

POPULATION & SOCIÉTÉS

Brésil : la transition démographique rapide d'un pays hétérogène

Géant de l'Amérique latine, vaste comme seize fois la France et deux fois et demie l'Inde, le Brésil est l'un des plus grands pays du monde. Cinquième par sa superficie (8 512 000 km²), et par sa population (162 millions d'habitants en 1998), il a connu dans les dernières décennies une urbanisation d'une rare rapidité (4 Brésiliens sur 5 vivent dans une ville en 1996 alors que les deux tiers vivaient à la campagne en 1950) et une forte industrialisation. Mais entre les régions du continent brésilien, il continue à régner une grande diversité démographique, voire ethnique. Et les inégalités de développement et de richesse demeurent extrêmes entre zones du pays, comme entre classes sociales.

La baisse de la fécondité s'est amorcée vers le milieu des années 1960. En trois décennies, l'indice synthétique de fécondité est tombé de 5,7 à 2,3 enfants par femme. Par sa vitesse et son calendrier, cette transition est comparable à celle du Mexique, mais se distingue fortement de celle de l'Argentine, où la baisse de la fécondité a commencé au début du siècle. Alors que le Brésil est en passe d'atteindre la phase finale de sa transition démographique, le moment est venu d'en reconsidérer l'histoire.

◆ Deux siècles de croissance

Lorsque le Brésil devint indépendant du Portugal en 1822, ce n'était encore qu'un pays de 3 millions d'habitants (contre 10 millions aux États-Unis). Entre 1850 et 1900, sa population est passée de 7 à 18 millions (États-Unis en 1900 : déjà 76 millions), puis à 54 millions en 1950 et enfin 147 millions au recensement de 1991 (États-Unis en 1990 : 249 millions). Le Brésil et les États-Unis ont en commun d'avoir vu leur population croître en raison non seulement de l'immigration européenne mais aussi de la traite des esclaves. En trois siècles, le Brésil a « importé » de 3,5 à 5 millions d'Africains, jusqu'à l'interdiction de la traite en 1850, puis l'abolition tardive de l'esclavage en 1888.

L'accroissement de sa population à la fin du XIX^e siècle et dans les vingt premières années de ce

siècle résulte d'une immigration européenne massive. Entre 1871 et 1920, s'installent 3,4 millions d'Européens, dont un tiers d'Italiens, 29 % de Portugais, 14 % d'Espagnols et 5 % d'Allemands. L'immigration intercontinentale se réduit fortement dans les années 1940 et 1950 mais, en raison de la réduction des taux de mortalité, l'accroissement de la population atteint son maximum dans les décennies 1950 et 1960 avec des taux annuels moyens de 3 % et 2,9 % respectivement. Le taux brut de mortalité passe de 20,9 ‰ à 14,2 ‰ entre les années 1940 et les années 1950, puis à 9,8 ‰ dans les années 1960, tandis que les taux bruts de natalité commencent à décroître dans les années 60, passant de 38,7 ‰ pendant cette décennie à 21,4 ‰ dans la première moitié de la décennie 1990.

◆ Hétérogénéité d'un pays-continent

Le Brésil comprend 26 états et un district fédéral, que l'on regroupe en 5 régions géographiques que tout distingue, climat, économie, peuplement (tableau 1 et carte). Front pionnier du Brésil, au taux de masculinité élevé, la région Nord, qui comprend l'Amazonie et les états voisins, couvre 45 % du territoire mais a une densité de moins de 3 habitants au kilomètre carré ; le Centre-Ouest (Mato Grosso), est également peu dense mais en forte croissance. À l'autre extrémité du pays, bordant l'Argentine et l'Uruguay, le Sud (Rio Grande do Sul et voisins), région au niveau de vie élevé peuplée par l'immigration européenne, couvre 6,8 % du territoire, avec une densité de plus de 40 habitants. Mais la zone la plus dense est le Sudeste (72 hab./km²), cœur industriel du pays, qui comprend les trois plus grandes villes, São Paulo, Rio de Janeiro, et Belo Horizonte, et qui a fortement attiré les émigrants de la région pauvre du Nordeste. Malgré sa forte fécondité, le Nordeste, berceau du Brésil colonial, a vu sa part dans la population brésilienne décroître (de 35 % en 1940 à 29 % en 1991) en raison de l'émigration.

Plus que des régions, ce sont des pays différents qui coexistent. Ainsi les produits par habitant du Sud et du Sudeste sont supérieurs à ceux du Mexique, de

Tableau 1 - Indicateurs économiques et socio-démographiques sur le Brésil et ses 5 régions

	Brésil	Nord	Nordeste	Centre Ouest	Sud	Sudeste
Superficie (milliers km ²)	8 547	3 870	1 561	1 612	577	927
Superficie (%)	100	45,3	18,2	18,9	6,9	10,9
Population (%)	100	7,2	28,5	6,7	15,0	42,7
Population 1996 (millions)	157,1	11,3	44,8	10,5	23,5	67,0
PNB par habitant Revenu (US\$) (a)	2 839	1 919	1 363	2 911	3 255	3 833
Taux d'accroissement annuel (1996)	1,4	2,4	1,1	2,2	1,2	1,4
Taux d'urbanisation (%)	78	62	65	84	77	89
Analphabetisme féminin (+ de 15 ans)	15	11 (b)	27	12	10	10
Espérance de vie (années)	67	67 (b)	64	68	70	69
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)						
1980	69,1	62,8	106,8	47,4	43,7	47,9
1990	49,7	53,2	88,2	30,0	26,7	33,0
1996	37,5	36,1	60,4	25,8	22,8	25,8
Taux d'émigration (%)	—	7,2	19,3	13,5	14,1	13,3
Taux d'immigration (%)	—	18,0	6,6	35,2	14,1	17,9

(a) Banque de données du Sistema Unificado de Saúde - DATASUS (1993)

(b) Population rurale de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará et Amapá exclue.

Sources : [1] et [2]

Tableau 2 - Taux synthétiques de fécondité au Brésil et dans les grandes régions (1965-1996)

	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1996(1)
Brésil	5,7	5,4	4,8	4,0	3,3	2,7	2,3
Nord	7,0	6,7	6,2	5,5	4,8	4,0	2,8*
Nordeste	7,2	6,9	6,4	5,8	4,9	4,0	2,9
Centre Ouest	6,4	5,9	5,1	4,2	3,4	2,9	2,3
Sud	5,7	5,2	4,4	3,4	2,7	2,3	2,1
Sudeste	4,7	4,4	3,8	3,2	2,7	2,4	2,0

(1) Estimations fondées sur les données de l'enquête PNAD 1996.

* Population rurale de Rondônia, Acre, Amazona, Pará et Amapá exclue.

Source : IBGE (1996)

l'Argentine ou du Chili, alors que celui du Nordeste n'est que le tiers du précédent, proche de voisins plus pauvres comme la Colombie et le Paraguay.

Indicateur reflétant les conditions sociales et sanitaires d'un pays, l'espérance de vie du Brésil est en revanche l'une des plus faibles d'Amérique du sud, proche de celle du Pérou (71,4 ans pour les femmes, 63,9 pour les hommes en 1996) ; la position relative du pays s'est d'ailleurs dégradée par rapport à ses voisins, notamment en raison de la lenteur de la baisse de la mortalité infantile (de 90 ‰ dans les années 1970, à 50 au début des années 1990). Le fossé entre régions pour le revenu se retrouve en matière d'espérance de vie (64 ans dans le Nordeste et 69 ans dans le Sudeste), de mortalité infantile (60 ‰ et 26 ‰ respectivement) et d'analphabetisme (27 % et 10 % respectivement chez les plus de 15 ans). Mais le retard du Nordeste n'explique pas tout.

Il faut en effet remarquer la relative modestie de

la performance, en matière de développement social, des régions riches du Brésil, comparées à leurs voisins (Argentine, Uruguay, Chili). Dans un continent caractérisé par l'inégalité dans la distribution des richesses et des conditions de vie, le Brésil, dans lequel les écarts entre les plus riches et les plus pauvres ont augmenté pendant la forte croissance des années 1970 et 1980, reste un des plus inégalitaires [1] [5]. Une des manifestations persistantes du dualisme social brésilien, très apparente à l'intérieur même des zones développées du Sud et du Sudeste, s'observe dans le processus d'urbanisation, qui a produit simultanément des quartiers urbains très modernes, comparables aux grandes villes des pays développés, et des *favelas* qui doivent lutter quotidiennement pour disposer de l'indispensable (accès à l'eau potable, services sanitaires de base, etc.) et restent sujettes à des épidémies d'un autre âge [3].

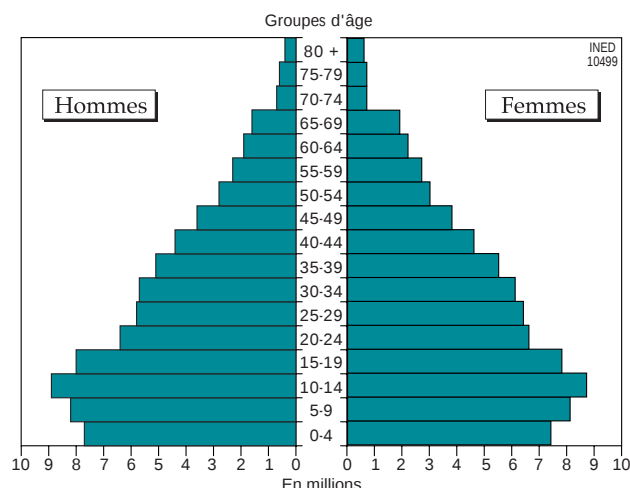
◆ Baisse de la fécondité

Les prémices d'une baisse générale de la fécondité apparaissent au Brésil dans la première moitié des années 1960 (ta-

bleau 2), avec une accélération dans les années 1970. Toutes les régions sont concernées par cette transition vers une faible fécondité, qui s'opère de façon d'autant plus rapide que le taux initial était plus élevé. Ainsi en 30 ans, l'indice synthétique de fécondité tombe dans le Nordeste de 7,2 enfants par femme à 2,9 et, dans le Sud, de près de 6 dans les années 1960 à 2,1 en 1996. Les différences qui subsistent entre les régions paraissent minimes. Vu l'immensité et l'hétérogénéité socio-géographique du pays, cette relative homogénéité du rythme de la baisse étonne.

L'explication n'est pas à chercher du côté d'une action gouvernementale ferme et cohérente en matière de planification familiale [4]. L'attitude du gouvernement brésilien a longtemps été ambiguë sur ce point. À la Conférence Mondiale sur la Population de Bucarest (1974), une volonté politique de fournir à la population de bas revenu des moyens de contrôler sa fécondité fut proclamée. Mais elle est passée dans les faits tardivement et de façon assez restrictive : les objectifs de planification familiale ont été simplement inscrits dans un Programme d'Assistance Intégrale à la Santé de la Femme, créé en 1983 par le ministère de la Santé et mis en œuvre au plan local de façon très inégale. La faiblesse du soutien public à la planification familiale est patente. Dès les années 1960, en revanche, des organisations non gouvernementales et des organismes privés de planification familiale, avec des financements internationaux et une tolérance gouvernementale tacite, avaient commencé à agir vigoureusement, en créant des programmes de formation, des cliniques et des centres d'information.

La première enquête nationale sur la santé reproductive, réalisée en 1986, révèle un taux élevé d'utilisation de la contraception, 70 % parmi les femmes en couple de 15 à 54 ans : parmi les contraceptrices,

Le Brésil et ses 5 régions

est élevé. La stérilisation apparaît comme une solution pratique et peu coûteuse, coïncidant dans les trois quarts des cas avec le dernier accouchement souhaité.

Une autre caractéristique de la vie reproductive au Brésil, où l'accouchement hospitalier est devenu la règle (92 % des naissances), est la fréquence des césariennes, l'une des plus élevées au monde : 36 % des naissances des cinq dernières années, avec des fréquences encore plus élevées dans les régions développées du pays. Dans la culture sanitaire brésilienne, dont femmes et médecins sont partie prenante, la césarienne est considérée comme une simple forme « moderne » et confortable d'accouchement, plus sûre que l'accouchement naturel. Le paiement du médecin à l'acte n'incite pas ces derniers à restreindre le recours à la césarienne aux cas cliniques. Après une suite de deux ou trois césariennes, la ligature des trompes est fortement recommandée pour éviter les risques d'un nouvel accouchement : cinquante-neuf pour cent des stérilisations font suite à une césarienne. Demander une césarienne est devenu pour les Brésiliennes un moyen commode et peu coûteux d'obtenir une stérilisation [7].

44 % sont stérilisées, et 41 % utilisent la pilule (PNAD, 1986). L'enquête PNDS de 1996 fait apparaître une hausse du nombre d'utilisatrices (77 % parmi les 15 à 49 ans en couple) mais surtout une montée de la stérilisation (52 % des utilisatrices), cependant que la pilule marque le pas (27 %). D'une région à l'autre, les taux de contraceptrices sont proches, mais c'est dans les régions les moins développées (Nord, Nordeste, Centre Ouest) que l'utilisation des méthodes irréversibles est proportionnellement la plus forte ; inversement le Sud est la seule région où la pilule l'emporte sur la stérilisation [8]. Bien qu'interdit, l'avortement est pratiqué dans tous les milieux sociaux : à partir de sources indirectes, on l'évaluait à 44 avortements volontaires pour 100 naissances vivantes vers 1990 [6].

◆ Stérilisation et césarienne

La stérilisation s'est imposée au Brésil comme la forme de contraception d'arrêt par excellence, bien qu'elle n'ait jamais été préconisée officiellement et qu'elle reste condamnée par le Code Pénal. Son adoption massive est un choix par défaut, lié à l'éventail restreint des techniques disponibles et à une mauvaise adaptation culturelle à la contraception orale. Généralement achetée en pharmacie, souvent sans prescription médicale, la pilule reste trop coûteuse pour de nombreuses femmes. Par ailleurs, elle n'est pas toujours utilisée de façon cohérente, et le taux d'échec de contraception et d'interruption d'utilisation

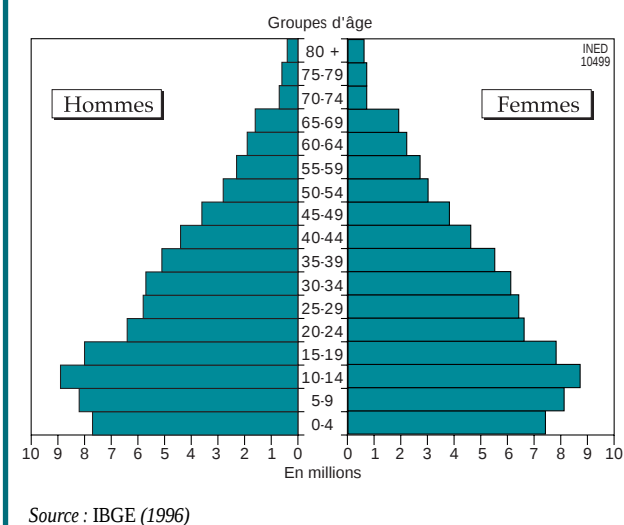
est élevé. La stérilisation apparaît comme une solution pratique et peu coûteuse, coïncidant dans les trois quarts des cas avec le dernier accouchement souhaité.

Au Brésil, la chute de la fécondité ne s'est pas accompagnée d'un report des premières naissances [8]. En 1996, l'âge médian à la première naissance des femmes de 45 à 49 ans était de 23,0 ans, mais de 22,2 ans chez celles de 25 à 29 ans. La proportion des grossesses adolescentes a augmenté : 26 % des femmes de 45 à 49 ans avaient déjà un enfant à 19 ans, et 32 % de celles de 20 à 24 ans. Comme il arrive souvent au Brésil, il y a eu une polarisation sociale des comportements. Au fil de la transition démographique, les différences de calendrier de la fécondité se sont accrues entre les pauvres et les riches, entre les régions les moins développées et les autres : les femmes qui sont allées à l'Université ont aujourd'hui leur premier enfant près de 10 ans plus tard que celles qui ne sont pas ou peu allées à l'école.

L'âge à la stérilisation peut être très précoce en milieu populaire, mais il tend à baisser pour l'ensemble de la population. Ainsi en 1996, 21 % des femmes stérilisées l'avaient été avant 25 ans. L'âge médian à la ligature des trompes des femmes stérilisées de moins de 40 ans était de 31,4 ans en 1986, et de 28,9 ans en 1996.

La rapidité de la chute de la fécondité a déjà des effets sur la pyramide des âges, dont la base a connu

Graphique 1 - Pyramide des âges du Brésil en 1995
(groupes quinquennaux)



un spectaculaire rétrécissement (graphique 1) : les effectifs d'enfants sont aujourd'hui moins nombreux que ceux des adolescents et des jeunes, ce qui est sans précédent au Brésil. Les projections démographiques des Nations Unies (révision 1998, hypothèse moyenne) prévoient une population de 218 millions d'habitants en 2025 pour le Brésil, qui serait alors dépassé par le Pakistan. Il faut remarquer que les précédentes projections concernant le Brésil ont dû être fortement révisées à la baisse : la projection de 1978 prévoyait un pays de 205 millions d'habitants en 2000 !

* *
*

Au Brésil comme ailleurs, la baisse de la fécondité est liée à des changements d'attitudes des nouvelles générations sur la taille de la famille désirée. La vitesse du processus est cependant remarquable, et ne peut s'expliquer ici comme un ajustement progressif des attentes, qui se serait appuyé sur la diffusion de l'instruction parmi les femmes. Dans un pays aussi hétérogène et inégalitaire, l'homogénéité du rythme des changements surprend, notamment en l'absence d'action publique forte en matière de planification familiale.

On peut avancer deux ensembles d'explications. En premier lieu, le Brésil est aujourd'hui un des pays les plus urbanisés du monde et cette concentration de la population dans les villes s'est réalisée de manière extrêmement rapide, avec de fortes migrations inter-régionales. Les conditions de vie urbaines poussent à la réduction de la taille des familles, et facilitent la diffusion des techniques de réduction des naissances. Il s'est donc inventé en second lieu, par arrangement tacite entre les femmes et les médecins et avec le soutien d'organismes privés et d'ONG, une culture de la reproduction, dont font partie l'avortement (interdit), la contraception orale (utilisée temporairement), l'accouchement par césarienne et la stérilisation. Cette procédure simple, radicale et uniforme de contrôle des naissances s'est diffusée dans le pays entier. Les classes aisées tendent plutôt à reporter leurs naissances et à associer césarienne et stérilisation, tandis que la grossesse adolescente et la stérilisation précoce

restent le lot des plus pauvres. Une campagne contre l'excès de césariennes vient d'être lancée par le ministère de la Santé. Son succès n'est pas assuré.

Michel BOZON, Etheline ENOCH

RÉFÉRENCES

- [1] Hervé THÉRY, *Le Brésil*, Masson, 1985.
- [2] *Anuário Estatístico do Brasil*, IBGE, 1996.
- [3] Carlos Eugenio de CARVALHO FERREIRA et Bernadette WALDVOGEL, « La nouvelle face du Brésil : La modernisation et ses disparités » in CHASTELAND et CHESNAIS (dir.), *La population du monde. Enjeux et problèmes*, Coll. « Travaux et Documents », cahier n° 139, INED / PUF, 1997, p. 79-91.
- [4] George MARTINE, « Brazil's fertility decline, 1965-95 : a fresh look at key factors », *Population and Development Review*, vol. 22, n°1, mars 1996, p. 47-75.
- [5] « Le Brésil : une nation pleine de ressources » in de MONTBRIAL et JACQUET (dir.), *Ramsès 99. Synthèse annuelle de l'évolution du monde*, Dunod, 1998, p. 183-202.
- [6] The Alan Guttmacher Institute, *Aborto Clandestino : uma realidade latino-americana*, 1994.
- [7] Elza BERQUÓ, « Contraception and caesareans in Brazil : an example of bad reproductive health practice in need of exemplary action », *Estudos Feministas*, 2 / 1993, p. 461-472.
- [8] Bemfam, 1997, *Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*, 1996.

Vient de paraître :

POPULATION

N° 1-1999

Janvier - Mars

Au sommaire :

- La double famille des enfants de parents séparés – Catherine VILLENEUVE-GOKALP
- Proximités socioprofessionnelles entre germains et entre alliés : une comparaison dans la moyenne durée – Bernard ZARCA
- Suicide et activité professionnelle – Nicolas BOURGOIN
- Paul Leroy-Beaulieu et la question de la population. L'impératif démographique, limite du libéralisme économique – Georges Photios TAPINOS

Notes et documents

- L'homicide et le suicide dans le monde industriel. Le cas russe – Jean-Claude CHESNAIS
- La communication entre conjoints sur la planification familiale au Cameroun. Les normes et les stratégies du couple en matière de fécondité – Amadou NOUMBISSI, Jean-Paul SANDERSON

En vente à l'INED – France, Dom, Tom : 120F – Étranger : 135F
Abonnement 1 an – France, Dom, Tom : 450F – Étranger : 500F
Renseignement et abonnement – Tél. : (33) (0)1 56 06 20 23