siècle et le transfert de normes culturelles et sociales concernant en particulier la famille, différentes de celles des autres pays latino-américains. Cette évolution propre a abouti à une baisse précoce et rapide de la fécondité et de la natalité en Argentine et en Uruguay (76).

Les taux bruts de natalité de l'Argentine, entre 1870 et 1968, sont passés de 50 à 22 pour mille (90). Le taux brut de natalité de l'Uruguay[8] était de 21,7 pour mille en 1968. Il est resté stable entre 1950 et 1975 et a peu diminué ensuite : 20,3 pour mille en 1975-80. Dès 1895, le rôle de l'immigration européenne et de l'urbanisation était mis en évidence par une comparaison de la fécondité des femmes argentines selon le lieu de naissance et le lieu de résidence, urbain ou rural. La fécondité des femmes urbaines nées à l'étranger était inférieure à tous les âges, jusqu'à 2,5 enfants de moins par femme en fin de vie féconde par rapport aux femmes urbaines nées en Argentine (86). La baisse a dès lors été très rapide, puisque la population immigrée et urbaine a augmenté rapidement. En Argentine et en Uruguay, des moyens de limitation des naissances traditionnels en Europe du Sud étaient utilisés au début du siècle par les descendants des immigrés européens et adoptés par la population locale. Ceci a eu comme conséquence une des transitions démographiques parmi les plus rapides du monde. Elle s'est accomplie de 1870 à 1914 environ, à une époque où la baisse de la mortalité venait à peine de commencer. Ce cas est exceptionnel dans l'histoire de la population de

[8] L'Uruguay n'avait pas d'évaluation des tendances de la fécondité jusqu'à une période récente, faute de recensements entre 1908 et 1963.

l'Amérique latine. On y reconnaît l'influence des modèles culturels, les familles s'installant outre-Atlantique gardant des comportements de leurs régions d'origine, où la limitation des naissances était déjà largement utilisée (76).

**Graphique 4 : Taux brut de natalité en Argentine, 1870-1968 (%)**



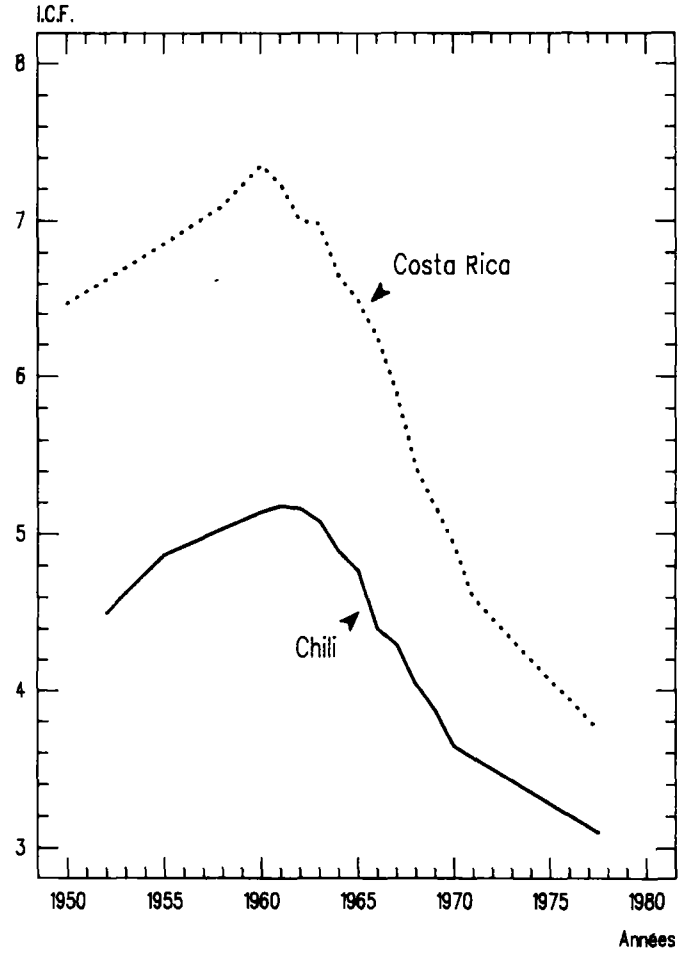
# LE DÉBUT DE LA BAISSE DE LA FÉCONDITÉ

A partir des années soixante, quelques pays pionniers ont enregistré une baisse importante des taux bruts de natalité. Parmi ceux-ci, le Chili et le Costa Rica se sont distingués par l'ampleur et la rapidité de la baisse, les taux bruts de natalité ayant diminué de 30 pour cent entre 1960 et 1970.

## *Le Chili et le Costa Rica : une baisse précoce de la fécondité*

Le graphique 5 montre l'évolution de l'indice conjoncturel de fécondité pour le Chili et le Costa Rica de 1950 à 1980. Le niveau de fécondité au départ est bien plus élevé au Costa Rica, mais la fécondité vers 1980 est à peine plus forte. Il est clair que la baisse rapide de la fécondité s'est produite principalement entre 1960 et 1970. La baisse de la fécondité a touché les femmes de tous les groupes d'âges, mais surtout les femmes entre 25 et 40 ans, aux âges mêmes où la fécondité avait augmenté le plus fortement avant 1960. Les niveaux de fécondité sont restés élevés vers 1970 pour les femmes les plus jeunes, âgées de moins de 25 ans, ce qui montre bien l'effet très limité d'un éventuel retard de l'âge à la première union (97). Par contre, les taux de fécondité ont beaucoup diminué pour les femmes les plus âgées ayant déjà des enfants et ne désirant pas de naissances supplémentaires (37).

**Graphique 5 : Indice conjoncturel de fécondité au Chili et au Costa-Rica, 1950-1980 (enfants par femme)**



Au Chili, la baisse de la fécondité a été plus accentuée pour les femmes âgées de 30 à 39 ans dont le taux de fécondité a baissé d'environ 40 pour cent entre 1960 et 1970. Au Costa Rica, où les taux étaient beaucoup plus élevés qu'au Chili, la baisse a été forte dès 25-29 ans. La fécondité au Costa Rica s'est stabilisée entre 1975 et 1980 à un niveau de 3,7 enfants par femme. La fécondité des jeunes femmes est restée élevée et les taux de fécondité des femmes les plus âgées ont connu une diminution moins rapide. La baisse s'est également ralentie au Chili après 1970 (97). Un programme de limitation des naissances, avec des cliniques de consultations de planification familiale, a été implanté au niveau national au sein du système de santé, dès 1965 au Chili et 1967 au Costa Rica. Mais il est clair que la baisse de la fécondité a précédé le programme, qui a surtout servi à satisfaire une demande de contraception qui existait dans certains secteurs de la société et se traduisait par l'incidence élevée des avortements provoqués chez les femmes en fin de vie féconde.

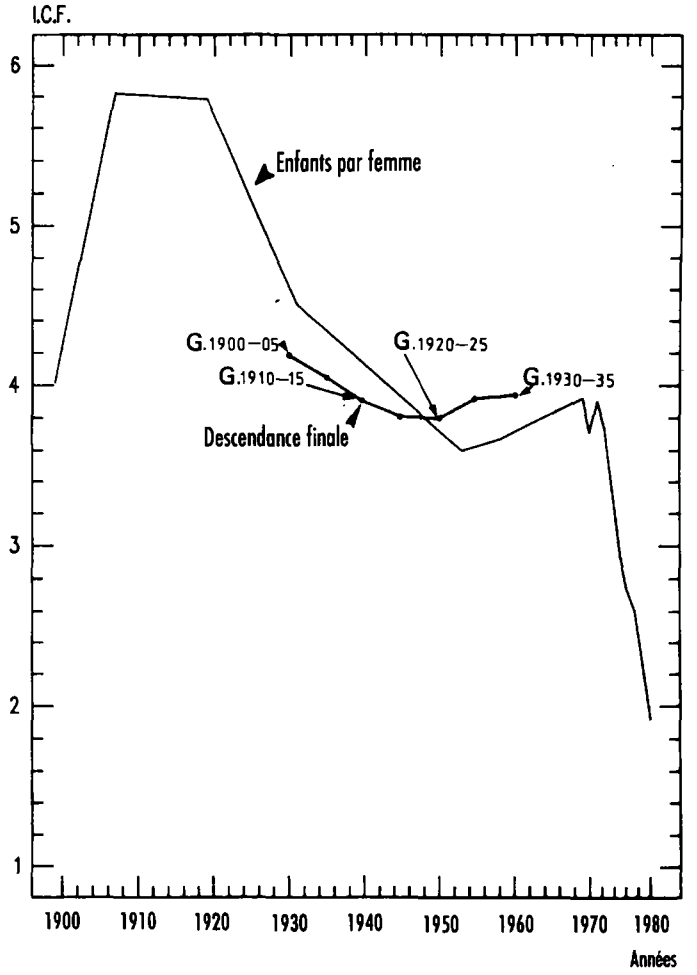
La baisse de la fécondité au Chili et au Costa Rica est donc essentiellement expliquée par une amélioration des niveaux de vie. Une frange de la population a commencé à limiter ses naissances dans des pays où la situation sociale était plus favorable qu'ailleurs : par exemple, la proportion de personnes de plus de 14 ans sachant lire et écrire était de 86 pour cent au Costa Rica et de 90 pour cent au Chili. Le faible niveau de fécondité urbaine observé dans ces deux pays provenait d'un contrôle volontaire de la taille des familles dans les catégories sociales les plus privilégiées, les plus "modernes" et à meilleur niveau de vie. Dans d'autres pays comme la Colombie, le Vénézuela, le Mexique, le Brésil ou Panamá, une baisse de la fécondité a également été amorcée vers 1965, limitée aussi à des minorités essentiellement urbaines. C'est également ainsi que le déclin de la fécondité avait commencé en Argentine et en Uruguay à la fin du siècle dernier.

## *Cuba : baby-boom post-révolutionnaire et baisse accélérée depuis 1972*

La population de Cuba a connu une baisse relativement précoce de la fécondité étant donné son urbanisation rapide depuis le début du siècle, les progrès de l'industrialisation et de la scolarisation, et, à l'image de l'Argentine et de l'Uruguay, les fortes proportions d'immigrants européens. En 1931, le taux brut de natalité était de 34,8 pour mille et en 1958, à la veille de la Révolution, de 26,1 pour mille. Dès 1959 et jusqu'en 1963, la fécondité a augmenté en un baby-boom post-révolutionnaire (graphique 6), diminuant ensuite à un rythme rapide qui s'est accéléré après 1972.

Entre 1972 et 1979, la fécondité à Cuba a diminué plus qu'entre le début du siècle et le triomphe de la Révolution cubaine. Les changements structurels fondamentaux qui ont eu lieu à Cuba depuis la Révolution, la priorité des programmes de santé et d'éducation, l'intégration des femmes dans la société et l'économie ainsi que la très basse mortalité infantile, sont parmi les facteurs qui expliquent la faible fécondité des femmes cubaines aujourd'hui.

**Graphique 6 : Indice conjoncturel de fécondité à Cuba et descendance finale des générations féminines 1900-1935**



## *Fécondité différentielle dans les années soixante*

Malgré le maintien de la forte fécondité des pays latino-américains dans les années soixante, des différences ont été observées entre zones urbaines et zones rurales ainsi qu'entre catégories sociales, notamment en fonction du niveau de scolarisation. A titre d'exemple, des résultats pour la Colombie[9] montraient des différences déjà notables entre villes et campagnes : 4,8 enfants par femme pour la ville de Bogotá en fin de vie féconde, contre 8,0 enfants par femme dans l'arrondissement rural de Cartagena et 10,3 enfants par femme dans celui de Neira (47). Cette différence importante entre villes et campagnes se retrouvait dans tous les pays latino-américains.

La scolarisation a joué un rôle essentiel dans les différences de fécondité, comme le montre l'exemple des grandes villes, les femmes les plus éduquées ayant en moyenne deux enfants de moins que les femmes peu scolarisées (tableau 7). L'urbanisation, avec l'arrivée massive de femmes migrantes dans les grandes villes, a eu aussi un effet réducteur sur la nuptialité urbaine. En effet, on observait un important excédent de femmes par rapport aux hommes aux âges de forte nuptialité, donc plus de femmes célibataires et sans enfants (13).

Néanmoins, au milieu des années soixante, le niveau de la fécondité restait élevé dans les grandes métropoles latino-américaines, à l'exception de Buenos Aires. Une fécondité élevée était aussi observée dans toutes les catégories sociales. En outre, la nuptialité demeurait précoce : à Caracas comme à Mexico, plus de 30 pour cent des femmes entraient en union avant 18 ans, 50 pour cent

[9] Les premiers résultats, avec des données de bonne qualité, sur la fécondité en Amérique latine ont été obtenus grâce au programme d'enquêtes latino-américaines de fécondité (PECFAL) menées sous les auspices du CELADE dans plusieurs pays à partir de 1964. Une première série d'enquêtes ont été menées dans de grandes métropoles, entre 1964 et 1967, puis en 1967-1970, dans des zones rurales (88).

avant 20 ans (40). Cependant, la contraception (la pilule surtout) commençait à être utilisée dans les villes et aussi l'avortement clandestin, comme cela a été bien mis en évidence au Chili par des médecins dans les années soixante (77). De même à Cuba, et plus particulièrement à La Havane, l'avortement terminait plus du tiers des grossesses en 1970, proportion qui a fortement augmenté ensuite. Des calculs menés par Carrasco ont conduit à des estimations relativement précises de la fréquence des avortements provoqués dans les métropoles (Asunción, Lima, Panamá, Buenos Aires et Bogotá), alors que l'avortement était prohibé partout sauf à Cuba. Bien que l'utilisation des divers moyens de limitation des naissances ait beaucoup varié selon les villes, seule une faible proportion de femmes utilisait des méthodes efficaces de contraception, ce qui explique le recours ultime à l'avortement provoqué, plus fréquent chez les femmes les plus âgées. L'avortement a influé de façon significative sur la baisses de la fécondité urbaine après 1965 (14).

Parallèlement, la stérilisation féminine devenait courante à Puerto Rico et à Panamá (38, 66). Puerto Rico a été un pays pionnier pour cette méthode dès 1950 (71). Par contre, les pratiques de limitation des naissances n'étaient ni connues ni utilisées dans les zones rurales où la fécondité restait à des niveaux proches de la "fécondité naturelle", ce qui a pu être vérifié par les enquêtes PECFAL-rurales (88, 97).

**Tableau 7 : Nombre moyen de nés vivants par femme selon la scolarité, dans sept métropoles, 1964-1967**

| Niveau de scolarité | Buenos Aires | Rio de Janeiro | Panamá | Caracas | San José | Bogotá | Mexico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Illétrées | 3,14 | 4,68 | 3,44 | 4,56 | 5,09 | 5,01 | 4,72 |
| Début d'instruction primaire | 2,10 | 3,02 | 3,68 | 4,08 | 4,96 | 4,28 | 4,94 |
| Diplôme d'études primaires | 1,72 | 2,80 | 3,53 | 3,15 | 3,76 | 3,86 | 4,03 |
| Début d'instruction secondaire | 1,70 | 2,20 | 3,08 | 2,73 | 2,93 | 3,56 | 3,56 |
| Diplôme d'études secondaires | 1,48 | 2,09 | 2,64 | 2,59 | 2,38 | 3,18 | 3,56 |
| Études supérieures | 1,91 | 2,17 | 2,44 | 2,56 | 2,76 | 3,18 | 3,03 |
| Total | 1,49 | 2,25 | 2,74 | 2,97 | 2,98 | 3,16 | 3,27 |

Source : (47)

# LA PÉRIODE DE FORTE DIMINUTION DE LA FÉCONDITÉ : 1965-1985

Les niveaux élevés de la natalité des pays latino-américains ont commencé à se réduire à partir de la seconde moitié des années soixante. Le Brésil, la Colombie, le Mexique, le Pérou, El Salvador, Panamá, Cuba et la République Dominicaine ont vu leurs taux bruts de natalité baisser très rapidement entre 1970 et 1985. Le Chili et le Costa Rica ont poursuivi leur tendance à la baisse, amorcée avant 1970. Cuba et l'Uruguay ont atteint des niveaux de taux bruts de natalité inférieurs à 20 naissances pour mille habitants, tandis que celui de l'Argentine se redressait légèrement. Les plus fortes variations totales sur la période ne concernent pas uniquement de petits pays : Cuba vient en tête suivi du Costa Rica, mais de fortes baisses sont aussi observées au

Chili, en Colombie, au Vénézuela, au Brésil et au Mexique. Par contre, quelques pays d'Amérique centrale, Haïti, la Bolivie et le Paraguay, ont enregistré des diminutions plus modestes (97).

A l'image de l'évolution de la mortalité, la baisse de la natalité a été tardive (après 1960) et rapide. En une vingtaine d'années, tous les pays ont vu se réduire leurs indices conjoncturels de fécondité dans des proportions variant entre 5 et 62 pour cent, exception faite de l'Argentine qui a adopté une attitude pro-nataliste, d'où une augmentation de la fécondité. Les baisses les plus accélérées ont été aussi les plus précoces : Cuba (62 pour cent), le Chili (48 pour cent) et le Costa Rica (50 pour cent). Des pays qui ne montraient pas encore de variations de la natalité vers 1965 ont clairement enregistré un rythme rapide de diminution de leur taux par la suite : la Colombie (46 pour cent), la République Dominicaine (44 pour cent) ainsi que Panamá, le Brésil, le Vénézuela et le Mexique (entre 30 et 40 pour cent). Dans d'autres pays comme le Pérou, l'Equateur, le Nicaragua, El Salvador et le Honduras, la baisse rapide de la fécondité a commencé après 1970. La baisse n'a pas été toujours régulière : par exemple, le Nicaragua a enregistré un baby-boom post-révolutionnaire au début des années quatre-vingt. En outre, la Bolivie a gardé pendant plus de trente ans pratiquement le même niveau de fécondité (tableau 6).

En 1985, trois pays conservaient des indices conjoncturels de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme : la Bolivie, le Guatemala et le Honduras. Une majorité de pays montrait des indices variant entre 4 et 5,9 enfants par femme, en phase de transition d'une forte fécondité vers une fécondité plus modérée. C'est le cas des pays andins (Equateur, Pérou, Vénézuela), des pays atlantiques (Brésil, Paraguay), de l'Amérique centrale (El Salvador, Nicaragua), de l'Amérique du Nord (Mexique) et des îles Caraïbes (République Dominicaine).

Encore plus rares étaient les pays enregistrant des niveaux de fécondité entre 3 et 4 enfants par femme, faisant figure de pionniers : Colombie (3,6 enfants par femme), Argentine (3,4 enfants par femme), Costa Rica et Panamá (3,5 enfants par femme). Les baisses de fécondité y ont été, soit les plus anciennes (Argentine), soit les plus accélérées (de l'ordre de 40 à 50 pour cent en 20 ans). Deux pays atteignaient des niveaux proches du seuil de remplacement des générations : le Chili (2,6 enfants par femme) et l'Uruguay (2,8 enfants par femme). Cuba se trouvait par contre en-dessous du seuil de remplacement avec un indice de 1,8 enfant par femme en 1985, qui a encore baissé depuis (1,5 enfant par femme en 1995). La baisse de la fécondité à Cuba a été une des plus rapides de l'histoire de la population mondiale et le niveau atteint au début des années 1980 était déjà comparable à celui observé dans nombre de pays européens.

Par contre, en 1995, seulement 6 pays latino-américains, les plus pauvres, conservaient des indices conjoncturels de fécondité supérieurs à 4 enfants par femme : le Paraguay (4,5), le Nicaragua (4,6), Haïti et la Bolivie (4,8), le Guatemala (5,1) et le Honduras (5,2). Tous les autres pays se situaient, en 1995, au-dessous de 4 enfants par femme, et pour la plupart, entre 2 et 3,5 enfants par femme (tableau 6).

## LE MALTHUSIANISME DE PAUVRETÉ

Le principal facteur qui explique l'évolution de la fécondité et sa baisse rapide dans les pays latino-américains est la progression de la proportion de femmes, mariées ou en union libre, qui utilisaient des méthodes contraceptives efficaces (voir encadré sur les variables intermédiaires de la fécondité). La diffusion de la contraception a mis en évidence le rôle de facteurs différents de ceux qui ont permis, dans les années 1960, un contrôle des naissances dans les secteurs de population les plus éduqués, urbanisés, et à hauts revenus (9).

L'influence des programmes de planification familiale s'est faite sentir dans l'utilisation des méthodes modernes de contraception par les catégories sociales les plus défavorisées. La baisse récente de la fécondité a majoritairement concerné les couches sociales les plus pauvres et les moins instruites.

**LES VARIABLES INTERMÉDIAIRES DE LA FÉCONDITÉ**

L'analyse de la fécondité passe par celle de ses déterminants proches, autrement dit des facteurs de comportement individuel qui influent directement sur le nombre de grossesses et de naissances vivantes que connaissent les femmes au cours de leur vie féconde. Le schéma d'analyse des déterminants de la fécondité est inspiré du travail pionnier de Davis et Blake publié en 1956 qui proposait l'étude de variables susceptibles d'avoir une influence immédiate sur les probabilités de conception, de mortalité intra-utérine et de naissances vivantes au cours des âges de reproduction (30). Plus récemment, Bongaarts a construit un modèle où il réduit les déterminants de la fécondité à quatre variables intermédiaires : l'entrée en union (légale ou consensuelle), l'allaitement, la contraception, l'avortement. Partant d'un niveau potentiel de fécondité de l'ordre de 15,3 enfants par femme, la méthode de Bongaarts propose de mesurer l'impact de chaque variable sur la réduction de la fécondité potentielle jusqu'aux valeurs observées dans l'indice conjoncturel de fécondité (8). En Amérique latine, c'est l'indice de contraception qui explique la plus grande partie des diminutions de fécondité (73).

Entre 1977 et 1982, au Mexique, on observait des diminutions proportionnellement plus importantes dans les taux de fécondité des femmes rurales et des femmes les moins éduquées, notamment avant l'âge de 40 ans. Ayant conservé jusque-là des niveaux très élevés de fécondité, les femmes des couches sociales les plus défavorisées ont vu

baisser plus vite leur taux de fécondité, surtout entre 30 et 39 ans, sous l'influence du vigoureux programme national de planification familiale (96).

Au Brésil, entre 1970 et 1976, les femmes des zones urbaines sans aucune scolarisation ont réduit rapidement la taille de leur descendance (45,46), de même qu'entre 1970 et 1990, en Bolivie (-1,1 enfant par femme), au Honduras (-1,8 enfant par femme), en Equateur et au Mexique (-2,8 enfant par femme), en Colombie (-1,7 enfant par femme) et au Chili (-1,4 enfant par femme). Dans tous les cas analysés, il existe une tendance à la réduction des différences entre les sous-populations, les plus éduquées ne diminuant pratiquement plus leur fécondité après 1975, où elle était déjà basse (entre 2,5 et 3 enfants par femme), la fécondité des femmes les moins scolarisées diminuant de façon accélérée.

Cette réduction des différences s'observe également dans les nombres idéaux d'enfants déclarés dans les enquêtes des années 1990, autour de 2,5 enfants par femme, pratiquement identiques dans tous les groupes de femmes, quel que soit leur niveau de scolarité. Les différences observées dans la fécondité du moment tiennent donc surtout aux difficultés rencontrées par les familles des groupes sociaux les plus défavorisés pour accéder effectivement aux moyens de limiter les naissances, car l'éventail des aspirations de fécondité s'est singulièrement rétréci (17). Il semble donc qu'après 1990, l'idéal d'une famille réduite et le contrôle des naissances soient déjà largement acceptés et désirés.

Or l'interprétation de la baisse de la fécondité dans les secteurs défavorisés est fondamentale pour expliquer et prévoir l'évolution future des phénomènes de population. A l'heure actuelle, les tendances de la fécondité ne semblent plus dépendre, comme dans les années 1960, de variables liées au développement d'attitudes "modernes" vis-à-vis de la reproduction provenant d'une élévation des niveaux de vie, des revenus familiaux et de la scolarisation

féminine. Au contraire, les programmes de planification des naissances ont eu des effets importants dans des groupes traditionnellement considérés réticents à l'égard de la contraception mais qui deviennent la "cible" des programmes officiels. La chute de la fécondité s'explique dans ce cas par l'abondance de l'offre de méthodes contraceptives faciles à obtenir, moins chères ou même gratuites, qui peut inciter les femmes des catégories sociales à bas revenu à limiter leurs naissances sous l'impulsion de ces programmes.

Cela suppose cependant que soit expliqué aussi le développement parallèle du désir de familles réduites, à tous les échelons de la société (demande de contraception). C'est ainsi que la baisse de la fécondité au Brésil est expliquée comme un effet de la détérioration du niveau de vie des familles les plus défavorisées en 20 ans. En effet, le salaire réel a fortement chuté à partir de 1965, et le chômage et le sous-emploi se sont aggravés. Mais cette évolution s'est conjuguée au développement des services de planification familiale, notamment ceux offerts par le BEMFAM, organisme privé affilié à l'IPPF, soutenu par les gouvernements des États brésiliens. Les familles les plus pauvres ont commencé à contrôler leurs naissances sous la pression de la crise économique et sociale. Il est apparu ce que l'on peut qualifier de *malthusianisme de la pauvreté*. Dans le cas de la Colombie et du Mexique également, des facteurs d'offre et de demande de contraception expliquent la diffusion rapide de la pratique de la limitation des naissances dans les catégories sociales les plus défavorisées (96).

En résumé, la baisse de la fécondité a commencé au milieu des années soixante dans les groupes sociaux les plus privilégiés à un moment où les catégories restées en marge des bénéfices du développement économique conservaient une très forte fécondité. Plus récemment, l'évolution rapide vers une fécondité réduite s'est manifestée à tous les échelons de la société. Loin de

signifier un développement social harmonieux, ceci souligne la faillite du modèle économique, la détérioration des niveaux de vie et les effets de la crise qui frappe avant tout les couches sociales les plus défavorisées, alors que s'est développée parallèlement une offre abondante de services de planification familiale.

## LA RÉVOLUTION CONTRACEPTIVE

La mise en place de programmes nationaux de planification des naissances est à l'origine du rythme rapide de progression de l'utilisation de méthodes modernes de contraception. Quelques pays ont des programmes depuis plus de vingt ans (Costa Rica, Puerto Rico, El Salvador, Jamaïque, Mexique, Panamá). Parmi les méthodes les plus utilisées figurent en premier lieu la pilule, puis l'usage de la stérilisation s'est amplement développé (87). En 1983, 56 pour cent des femmes latino-américaines en union utilisaient des méthodes contraceptives, 46 pour cent des méthodes modernes, dont 20 pour cent la stérilisation, 16 pour cent la pilule et 5 pour cent le stérilet. Dans les années 1990, 60 pour cent utilisaient une méthode, 49 pour cent une méthode moderne, avec la stérilisation en forte progression (36 pour cent), et la pilule et le stérilet en baisse. Le stérilet était plus employé au Mexique, en Colombie et en Equateur : entre 15 et 20 pour cent des utilisatrices. Par contre, certains pays connaissaient une forte prévalence des méthodes naturelles préconisées par l'Église catholique : ainsi 36 pour cent des utilisatrices au Pérou et 53 pour cent en Bolivie utilisaient le rythme (54).

**Tableau 8 : Proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives selon la méthode (pour cent femmes en union de 15-49 ans)**

| Région et pays | Année | Ensemble des méthodes | Méthodes modernes | Stérilisation féminine | Pilule | Stérilet | Rythme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Caraïbes | | | | | | | |
| Rép. dominicaine | 1991 | 56,4 | 51,7 | 38,5 | 9,8 | 1,8 | 2,0 |
| Haïti | 1989 | 10,2 | 9,8 | 2,5 | 4,1 | 0,6 | 0,4 |
| Puerto Rico | 1982 | 70,4 | 62,1 | 39,7 | 9,3 | 4,1 | 5,5 |
| Amérique centrale | | | | | | | |
| Costa Rica | 1992/93 | 75,0 | 64,6 | 19,7 | 18,0 | 8,7 | 7,0 |
| El Salvador | 1993 | 53,3 | 48,4 | 31,5 | 8,7 | 2,1 | 3,0 |
| Guatemala | 1987 | 23,2 | 19,1 | 10,4 | 3,9 | 1,8 | 2,8 |
| Honduras | 1991/92 | 46,7 | 34,7 | 15,6 | 10,1 | 5,1 | 6,7 |
| Nicaragua | 1992 | 48,7 | 44,9 | 18,5 | 12,9 | 9,3 | 2,6 |
| Mexique | 1987 | 52,7 | 44,6 | 18,7 | 9,8 | 10,2 | 4,4 |
| Panamá | 1984 | 58,2 | 54,2 | 32,4 | 11,8 | 6,0 | 2,3 |
| Amérique du Sud | | | | | | | |
| Brésil | 1986 | 65,8 | 56,7 | 26,9 | 25,2 | 1,0 | 4,3 |
| Bolivie | 1989 | 30,3 | 12,2 | 4,4 | 1,9 | 4,8 | 16,1 |
| Colombie | 1990 | 66,1 | 54,7 | 20,9 | 14,1 | 12,4 | 6,1 |
| Équateur | 1989 | 52,9 | 41,5 | 18,3 | 8,6 | 11,9 | 8,8 |
| Paraguay | 1990 | 48,4 | 35,3 | 7,4 | 13,6 | 5,7 | 5,3 |
| Pérou | 1991/92 | 59,0 | 32,8 | 7,9 | 5,7 | 13,4 | 20,7 |
| Vénézuela | 1977 | 49,3 | 37,7 | 7,6 | 15,3 | 8,6 | 4,0 |

Source : (55)

La diffusion des méthodes contraceptives a surtout été importante dans les pays où une forte progression de la stérilisation a été observée. En effet, la plupart des programmes de planification familiale toléraient la stérilisation à des fins contraceptives, même si elle a été provisoirement interdite au Chili en 1975, et

temporairement au Pérou de 1977 à 1983. Elle était légale dans les autres pays ou considérée licite parce qu'aucune loi ne l'interdisait. Elle a aussi été socialement bien acceptée malgré l'opposition de principe de l'Église catholique. Il faut remarquer que la stérilisation à des fins contraceptives s'est aussi remarquablement développée en Amérique du Nord. Aux États-Unis, en 1982, 35 pour cent des couples utilisateurs de méthodes étaient stérilisés et 30 pour cent utilisaient la pilule, alors qu'en Europe de l'ouest, ces proportions étaient respectivement de 5 et de 40 pour cent. L'influence du modèle nord-américain en Amérique latine est triple : il donne une image de modernité et d'efficacité à la stérilisation ; il influe sur le corps médical formé aux méthodes américaines ; il a un effet sur la conception, le financement et l'organisation des programmes de planification familiale.

Dans quatre pays, plus de la moitié des femmes utilisant des moyens contraceptifs modernes étaient stérilisées, comme à Porto-Rico (63 pour cent en 1991), à El Salvador (60 pour cent en 1993), en République Dominicaine (69 pour cent en 1991) et à Panamá (56 pour cent en 1984). De 25 à 50 pour cent des utilisatrices étaient stérilisées au Guatemala, au Honduras, en Equateur, au Costa Rica et au Mexique (tableau 8).

La proportion des femmes stérilisées était souvent plus importante en zone rurale qu'en zone urbaine (au Costa Rica, à Panamá, en Equateur). Les stérilisations étaient généralement réalisées dans les cliniques gouvernementales (75 pour cent des opérations de stérilisation au Mexique). De plus, au Brésil et au Mexique, c'est parmi les femmes des couches sociales défavorisées (sans scolarisation ou avec moins de trois ans d'école) que le niveau de fécondité a le plus diminué, parallèlement à l'augmentation de la proportion de femmes stérilisées. Au Mexique, près des deux tiers des femmes rurales stérilisées vers 1980 n'avaient jamais utilisé auparavant de méthode contraceptive (9). Ceci souligne les pratiques préférentielles des programmes de

planification familiale, liées au souci de rentabilité et d'efficacité à court terme. La stérilisation proposée à des femmes de forte fécondité et provenant de milieux défavorisés est apparue comme une solution efficace et définitive.

Par contre, en ce qui concerne l'avortement, les législations sont restées très restrictives, sauf à Cuba où l'avortement est libre et restait la méthode la plus utilisée dès la fin des années 1970. Dans les autres pays, l'avortement demeure totalement illégal. En général, le développement de la pratique contraceptive a fait diminuer parallèlement l'incidence de l'avortement clandestin.

En conclusion, le soutien officiel aux actions de planification familiale dans la plupart des pays a favorisé le développement et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes dans des catégories sociales qui ne limiteraient pas leurs naissances si les programmes n'existaient pas. Les méthodes les plus répandues ont été la pilule et la stérilisation féminine. Dans la période la plus récente, ce sont les femmes peu scolarisées, rurales et à faible revenu qui sont le plus largement touchées par la diffusion de la pratique de la contraception au sein des programmes organisés de limitation des naissances. Toutefois, la qualité des services proposés aux femmes et de l'information sur la contraception laissent beaucoup à désirer, ce qui explique la concentration sur un petit nombre de méthodes contraceptives, comme la stérilisation souvent proposée comme option unique pour limiter définitivement la taille des familles.

# Chapitre 4 :
# Politiques de population

La question des politiques de population a commencé à se poser en Amérique latine, au niveau gouvernemental, lors de la préparation de la Conférence mondiale des Nations Unies sur la Population qui s'est tenue à Bucarest en 1974. Comme l'exprimait Léon Tabah, Directeur de la Division de la Population des Nations Unies, la Conférence a été sans doute la plus nette manifestation à l'échelle mondiale de l'idée d'intervention en matière de population. Aucun texte n'est plus complet sur ce point que le Plan d'Action Mondial sur la Population adopté par 136 gouvernements (89). Auparavant, le débat avait été lancé en Amérique latine par quelques économistes à propos des relations entre la croissance démographique et la croissance économique. De vives controverses se sont développées sur ce thème, notamment à partir de 1960, où les partisans de l'interventionnisme, y compris le plus autoritaire, et les adeptes du "laisser faire", se sont affrontés. Comme le soulignait Alfred Sauvy à propos de Malthus : "le problème avait quitté le domaine de la raison pour entrer dans celui, plus animé, des passions".

## LE DÉBAT POPULATION-RESSOURCES EN AMÉRIQUE LATINE

Le courant néo-malthusien occidental a trouvé des porte-parole en Amérique latine, tel le livre retentissant de Benjamin Viel sur "l'explosion démographique", publié en 1966 au Chili (92). C'est ce médecin qui a lancé le premier cri d'alarme, sensibilisé par sa confrontation quotidienne à la pauvreté. A l'étranger, essentiellement aux États-Unis, la pensée néo-malthusienne s'est développée dans un climat de peur suscitée par la croissance démographique du Tiers Monde en général et de l'Amérique latine en particulier. Dès 1917,

A. Robinson (cité par P. Pradervand) voulait "prêcher l'évangile de la limitation des naissances parmi les peuples de la Russie, de la Chine, du Japon, de l'Inde et du Mexique", laissant percevoir des arrière-pensées politiques évidentes dans le choix des pays mentionnés, surtout à une époque où, pour le Mexique, la croissance démographique était encore très faible et une politique d'immigration considérée comme indispensable pour peupler le pays.

Pradervand écrit : "La peur, qui est la motivation principale de la pensée néo-malthusienne - et de tant de réactions occidentales face au Tiers Monde - ... ne peut que renforcer l'illusion que les pays riches peuvent continuer à prospérer matériellement alors que le Tiers Monde s'appauvrit (relativement) et retarder le moment où éclatera la vérité, d'autant plus violemment qu'on a cherché à la repousser" (68,69).

En 1970 à Mexico, la première Conférence Régionale Latino-américaine de Population a donné l'occasion de développer au grand jour les différents points de vue qui sont à la base des positions latino-américaines en ce qui concerne les politiques démographiques. Certains économistes[10] ont plaidé pour des réformes sociales structurelles, pour une croissance économique vigoureuse et pour une redistribution plus égalitaire des revenus, pour lesquelles il est nécessaire de soutenir la planification familiale, "parce que le système économique latino-américain en général, tel qu'il fonctionne, a démontré son incapacité à faire face au phénomène d'absorption productive de l'accroissement extraordinaire de la force de travail qui résulte... de la croissance de la population commencée 15 ou 20 ans auparavant" (70).

---

[10] Comme Raul Prebisch, à l'époque Directeur Général de l'Institut latino-américain de Planification Economique et Sociale (ILPES).

De hauts fonctionnaires, tels que Carmen Miró, directrice du Centre latino-américain de Démographie (CELADE), Victor Urquidi, Président du Comité organisateur de la Conférence et les responsables représentant le gouvernement mexicain du Président Díaz Ordaz, ont fortement souligné la nécessité d'interdépendance des différentes politiques sectorielles de développement. *La proposition d'intégrer les politiques de population dans les politiques de développement économique et de ne pas se limiter à des politiques de planification familiale est le noyau de la pensée latino-américaine.*

Néanmoins, une partie de l'opinion scientifique restait majoritairement hostile à l'intervention directe en matière de planification familiale soutenue par les États-Unis et considérée comme un instrument des visées néo-impérialistes nord-américaines, basées sur le postulat néo-malthusien de la croissance démographique comme obstacle fondamental au développement économique. Or ces thèses officielles nord-américaines, et surtout les fondements de théorie économique qui les soutenaient, ont été réfutées en Amérique latine à partir des travaux d'économistes qui critiquaient notamment les analyses de Ansley Coale et Edgar Hoover sur l'Inde et le Mexique selon lesquelles la croissance de la population ne permettait pas la croissance économique (21). Ils ont démontré que l'hypothèse néo-classique selon laquelle la croissance économique dépendait des investissements et de la croissance de l'épargne des ménages était inapplicable à l'Amérique latine, où la pauvreté était largement structurelle et due à une très inégale distribution du revenu (36, 39, 85).

De fait, dans les années soixante, forte croissance économique et forte croissance démographique allaient de pair au Brésil, au Mexique, au Vénézuela, en Colombie, au Pérou, au Chili, etc. (95). Toutes les études qui s'attachaient à l'analyse empirique comparative des relations entre la croissance démographique et la

croissance économique aboutissaient à une même conclusion : il n'y avait aucune corrélation significative entre les deux phénomènes, ce qui sapait un des arguments de base des théories néo-malthusiennes (19, 20). Les modes de développement inégalitaires étaient considérés par la CEPAL comme responsables de la pauvreté, du sous-emploi et du problème urbain, plus directement que la forte croissance démographique et les migrations des campagnes vers les villes (24, 65).

Cependant, il était généralement admis par les économistes et démographes qu'une croissance accélérée des populations aggravait les maux du sous-développement et qu'il ne fallait pas compter sur une réduction spontanée de la fécondité lorsque la mortalité baissait. Les différences sociales et les inégalités dans l'attribution des bénéfices du développement avaient pour conséquence une fécondité extrêmement élevée à la fin des années 1960. Cependant, les économistes et démographes latino-américains tenaient absolument à se démarquer des institutions qui prônaient des politiques uniquement axées sur la planification familiale justifiée comme une fin en soi par son faible coût et son efficacité.

Ainsi, Carmen Miró réclamait une politique de population "parce que le succès... des programmes gouvernementaux d'assurer à tous un accès libre et égalitaire aux bénéfices du développement ne doit pas être livré au hasard d'une soi-disant adaptation automatique du comportement démographique". Mais, pour Miró, les actions de planification familiale n'étaient pas des politiques de population car elles n'étaient, dans aucun pays d'Amérique latine en 1970, ni coordonnées, ni cohérentes, ni intégrées aux politiques nationales de développement. En outre, la définition de ce qu'était une politique de population pour les nations latino-américaines était si compliquée et avec "une acception tellement ample que pratiquement y sont englobés tous les objectifs du développement" (48).

Cependant, l'intervention étrangère liée à la planification familiale heurtait des sentiments nationalistes très développés, à droite comme à gauche, par exemple au Brésil où un scandale avait éclaté en 1968 au sujet de stérilisations opérées dans des tribus d'Indiens d'Amazonie qui ont abouti à l'expulsion de missionnaires nord-américains. Le film bolivien "Le sang du condor", cosigné par des médecins, protestait également contre des programmes de stérilisation menés en Bolivie à l'insu de femmes indigènes.

## ÉMERGENCE D'UNE POSITION LATINO-AMÉRICAINE EN MATIÈRE DE POLITIQUE DE POPULATION

En 1967 à Caracas, la Conférence Ministérielle organisée par l'Organisation des États Américains (OEA) et l'Organisation Panaméricaine de la Santé sur les "Politiques de Population et de Développement en Amérique latine" avait accepté "qu'il n'existe pas de politique de population mais plutôt une stratégie de développement et qu'il n'existe pas de développement sans politique de population" (26, 31). Cela reflétait assurément un compromis entre la position pro-nataliste des gouvernements, majoritaire à l'époque, et une position plus malthusienne comme par exemple celle de la Colombie, des grandes agences multilatérales et de certains responsables des politiques économiques et sociales.

La déclaration de 1972, par le Président du Mexique Luis Echeverría prônant le contrôle de la croissance démographique, à la Troisième Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement à Santiago du Chili, a eu pour conséquence la promulgation de la Loi de Population au Mexique en 1973, dont l'objet était de diminuer le taux de croissance de la population, première politique démographique explicite en Amérique latine.

Au niveau des États, les différentes attitudes à l'égard des politiques de population se sont cristallisées en 1974, à San José de Costa Rica, lors de la réunion préparatoire à la Conférence Mondiale des Nations Unies sur la Population de Bucarest, en reflétant les divisions politiques du sous-continent. La Colombie et la République Dominicaine ont alors déclaré qu'elles considéraient la forte croissance démographique comme un obstacle à leur développement, ce que n'acceptaient pas Cuba et Panamá ; alors qu'au contraire, l'Argentine, le Brésil, le Pérou et l'Équateur considéraient que la croissance de la population stimulait le développement économique. Les divergences étaient donc importantes.

Cependant, il est possible de trouver des points communs aux différentes attitudes après l'adoption du Plan Mondial d'Action sur la Population adopté à Bucarest en 1974. La deuxième Réunion latino-américaine de Population, qui s'est tenue à Mexico en 1975, a accepté le droit des individus et des familles à décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants et le devoir des États de fournir les connaissances et les moyens de pratiquer la planification familiale. Posé en ces termes d'égalité et de liberté individuelle, la garantie par les gouvernements de l'accès à la planification des naissances devenait non seulement acceptable mais souhaitable. En 1975, la Déclaration de Mexico a également proclamé la souveraineté de chaque nation en matière de politique de population.

Le principe de l'intégration des politiques de population dans la planification du développement a été réaffirmé à Mexico, en 1984, à l'occasion de la Conférence internationale sur la Population. La position latino-américaine a alors bénéficié d'un large consensus parmi les pays en développement, lors des différentes réunions régionales et internationales. Elle peut être résumée ainsi :

- respecter la souveraineté nationale à décider librement de sa politique démographique ;

- intégrer la politique démographique à la planification économique et sociale du développement ;
- respecter le droit des individus et des familles à décider librement du nombre et de l'espacement de leurs enfants ;
- fournir l'information et les moyens nécessaires permettant aux individus et aux familles d'exercer la liberté de leurs décisions en matière de procréation.

C'est en ces termes globaux que l'on peut parler d'une position latino-américaine aux conférences de population, qui contenait, outre ces principes, une référence explicite à la résolution du problème alimentaire, à la lutte contre la mortalité, au droit à la santé et au développement régional planifié[11].

Depuis 1984, le principe de l'intervention de l'État à l'égard des problèmes démographiques a ainsi été largement accepté, surtout en ce qui concerne la garantie de l'accès des couples aux méthodes modernes de contraception et la nécessité de modifier la répartition spatiale de la population, qu'une grande majorité de pays considérait fortement déséquilibrée.

## LA MISE EN PLACE DES POLITIQUES DE POPULATION (1974-1984)

Pendant les dix années qui ont séparé les deux Conférences des Nations Unies sur la Population, entre Bucarest en 1974 et Mexico en 1984, la conscience de l'importance primordiale des problèmes démographiques dans les stratégies de développement économique et social a fait son chemin, de même que l'esprit de planification. Plusieurs pays se sont ainsi dotés de moyens juridiques et institutionnels pour mettre sur pied des politiques de

[11] Déclaration de La Havane lors de la conférence latino-américaine préparatoire de celle sur la population de Mexico, novembre 1983.

population parallèlement aux politiques de développement, essentiellement des *politiques de fécondité et de migrations internes*. Les programmes concernant la santé, la mortalité et la morbidité ont également eu des retombées démographiques, de même que les programmes d'éducation en matière de population ou les dispositions légales relatives aux migrations internationales, mais ils ont plus rarement fait partie des politiques démographiques explicites. Leurs conséquences sur la population ont plutôt été indirectes, découlant d'autres priorités en matière de santé, d'éducation ou de politique étrangère. D'ailleurs, le Plan Mondial d'Action sur la Population de 1974 avait uniquement fixé des objectifs minimaux pour la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance, selon le niveau des taux de mortalité nationaux enregistrés au départ.

L'observation suivie des perceptions et des politiques gouvernementales relatives aux tendances et aux niveaux démographiques, dans le contexte du développement, a donné lieu à une série d'enquêtes démographiques des Nations Unies tous les deux ans. Or, peu de pays d'Amérique latine déclaraient avoir des objectifs quantitatifs pour la mortalité. Les objectifs fixés se rapportaient, soit à un groupe d'âges (essentiellement les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans), soit à un sous-groupe de la population (les mères), soit à une cause particulière de mortalité (maladies infectieuses). Les programmes de santé ont généralement eu des objectifs limités et ne se référaient pas à une politique globale. D'autre part, peu de pays d'Amérique latine considéraient les migrations internationales comme un phénomène démographique à encourager ou développer (25).

Par contre, en ce qui concerne la fécondité, dont l'importance était reconnue en tant que facteur fondamental de la croissance démographique, certains pays sont allés jusqu'à une réforme constitutionnelle. Les modifications concernaient le droit des personnes à

choisir le nombre et l'espacement de leurs enfants et visaient à encourager expressément la paternité responsable. C'est le cas du Mexique (1973), de l'Équateur (1977) et du Pérou (1977). La Constitution de 1983 du Panamá a exigé de l'État qu'il formule une politique en matière de population qui réponde aux besoins économiques et sociaux du pays.

L'intégration de considérations démographiques dans la planification du développement a été spécifiquement mentionnée dans de nombreux cas, soit pour coordonner, dans les plans de développement, croissance démographique et développement économique (Barbade, Guatemala, Costa Rica), soit pour s'inquiéter du frein représenté par une croissance rapide de la population pour le développement économique et social (El Salvador, Grenade, Haïti, Jamaïque, Mexique, Pérou, République Dominicaine). Quelques gouvernements ont publié des déclarations de politique démographique pour favoriser la régulation de la fécondité : El Salvador en 1976 ; la Jamaïque en 1982 ; le Mexique en 1973 ; et le Pérou en 1985. Un seul pays, l'Argentine, a adopté temporairement une politique visant à faire augmenter sa population (Comisión Nacional de Política Demográfica, 29 décembre 1977).

En règle générale, les politiques démographiques étaient placées sous la responsabilité de Conseils interministériels de Population (Consejos Nacionales de Población en République Dominicaine, au Pérou, en Équateur, au Mexique, en Colombie, au Panamá, au Costa Rica). Les conseils de Population élaborent, surveillent et coordonnent les programmes nationaux de population. Au Mexique, on trouvait à la fois le Conseil National de Population (CONAPO) et le Conseil de Coordination du Programme National de Planification Familiale (CPNPF), au Ministère de la Santé, chargé des programmes de planification des naissances de toutes les institutions (67).

Mais le fait qu'il y ait eu des déclarations officielles, ou même que des dispositions légales aient été adoptées, ne signifie pas que les politiques de population fonctionnent. En 1976, le Pérou s'était doté de principes directeurs de la politique démographique à l'arrivée du gouvernement militaire conservateur du Général Morales, mais les activités de planification familiale ont été pratiquement toutes arrêtées en 1977. Ce n'est qu'en 1981 que la création du Conseil National de Population par le Gouvernement civil de Belaúnde a mis sur pied des programmes démographiques au niveau national et qu'en 1985 que la Loi de Population a été promulguée.

Par contre, en Colombie, le programme national de planification familiale a été discrètement consolidé en 1976 au sein de tous les programmes de protection materno-infantile, s'appuyant à la fois sur des services publics (Ministère de la Santé) et privés (Profamilia, affilié à l'IPPF) et bénéficiant du soutien muet de l'Église catholique, sans que pour autant la Colombie ait une politique officielle en matière de population, ni d'objectifs chiffrés en termes démographiques. Au Brésil, dans les années soixante, le gouvernement militaire était nettement pro-nataliste. Cependant, le droit des couples à la connaissance et à la pratique de la contraception a été reconnu par le gouvernement brésilien lors de la conférence de Bucarest en 1974. Les politiques de population au Brésil sont longtemps restées "implicites", se basant presque entièrement sur des programmes menés en dehors des rouages de l'État brésilien. La plupart des services de planification familiale étaient offerts par des institutions privées (BEMFAM, affilié à l'IPPF). Mais ces programmes ont été très efficaces.

Le cas de Cuba se distingue des autres pays latino-américains car la très basse fécondité est le résultat du développement des services médicaux, y compris de la planification familiale, de l'élévation du niveau éducatif, de l'urbanisation, de changements de la place des femmes

dans la société et le monde du travail. Cuba n'a pas eu à proprement parler de politique de population mais les programmes sociaux ont influencé directement les déterminants de la fécondité.

A la veille de la Conférence de Mexico, en 1983, alors que la moitié des pays d'Amérique latine (y compris les îles Caraïbes) estimaient leur taux d'accroissement démographique trop élevé, la planification familiale était le principal instrument pour faire baisser la fécondité et le taux de croissance de la population. Seulement cinq pays ne soutenaient pas les services offerts par les associations de planification familiale, mais c'étaient des pays peu peuplés, avec de faibles densités de population : l'Argentine, la Bolivie, le Guyana, le Suriname, le Bélize. En 1986, seulement deux pays ne soutenaient pas l'accès aux méthodes contraceptives modernes : l'Argentine et le Bélize. A cette date, la Bolivie considérait son accroissement démographique trop bas mais *laissait faire* (25).

Les actions en faveur de la planification familiale ont été intégrés aux services de santé à partir de 1965 au Chili et au Honduras ; dès 1967 en Colombie, au Costa Rica, à la Jamaïque, à la Trinité-et-Tobago et à Porto-Rico ; en 1968 en République Dominicaine. Les programmes étaient justifiés par la nécessité de protéger la santé des mères et des enfants. Plus récemment, des programmes de santé communautaire ont intégré les actions de planification familiale avec d'autres objectifs, tels que l'amélioration des niveaux de santé, d'éducation et de revenu des populations, surtout rurales et marginales.

### *Politiques relatives à la distribution spatiale de la population et aux migrations internes*

Dans les premiers temps de la planification du développement en Amérique latine, la plupart des gouvernements se préoccupèrent principalement de la planification des activités économiques, sans tenir compte

explicitement de l'impact démographique des actions entreprises au niveau régional et local. Lors de la préparation de la Conférence de Mexico en 1984, les interrelations entre les politiques de développement et les politiques démographiques ont souvent été mises en évidence et la réflexion sur ce thème a conduit les gouvernements à se prononcer (25). Tous les pays latino-américains considéraient que la distribution de leur population sur le territoire national était inadéquate et souhaitaient la modifier. Parmi les principaux problèmes sociaux des pays latino-américains figurait le développement extraordinaire de l'urbanisation, avec le chômage et la misère qu'il a entraînés.

Des politiques de redistribution spatiale de la population ont été mises sur pied. Elles reposaient en général sur quatre propositions:

a) politiques de maintien et de rétention de la population sur les lieux de départ : maintien d'une proportion importante de la population dans les zones rurales à l'aide d'investissements productifs, d'une élévation de la qualité des ressources humaines dans l'agriculture et de création d'emplois non-agricoles dans les régions rurales. Des programmes de ce type existaient en Colombie, au Mexique et à Cuba.

b) politiques de déviation et de réorientation des flux migratoires, pour changer les destinations urbaines des migrations internes, réduire les flux migratoires vers les grandes métropoles et accroître le nombre de ceux qui se dirigent vers d'autres villes, en particulier les villes moyennes. Des exemples de ces politiques ont été donnés par les stratégies des pôles de croissance, en particulier autour des zones industrielles, portuaires et minières de nombreux pays : Colombie, Mexique, Brésil, Vénézuela, Equateur, Pérou, Bolivie.

c) projets de développement rural : projets de colonisation agricole de nouvelles zones ou développement de nouvelles techniques ou de nouveaux produits agricoles dans les zones rurales traditionnelles. Les projets

proposaient souvent d'accueillir les populations paysannes de régions plus défavorisées ou surpeuplées (Brésil, Mexique, Colombie, Bolivie).
(d) politiques de décentralisation, dans le but de ralentir la croissance des grandes métropoles, en particulier par une limitation de la création de nouveaux emplois dans les villes principales. Les moyens d'action consistaient en mesures restrictives pour l'installation des entreprises et, pour le secteur public et l'administration, en déplacements de fonctionnaires et de services administratifs. C'est ainsi que s'est justifiée, au Brésil, la construction de Brasilia. L'Argentine envisageait, en 1986, de déplacer sa capitale dans le sud du pays et le Mexique a placé certaines administrations fédérales hors de la ville de Mexico.

La pratique des politiques de redistribution spatiale de la population est généralement jugée décevante. Les programmes mis en place ont connu peu de succès et de résultats positifs. La maîtrise des mouvements migratoires était difficile à assurer alors qu'échappaient à la volonté de planification des composantes essentielles de la vie économique régionale, nationale et internationale. Par exemple, le Mexique, dont la politique démographique, très cohérente, a été la plus explicite depuis 1979, avait mis sur pied un programme de redistribution de la population sur le territoire national. La politique des trois R[12] a fait l'objet de mesures spécifiques et coordonnées avec les programmes sectoriels du Plan National de Développement. Les différentes zones d'intervention ont été définies en fonction des caractéristiques démographiques régionales ; des Conseils étatiques de Population ont été créés dans chacun des 31 États et le District Fédéral et les interrelations entre la politique démographique et la planification économique et sociale ont été définies afin d'intégrer population et

[12] *Retención, Reorientación, Reubicación (rétention, réorientation, délocalisation)*

développement. Cependant, le Conseil National de Population n'avait pas d'instruments propres ni de ressources spécifiques pour mettre en œuvre sa politique, ce qui impliquait la subordination de la politique démographique au sein des plans sectoriels qui parfois s'opposaient en termes de résultats (par exemple certains aspects de la politique industrielle favorisaient la concentration démographique dans les grandes métropoles, du fait de la préférence pour les rendements d'échelle ou par choix politique) (96).

De fait, les politiques concernant la redistribution de la population en Amérique latine - et ailleurs dans le monde, y compris dans les pays développés – ont connu peu de succès. Soit, comme en Colombie, pour avoir fait l'objet d'importants changements d'orientation et de modalités, soit parce que les ressources assignées étaient limitées ou destinées également à d'autres objectifs, tel le prêt de l'Agence Internationale de Développement (AID) des États-Unis qui recouvrait une aide à l'investissement privé (voir encadré sur la redistribution spatiale en Colombie). Même si la volonté politique existait, comme au Mexique, les moyens d'intervention faisaient défaut. Souvent les incidences de ces politiques de redistribution spatiale de population ont été compensées par les effets non intentionnels des politiques de développement macro-économique et de développement sectoriel (25).

## LA REDISTRIBUTION SPATIALE EN COLOMBIE

La Colombie a montré un grand intérêt pour les problèmes de distribution de la population entre les régions et pour la régulation des flux migratoires, principalement ceux de la campagne vers les grandes villes. Dès 1968 ont été incorporées à la planification nationale des mesures tendant à infléchir les tendances de la distribution spatiale de la population. Sous la présidence de Carlos Lleras Restrepo (1966-1970), le "Modèle de Régionalisation" a été élaboré, qui prétendait réorienter les flux migratoires vers des pôles de développement et des zones de colonisation et diminuer les flux vers Bogotá et les autres métropoles régionales en développant un réseau de villes moyennes. Les objectifs ne furent pas atteints malgré l'aide extérieure de l'Agence Internationale de Développement (AID) des États-Unis, faute en particulier de structures administratives adéquates. Ensuite, sous l'Administration Pastrana, le Plan des Quatre Stratégies (1970-1974) a marqué une rupture complète avec le modèle précédent. Il proposait d'accélérer l'exode rural justifié par la basse productivité agricole et d'encourager les flux migratoires vers les grandes villes grâce à une politique de crédit au secteur du bâtiment qui a surtout stimulé la croissance de Bogotá. Le système de financement à la construction (système UPAC - Unidad de Poder Adquisitivo Constante) a permis la centralisation des investissements urbains dans les quatre grandes villes du pays. Ce plan, critiqué par l'Organisation mondiale du Travail, a été remis en cause dès 1974. Le système UPAC a favorisé la concentration de population dans les villes les plus importantes, alors que les objectifs de la planification du développement régional en Colombie visaient à la décentralisation et la réorientation des flux migratoires vers les petits centres urbains. Le grand nombre de déclarations et de plans à propos de la redistribution de la population sur le territoire colombien n'a pas produit d'effets satisfaisants alors que, en ce qui concerne les politiques de fécondité, les déclarations étaient discrètes mais avec des résultats spectaculaires de baisse de la fécondité (12).

## *Bilan des politiques démographiques*

Les politiques de population en Amérique latine se sont présentées, d'après ce bref compte-rendu, sous des formes très variées et à des stades différents d'organisation qui vont de l'absence d'intervention de l'État dans le domaine de la population à une politique démographique explicite dans tous les domaines (structure et croissance de la population, fécondité et régulation des naissances, flux migratoires et distribution spatiale). Cependant, ce sont les instruments des politiques qui ont conditionné les résultats plus que la formulation politique ou les institutions. Au niveau de la fécondité, ce sont les progrès des techniques médicales et l'intensité des interventions dans le domaine de la contraception, dans le cadre des systèmes de santé, qui ont déterminé l'impact des programmes de planification familiale, surtout pour les couches sociales les plus défavorisées, à bas revenu et faible scolarisation.

Au Brésil, où il n'y a pas eu de politique démographique officielle, une baisse rapide de la fécondité s'est produite sous l'action d'organismes privés, comme le BEMFAM, encouragés par les gouvernements des États. Au Mexique, l'intervention massive des programmes de planification familiale des instituts publics de santé a gagné de vitesse les politiques d'éducation en matière de population, de promotion de la femme et de communication sociale du Conseil National de Population. Les actions menées à travers le système de santé se sont faites avec des techniques médicales hautement efficaces et même définitives, comme la stérilisation. Ce n'est pas sans rappeler les modalités de baisse de la mortalité dans les pays en développement, rapides et coordonnées, à une époque où ne circulait pourtant pas encore le concept de politique démographique, mais où l'Organisation Panaméricaine de la Santé avait mis sur pied des politiques publiques de santé bien organisées. Pour les politiques de redistribution spatiale de la population, les expériences ont plutôt été jugées très décevantes, faute d'outils

performants d'intégration de la population au développement économique et social.

Finalement, il semblerait que jusqu'ici les politiques démographiques en Amérique latine se soient réduites au développement de programmes de planification familiale, malgré des principes de départ plus ambitieux et des objectifs visant à l'élévation des niveaux de vie et à une réduction des inégalités sociales. Dans la pratique, des institutions se sont bâties essentiellement pour permettre de développer des actions sanitaires et médicales de contraception. Pour achever la réduction de la fécondité et améliorer l'accès des individus et leur information à la contraception, les politiques sociales et démographiques les plus récentes comportent maintenant un volet éducatif ou d'élévation du statut des femmes.

## APRÈS LA CONFÉRENCE DU CAIRE DE 1994

Depuis la Conférence internationale sur la Population et le Développement qui s'est tenue au Caire en 1994, le programme d'action mondial sur la population s'est orienté dans de nouvelles voies. Comme l'explique Louise Lassonde, les programmes de santé reproductive et de planification familiale ont acquis un statut indépendant des finalités démographiques (stabilisation de la population) pour acquérir un statut de "fin en soi", de légitimité basée sur le bien-être individuel et la santé. Ce rétrécissement de perspective comporte le risque de passer à côté des enjeux que pose la question démographique au niveau régional et mondial (43). Par contre, des nouveaux thèmes ont été abordés, comme les questions de l'environnement et de la condition féminine.

La santé de la reproduction est un de ces nouveaux thèmes. Elle intègre d'une part la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, le Sida, la mortalité maternelle et infantile, les avortements clandestins ;

d'autre part la promotion des droits reproductifs, c'est-à-dire la réalisation consensuelle dans les couples des aspirations de chacun, homme et femme. La planification familiale y est intégrée, mais ne constitue plus l'unique finalité des programmes, dont la qualité et l'adaptation aux besoins des couples devient prioritaire. Pour se mettre en conformité avec ces objectifs, les programmes mis en place jusqu'ici, comme on l'a vu, ont besoin d'une très profonde réorganisation! Les inégalités dans les relations sociales de sexe, la violence et les dénis aux droits des femmes doivent également être combattus, dans un effort continu pour l'amélioration du statut des femmes.

L'éducation en matière de population devient également une priorité, d'une part au sein de la scolarisation formelle, d'autre part dans les moyens de communication de masse. Elle s'adresse en priorité aux jeunes, en développant des valeurs et des comportements positifs concernant la famille et la communauté. Elle vise également à dépasser les attitudes rétrogrades notamment pour l'éducation sexuelle et l'information sur la contraception chez les adolescents et adolescentes.

Un autre thème important discuté au Caire a été la question du bien-être de la population. Dans un contexte de politiques économiques néo-libérales et de régulation du travail par les lois du marché, on assiste à un retrait des États dans la lutte contre les inégalités sociales et à une détérioration importante des niveaux de vie des plus pauvres, de plus en plus nombreux. Les pays latino-américains cherchent de nouvelles alternatives politiques, pour redéfinir le rôle économique et social des États, dans le contexte actuel du modèle de globalisation (93). Par contre, ils abandonnent plus ou moins la planification centralisée économique et sociale du développement qui a montré ses limites et son inefficacité.

Le concept de développement durable est également adopté, afin de préserver l'environnement, les ressources non renouvelables, la qualité de vie et la conservation du

milieu naturel pour les générations futures. Après le Sommet de Rio de Janeiro sur l'environnement de 1992, les dégâts écologiques en Amazonie ne peuvent plus être ignorés, ainsi que le déboisement généralisé, les grands incendies provoqués par les défrichements sauvages (comme au nord du Mexique pendant l'été 1998), l'insalubrité des bidonvilles des grandes métropoles (favelas au Brésil, tugurios, pueblos jóvenes ou ciudades perdidas en Amérique du Sud) et la pollution atmosphérique à Mexico ou à Sao-Paulo.

Le thème des migrations et de l'urbanisation fait également partie des actions prioritaires, pour un rééquilibrage de la répartition spatiale de la population, la déconcentration urbaine et aussi l'accueil des migrants au lieu d'arrivée, notamment en ce qui concerne les déplacements forcés de réfugiés suite à des violences politiques. Les migrations internationales sont également une autre question, car on estime à 12 millions les latino-américains résidant en 1990 hors de leurs pays de nationalité (sur 438 millions d'habitants). Les effectifs de migrants internationaux sont importants localement, notamment dans les régions frontalières (Brésil-Uruguay, Argentine-Bolivie, Mexique-États-Unis), mais leur proportion dans les effectifs de population sont faibles. Ainsi, le solde migratoire annuel entre le Mexique et les États-Unis est de 200 000 immigrants, un des plus élevés, ce qui donne un taux net d'émigration internationale de 0,2 pour cent seulement.

Finalement, dans le cadre de la discussion du rôle de l'État et de la remise en cause du monopole gouvernemental sur les politiques sociales, il existe en Amérique latine une forte adhésion et une mobilisation en faveur des objectifs du Caire, dans la mesure où ils tendent au bien-être de la population et à la protection des droits des hommes et des femmes. Des institutions privées et des ONG ont montré dans le passé leur efficacité et leur capacité à intervenir seules ou en coopération avec les

programmes sociaux publics (par exemple dans le domaine de la famille ou de la santé des enfants). C'est ce que Benítez Zenteno nomme "une nouvelle culture démographique". Elle aura des effets positifs avec la participation de tous les citoyens, favorisée par le contexte actuel de démocratisation de la vie politique dans presque tous les pays (93).

Cependant, et cela a été un thème majeur de discussion à la Conférence du Caire, l'Église catholique a conservé sa position traditionnelle d'opposante à la contraception et à l'avortement et beaucoup de pays latino-américains ont officiellement soutenu cette attitude, notamment l'Argentine. De fait, les gouvernements acceptent formellement ce point de vue, y compris le Mexique, pays laïc qui a depuis longtemps consommé la séparation entre l'Église et l'État, mais qui n'a pas osé s'opposer publiquement à la hiérarchie catholique sur la question de la légalisation de l'avortement, lorsque la question a été débattue politiquement au début des années quatre-vingt.

Par contre, l'Église catholique est beaucoup moins véhémente face aux programmes officiels de limitation des naissances. Au pire elle les ignore, comme en Colombie depuis trente ans, au mieux elle propose des alternatives comme les programmes de paternité responsable basés sur des méthodes traditionnelles d'abstention périodique (notamment au Pérou et en Bolivie). Sur le terrain, l'Église catholique est la seule institution à s'opposer à la pratique de méthodes modernes de contraception, mais généralement elle laisse faire, notamment dans les secteurs les plus pauvres.

# Chapitre 5 :
# Concentration urbaine et transition démographique

Depuis la fin des années soixante, la croissance de la population urbaine[13] s'est ralentie en Amérique latine, avec un taux d'accroissement de la population urbaine inférieur à 3 pour cent (2,3 pour cent en 1990-95), tout en restant la région en développement la plus urbanisée, avec 73 pour cent de population urbaine en 1995. En 1995, 350 millions de personnes vivaient dans les villes latino-américaines et l'augmentation est restée importante : 155 millions de citadins supplémentaires entre 1975 et 1995 et 7,3 millions de plus *chaque année* entre 1990 et 2030 (59).

On ne peut donc pas parler de la fin de la croissance urbaine, même si les composantes de cette croissance sont en train de changer. Alors que la composante migratoire était prépondérante avant 1975, c'est la jeunesse des structures par âges des villes, et par conséquent la croissance naturelle élevée, qui aura désormais l'impact le plus important, malgré une diminution rapide de la fécondité urbaine.

Par ailleurs, le caractère explosif de l'accroissement urbain s'est traduit par une proportion de population urbaine la plus élevée des régions en développement : 41 pour cent en 1950, 50 pour cent peu après 1960, 68 pour cent en 1985. La population des villes devrait représenter plus des trois-quarts de la population totale à la fin du siècle, selon les prévisions les plus récentes des Nations Unies (tableau 9). En 2030, au terme des perspectives des Nations Unies, la population urbaine atteindrait 83 pour cent de la

[13] Conformément aux règles habituelles de la Division de Population de l'ONU, les définitions des populations urbaines correspondent aux définitions nationales des derniers recensements (voir annexe).

population totale, un niveau semblable à celui des pays développés (59). L'Amérique latine est donc de plus en plus un sous-continent urbanisé.

**Tableau 9 : Proportion de population urbaine, 1950-2030 (en poucentage de la population totale)**

| Années | Amérique latine | Amérique centrale | Amérique du Sud | Caraïbes |
|---|---|---|---|---|
| 1950 | 41,4 | 39,8 | 42,9 | 35,4 |
| 1955 | 45,3 | 43,2 | 47,1 | 37,8 |
| 1960 | 49,3 | 46,7 | 51,4 | 40,4 |
| 1965 | 53,4 | 50,3 | 55,8 | 43,9 |
| 1970 | 57,4 | 53,9 | 60,0 | 47,3 |
| 1975 | 61,2 | 57,2 | 64,0 | 50,9 |
| 1980 | 64,9 | 60,2 | 68,0 | 54,2 |
| 1985 | 68,2 | 63,0 | 71,4 | 56,9 |
| 1995 | 73,4 | 66,3 | 77,4 | 61,7 |
| 2000 | 75,4 | 67,3 | 79,8 | 63,9 |
| 2030 | 83,2 | 76,1 | 87,2 | 73,7 |

Source : (59) ; chiffres projetés en 2000 et 2030

Cependant, une grande hétérogénéité régionale se manifeste lorsque l'on décompose en sous-régions : les Caraïbes et les pays d'Amérique centrale sont relativement moins urbanisés (61,7 et 66,3 pour cent en 1995 respectivement), alors qu'au sud, l'Argentine (88,1%), le Chili (83,9%) et l'Uruguay (90,3%) montrent des niveaux d'urbanisation comparables à ceux des pays développés. Le Vénézuela est aussi urbain à 85,8 %.

## LE RALENTISSEMENT DE LA CROISSANCE URBAINE

Les taux de croissance urbaine ont culminé entre 1950 et 1965, à plus de 4 pour cent par an. Jusqu'en 1985, ils sont restés supérieurs à 3 pour cent, puis ils ont ensuite décliné rapidement : 2,7 pour cent en 1985-1990, 1,9 pour cent en 2005-2010, 1,2 pour cent en 2020-2025 (59). Vers la

fin du siècle, la tendance à la baisse des taux d'accroissement démographique ainsi que des taux d'urbanisation explique la réduction prévue dans le rythme de croissance de la population urbaine.

Dans le futur, une proportion de plus en plus importante de la croissance des villes sera due à la croissance démographique naturelle (excédent des naissances sur les décès) (28), qui devrait représenter, après l'an 2000, 78 pour cent de l'accroissement urbain. Ceci est le résultat de deux tendances : d'une part, une diminution des taux d'accroissement démographique, qui après avoir dépassé 2 pour cent jusqu'en 1985, se réduiront à 1,4 pour cent après l'an 2000 et à 0,9 pour cent après 2020, comme conséquence de la baisse de la fécondité dans les villes (52,57,59). D'autre part, les taux d'urbanisation, dont la croissance était supérieure à 1,5 pour cent par an jusqu'au milieu des années soixante, vont se stabiliser peu à peu. Leur part respective dans la croissance urbaine, de 40 pour cent en 1950-1960, passera à 26 pour cent en 1995-2000 (tableau 10).

## UNE CROISSANCE RAPIDE DES GRANDES MÉTROPOLES

Alors qu'au début du XX$^{e}$ siècle, la seule ville latino-américaine à atteindre le million d'habitants était Buenos Aires, elle a été rejointe dans les années 1930 par Mexico, Sao Paulo et Rio de Janeiro (82). A partir de 1950, la tendance à la concentration de la population urbaine dans de grandes métropoles s'est accélérée. En 1960, dix villes latino-américaines avaient dépassé le million d'habitants[14] et entre 1950 et 1965, les taux annuels de croissance dépassaient 5 pour cent par an à Bogotá, Caracas, Lima-Callao, Mexico et Sao Paulo. Dès 1970, un citadin sur

[14] Mexico, Sao Paulo, Buenos Aires, Rio de Janeiro, Lima/Callao, Bogota, Santiago de Chile, Caracas,Porto Alegre et Recife.

cinq vivait dans une des quatre agglomérations de plus de 4 millions d'habitants (Mexico, Sao-Paulo, Buenos Aires et Rio de Janeiro) et, en 1980, plus de 100 millions de personnes résidaient dans les 26 principales agglomérations de plus de 500 000 habitants, ce qui représentait 45 pour cent de la population urbaine de la région et plus de 28 pour cent de la population totale (la population des 14 plus grandes agglomérations figure au tableau 11).

**Tableau 10 : Taux d'accroissement de la population urbaine et ses composantes, 1970-2030 (taux annuels moyens en pourcentage)**

| Période | Taux d'accroissement démographique | Accroissement du degré d'urbanisation | Taux de croissance urbaine | Proportion de croissance urbaine (%) |
|---|---|---|---|---|
| (1) | (2) | (3) | (4) = (2) + (3) | (5) = (2)/(4) |
| 1950-55 | 2,65 | 1,80 | 4,45 | 60 |
| 1955-60 | 2,69 | 1,68 | 4,37 | 62 |
| 1960-65 | 2,75 | 1,61 | 4,36 | 63 |
| 1965-70 | 2,58 | 1,44 | 4,02 | 64 |
| 1970-75 | 2,43 | 1,30 | 3,73 | 65 |
| 1975-80 | 2,31 | 1,17 | 3,48 | 66 |
| 1980-85 | 2,06 | 0,97 | 3,03 | 68 |
| 1985-90 | 1,89 | 0,84 | 2,73 | 69 |
| 1990-95 | 1,70 | 0,64 | 2,34 | 73 |
| 1995-2000 | 1,54 | 0,53 | 2,07 | 74 |
| 2000-05 | 1,41 | 0,45 | 1,86 | 76 |
| 2005-10 | 1,30 | 0,39 | 1,69 | 77 |
| 2010-15 | 1,18 | 0,33 | 1,51 | 78 |
| 2015-20 | 1,05 | 0,28 | 1,33 | 79 |
| 2020-25 | 0,92 | 0,27 | 1,19 | 77 |
| 2025-30 | 0,86 | 0,25 | 1,11 | 77 |

Source : (59)

**Tableau 11 : Population des grandes agglomérations et taux d'accroissement, 1950-2000**

| Agglomérations | Population (millions) | | | | | | Taux d'accroissement annuel (pour cent) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| * | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 1980-1985 | 1995-2000 |
| Mexico | 2,88 | 5,43 | 9,07 | 13,89 | 15,13 | 18,13 | 0,83 | 1,81 |
| Sao-Paulo | 2,42 | 4,70 | 8,06 | 12,50 | 15,08 | 17,71 | 1,92 | 1,38 |
| Buenos Aires | 5,04 | 6,77 | 8,41 | 9,92 | 11,14 | 12,43 | 1,18 | 1,04 |
| Rio de Janeiro | 2,86 | 4,92 | 7,04 | 8,74 | 9,68 | 10,56 | 2,20 | 0,72 |
| Lima/Callao | 0,97 | 1,69 | 2,93 | 4,40 | 5,83 | 7,44 | 2,91 | 2,20 |
| Bogotá | 0,68 | 1,30 | 2,37 | 3,64 | 5,25 | 6,83 | 3,65 | 2,34 |
| Santiago | 1,33 | 2,03 | 2,84 | 3,71 | 4,49 | 5,26 | 2,07 | 1,46 |
| Caracas | 0,68 | 1,28 | 2,05 | 2,58 | 2,87 | 3,15 | 1,20 | 0,95 |
| Belo Horizonte | 0,37 | 0,86 | 1,59 | 2,59 | 3,33 | 4,16 | 2,57 | 1,94 |
| Guadalajara | 0,42 | 0,85 | 1,51 | 2,25 | 3,01 | 3,91 | 2,92 | 2,61 |
| Porto Alegre | 0,42 | 1,00 | 1,52 | 2,27 | 2,94 | 3,70 | 2,61 | 2,00 |
| Recife | 0,64 | 1,21 | 1,78 | 2,34 | 2,81 | 3,31 | 1,86 | 1,42 |
| Monterrey | 0,34 | 0,68 | 1,24 | 1,99 | 2,62 | 3,42 | 2,76 | 2,64 |
| Salvador | 0,39 | 0,71 | 1,14 | 1,75 | 2,40 | 3,18 | 3,17 | 2,46 |

*classées en 1985 avec plus de 2 millions d'habitants.
**Avertissement : Les recensements délimitent différemment les agglomérations selon les pays et selon les années ; la population est de droit (au Brésil) ou de fait le plus souvent, les limites territoriales changent d'un recensement à un autre et on ne connaît pas les migrations internes avec exactitude, ni les naissances et les décès de la population résidente. Au Brésil, le recensement donne des populations municipales, comprenant le centre urbain et éventuellement une zone rurale.
Source : (59)

Les taux d'accroissement des plus grandes villes, rapides entre les années cinquante et soixante-dix, se sont maintenus à des niveaux élevés. En 1975-1980, de très grandes agglomérations comme Sao Paulo et Mexico enregistraient encore des taux annuels de 4,2 et 4,4 pour cent respectivement. La population de ces deux métropoles aura triplé une première fois entre 1950 et 1970, puis doublé encore entre 1970 et 2000 ; au total, une population plus de six fois plus nombreuse en l'espace de 50 années. Les agglomérations de Lima-Callao

et de Bogotá se trouvent dans le même cas et celle de Caracas aura été multipliée par cinq (tableau 11).

A l'avenir, la population urbaine de l'Amérique latine tendra encore vers une plus grande concentration, puisque les deux plus grandes villes du monde, Mexico et Sao Paulo, réuniront à elles seules en l'an 2000 plus de 35 millions d'habitants (tableau 12) et que leur accroissement sera respectivement de 1,8 et 1,4 pour cent d'ici la fin du siècle. Il faut souligner que les projections démographiques pour plusieurs grandes villes, notamment Buenos Aires et Rio de Janeiro, ont été revues à la baisse en 1996. Seules les projections pour des villes moins peuplées mais en plein essor, comme Bogotá, ont été revues à la hausse. Santiago dépassera prochainement les 5 millions d'habitants, mais pas Caracas ni Belo Horizonte comme prévu dans les projections antérieures (tableau 11).

**Tableau 12 : Population des plus grandes agglomérations urbaines* en 1970, 1980, 1990, 2000 et 2015 (en millions)**

| Agglomération | 1970 | 1980 | 1995 | 2000 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|
| Mexico | 9,1 | 13,9 | 16,6 | 18,1 | 19,2 |
| Sao-Paulo | 8,1 | 12,5 | 16,5 | 17,7 | 20,3 |
| Buenos Aires | 8,4 | 9,9 | 11,8 | 12,4 | 13,9 |
| Rio de Janeiro | 7,0 | 8,7 | 10,2 | 10,6 | 11,9 |
| Lima/Callao | 2,9 | 4,4 | 6,7 | 7,4 | 9,4 |
| Bogotá | 2,4 | 3,6 | 6,1 | 6,8 | 8,4 |
| Ensemble 6 villes | 37,9 | 53,0 | 90,9 | 73,0 | 83,1 |
| Ensemble population urbaine | 164 | 236 | 320 | 411 | 499 |

* classées parmi les 35 plus grandes villes du monde en 1985.
Source : (59). Les définitions de chaque ensemble urbain figurent en Annexe.

La concentration de population dans les très grandes villes aboutit dans tous les cas à une hiérarchie urbaine tout à fait polarisée, la plus grande agglomération, souvent la capitale, dépassant largement les autres villes. Mexico concentrait en 1990 le tiers de la population nationale, Lima et Buenos Aires 41 pour cent. Le Brésil est le seul pays latino-américain à comprendre deux métropoles, représentant respectivement 9,5 et 15,4 pour cent de la population brésilienne, soit le quart à elles deux.

En l'an 2000, près d'un citadin latino-américain sur deux résidera dans une agglomération de plus d'un million d'habitants et un sur cinq vivra dans une agglomération de plus de cinq millions d'habitants. L'accroissement des grandes métropoles est général, à l'exception des Caraïbes où aucune ville ne devrait dépasser 5 millions d'habitants jusqu'en 2015 (59).

## UNE REDISTRIBUTION VERS LES VILLES MOYENNES

En incluant dans la population urbaine celle des villes de moins de 1 million d'habitants, on observe une importante redistribution de la population selon la taille des localités. La révision de 1996 des projections urbaines des Nations Unies permet de calculer, entre 1950 et 2015, la part de population urbaine dans les villes classées selon cinq catégories : moins de 500 000 habitants, de 500 000 à 1 million, de 1 à 5 millions, de 5 à 10 millions et 10 millions et plus. Il faut bien entendu tenir compte des changements de catégorie des localités entre les différentes dates, qui provoquent des irrégularités dans les taux, mais la tendance générale sur la période de 60 années est bien définie.

Tout d'abord, la population des grandes agglomérations de plus de 10 millions d'habitants a subi une augmentation considérable : en 1975, 21 millions de personnes résidaient dans les deux seules agglomérations

de plus de 10 millions d'habitants, contre 55 millions dans 4 agglomérations en 1995[15]. Il s'est aussi produit une diminution accentuée de la population des petites villes et villes moyennes, la part des localités de moins de 500 000 habitants passant de 70 à 50 pour cent entre 1950 et 1995. La seule catégorie ayant augmenté constamment en proportion depuis 1970 est celle des villes de 1 à 5 millions d'habitants, passant de 14,7 à 27,5 pour cent entre 1970 et 2015, soit de 6 à 64 agglomérations de cette taille (59).

On observe tout au long de la période 1950-2015 une diminution des taux d'accroissement de toutes les tailles d'agglomérations, des taux très élevés de plus de 5 pour cent annuels ne s'observant plus après 1995, avec une convergence des niveaux en 2010-2015, où la seule croissance élevée est celle de la catégorie d'agglomérations de 1 à 5 millions avec un taux de 4,8 pour cent (59).

Dans la catégorie des localités de moins de 500 000 habitants, alors que les taux d'accroissement ont chuté régulièrement entre 1960-1965 et 1995-2000, avec un minimum de 0,93 pour cent, une croissance modérée devrait reprendre dès l'an 2000, pour atteindre de nouveau 1,5 pour cent en 2005-2015 (graphique 7). Mais à la fin du siècle, cette catégorie ne concernera plus que quatre citadins sur dix (au lieu de sept sur dix en 1950).

[15] Mexico et Sao Paulo en 1975, auxquelles s'ajoutent Buenos Aires et Rio de Janeiro en 1995.

**Graphique 7 : Taux d'accroissement des localités urbaines de moins de 500 000 habitants**

## LES COMPOSANTES DE LA CROISSANCE URBAINE

Dans le passé, l'apport des mouvements migratoires a considérablement accéléré le dynamisme des grands centres urbains. Entre 1960 et 1970, une proportion de 35 à 60 pour cent de la croissance urbaine était directement imputable aux migrations, proportion qui passait à 40-66 pour cent lorsque l'on tenait compte de l'effet indirect sur les structures par âges de la jeunesse de la population migrante. De ce fait, les populations des villes enregistraient des taux d'accroissement naturel supérieurs à ceux de la population totale, sous l'effet conjugué d'un taux de fécondité générale important et d'un taux de mortalité très faible (28). Par exemple, à Mexico, en 1970, 71 pour cent des migrants étaient âgés de 10 à 49 ans et près de 55 pour cent des naissances de la ville étaient issues de femmes migrantes (91). Même si la fécondité urbaine était, en fait, déjà inférieure à la fécondité des campagnes, l'effet des structures par âges était favorable à la nuptialité et à la natalité.

Dans le futur proche, les structures par âges resteront jeunes, ce qui fera croître la population des grandes villes même si l'apport migratoire se réduit. C'est ce qui explique que, jusqu'à la fin du siècle tout au moins, les métropoles continueront à grandir plus rapidement que les populations nationales. A partir de 1990-1995, un déclin en chiffres absolus de la population rurale est prévu, ce qui implique, comme le montre le tableau 13 *que la population urbaine croîtra plus vite que la population totale* (sauf en Amérique centrale). En général, ce sont les populations des villes les plus importantes qui vont augmenter le plus, dépassant la croissance moyenne de l'ensemble urbain, notamment à Sao-Paulo, Bogotá et Lima-Callao.

**Tableau 13 : Accroissement de la population urbaine de 1975 à 2020**

| | Accroissement urbain (milliers) | | | Proportion de croissance urbaine (100= croissance totale) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Périodes | 1975-90 | 1990-2005 | 2005-20 | 1975-90 | 1990-2005 | 2005-20 |
| Région | | | | | | |
| Amérique latine | 115 071 | 114 564 | 107 909 | 98 | 100 | 102 |
| dont: | | | | | | |
| Caraïbes | 6 093 | 6 327 | 6 485 | 96 | 101 | 102 |
| Amérique centrale | 28 043 | 27 980 | 30 153 | 85 | 78 | 93 |
| Amérique du sud | 80 935 | 80 258 | 71 271 | 103 | 111 | 106 |

Source : (59)

En conclusion, les grandes villes vont croître même en l'absence de flux migratoires importants. Cette croissance sera surtout importante dans les très grandes métropoles qui ont concentré pendant cinq décennies tous les flux de migrations internes et internationales. Les conséquences de la migration dans les structures démographiques métropolitaines accéléreront la croissance urbaine jusqu'à la fin du XX$^{e}$ siècle. Ce phénomène d'inertie démographique explique les projections élevées des populations des grandes agglomérations pour le futur. *A ce titre, l'Amérique latine restera le continent le plus urbanisé du monde en développement, et comprendra les deux plus grandes villes du monde : Mexico et Sao Paulo.*

# Annexes

## *Définitions des populations urbaines NATIONALES*

**ARGENTINE** : localités de 2000 habitants et plus

**BOLIVIE** : idem

**BRESIL** : zones urbaines et suburbaines des centres administratifs municipaux et des districts

**CHILI** : localités comptant avec des services publics et municipaux qui leur donnent un caractère urbain

**COLOMBIE** : localités de 1 500 habitants et plus

**COSTA RICA** : centres administratifs des cantons, sauf Coto Brus, Guatusa, Los Chiles, Sarapiquí et Upala

**CUBA**: localités de 2000 habitants et plus

**REPUBLIQUE DOMINICAINE** : centres administratifs des municipalités et des districts municipaux, certains incluant des zones suburbaines à caractère rural

**EQUATEUR** : capitales des provinces et des cantons

**EL SALVADOR** : centres administratifs des municipalités

**GUATEMALA** : municipalité du Département de Guatemala ; en 1981, sont inclus les faubourgs qui la bordent

**GUYANA** : Villes de Georgetown, New Amsterdam et Upper Demerare River

**HAITI** : centres administratifs des communes

**HONDURAS** : localités de 2000 habitants et plus

**JAMAIQUE** : Aire métropolitaine de Kingston et quelques villes principales

**MEXIQUE** : localités de 2500 habitants et plus

**NICARAGUA** : centres administratifs des départements et municipalités

**PANAMÁ** : localités de 1500 habitants et plus, avec des caractéristiques urbaines comme des rues, de l'eau courante, des égouts et de l'électricité

**PARAGUAY** : villes et centres administratifs des départements et des districts

**PEROU** : centres peuplés avec au moins 100 logements occupés

**PUERTO RICO** : localités de 2500 habitants ou plus, franges urbaines densément peuplées et zones urbanisées

**URUGUAY** : villes définies officiellement en tant que telles

**VENEZUELA** : localités de 1000 habitants ou plus

***Définitions des six plus grandes agglomérations urbaines***

**MEXICO** : Distrito Federal et *municipios conurbados*, projection sur la base du recensement de 1980

**SAO-PAULO** : Zone métropolitaine, projection base 1980

**BUENOS AIRES** : Zone métropolitaine, projection base 1985

**RIO DE JANEIRO** : Zone métropolitaine, projection base 1980

**LIMA/CALLAO** : Zone métropolitaine, projection base 1980

**BOGOTÁ** : agglomération urbaine, projection base 1985

Source : ( 57, 58, 59)

# Conclusion

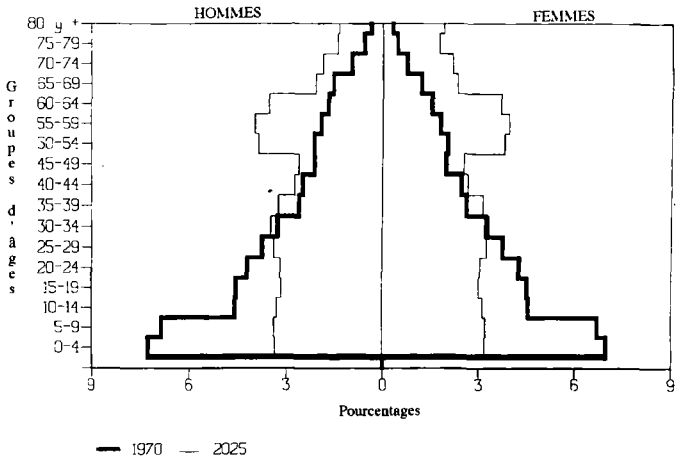
Après la forte croissance de la seconde moitié du XX$^{e}$ siècle et les turbulences de la transition démographique, les populations de l'Amérique latine s'acheminent vers une croissance plus calme. Les taux d'accroissement démographique vont continuer à diminuer : 1,5 pour cent en 1995-2000, 1,04 pour cent en 2015-2020, 0,49 pour cent en 2040-2050, selon l'hypothèse moyenne des perspectives des Nations Unies. De ce fait, on attend, en l'an 2000, 514 millions de latino-américains et peut-être 810 millions en 2050. La stabilisation de la population serait atteinte en 2050, avec un taux net de reproduction égal à un (59).

Conséquence inévitable de la baisse de la fécondité et du ralentissement de la croissance démographique, le vieillissement de la population va s'accroître sensiblement. Ainsi, la proportion de population âgée de 65 ans et plus va passer de 4 pour cent en 1960 et 5 pour cent en 1995 à 7,2 pour cent en 2015, jusqu'à atteindre 9,6 pour cent en 2025 et 16,7 pour cent en 2050. En chiffres absolus, on est déjà passé de 9 à 23 de millions de personnes de 65 ans et plus entre 1960 et 1995, soit une augmentation de 155 pour cent en 35 ans. A la fin de la période de projection, en 2050, on pourrait s'attendre à 135 millions de personnes de 65 ans et plus (59).

Les pyramides des âges pour les pays latino-américains vont, de ce fait, subir des changements considérables, comme le montre spectaculairement le graphique 8 qui représente la population de Cuba en 1970 et en 2025. On passerait ainsi d'une pyramide à base large et de forme triangulaire, où le poids des jeunes enfants est très important, à une pyramide pratiquement en forme de croix, avec le poids important des générations du baby-boom des années soixante (voir chapitre 3), mais aussi où les générations jeunes et vieilles sont presque aussi

nombreuses. Tous les pays, peu ou prou, s'acheminent vers ces transformations des structures par âges.

**Graphique 8 : Structures par âges à Cuba, 1970 et 2025**




Source : *Sexe et âge*, Nations Unies, 1993, p. 150.

Ce vieillissement massif de la population va se traduire par de graves problèmes de société concernant les besoins à développer pour l'accueil des personnes âgées, les soins de santé aux personnes dépendantes, les solidarités familiales. Sur qui vont peser ces nouvelles charges, sur les familles ou sur les services sociaux du secteur public? Tout un domaine social d'intervention, encore inexistant en Amérique latine, s'ouvre ainsi pour l'avenir, à un moment où le nombre de jeunes actifs sera en forte diminution et où les États ont plutôt tendance à se désengager de la protection sociale.

De fait, on va passer des problèmes posés par une croissance démographique rapide, qui pesait en particulier sur l'emploi et la famille, aux problèmes posés par le

vieillissement, qui pèsera avant tout sur les retraites, le système de santé et la protection sociale. Dans le contexte de crise économique et de persistance de la pauvreté, on ne peut que s'inquiéter devant cette évolution.

En effet, bien que la croissance économique ait repris, puisqu'elle a atteint, d'après la Banque Interaméricaine de Développement (BID), 5,7 pour cent de croissance du produit intérieur brut (PIB) en 1997 (un taux inégalé depuis la crise des années quatre-vingt, la "décennie perdue"), les inégalités et la précarité se maintiennent avec 150 millions de latino-américains vivant au-dessous du seuil de pauvreté, soit le tiers de la population. Même dans des pays en forte croissance économique comme le Mexique (7,1 pour cent en 1997 d'accroissement du PIB), 40 pour cent de la population est considérée "pauvre".

Les populations devront donc faire face très rapidement à ces nouveaux défis, alors qu'il n'y a pas de solution migratoire. Bien que des flux d'émigration se dirigent vers les États-Unis, aussi vers le Canada et l'Europe dans une bien moindre mesure, ces taux représentent peu de chose par rapport aux accroissements démographiques nationaux. Nous avons déjà signalé qu'au Mexique, où le solde migratoire vers les États-Unis est un des plus forts du sous-continent, cela ne représente qu'un taux négligeable de solde migratoire externe.

La solution aux problèmes démographiques latino-américains est donc à rechercher au sein de chacun des pays. L'histoire de la transition démographique, avec la baisse accélérée de la mortalité dès 1930, puis de la fécondité après 1965, a montré la capacité des sociétés latino-américaines à répondre à de nouveaux défis, notamment par des politiques d'éducation et de santé. Mais ces réponses ont été possibles grâce à un engagement décidé des gouvernements, aidés en cela par les organismes internationaux, comme l'Organisation Panaméricaine de la Santé et les Nations Unies.

Dans la période actuelle de réformes macro-économiques libérales, la tendance est plutôt au désengagement des gouvernements, ce qui, face aux inégalités criantes, a aggravé la précarité des secteurs défavorisés des populations, notamment en matière de santé et d'éducation. C'est cela qui a motivé la BID, lors de son assemblée générale de mars 1998, ainsi que la Banque mondiale, à appuyer de plus en plus une politique de réduction des inégalités économiques. Plusieurs grands pays latino-américains ont également des programmes de lutte contre la pauvreté depuis une quinzaine d'années. Le plus récent est PROGRESA au Mexique qui date de 1997, qui a lui-même succédé à SOLIDARIDAD.

En conclusion, depuis cinq siècles, la population latino-américaine a subi d'énormes secousses : dépopulation massive après la découverte de l'Amérique, repeuplement par des flux importants d'immigration ensuite, y compris vers des zones nouvellement colonisées. Puis ce fut l'explosion démographique au milieu du XX$^{e}$ siècle, qui a totalement modifié la physionomie des territoires et des sociétés. Le ralentissement futur de la croissance est un facteur positif, mais le vieillissement et la pauvreté demeurent des défis pour l'avenir.

Puissent les politiques économiques et sociales réagir avec célérité face à la situation démographique nouvelle qui marque la fin de notre siècle et la transition vers la stabilisation des siècles prochains. La prise en compte de la dimension démographique des politiques demeure plus que jamais éminemment nécessaire.

# Bibliographie


1. ARRIAGA Eduardo, 1970 - *Mortality Decline and its Demographic Effects in Latin America*, International Population and Urban Research, University of California, Berkeley.
2. ARRIAGA Eduardo, 1996 - Comentarios sobre algunos indices para medir el nivel y el cambio de la mortalidad, *Estudios demográficos y urbanos*, 11, 1, enero-abril, p. 5-30.
3. ASHBURN 1947 - *The ranks of death : A medical history of the Conquest of America*, New York, Coward McCann.
4. ASSADOURIAN Carlos Sempat, 1990 - La despoblación indígena en Perú y Nueva España durante el siglo XVI y la formación del sistema de la economía colonial, *Historia e Populacao*, ABEP, CELADE, IUSSP, Sao Paulo, p. 253-264.
5. AUSTIN ALCHON Suzanne, 1997 - The Great Killers in Precolumbian America : a Hemispheric Perspective, *Latin American Population History Bulletin*, no. 27, p. 2-11.
6. BEHM H. et al., 1976-1978 - *Mortalidad en los primeros años de vida en países de América Latina*, CELADE, Série A, no. 1024-1032, 1036 et 1037, San José de Costa Rica, 1976-1978.
7. BIRABEN Jean Noel, 1979 - Essai sur l'évolution du nombre des hommes, *Population*, no. 1.
8. BONGAARTS J., 1978 - A framework for analyzing the proximate determinants of fertility, *Population and Development Review*, no. 4. 1978, p. 105-132.
9. BRONFMAN M., LOPEZ E. et TUIRAN R., 1986 - Práctica anticonceptiva y clases sociales en México : la experiencia reciente, *Estudios Demográficos y Urbanos*, no. 2, mai-août 1986, p. 165-203.

10. BUSTAMANTE Miguel, 1958 - *La fiebre amarilla en México y su origen en América*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto de salubridad y Enfermedades Tropicales, Mexico, 232 p.

11. CAMISA Z.-S., 1971 - *La nupcialidad feminina en América Latina durante el periodo intercensal 1950-1960*, Centro Latinoamericano de Demografía, Subsede San José de Costa Rica, Serie AS, no. 10, 44 p.

12. CARDONA GUTIERREZ R., 1983 - Breve revisión de lo que han sido las politicas y acciones que han querido influir en el crecimiento y distribución de la población en Colombia (1962-1982), *Análisis de politicas poblacionales en América Latina*, Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, p. 161-190.

13. CARLETON R., 1965 - Fertility trends and differentials in Latin America, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, XLIII, deuxième partie, p. 15-31.

14. CARRASCO E., 1973 - Incidence of Abortion, Fertility and Contraception in Latin America, *Congrès International de la Population*, UIESP, Liège, p. 297-394.

15. CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE), 1980 - *Boletin Demográfico*, Año XIII, no. 26, Santiago du Chili, juillet 1980.

16. CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA, 1983 - Población total por países, 1950-2025, *Boletín Demográfico*, Año XVI, no. 32, Santiago du Chili, juillet 1983.

17. CHACKIEL J., SCHKOLNIK S. 1997 - *Less advanced groups in demographic transition,* XXIII Congrès général de la Population, Beijing, UIESP, 21 p.

18. CHAUNU P., 1964 - La population de l'Amérique indienne (Nouvelles recherches), *Revue Historique*, CCXXXII, juillet-septembre, p. 111-118.

19. CHESNAIS J.C. et SAUVY, A., 1973 - Progrès économique et accroissement de la population : une expérience commentée, *Population*, no. 4-5, p. 843-857.

20. CHESNAIS J.-C., 1975 - Croissance démographique et développement économique dans les pays peu développés de 1960 à 1972, *Population*, no. 6, p. 1150-1155.

21. COALE A. et HOOVER E., 1958 - *Population growth and economic development in low income countries*, Princeton University Press.

22. COLLVER A., 1965 - *Birth rates in Latin America : New estimates of historical trends and fluctuations*, Institute of International studies, Series no. 7, University of Berkeley.

23. COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), 1982 - La fecundidad en América Latina hacia comienzos de los ochenta, *Notas sobre la economía y el desarrollo de América Latina*, Septembre 1982.

24. COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), 1984 - América Latina y el Caribe en la Conferencia Internacional de Población, *Notas sobre la economía y el desarrollo de América Latina*, CEPAL, no. 397-398.

25. COMMISSION DE LA POPULATION DES NATIONS UNIES, 1984 - *Données sur la Cinquième Enquête de Population*, vingt-deuxième session de la Commission de la Population, janvier 1984 (E/CN.9/1984/3).

26. CONCEPCION M., 1970 - Politicas de población en el contexto latinoamericano. *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, Mexico, vol.2, p. 308-312.

27. COOK S. et BORAH W., 1960 - *The Indian Population of Central Mexico in the Sixteenth Century*, Berkeley and Los Angeles.

28. COSIO-ZAVALA M.-E., 1994 - Concentration urbaine et transition démographique, *Problèmes d'Amérique latine*, no. 14, juillet-septembre, p. 47-61.

29. CURTIN P., 1969 - *The Atlantic Slave Trade. A census*, Madison (Wis.).

30. DAVIS K. et BLAKE J., 1956 - Social structure and fertility : an analytic framework, *Economic Development and Cultural Change*, no. 4, p.211-235.

31. Declaración y Recomendaciones de la Reunión sobre Politicas de Población en Relación al Desarrollo en América Latina, Caracas, 11-16 de septiembre de 1967, *Demografía y Economía*, vol. 1, no. 3, 1967, p. 408-428.

32. DIAZ BRIQUETS Sergio, 1981 - Determinants of Mortality Transition in Developing Countries before and after the Second World War : some evidence from Cuba, *Population Studies*, vol. 35, no. 3, p. 399-412.

33. DIOP-MAES L.-M., 1985 - Essai d'évaluation de la population de l'Afrique noire aux XV$^{e}$ et XVI $^{e}$ siècles, *Population*, no. 6, 1985 et Commentaires de Biraben J.N., 1985 - *Population*, no. 6, p. 884-889.

34. DYSON T. et MURPHY M., 1985 - The onset of fertility transition, *Population and Development Review*, vol. 11, no. 3, septembre 1985, p. 399-440.

35. FAGAN B.-M., 1987 - *The great journey. The peopling of ancient America*, London, Thames and Hudson, 288 p.

36. FUCARACCIO A., 1970 - El control de la natalidad y el argumento del ahorro y la inversión, *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, Mexico, vol. 2, p. 57-63.

37. GOMEZ M., 1970 - El rápido descenso de la fecundidad en Costa Rica, *Informe del Quinto seminario Nacional de Demografía*, Asociación Demográfica Costaricense, San José, Costa Rica, p. 271-308.

38. HARTFORD R. et MYERS G., 1970 - Esterilización femenina en Panamá, *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, UIESP, Mexico, p. 438-447.

39. HERRERA A. et al., 1976 - *Catastrophe ou nouvelle société? Un modèle mondial latino-américain*, IRDC, Ottawa, 108 p.

40. HOUDAILLE J., 1975 - La fécondité des femmes de Mexico et de Caracas, *Population*, no. 1, p. 163-167.

41. INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES - Tous les pays du monde, *Population et Sociétés*, biennal depuis 1985, Paris.

42. KLEIN H.S., 1986, *La esclavitud africana en América latina y el Caribe*, Madrid.

43. LASSONDE L., 1996 - *Les défis de la démographie, Quelle qualité de vie pour le XXI^e siècle ?*, Paris, La découverte, 225 p.

44. MATA L., ROSERO L., 1992 - Evolution of Infant Mortality in Costa Rica and Health. Social and Economic Development, *The demographic consequences of structural adjustment in Latin America*, Belo Horizonte, Brazil, 19 p.

45. MERRICK T.-W, 1984 - *Recent fertility declines in Brazil, Colombia and Mexico*, Population Association of America.

46. MERRICK T.-W., 1983 - Fertility and Family Planning in Brazil, *International Family Planning Perspectives*, vol. 9, no. 4, décembre 1983.

47. MIRO C. et MERTENS W., 1968 - Influences affecting fertility in urban and rural Latin en América Latina, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, XLVI, no. 3, 2^e partie, p. 89-97.

48. MIRO C., 1970, - Política de población : ¿qué? ¿por qué? ¿para qué? ¿cómo?, *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, Mexico, vol. 2, p. 276-279.

49. MULLER M., ACCINELLI M., 1978 - Un hecho inquietante : la evolución reciente de la mortalidad en la Argentina, *Notas de Población*, no. 17.

50. NATIONS UNIES, 1953 - *Causes et conséquences des phénomènes démographiques*, I^re^ édition, New York, (No. de vente 53.XIII.3), 611 p.

51. NATIONS UNIES, 1978 - *Niveles y tendencias de la fecundidad en el mundo 1950-1970*, ST/ESA/SER.A/59, New York, 370 p.

52. NATIONS UNIES, 1983 - *Metropolitan migration and population growth in selected developing countries, 1960-1970*, Population Bulletin of the United Nations, no 15.

53. NATIONS UNIES, 1984 - *La situation démographique dans le monde en 1983*, ST/ESA/SER.A/85, New York, 1984, 127 p.

54. NATIONS UNIES, 1984 - *Recent levels and trends of contraceptive use as assessed in 1983*, ST/ESA/SER.A/92, New York, 119 p.

55. NATIONS UNIES, 1995 - *Recent levels and trends of contraceptive use as assessed in 1994*, New York, pp. 130-133.

56. NATIONS UNIES, 1985, *World Population Trends, Population and Development Interrelations and Population Policies, 1983 monitoring Report*, ST/ESA/SER.A/93, Add.1, Volume II, New York, 279 p.

57. NATIONS UNIES, 1993 - *Urbanization Prospects, 1992 Revision*, New York, ST/ESA/SER.A/136, New York, 164 p.

58. NATIONS UNIES, 1996 - *World Population Prospects. The 1996 Revision*, New York, 1996, Annexes II et III, 441 p.

59. NATIONS UNIES, 1997 - *World Urbanization Prospects. The 1996 Revision, Annex Tables*, New York, 1997, 114 p.

60. NATIONS UNIES, *Annuaires Démographiques*, New York.

61. ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE, 1973 - *Health Conditions in the Americas,* Publicación Científica, no. 262, Washington D.C.

62. ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ, 1982 - *Health Conditions in the Americas, 1977-1980,* Publication scientifique no. 427, Washington D.C.

63. PALLONI A. et WYRICK R., 1981 - Mortality decline in Latin America : changes in the structure of causes of deaths, 1950-1975, *Social Biology*, vol. 28, no. 3-4, p. 187-216.

64. PALLONI A., 1981 - Mortality Patterns in Latin America, *Population and Development Review*, vol. 7, no.4, décembre 1981, p. 623-649.

65. PINTO A., 1976 - Les modes de développement en Amérique latine, *Bulletin de la CEPAL*, 1er semestre.

66. POPULATION INFORMATION PROGRAM, 1982 - La stérilisation volontaire : tendances et problèmes juridiques, *Population Reports*, The John Hopkins University, Baltimore (USA), no. 6, Série E.

67. POPULATION REPORTS, 1985 - Lois et Politiques affectant la fécondité : une décennie de changements, *Population reports*, série E, no. 7, 54 p.

68. PRADERVAND P., 1974 - La peur démographique, *Economie et Humanisme*, janvier-février, p.61-70.

69. PRADERVAND P., 1980 - People are precious - A critical look at the Population Control Movement, *Poverty and Population control*, Lars Boldestam and Staffan Bergstrom ed., New York, Academic Press, p. 61-73.

70. PREBISCH R. 1970 - Intervención, *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, México, Unión Internacional para el Estudio Cientifico de la Población, vol. 2, p. 272-275.

71. PRESSER H., 1969 - The role of sterilization in controlling Puerto Rico Fertility, *Population Studies*, vol. XXIII, no. 3, p. 343-361.

72. PUFFER R. ET SERRANO C., 1973 - *Características de la mortalidad en la niñez*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Ciéntifica, no. 262.

73. PULLUM T., CASTERLINE J. et JUAREZ F., 1985 - Changes in Fertility and Contraception in Mexico, 1977-1982, *International Family Planning Perspectives*, vol. 11, no. 2, p. 40-47.

74. QUILODRAN J., 1985 - Modalités de la formation et évolution des unions en Amérique latine, *Congrès international de la population*, Union Internationale pour l'Étude Scientifique de la Population, Florence, vol. 3, p. 269-283.

75. RABELL Cecilia, 1986 - Tendencias seculares de algunas poblaciones parroquiales novohispanas, *Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, El Colegio de México, mimeo.

76. RECHINI DE LATTES Zulma et LATTES Alfredo, 1974 - *La Población de Argentina*, CICRED, Buenos Aires, 212 p.

77. REQUENA M. et MONREAL T., 1968 - Evaluation of Induced Abortion Control and Family Planning in Chile, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. XLVI, Part 2, p. 191-218.

78. RETEL-LAURENTIN, A., 1979 - *Causes de l'infécondité dans la Volta noire*, INED, Travaux et documents, Cahier No. 87, Paris, PUF, 100 p.

79. RIVET Paul, 1924 - Langues américaines, *Les langues du monde*, Meillet, A. et Cohen, M. ed., Paris, Collection Linguistique, Société de Linguistique, p. 597-712.

80. ROSENBLAT A., 1954 - *La población indígena y el mestizaje en América*, Buenos Aires, 2 tomes.

81. ROSENBLAT A., 1967 - *La población de América en 1492. Viejos y nuevos cálculos*, El Colegio de México, 100 p.

82. SANCHEZ ALBORNOZ N., 1994 - *La población de América Latina*, Alianza Universidad, Madrid, 269 p.

83. SANCHEZ ALBORNOZ N., MORENO J.-L., 1968 - *La población de América Latina, bosquejo histórico*, Paidos, Buenos Aires, 183 p.

84. SERRANO Carlos, 1970 - Investigación interamericana de mortalidad en la niñez, *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, México, El Colegio de México, p. 164-168.

85. SINGER P., 1971 - *Dinámica de la población y desarrollo*, Mexico, Siglo XXI, 233 p.

86. SOMOZA J., 1968 - Fertility Levels and Differentials in Argentina in the XIXth Century, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. XLVI, no. 3.

87. STYCOS J.-M., 1984 - Sterilization in Latin America : its past and its future, *International Family Planning Perspectives*, Volume 10, no. 2, p. 58-64.

88. TABAH L., 1964 - Plan de recherche de sept enquêtes comparatives sur la fécondité en Amérique latine, *Population*, no. 1, p. 95-126.

89. TABAH L., 1976 - La recherche démographique en mutation après Bucarest?, *Bulletin démographique des Nations Unies*, no. 8, p. 1-16.

90. TORRADO DE IPOLA S., 1970 - Natalidad y fecundidad en Argentina desde fines del Siglo XIX, *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, Mexico, tome I, p. 278-283.

91. UNIKEL, L. et al., 1976 - *El desarrollo urbano de México*, El Colegio de México, 476 p.

92. VIEL B., 1966 - *La explosión demográfica, cuántos son demasiados?*, Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago (Chili).

93. WELTI C., coord. 1997 - *Población y desarrollo : una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94*, FNUAP, MacArtur, IISUNAM, Mexico, 302 p.

94. WILLCOX W.-F., 1929 - *International migrations*, New York.

95. ZAVALA DE COSIO M.-E., 1980 - Algunas interrelaciones entre desarrollo económico y crecimiento de la población, *Investigación Demográfica en México*, CONACYT, p. 813-818.

96. ZAVALA DE COSIO M.-E., 1992 - *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica, México, 326 p. Version française abrégée : COSIO-ZAVALA M.-E., 1994 - *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Paris, L'Harmattan, 256 p.

97. ZAVALA DE COSIO M.-E., 1992 - La transición demográfica en América Latina y en Europa, *Notas de Población*, CELADE, vol. 20, no 56, p. 11-32.

98. ZAVALA Silvio, 1968, *El mundo americano en la época colonial*, México, Editorial Porrúa, 2 volumes, 331 p.

# Glossaire

**BENFAM : Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil** : organisme de planification familiale affilié à l'IPPF.

**CELADE, Centre latino-américain de Démographie :** centre d'enseignement et de recherches sur la population, faisant partie de la Commission Économique pour l'Amérique latine des Nations Unies (CEPAL).

**CEPALC (anciennement CEPAL) : Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes des Nations Unies** (41 pays en 1996).

**Degré d'urbanisation :** au sens des Nations Unies, c'est la proportion de population urbaine par rapport à la population totale. On le nomme aussi Taux d'urbanisation.

**Descendance finale :** nombre moyen final d'enfants par femme dans une génération à 50 ans. S'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âges entre 15 et 50 ans.

**Endogène :** se dit de la mortalité (principalement peu après la naissance) en dehors de toute cause extérieure à l'organisme (malformations, mutations génétiques létales, etc.).

**Espérance de vie à la naissance** (du moment) : nombre moyen d'années vécues depuis la naissance jusqu'à disparition complète de survivants dans l'hypothèse d'une génération qui connaîtrait tout au long de sa vie le niveau de la mortalité observé à une période donnée.

**Exogène :** se dit de la mortalité causée par des agents extérieurs (causes infectieuses, parasitaires, accidents, maladies, etc.).

**Fécondité naturelle :** au sens de Louis Henry, démographe français de l'INED, qui a forgé ce terme

dans les années 1950. Se réfère à la fécondité de couples qui ne limitent pas les naissances dans le mariage.

**Indice conjoncturel de fécondité :** somme des taux de fécondité par âge d'une période. Il correspond à la descendance ou nombre moyen final d'enfants à 50 ans d'une femme qui connaîtrait pendant toute sa vie féconde, entre 15 et 50 ans, le niveau des taux de fécondité de la période d'observation. Se nomme aussi *Indice synthétique de fécondité* ou *Somme des naissances réduites.*

**Indice synthétique de fécondité :** voir *Indice conjoncturel de fécondité.*

**IPPF : International Planned Parenthood Federation (Londres) ou Fédération Internationale de Planification Familiale.**

**Malthusien, néo-malthusien :** se réfère à une attitude ou à un comportement favorable à la limitation volontaire des naissances. Provient de Malthus, économiste britannique auteur de l'*Essai sur le principe de population (1798).*

**Niveau de remplacement :** voir Seuil de remplacement

**ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ :** Organisme panaméricain dépendant de l'Organisation des États américains.

**PECFAL, Programa de Encuestas comparativas de fecundidad en América latina :** Programme d'enquêtes comparatives de fécondité dans plusieurs pays latino-américains, sous les auspices du CELADE, mené à partir de 1964. Dans un premier temps dans sept métropoles, puis cinq ans après dans des zones rurales.

**Seuil (ou Niveau) de remplacement des générations :** nombre moyen de naissances nécessaires pour qu'une seule fille survivante remplace sa mère aux âges de maternité. Généralement estimé à 2,1 enfants par femme si la mortalité est relativement modérée, compte tenu de la mortalité et du rapport de masculinité à la naissance

(48,1 pour cent de naissances de sexe féminin). Equivalent à un *taux net de reproduction* égal à un.

**Somme des naissances réduites :** voir *Indice conjoncturel de fécondité.*

**Taux brut de mortalité :** rapport des décès annuels sur la population moyenne. S'exprime généralement en décès pour mille habitants.

**Taux brut de natalité :** rapport des naissances annuelles sur la population moyenne. S'exprime généralement en naissances pour mille habitants.

**Taux comparatif :** taux calculé en laissant constantes les structures d'une période antérieure afin d'analyser les changements observés selon qu'ils reflètent une évolution des structures ou bien un changement du niveau du phénomène lui-même. Exemple : taux comparatifs de mortalité, laissant fixes les structures par âges.

**Taux d'accroissement démographique :** proportion de croissance annuelle, généralement en pourcentage, de la population définie. Équivaut à la différence entre les taux bruts de mortalité et de natalité, plus ou moins le solde migratoire externe.

**Taux d'accroissement du taux (ou degré) d'urbanisation :** au sens des Nations Unies, c'est la croissance du taux ou degré d'urbanisation, c'est-à-dire le pourcentage de variation de la proportion de population urbaine par rapport à la population totale.

**Taux de croissance urbaine :** la somme du taux d'accroissement du taux (ou degré) d'urbanisation et du taux d'accroissement démographique de la population totale compose le taux de croissance urbaine.

**Taux d'urbanisation :** proportion de population urbaine par rapport à la population totale. On le nomme aussi Degré d'urbanisation au sens des Nations Unies.

**Taux de mortalité infantile :** rapport des décès annuels d'enfants de moins de un an par rapport aux naissances de l'année. S'exprime généralement en décès pour mille naissances.

**Taux net de reproduction :** nombre moyen de naissances féminines survivantes aux âges de maternité. Un taux net de reproduction égal à un équivaut au *niveau de remplacement* de la fécondité.

**Transition démographique :** processus qui se réfère aux changements dans les déterminants de la croissance démographique. On passe d'un état de forte mortalité et forte natalité à une baisse de la mortalité puis de la natalité, ce qui aboutit à une faible croissance démographique. Les explications théoriques de cette transition sont de plusieurs ordres : sociales, économiques, institutionnelles et culturelles.

Achevé d'imprimer sur les presses d'Offset Services
56, rue Lucien Dupuis - 28500 VERNOUILLET

## CHANGEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN AMERIQUE LATINE

L'Amérique latine : 63 millions d'habitants en 1900, 477 millions en 1995, soit près de 8 fois plus. Cette croissance démographique exceptionnelle s'explique par la transition démographique commencée vers 1930 par la réduction de la mortalité et qui s'achève aujourd'hui avec la baisse de la fécondité. Ce livre retrace les étapes de l'évolution de la population depuis l'époque pré-colombienne jusqu'à nos jours, en passant par les effets catastrophiques de la conquête espagnole au XVI[e] siècle, la recomposition et la récupération de la croissance démographique postérieurement, puis les changements économiques et sociaux qui expliquent les nouvelles tendances démographiques et les vagues migratoires venues d'autres continents, notamment d'Afrique et d'Europe sans oublier l'Asie.

L'Amérique latine, ce continent qui souffrait de son vide démographique jusqu'à la fin du XIX[e] siècle, a dû faire face ensuite à une explosion démographique, à la croissance des plus grandes métropoles du monde et à un exode rural massif. La nécessité d'une intervention des gouvernements pour réguler la croissance et la distribution de la population s'est cristallisée dès la fin des années 1960 avec les premiers programmes de planification familiale. Puis la majorité des pays latino-américains a mis en place des politiques de population intégrées à la planification du développement économique et social, jusqu'à la Conférence sur la Population et le Développement du Caire en 1994 qui marque un tournant vers d'autres thèmes, comme la santé de la reproduction, le développement durable et l'amélioration du statut des femmes.

Ce livre présente l'histoire de la population depuis les origines jusqu'aux perspectives pour le XXI[e] siècle, contribuant à l'analyse des relations entre les changements démographiques et les sociétés. Il aborde aussi la diversité régionale, avec des systèmes démographiques différents en Amérique centrale, aux Caraïbes ou dans le Cône sud, fruits d'une longue variété dans l'histoire des peuplements et des évolutions économiques et sociales.

*Maria-Eugenia COSIO-ZAVALA est Professeur des Universités. Née à Mexico, elle est diplômée de El Colegio de Mexico, de l'Institut de Démographie de Paris et Docteur d'Etat-ès-Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Paris V-René Descartes. Elle enseigne à l'Université de Paris X-Nanterre et à l'Institut des Hautes Etudes de l'Amérique latine. Spécialiste des questions de population latino-américaines, elle a créé et elle dirige le Centre de Recherches Populations et Sociétés (CERPOS). Elle mène des travaux sur la transition démographique, les politiques de population et la mobilité spatiale au Centre de recherche et documentation sur l'Amérique latine (CREDAL - CNRS). Elle a obtenu le prix Philip Morris 1993 de la recherche pour ses travaux en démographie. Elle coordonne l'axe Fécondité, Femmes et Famille au Comité International de coopération dans les recherches nationales en démographie (CICRED).*

Prix 59 FF • Prix préférentiel UREF (Afrique, Asie, Amérique Latine, Moyen-Orient, Haïti) : 10

9 782843 710445

ISBN 2-84371-044-8