

POPULATION & SOCIÉTÉS

Stabiliser la population de l'Inde : plus facile à dire qu'à faire

Jacques Véron*

L'Inde illustre le paradoxe de la démographie mondiale : la population augmente rapidement et devrait s'accroître de 50% dans les cinquante prochaines années, et pourtant, la limitation des naissances y est largement répandue et une partie des États ont une fécondité inférieure au seuil de remplacement des générations. Jacques Véron nous explique les raisons de ce paradoxe : une population encore très jeune, et les difficultés qu'ont eues et qu'ont encore les autorités indiennes à prendre en compte l'inertie démographique.

Au recensement de 2001, l'Inde comptait un peu plus d'un milliard d'habitants (1,027 milliard) ; les Nations unies projettent qu'elle pourrait en avoir autour de 1,6 milliard en 2050 (figure 1). L'Inde dépasserait alors la Chine de 200 millions d'habitants. Très tôt, le gouvernement indien a exprimé sa volonté de maîtriser la croissance démographique et a engagé une politique de population pour cela. Pourtant, la stabilisation démographique risque de prendre encore beaucoup de temps, contrairement à celle de la Chine, attendue d'ici 2030. Le rythme de croissance démographique s'est certes sensiblement ralenti, mais l'Inde a accumulé un tel potentiel de croissance que la perspective d'une population stabilisée a dû être régulièrement repoussée. La nouvelle politique mise en place en 2000 prévoyait une stabilisation en 2045 : au vu des perspectives des Nations unies, cet horizon semble devoir être à nouveau reculé.

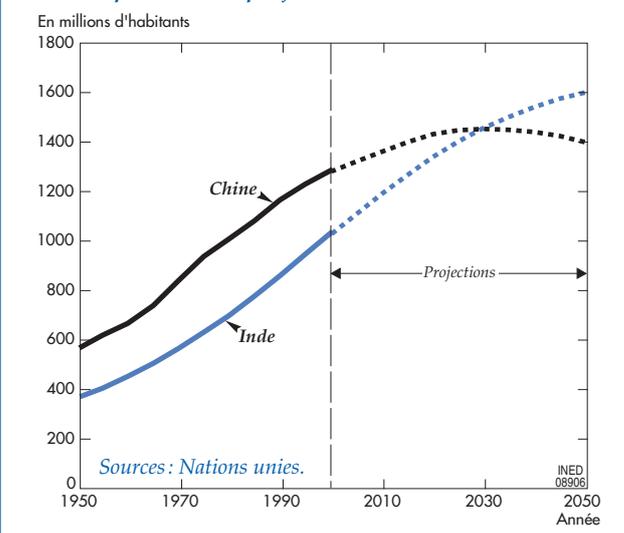
◆ 50 ans de planification familiale

Dès 1951, quelques années après l'indépendance, le gouvernement indien adopte un premier plan quinquennal ; il y est fait état d'un « problème de population », le développement du pays étant jugé compromis par la « croissance démographique rapide » : le pays compte alors 361 millions d'habitants et le taux de croissance de la population est de 1,25 % par an (entre 1941 et 1951). Le gouvernement met en place un

programme de planification familiale visant à rendre accessibles à toutes les catégories de la population des méthodes contraceptives bon marché et efficaces. L'accent est aussi mis sur l'augmentation de l'âge au mariage des filles dont on attend une réduction de la fécondité (l'âge moyen au mariage des filles est alors de 15,6 ans), des mesures sont prises en faveur de la stérilisation et l'avortement est légalisé pour les femmes mariées au début des années 1970.

Il s'avère très vite que cette politique d'offre contraceptive est insuffisante. Il ne suffit pas d'ouvrir des

Figure 1 - Évolution des populations indienne et chinoise depuis 1950 et projections à l'horizon 2050



* Institut national d'études démographiques.

cliniques de planification familiale pour que la fécondité baisse. Au milieu des années 1970, l'échec de la planification familiale apparaît clairement. La population augmente alors au rythme de 2,2% par an (à ce rythme une population double en 32 ans). En 1975, le Premier ministre Indira Gandhi décrète l'état d'urgence et, en 1976, une « politique nationale de la population » est adoptée et placée au rang de priorité nationale. Le nombre moyen d'enfants par femme a bien commencé à diminuer, mais la population continue de croître au même rythme. Le principe d'une stérilisation obligatoire des mères d'au moins trois enfants est envisagé. Le zèle de certains États conduit en 1976-1977 à la réalisation de 8,3 millions de stérilisations alors que seulement 4,3 étaient prévues. La défaite du parti du Congrès en 1977, due partiellement au refus des stérilisations forcées, semble marquer la fin d'une politique de population active: le programme de « planification familiale » devient programme de « bien-être familial » et le recours aux méthodes contraceptives réversibles est encouragé. Mais le nouveau gouvernement reste tout aussi préoccupé que le précédent par le problème démographique et le changement d'attitude est plus

apparent que réel. Revenue au pouvoir en 1980 et ayant tiré les leçons de son échec électoral, Indira Gandhi affirme que pour satisfaire l'objectif d'une limitation de la taille des familles, la « persuasion » est préférable à la « coercition »: « La planification familiale doit devenir un mouvement populaire – du peuple, par le peuple et pour le peuple », déclare-t-elle.

Entre 1970 et 2000, la proportion de couples d'âge fécond pratiquant le contrôle des naissances quintuple, passant de 10 à 50%. Singulièrement, alors que l'utilisation de la pilule et du stérilet est officiellement encouragée, les trois-quarts des couples optent pour la stérilisation. Le nombre de stérilisations a fortement progressé dès le tout début des années 1980 pour se maintenir ensuite à un niveau fluctuant entre 4 et 5 millions par an (figure 2). Dans le même temps, les stérilisations deviennent exclusivement féminines (98% à la fin des années 1990) (1).

En dépit d'une baisse de la fécondité à partir des années 1960, certes beaucoup moins rapide que celle de la Chine (figure 3), la population indienne a été multipliée par 2,8 entre 1951 et 2001. L'Inde a adopté en 2000 une nouvelle politique de population: les objectifs affichés sont ceux d'une fécondité se situant au niveau de remplacement en 2010 et d'une stabilisation de la population en 2045. Mais ces objectifs risquent à nouveau de se heurter, comme les précédents, à l'inertie démographique.

◆ Baisse de la natalité moins rapide qu'espérée

Il serait faux de conclure que la politique de population de l'Inde a totalement échoué au prétexte que la croissance de la population s'est accélérée malgré les programmes de planification familiale. Il faut en effet tenir compte de l'inertie démographique. La natalité diminue bien dans les années 1970 et 1980, mais la mortalité aussi, et les évolutions étant parallèles, le taux de croissance ne se réduit pas. L'objectif de stabilisation démographique rapide se heurte à la jeunesse de la population; même si la fécondité diminue, le nombre de personnes en âge d'avoir des enfants augmentant, les naissances restent nombreuses. Le gouvernement indien se fixe des objectifs démographiques trop ambitieux, en particulier concernant la natalité. L'objectif fixé en 1962 était ainsi qu'elle baisse de 42 pour 1000 à 25 pour 1000 en 1973; le taux effectif de cette année fut finalement de 35 pour 1000 (figure 4). De même, l'objectif fixé au milieu des années 1970 était celui d'un taux de 25 pour 1000 en 1984; le taux observé fut de 34 pour 1000.

Conscient de l'inertie démographique, le gouvernement indien distingue bien, dans la politique de population adoptée en 2000, trois types d'objectifs, associés à différents horizons temporels: un objectif

Figure 2 - Évolution du nombre annuel de stérilisations en Inde

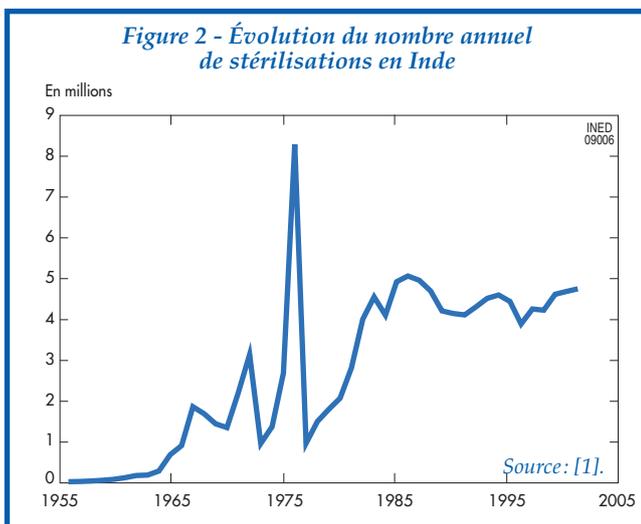
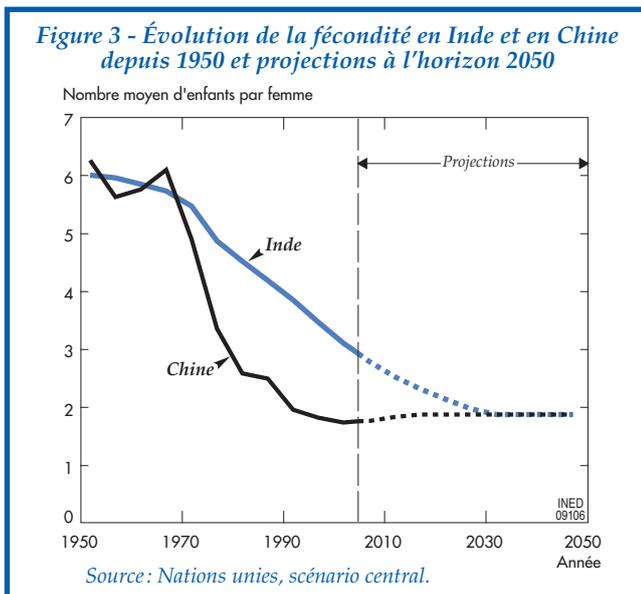
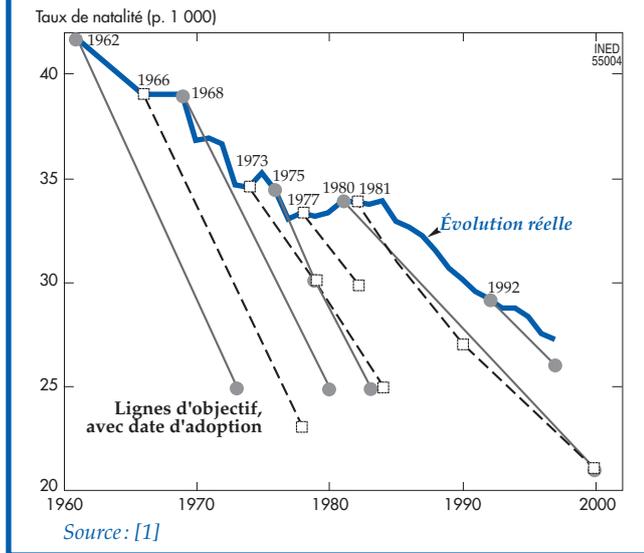


Figure 3 - Évolution de la fécondité en Inde et en Chine depuis 1950 et projections à l'horizon 2050



(1) Le x^e plan indien (2002-2007) fait état de la volonté des autorités indiennes de promouvoir les stérilisations masculines, jugées plus sûres que les stérilisations féminines, mais un renversement de tendance paraît peu probable.

Figure 4 - Comparaison entre objectifs fixés par les programmes de planification familiale en terme de natalité et évolution réelle



immédiat de satisfaction des besoins de contraception, d'infrastructure, de personnel médical et de services pour améliorer la santé de la reproduction ; un objectif à moyen terme d'une fécondité atteignant le niveau du remplacement (2010) et un objectif à long terme de stabilisation démographique (2045).

◆ Le Kerala moins fécond que la France

Achevée en Inde du Sud, la transition démographique est seulement en cours en Inde du Nord ; or les États les plus peuplés sont concentrés dans cette partie du pays. L'État du Kerala, au sud du pays, a longtemps fait figure d'exception par la précocité et la rapidité de sa transition démographique : le taux brut de natalité a diminué de 44 pour 1 000 dans la décennie 1950 à 17 pour 1 000 en 2002 et la fécondité, qui était de 5,6 enfants par femme dans les années 1950, est aujourd'hui inférieure à celle de la France (1,8 contre 1,9) (tableau). La transition démographique est achevée dans les quatre États du sud : Kerala, Tamil Nadu, Andhra Pradesh et Karnataka.

L'intensité des changements dans ces États s'explique par l'efficacité des politiques de population et de développement mises en œuvre [2]. K. C. Zachariah énumère une longue liste de facteurs ayant concouru à faire baisser la fécondité au Kerala : l'élévation de l'âge au mariage, la contraception, la stérilisation, les programmes de santé maternelle et infantile, la progression de l'instruction chez les femmes, les mesures en faveur de l'égalité hommes-femmes et l'engagement politique de l'État dans des actions à caractère social [3]. Le recul de l'âge au mariage aurait été responsable à lui seul de 30 % de la baisse de la fécondité entre 1968 et 1978. La contraception a, de son côté, très rapidement progressé : alors que 37 % des femmes d'âge reproductif y avaient recours en 1981, la proportion atteint 72 % en 1992. La mortalité infantile, quand elle est élevée, est considérée comme un frein à la baisse de la fécondité, les parents ayant beaucoup d'enfants pour être sûr d'en

Tableau - Population en 2001 et indicateurs démographiques en 2002 dans les grands États de l'Inde

État	Population en 2001 (millions)	Fécondité (nb moyen d'enfants par femme)	Taux de mortalité infantile (p. 1 000)	Taux d'accroissement naturel (%)
Andhra Pradesh	76	2,2	62	1,3
Assam	27	3,0	70	1,7
Bengale occidentale	80	2,3	49	1,4
Bihar	83	4,3	61	2,3
Gujarat	51	2,8	60	1,7
Haryana	21	3,1	62	2,0
Karnataka	53	2,4	55	1,5
Kerala	32	1,8	10	1,0
Madhya Pradesh	60	3,8	85	2,0
Maharashtra	97	2,3	45	1,3
Orissa	37	2,6	87	1,3
Pendjab	24	2,3	51	1,4
Rajasthan	57	3,9	78	2,3
Tamil Nadu	62	2,0	44	1,1
Uttar Pradesh	166	4,4	80	2,2
Inde (1)	1027	3,0	63	1,7

(1) Le total indien inclut la population de petits États qui ne figurent pas dans ce tableau.

Source : Census of India (2001) et Sample Registration System (2004).

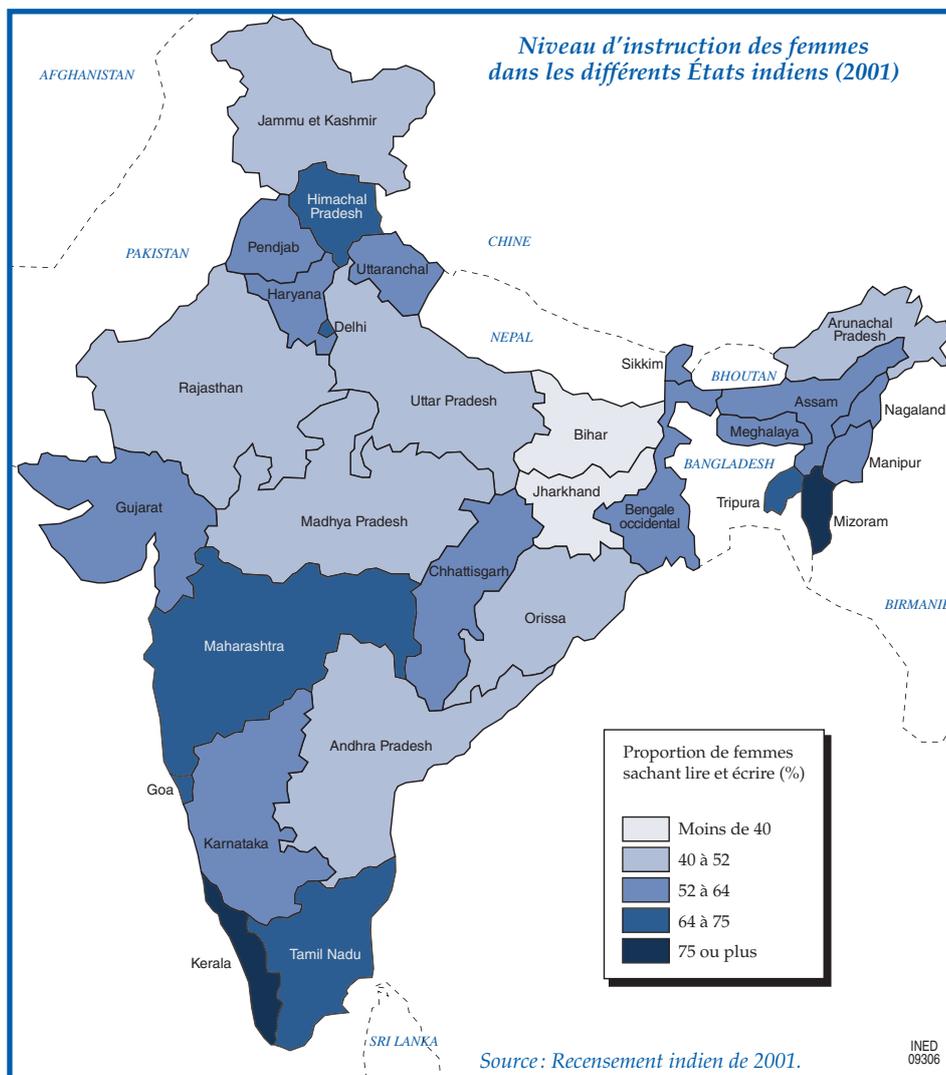
garder de vivants à l'âge adulte. Le programme de vaccination lancé en 1985, qui a touché la moitié des enfants et fait baisser la mortalité infantile, a ainsi contribué aussi à la baisse de la fécondité. Pour Zachariah, c'est l'effet combiné de la fourniture de services de planification familiale et du changement du contexte socio-économique qui explique la rapidité de la baisse de la fécondité, à travers des effets d'interaction. Mais la baisse rapide de la fécondité s'expliquerait aussi par l'importance de la pauvreté. Dans un contexte de stagnation économique, comme au Tamil Nadu, l'aspiration des parents à une vie meilleure pour leurs enfants ne saurait être satisfaite qu'en limitant leur nombre ce qui entraîne une baisse de la fécondité.

◆ Les handicaps du Nord

Dans les États très peuplés du nord du pays (Uttar Pradesh, Bihar, Madhya Pradesh et Rajasthan), la croissance démographique reste rapide et les taux d'accroissement sont aujourd'hui toujours supérieurs à 2 % par an. Ces quatre États, qui totalisent 365 millions d'habitants en 2001, pèsent fortement dans le total indien et expliquent la lenteur apparente des évolutions à l'échelle du pays. C'est au Bihar que le taux annuel d'accroissement naturel est le plus élevé (2,3 % en 2002). Les taux de natalité de l'Uttar Pradesh, du Bihar, du Madhya Pradesh et du Rajasthan sont tous supérieurs à 30 pour 1 000 en 2002 et la fécondité y demeure proche de 4 enfants par femme, contre une moyenne de 3 enfants à l'échelle de l'Inde entière. Les femmes de l'Uttar Pradesh, État le plus peuplé du pays (166 millions d'habitants en 2001), mettent au monde en moyenne 4,4 enfants en 2002. Les États du Nord cumulent différents

facteurs expliquant que la transition démographique y soit plus tardive : un moindre niveau d'instruction en particulier chez les femmes (carte), des relations de genre moins favorables, une mortalité infantile et juvénile plus élevée, une couverture des services de santé plus limitée ainsi qu'un moindre engagement politique dans la mise en œuvre des programmes de planification familiale [4].

L'Inde n'échappera pas à la poursuite pendant au moins une cinquantaine d'années de sa croissance démographique et à l'accroissement de moitié de sa population. Elle est également confrontée à la persistance de la pauvreté, à de graves problèmes de sous-emploi et de chômage et à une importante dégradation de l'environnement. Améliorer le sort de tous – et pas seulement d'une classe moyenne urbaine – tout en permettant aux 500 millions d'habitants supplémentaires d'ici 2050 de bénéficier de conditions de vie satisfaisantes, c'est le formidable défi de développement durable auquel l'Inde est confrontée.



Encadré

L'avortement sélectif des filles va-t-il prendre encore plus d'ampleur ?

Le dernier recensement a révélé un déséquilibre numérique important entre garçons et filles dans certains États indiens. Il est né par exemple 120 garçons pour 100 filles en Haryana et au Pendjab en 2001 [5]. Ce déséquilibre s'explique par la baisse de la fécondité : les couples veulent peu d'enfants, et comme la préférence traditionnelle pour les garçons est forte, ils ont recours à l'échographie pour contrôler le sexe de l'enfant à naître. Quand le fœtus est de sexe féminin, ils optent fréquemment pour l'avortement.

Une loi a été adoptée en 1994 pour éviter tout abus avec les échographies, et la lutte contre les avortements sélectifs a encore été renforcée récemment. Malgré ces mesures, le rapport de masculinité continue de croître. La sélection du sexe est d'autant plus difficile à combattre qu'elle se pratique même chez les couples « instruits ». Et l'intensification des actions publiques en faveur de la baisse de la fécondité pourrait la renforcer.

La persistance de la dot en dépit de son interdiction officielle en 1961 joue aussi un rôle. Avec l'élévation du niveau de vie, les montants ont même augmenté et pèsent dans cette discrimination à l'encontre des filles.

RÉFÉRENCES

- [1] Irudaya S. RAJAN et Jacques VÉRON - 2006, « La politique de population de l'Inde face à l'inertie des évolutions démographiques », *Démographie : analyse et synthèse*, édité par G. CASELLI, J. VALLIN et G. WUNSCH, tome VII, Paris, Ined, p. 537-565
- [2] S. KRISHNAMOORTHY, P. M. KULKARNI et N. AUDINARAYANA - 2005, « Causes of Fertility Transition in Tamil Nadu », in *Fertility Transition in South India*, C. Z. GUILMOTO et S. I. RAJAN (éd.), New Delhi, Sage Publications, p. 227-247
- [3] K. C. Zachariah - 1997, *Demographic Transition: A Response to official Policies and Programmes*, in K. C. ZACHARIAH et S. Irudaya RAJAN (éd.) *Kerala's Demographic Transition, Determinants and Consequences*, New Delhi, Sage Publications, p. 79-111
- [4] Sadasivan P. NAIR et Jacques VÉRON - 2002, « L'Inde : un milliard d'habitants en 2001 », in *La Population du monde, Géants démographiques et défis internationaux*, J. C. CHASTELAND et J.-C. CHESNAIS (éd.), Les Cahiers de l'Ined, n° 149, p. 227-243
- [5] Aswini K. NANDA et Jacques VÉRON - 2004, « Child Sex Ratio Imbalances, Fertility Behaviour and Development in India: Recent Evidence from Haryana and Punjab », *Indian Social Science Review*, Volume 6, Number 2, p.101-134