



JACQUES VÉRON\*

---

## La démographie de l'Asie du Sud des années 1950 aux années 2000

### Synthèse des changements et bilan statistique

L'Asie du Sud, dans la délimitation retenue dans cette chronique, regroupe huit pays : l'Afghanistan, le Bangladesh, le Bhoutan, l'Inde, les Maldives, le Népal, le Pakistan et le Sri Lanka<sup>(1)</sup>. La population de cette région du monde totalise, en 2007, près de 1,6 milliard d'habitants (Nations unies, 2007a) et représente, répartie sur moins de 4 % de la superficie totale de la terre<sup>(2)</sup>, près de 24 % de la population mondiale. D'un point de vue démographique, l'Asie du Sud est dominée par l'Inde, qui abrite à elle seule 1,17 milliard d'habitants, mais cette région du monde compte aussi deux autres pays fortement peuplés, le Pakistan et le Bangladesh, dont les populations s'élèvent, respectivement, à 164 et 159 millions d'habitants en 2007. L'Asie du Sud compte également des pays dont les populations sont de très petite taille : le Bhoutan n'abrite que 658 000 habitants et les Maldives seulement 306 000 habitants.

Les contrastes entre ces pays sont très marqués, qu'il s'agisse des rythmes de croissance démographique, des densités de la population, des niveaux de la mortalité et de la fécondité, des taux d'urbanisation ou des taux d'alphabétisation. Les contrastes internes au pays dominant démographiquement la région – l'Inde – sont également très accusés : les 28 États que compte aujourd'hui l'Inde présentent chacun des particularités tant démographiques – taille de la population, calendrier de la transition démographique, densité, etc. – qu'économiques, sociales ou religieuses.

Les défis démographiques auxquels doit faire face l'Asie du Sud sont largement ceux de pays en développement confrontés à une forte croissance de leur population. Il s'agit, en particulier, de réussir à éduquer, loger, soigner et employer dans de bonnes conditions des populations dont la taille ne cesse de

---

\* Institut national d'études démographiques, Paris.

(1) Pour les Nations unies, l'Asie du Sud est constituée de ce même ensemble de pays, à l'exclusion de l'Afghanistan, classé en Asie centrale.

(2) Il s'agit de la superficie des terres, qui est la différence pour chaque pays entre la superficie totale et les eaux intérieures (principaux cours d'eau et lacs), cf. Pison (2007).

croître, parfois très rapidement. Les pays doivent aussi lutter contre la pauvreté, tout en évitant que la croissance économique indispensable à une amélioration du sort de chacun n'entraîne une dégradation préjudiciable de l'environnement. La vulnérabilité des populations d'Asie du Sud reste forte, tant sur un plan économique – les enfants déjà au travail à un très jeune âge constituent une population particulièrement vulnérable – qu'environnemental : ainsi, une partie de la population du Bangladesh vivant au niveau de la mer est fortement exposée à des risques d'inondation et plusieurs pays de la région ont été affectés par le tsunami de l'hiver 2004. La croissance démographique et, par voie de conséquence, celle des densités, dans certaines zones fragiles ou exposées, augmentent la vulnérabilité des populations les plus pauvres.

## I. L'Asie du Sud dans le monde

Rassemblant un peu moins du quart de la population mondiale au début des années 2000, l'Asie du Sud a enregistré au cours des trente dernières années une croissance de sa population nettement supérieure à la moyenne mondiale, soit respectivement 2,1 % contre 1,6 % au cours des années 1975-2005 (tableau 1), mais moindre cependant que celle de l'Afrique sub-saharienne (2,7 %) ou du monde arabe (2,6 %). L'Asie du Sud est moins avancée dans la transition démographique que le monde considéré dans son ensemble : la fécondité du moment y est de 3,2 enfants par femme sur la période 2000-2005 contre 2,7 en moyenne dans le monde et l'espérance de vie à la naissance est de 3,6 ans inférieure à la moyenne mondiale. L'Asie du Sud se distingue nettement de l'Asie de l'Est et du Pacifique, où la fécondité est inférieure au niveau de remplacement des générations et l'espérance de vie supérieure de 7 années à celle de l'Asie du Sud. La situation de cette région, au regard de la santé, est moins favorable que celle des autres régions du monde, si l'on excepte l'Afrique sub-saharienne.

L'Asie du Sud reste, après l'Afrique sub-saharienne, la deuxième région la moins développée du monde. L'indicateur de développement humain (IDH)<sup>(3)</sup> s'y établit à 0,60 en 2004, contre 0,74 en moyenne dans le monde, le produit intérieur brut par habitant (3 072 dollars par tête en parité de pouvoir d'achat) y est près de trois fois inférieur à la moyenne mondiale et le taux d'alphabétisation des adultes y est le plus bas du monde, en dessous même de celui de l'Afrique sub-saharienne.

---

(3) L'indicateur de développement humain a été proposé par le Pnud en 1990. C'est un indice composite qui tient compte de l'espérance de vie, du taux d'alphabétisation des adultes et du taux de scolarisation, ainsi que du produit intérieur brut par habitant. Il varie entre 0 et 1.

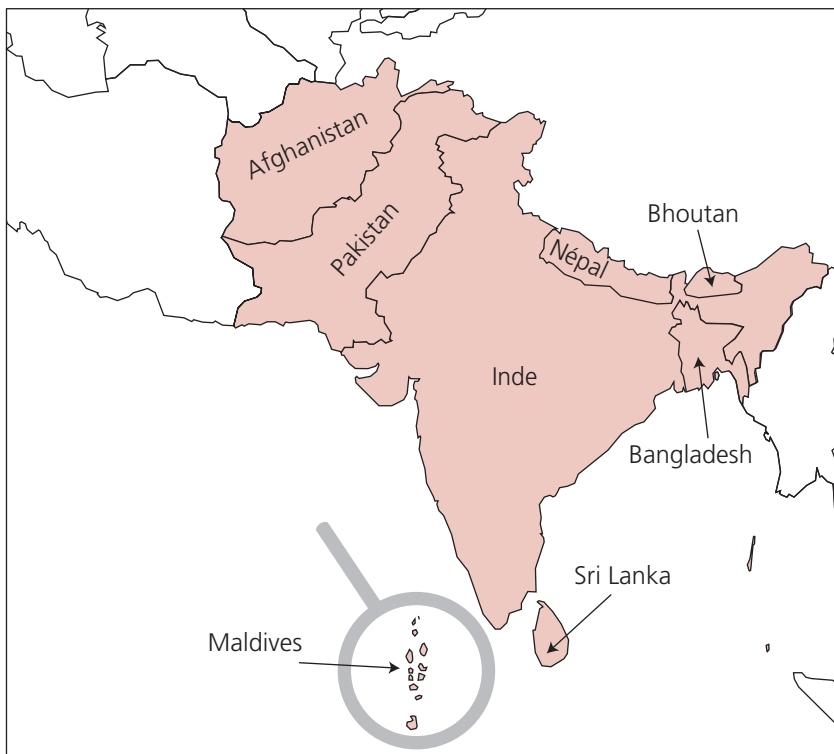
**Tableau 1. Quelques caractéristiques sociodémographiques de l'Asie du Sud comparées à celles des autres régions du monde**

	Population en 2004 (en millions)	ISF en 2000-2005 (enfants par femme)	Espérance de vie à la naissance en 2004 (en années)	Taux annuel de croissance démographique 1975-2005 (en %)	IDH en 2004	PIB par habitant en 2004 (\$ US en PPA)	Taux d'alphabétisation des adultes en 2004 (%)
Afrique sub-saharienne	689,6	5,5	46,1	2,7	0,472	1 946	63,3
Afrique du Nord et Moyen-Orient	310,5	3,7	67,3	2,6	0,680	5 680	69,9
Amérique latine et Caraïbe	548,3	2,6	72,2	1,9	0,795	7 964	90,2
Asie du Sud	1 528,1	3,2	63,7	2,1	0,599	3 072	60,9
Asie de l'Est et du Pacifique	1 944,0	1,9	70,8	1,4	0,760	5 872	90,7
Pays de l'OCDE	1 164,8	1,8	77,8	0,8	0,923	27 571	–
Monde entier	6 389,2	2,7	67,3	1,6	0,741	8 833	–

ISF : indice synthétique de fécondité ; IDH : indicateur de développement humain.

Source : Pnud (2006).

Carte 1. L'Asie du Sud



## II. Une information démographique assez riche compte tenu du niveau de développement des pays

Globalement, excepté les cas du Bhoutan et de l'Afghanistan pour lesquels l'information démographique reste parcellaire en dehors des données des Nations unies, les pays d'Asie du Sud disposent de données démographiques relativement riches (tableau 2a et tableau annexe A.1). Celles-ci proviennent aussi bien de recensements que d'enquêtes. Les trois pays les plus peuplés de la région – Inde, Pakistan et Bangladesh – disposent de recensements effectués régulièrement depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. L'Inde mène des opérations de recensement strictement tous les dix ans depuis 1871 ; le premier recensement de l'Inde indépendante date de 1951 et le dernier est celui de 2001. Au Pakistan, le premier recensement postérieur à l'indépendance date également de 1951 et le principe d'un recensement décennal y est aussi appliqué : le deuxième recensement a bien eu lieu en 1961 mais le troisième a été repoussé en 1972, en raison de la guerre avec l'Inde ; le quatrième a été réalisé en 1981 et le cinquième en 1998 seulement. Le Bangladesh, devenu indépendant du Pakistan en 1971, a conduit ensuite quatre recensements : en 1974, 1981, 1991 et 2001.

Le recensement effectué en Afghanistan en 1979 fut partiel et incomplet. Celui qui était prévu en 2004 a finalement été retardé et devrait avoir lieu en 2008. Le Népal a conduit quant à lui dix opérations de recensement depuis 1911, le dernier datant de 2001. Le Bhoutan mène depuis longtemps toute une série d'opérations de recensement mais il s'agit essentiellement pour ce pays de vérifier la nationalité des populations, du fait de l'existence de fortes migrations. Ce sont avant tout des « recensements de nationalité » (*citizenship census*). Mais, soucieuses de disposer de données socio-démographiques fiables pour l'ensemble du pays, les autorités du Bhoutan ont réalisé un véritable recensement de la population en 2005.

**Tableau 2a. Nombre de recensements et d'enquêtes démographiques nationales effectués depuis les années 1960 en Asie du Sud**

	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2007	Total
Recensements	4	7	6	6	6	29
Enquêtes démographiques et de santé (EDS)	–	–	2	8	7	17
Autres enquêtes	–	4*	–	–	4**	8
Total	4	11	8	14	17	54

\* *World Fertility Survey* de 1975-1976.  
 \*\* *World Health Survey* de 2002-2003.

**Tableau 2b. Dates des enquêtes EDS effectuées dans les pays d'Asie du Sud**

Pays	Dates
Bangladesh	1993-1994 (standard) 1996-1997 (standard) 1999-2000 (standard) 1999-2000 (MCH SPA)* 2001 (spéciale mortalité maternelle) 2004 (standard) 2007 (standard)
Inde	1992-1993 (standard) 1998-1999 (standard) 2005-2006 (standard)
Népal	1987 (« en profondeur »)** 1996 (standard) 2001 (standard) 2006 (standard)
Pakistan	1990-1991 (standard) 2006 (standard)
Sri Lanka	1987 (Standard) 1993*** 2000***

\* *Maternal and Child Health, Services Provision Assessment Survey*.  
 \*\* Enquête « en profondeur » pour connaître les raisons du non-recours à la contraception de femmes souhaitant espacer les naissances ou en limiter le nombre.  
 \*\*\* Enquêtes figurant sur le site du *Department of Census and Statistics*, Sri Lanka, mais pas sur celui de Macro international.  
 Sources : [www.measuresdhs.com/countries/](http://www.measuresdhs.com/countries/), [www.statistics.gov.lk](http://www.statistics.gov.lk)

Des enquêtes du type « enquêtes démographiques et de santé » (EDS) viennent, pour cinq pays sur huit, compléter l'information recueillie par les recensements. L'Inde a réalisé, au cours des quinze dernières années, trois enquêtes de ce type, dénommées *National Family and Health Survey*. La dernière date de 2005-2006 et ses résultats viennent d'être publiés. Le Bangladesh a conduit pour sa part, depuis le début des années 1990, 7 enquêtes démographiques et de santé dont cinq dans un format standard et le Sri Lanka en a effectué trois (tableau 2b). Deux enquêtes EDS ont été réalisées au Pakistan : une première en 1990-1991 et une seconde en 2006, dont les résultats ne sont pas encore disponibles. Enfin, les autres pays de la région (Afghanistan, Bhoutan et Maldives) n'ont conduit aucune enquête de ce type.

Le pays le plus peuplé de la région est un de ceux pour lesquels l'information démographique est la plus riche. L'Inde dispose en effet d'une importante source supplémentaire d'information démographique : le *Sample Registration System* (SRS). Mis en place par le bureau du *Registrar General* dans les années 1964-1965, à l'origine pour quelques États, ce système d'enregistrement des événements démographiques est devenu opérationnel à l'échelle de l'Inde entière en 1969-1970. Il se fonde sur un double enregistrement (*dual record system*) des naissances et des décès<sup>(4)</sup>. Les *SRS Bulletin*, publiés deux fois par an, fournissent, pour les zones urbaines et rurales ainsi que par État, des estimations des taux bruts de natalité et de mortalité, du taux de croissance naturelle et du taux de mortalité infantile.

### III. Une forte hétérogénéité démographique et socio-économique

L'Asie du Sud est une zone géographique diversifiée, avec des contrastes très marqués entre, par exemple, les montagnes d'Afghanistan ou du Népal et les terres basses des îles Maldives ou du delta du Gange, au Bangladesh. Cette très forte diversité géographique à l'échelle de la région se retrouve au sein même de l'Inde : l'Himachal Pradesh, État himalayen, ne ressemble en rien au Kerala et au Tamil Nadu, avec d'importantes zones côtières. Cette diversité géographique s'accompagne d'une diversité à la fois démographique, économique et sociale.

#### Des disparités démographiques de grande ampleur

Les pays d'Asie du Sud sont de taille très inégale (tableau 3) : il n'y a aucune commune mesure entre la population des Maldives (306 000 habitants) et celle de l'Inde (1,169 milliard d'habitants en 2007). Trois pays sur les huit que compte la région rassemblent à eux seuls plus de 95 % de la population de cet ensemble

(4) Le système est fondé sur une double collecte : un enregistrement continu des naissances et des décès dans un échantillon de villages et de blocs urbains et une enquête indépendante rétrospective sur une période de six mois. La confrontation des données obtenues par ces deux sources permet de distinguer les événements enregistrés par les deux sources et ceux qui sont partiellement enregistrés ou non enregistrés par l'une des deux sources. Pour ces deux derniers types d'événements, une vérification est faite sur le terrain par une visite des ménages concernés. Le système ne prévoit pas une estimation des événements qui auraient été omis par les deux sources (Bhat *et al.*, 1984).

géographique et près des trois quarts des habitants de cette région vivent dans la seule Inde. Les pays d'Asie du Sud se différencient aussi par leurs niveaux de densité démographique : supérieure à 1 100 habitants par km<sup>2</sup> au Bangladesh, la densité moyenne de la population n'est, au Bhoutan, que de 14 habitants par km<sup>2</sup>.

**Tableau 3. Population, superficie et densité dans les pays d'Asie du Sud en 2007**

Pays	Nombre d'habitants (en milliers)	Superficie* (en milliers de km <sup>2</sup> )	Densité de la population (hab. / km <sup>2</sup> )
Maldives	306	0,3	1 020
Bhoutan	658	47,0	14
Sri Lanka	19 299	66,0	292
Afghanistan	27 145	652,0	42
Népal	28 196	147,0	192
Bangladesh	158 665	144,0	1 102
Pakistan	163 902	796,0	206
Inde	1 169 016	3 287,0	357

\* Il s'agit de la superficie des terres, c'est-à-dire de la superficie totale diminuée des « eaux intérieures ».  
Sources : Nations unies (2007a) et Pison (2007).

La population de ces pays augmente à des rythmes très variables : le taux d'accroissement annuel moyen de la population afghane est estimé par les Nations unies à près de 3,8 % sur la période 2000-2005, contre à peine plus de 0,4 % au Sri Lanka. L'état d'avancement dans la transition démographique différencie aussi les pays de la région : la mortalité infantile, estimée à 11 ‰ au Sri Lanka au début des années 2000, dépasserait 160 ‰ en Afghanistan, tandis que la fécondité, tombée à 2 enfants par femme seulement au Sri Lanka serait proche de 7 en Afghanistan.

Au sein même de l'Inde (carte 2), les disparités démographiques sont de très grande ampleur, qu'il s'agisse des effectifs et des rythmes de croissance de la population ou des densités, pour se limiter à ces trois critères. Ainsi, au recensement de 2001, l'État le plus peuplé du pays, l'Uttar Pradesh, compte 166 millions d'habitants – sa population dépasse celle du Pakistan ou du Bangladesh – tandis que le moins peuplé, le Sikkim, a une population à peine supérieure à 540 000 habitants ; le « territoire de l'Union »<sup>(5)</sup> dont la population est la plus réduite, les îles Laquedives, compte pour sa part un peu plus de 60 000 habitants en 2001 (tableau 4). Sur la période 1991-2001, la population des États et des territoires de l'Union a progressé à des rythmes très variables : 5 % en moyenne annuelle au Nagaland, 3,8 % dans le territoire de Delhi, 1,8 % au Pendjab (taux proche de la moyenne indienne qui est de 1,93 %), 1,3 % en

(5) L'Inde est composée de 28 États et de 7 territoires de l'Union. Parmi ces derniers, figurent en particulier Delhi, Pondichéry et Chandigarh. Chaque État est administré par un gouverneur et un premier ministre alors que les territoires, relevant directement du gouvernement fédéral, ont à leur tête un lieutenant gouverneur.

Andhra Pradesh et 1,1 % au Tamil Nadu. La densité de la population varie aussi fortement d'une région à l'autre : de 324 habitants au km<sup>2</sup> pour l'Inde entière en 2001, la densité moyenne n'est que de 13 habitants au km<sup>2</sup> dans l'Arunachal Pradesh, qui s'étend des montagnes himalayennes à la vallée du Brahmapoutre, alors qu'elle excède 900 habitants au km<sup>2</sup> au Bengale-Occidental, où la présence de Calcutta explique en partie cette densité élevée. Les densités sont particulièrement élevées dans les territoires de Delhi ou de Chandigarh, (respectivement 9 294 et 7 903 habitants au km<sup>2</sup>) en raison de leur très forte urbanisation. Mais celle-ci n'est pas partout la raison d'une densité élevée : au Kerala, État peu urbanisé puisque 26 % de la population vit en milieu urbain, la densité excède 800 habitants au km<sup>2</sup> en 2001.

**Carte 2. L'Inde administrative (États et territoires de l'Union) en 2001 et les pays environnants**





**Tableau 4. Les 28 États et 7 territoires de l'Union de l'Inde, classés par ordre croissant de leur population en 2001**

État ou territoire de l'Union	Population	Densité de la population (nombre d'habitants au km <sup>2</sup> )
Îles Laquedives*	60 650	1 894
Daman & Diu*	158 204	1 411
Dadra & Nagar Haveli*	220 490	449
Îles Andaman & Nicobar*	356 152	43
Sikkim	540 851	76
Mizoram	888 573	42
Chandigarh*	900 635	7 903
Pondichéry*	974 345	2 029
Arunachal Pradesh	1 097 968	13
Goa	1 347 668	363
Nagaland	1 990 036	120
Manipur	2 166 788	107
Meghalaya	2 318 822	103
Tripura	3 199 203	304
Himachal Pradesh	6 077 900	109
Uttaranchal	8 489 349	159
Jammu-et-Cachemire	10 143 700	99
Delhi*	13 850 507	9 294
Chhattisgarh	20 833 803	154
Haryana	21 144 564	477
Pendjab	24 358 999	482
Assam	26 655 528	340
Jharkhand	26 945 829	338
Kerala	31 841 374	819
Orissa	36 804 660	236
Gujarat	50 671 017	258
Karnataka	52 850 562	275
Rajasthan	56 507 188	165
Madhya Pradesh	60 348 023	196
Tamil Nadu	62 405 679	478
Andhra Pradesh	76 210 007	275
Bengale-Occidental	80 176 197	904
Bihar	82 998 509	880
Maharashtra	96 878 627	314
Uttar Pradesh	166 197 921	689
Inde	1 028 610 328	324

\* Territoires de l'Union  
Source : Banthia (2001), <http://www.censusindia.net>

## Des inégalités socio-économiques marquées

L'examen de trois variables significatives du développement d'un pays, et considérées comme jouant un rôle important pour sa transition démographique (l'alphabétisation, le produit intérieur brut et l'urbanisation), fait apparaître de fortes différences d'un pays à l'autre. Ainsi, presque toutes les femmes de plus de 15 ans sont alphabétisées aux Maldives (96 %) et au Sri Lanka (près de 90 %), alors que le taux d'alphabétisation n'atteint pas 50 % en Inde, qu'il est voisin de 40 % au Bangladesh et de 35 % au Pakistan et au Népal, et tombe à 13 % en Afghanistan (tableau 5). Le revenu par tête varie pratiquement du simple au triple entre le Népal (1 490 dollars américains en parité de pouvoir d'achat) et le Sri Lanka (4 390 dollars). Si les pays de la région sont dans leur ensemble encore peu urbanisés, les écarts n'en sont pas moins importants : au Pakistan, pays le plus urbanisé de la région, la proportion de personnes vivant en ville est plus de deux fois plus élevée qu'au Sri Lanka (35 % contre 15 %).

**Tableau 5. Alphabétisation, niveau de vie et urbanisation dans les pays d'Asie du Sud**

	Taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans ou plus dans les années 2000 (en %)	PIB par habitant en 2004 (\$ US en PPA)	Taux d'urbanisation en 2005 (en %)
Afghanistan	13	–	23
Bangladesh	41	1 870	26
Bhoutan	–	1 969	31
Inde	48	3 139	29
Maldives	96	–	34
Népal	35	1 490	16
Pakistan	35	2 225	35
Sri Lanka	89	4 390	15

Sources : Pnud (2006), Nations unies (2008).

Comme les indices démographiques, les indicateurs socio-économiques diffèrent, à l'intérieur de l'Inde, d'une région à l'autre. D'après les données du recensement de 2001, les taux d'alphabétisation féminine varient, pour une moyenne indienne de 54 %, de moins de 34 % au Bihar à environ 88 % au Kerala. Le niveau de richesse des États est aussi extrêmement divers de même que la proportion de personnes vivant en ville : ainsi, à Goa, territoire le plus urbanisé de l'Inde, la proportion de citadins est pratiquement de 50 %, contre, à l'autre extrême, 10 % dans l'Himachal Pradesh.

Les pays d'Asie du Sud se distinguent aussi par la composition religieuse de leur population, comme le montre le tableau 6. Au Bangladesh et au Pakistan, la population est très majoritairement musulmane : l'islam est la religion de 90 % de la population du Bangladesh en 2001 et de plus de 96 % de celle du

Pakistan en 1998. La population du Népal est quant à elle majoritairement hindoue (à plus de 80 %) ; les membres de la communauté bouddhiste, deuxième par ordre d'importance, ne comptent que pour un peu plus de 10 % de la population totale. L'Inde est elle aussi très majoritairement hindoue (81 %). D'autres religions sont présentes, mais à part les musulmans qui représentent un peu plus de 13 % de la population indienne, elles sont très minoritaires : la proportion de chrétiens est un peu supérieure à 2 % et celle des sikhs encore un peu moindre, tandis que les bouddhistes comptent pour moins de 1 % de la population totale de l'Inde.

**Tableau 6. Composition religieuse de la population de certains pays d'Asie du Sud (en %)**

Pays	Religion						
	Hindoue	Musulmane	Bouddhiste	Chrétienne	Sikh	Jaïne	Autre <sup>(a)</sup>
Bangladesh (2001)	9,2	89,6	0,7	0,3	–	–	0,2
Inde (2001)	80,5	13,4	0,8	2,3	1,9	0,4	0,7
Népal (2001)	80,6	4,2	10,7	0,5	–	–	4,0 <sup>(b)</sup>
Pakistan (1998)	1,6	96,3	–	1,6	–	–	0,5
Sri Lanka (2001)	7,8	8,5	76,7	7,0	–	–	–

<sup>(a)</sup> Autre religion ou religion non précisée.  
<sup>(b)</sup> Dont 3,6 % de la religion Kirant.  
*Sources* : *Census of India*, 2001 ; *Census of Pakistan*, 1998 ; *Census of Sri Lanka*, 2001 ; *Census of Nepal*, 2001.

Les autres pays ne disposent pas de statistiques détaillées sur leur composition religieuse. L'Afghanistan est une république islamique et environ quatre cinquièmes de ses habitants sont musulmans. Au Bhoutan, le bouddhisme mahāyāna<sup>(6)</sup> est religion d'État. La loi garantit dans ce pays la liberté religieuse – l'hindouisme est ainsi pratiqué dans certaines zones du pays – mais cette liberté reste cependant limitée, le gouvernement empêchant en particulier des missions non bouddhistes de s'installer au Bhoutan ou interdisant la construction d'édifices religieux non bouddhistes. La Constitution du Népal décrit le pays comme un « royaume hindou » mais l'hindouisme n'est pas pour autant religion d'État et, en 2006, la Chambre des représentants a déclaré l'État « séculier ». Aux Maldives, l'islam est religion d'État tandis qu'au Sri Lanka les communautés musulmane, chrétienne et hindoue représentent chacune environ 8 % de la population, plus des trois quarts des habitants de cette île étant de religion bouddhiste.

(6) Le bouddhisme mahāyāna ou « Grand Véhicule » est une forme particulière de bouddhisme apparue au début de l'ère chrétienne et inspirée de l'hindouisme, qui réintroduit des principes écartés par le Bouddha comme le salut par la dévotion ou le ritualisme.

En Inde, si les hindous représentent les quatre cinquièmes de la population, la composition religieuse varie profondément selon les États et l'hindouisme n'est pas partout majoritaire. La proportion d'hindous excède 94 % en Orissa, au Chhattisgarh et en Himachal Pradesh (elle dépasse même 95 % dans ce dernier État) mais elle n'atteint pas 8 % au Nagaland et 4 % au Mizoram, majoritairement chrétiens. La proportion de musulmans, qui est un peu supérieure à 13 % à l'échelle de l'Inde entière en 2001, ne dépasse pas 2 % au Pendjab, mais elle avoisine 25 % au Kerala et au Bengale-Occidental, dépasse 30 % dans l'Assam, atteint 67 % au Jammu-et-Cachemire et excède 95 % aux îles Laquedives. Les chrétiens sont peu nombreux en Inde et leur poids démographique n'est que de 2,3 % à l'échelle nationale mais il atteint 19 % au Kerala, 27 % à Goa, 70 % au Meghalaya et 90 % au Nagaland. Les sikhs, qui représentent moins de 2 % des Indiens, constituent 16 % de la population de Chandigarh et 60 % de celle du Pendjab. L'Inde compte moins de 1 % de bouddhistes mais au Sikkim, un peu plus de 28 % de la population est bouddhiste.

## IV. Une histoire fortement marquée par des mouvements de population

### De nombreuses vagues migratoires dans le passé

Au cours de son histoire, l'Asie du Sud a connu d'importants mouvements de population, ce qui explique la diversité du peuplement des pays de cette région. Ainsi, l'Afghanistan, situé sur un axe important d'invasions d'Asie centrale vers l'Asie du Sud et du Sud-Ouest<sup>(7)</sup>, est peuplé en majorité de Pachtounes mais aussi de Tadjiks, d'Hazaras, d'Ouzbeks, d'Aimak, de Turkmènes, de Baloutches, etc. Les Népalais sont issus de trois grandes migrations<sup>(8)</sup>, en provenance d'Inde, du Tibet et d'Asie centrale. Le Bangladesh a connu l'installation de Turcs, d'Arabes, de Pachtounes et de Perses. Le Sri Lanka, longtemps inhabité, voit vers 540 avant Jésus-Christ l'installation d'un prince du Bengale accompagné d'une suite de 700 personnes, qui vont fonder le peuple cinghalais dont descend la majorité de la population actuelle (Cicred, 1974b). Cette île connaît aussi des invasions d'Indiens du Sud, l'arrivée des Portugais en 1505, chassés de leurs possessions par les Hollandais à partir de 1640, qui cédèrent eux-mêmes ces possessions aux Anglais en 1796.

(7) L'Afghanistan a été traversé vers le milieu du II<sup>e</sup> millénaire avant Jésus-Christ par des populations indo-aryennes se dirigeant vers la vallée de l'Indus. Ce pays connaît en 637 l'arrivée des Arabes, le passage de Gengis Khan au début du XIII<sup>e</sup> siècle, et la domination de Tamerlan au XIV<sup>e</sup> siècle. Il fait ensuite pendant plusieurs siècles l'objet de disputes entre Moghols et Perses.

(8) Arrivée par le Sud de peuples australoïdes au IV<sup>e</sup> millénaire avant J.-C. ; vague de population mongoloïde de langue tibéto-birmane, occupant l'Est et le Centre du pays quelques siècles plus tard ; troisième migration au II<sup>e</sup> millénaire avant J.-C., avec installation de peuples de langue indo-aryenne, venus du Sud et de l'Ouest, dans la colline et la vallée de Katmandu (Bista, 1977).

Le vaste territoire qui fut celui de l'Inde avant la création en 1947 du Pakistan oriental et occidental<sup>(9)</sup>, connaît de grandes civilisations dès les temps très anciens. Les mouvements de population jouent un grand rôle dans le développement et le déclin de ces civilisations. Au début du troisième millénaire avant Jésus-Christ fleurit ainsi la civilisation de l'Indus, s'étendant du Pendjab indien à la mer d'Arabie. Elle tire sa force d'une agriculture très productive, en raison de sols riches en alluvions et de fortes disponibilités en eau, qui fournit une variété de récoltes, dont celle du coton. Des villes se développent alors. Les échanges avec des civilisations de l'Ouest, en particulier Sumer et l'Égypte, sont alors importants. Cette civilisation disparaît vers 1500 avant Jésus-Christ, en raison de l'invasion des Aryens ou de calamités naturelles<sup>(10)</sup> (Escap, 1982). Vers l'an 500 avant Jésus-Christ, se développe la civilisation aryenne, qui s'étend à l'est jusqu'à la vallée du Gange. L'agriculture est aussi florissante ; la population augmente alors en partie du fait de nouvelles vagues de migrations aryennes, en provenance d'Asie centrale. Le Sud de la péninsule indienne connaît la civilisation dravidiennne, les envahisseurs aryens ayant poussé vers le Sud les Dravidiens initialement installés dans la vallée de l'Indus. L'Inde du Sud est pendant longtemps divisée en de multiples royaumes, en état de guerre permanente les uns avec les autres.

Au Nord de l'Inde, l'empire Mauryan connaît son apogée sous Asoka (273-232 avant Jésus-Christ) ; il s'étend de l'Afghanistan au Bengale, en passant par les terres du Sud de l'Himalaya. Puis il y a, à partir du début du IV<sup>e</sup> siècle de notre ère, l'empire des Guptas, qui va de l'Indus au Brahmapoutre et inclut une large part de la péninsule indienne. Cette région connaît alors deux cents ans de stabilité politique, en particulier jusqu'aux invasions des Huns à la fin du V<sup>e</sup> siècle. Vient ensuite l'époque de l'Empire moghol, du XVI<sup>e</sup> au XVII<sup>e</sup> siècle, puis arrivent des commerçants portugais, hollandais, anglais et français. La Compagnie des Indes orientales<sup>(11)</sup> qui s'installe à l'époque moghole facilite ensuite la mainmise de l'administration britannique sur ces territoires.

## L'influence britannique

Tous les pays d'Asie du Sud ont fortement subi l'influence britannique (tableau annexe A.2). Les Britanniques se sont opposés aux Russes pour le contrôle de l'Afghanistan à partir de la fin des années 1830. Entre 1838 et 1842, se déroule la première guerre afghane qui se termine par une défaite de l'armée britannique mais, dans les années 1878-1880, la deuxième guerre afghane permet aux Britanniques de conquérir Kaboul. Une troisième guerre afghane, en 1919, débouche sur l'indépendance du pays. À l'issue d'une guerre visant à contrôler

(9) Le Pakistan oriental devient le Bangladesh en 1971.

(10) Des événements sismiques majeurs pourraient avoir conduit à un assèchement de la vallée de l'Indus, les eaux ayant été détournées vers le réseau gangétique.

(11) La Compagnie anglaise des Indes orientales était une entreprise commerciale qui avait obtenu de la reine Elisabeth I<sup>re</sup> le monopole du commerce dans l'océan indien.

les visées expansionnistes des Gurkhas, le Népal passe en 1815 sous tutelle britannique jusqu'à ce que, en 1923, la Grande-Bretagne reconnaisse son indépendance. L'annexion de l'Assam par les Britanniques dans les années 1820 accroît les tensions aux frontières du Bhoutan, ce qui conduit à des conflits jusqu'à la conclusion, en 1910, d'un traité avec la Grande-Bretagne plaçant le Bhoutan sous protectorat britannique. À partir du milieu du XX<sup>e</sup> siècle, le Bhoutan est largement sous le contrôle de l'Inde. Le Sri Lanka est, quant à lui, sous domination anglaise de 1815 à 1948. Ce sont les Anglais qui introduisent la culture du thé dans l'île, qui porte alors le nom de Ceylan. Les Maldives sont sous protectorat britannique de 1887 à 1965.

L'Inde est presque totalement sous administration britannique à partir du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'à son indépendance en 1947<sup>(12)</sup>. Les Britanniques unifient le pays, en particulier en construisant un réseau national de chemins de fer. Ils se préoccupent d'irrigation, de moyens de communication, du développement des industries minières, de la culture du jute et du thé, etc. L'administration britannique veut mieux connaître la population vivant sur le territoire indien et, pour cela, elle effectue un premier recensement, connu comme le recensement de 1872, mais qui s'échelonne en réalité sur la période 1867-1872 ; le premier recensement exhaustif et « instantané » est conduit en 1881. À partir de cette date jusqu'à aujourd'hui, l'Inde coloniale puis l'Inde indépendante réalisent un recensement tous les dix ans. Le dernier a été effectué en 2001.

## Diversité des populations et tensions politiques

L'histoire politique de cette région, comme la diversité de ses populations en termes d'origine ou de religion, s'est traduite par de nombreux conflits dont certains persistent encore aujourd'hui.

L'indépendance de l'Inde et la création du Pakistan, avec une partie orientale et une partie occidentale en 1947, s'accompagnent d'importants mouvements de population, des Indiens de religion hindoue migrant alors du Pakistan vers l'Inde tandis que d'autres, de religion musulmane, s'installent au Pakistan<sup>(13)</sup>. En 1971, éclate la guerre « de libération » du Pakistan oriental contre le Pakistan occidental, accusé par le premier de le dominer politiquement et économiquement ; elle conduit à la création du Bangladesh en décembre de la même année. Le problème du Cachemire reste une pomme de discorde entre l'Inde et le Pakistan, qui se sont affrontés à trois reprises à son propos. Le déplacement ou le franchissement de la ligne de démarcation entre Cachemire indien et Cachemire pakistanais conduit toujours à des affrontements, d'autant plus que les musulmans du Cachemire pakistanais tendent à se radicaliser. L'Afghanistan

---

(12) Jusqu'à cette date, l'histoire du Pakistan et du Bangladesh se confondent avec celle de l'Inde.

(13) Selon des chiffres parfois cités, dont la qualité reste inconnue, 10 millions de personnes auraient été déplacées lors de la partition entre l'Inde et le Pakistan, et 500 000 auraient trouvé la mort dans les affrontements d'alors.

est en proie à une série de conflits depuis une trentaine d'années, avec l'invasion soviétique en 1979, la prise du pouvoir par les Talibans en 1996, le renversement de leur régime à l'issue de la guerre de 2001 et une guérilla permanente. Le Sri Lanka connaît des affrontements qui peuvent être violents entre Cingalais, majoritaires dans l'île, et Tamouls. Les Maldives, devenues une république en 1968, doivent faire face à un coup d'État vingt ans plus tard. Lors de celui-ci, des Maldiviens bénéficient de l'aide de Tamouls en conflit avec les autorités du Sri Lanka mais, avec l'aide de l'Inde, le gouvernement des Maldives résiste à ce coup d'État. Le Bhoutan connaît des violences ethniques dans les années 1991-1993. L'Inde est quant à elle exposée à des violences intercommunautaires. Les autorités indiennes doivent lutter contre le séparatisme sikh dans les années 1980 et faire face depuis près de vingt ans à des tensions importantes entre fondamentalistes hindous et musulmans. Le Bangladesh subit lui aussi des actions violentes, de la part de groupes islamistes.

## V. Population et croissance depuis 1950

### Une croissance démographique encore rapide

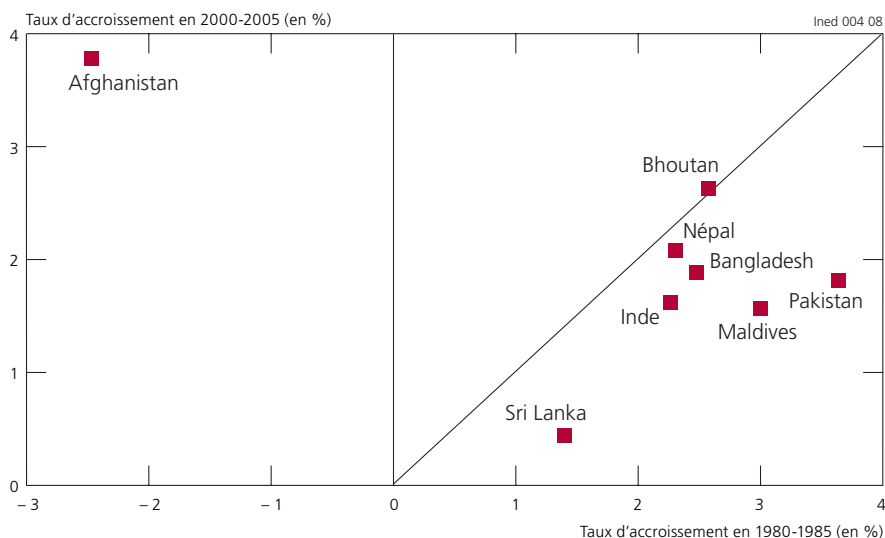
Au début des années 1950, les taux de croissance démographique des pays d'Asie du Sud (tableau A.3 en annexe) varient du simple au double – de 1,54 % en Afghanistan à 3,09 % au Bhoutan – et plusieurs pays enregistrent déjà des taux élevés : proche de celui du Bhoutan, le taux de croissance annuelle de la population du Sri Lanka dépasse 2,8 % et celui du Pakistan, moindre, excède tout de même 2 %. Au cours des décennies suivantes, dans tous les pays excepté le Sri Lanka, la croissance démographique s'accélère. L'Inde voit ainsi son taux de croissance annuel passer de 1,73 % dans les années 1950-1955 à 2,26 % trente ans plus tard, dans les années 1980-1985. Au cours de la même période, celui du Bangladesh s'accroît de 1,98 % à 2,47 % et celui du Pakistan passe de 2,15 % à 3,63 %. Entre 1980-1985 et 2000-2005, tous les pays, sauf l'Afghanistan, voient le taux de croissance de leur population se réduire (figure 1). En Afghanistan, sur la période 1980-1985, la croissance naturelle était largement positive, mais l'état de guerre avec l'Union soviétique a alors conduit à de très importants mouvements de réfugiés à destination du Pakistan et de l'Iran, et ces mouvements migratoires ont été d'une telle ampleur qu'ils ont eu pour conséquence un taux de croissance de la population totale négatif<sup>(14)</sup>.

Le Sri Lanka fait bien figure d'exception puisque le rythme d'accroissement de sa population ne cesse de ralentir depuis le début des années 1950 : de 2,8 % en 1950-1955, il se réduit à 2,1 % en 1970-1975, 1,4 % en 1980-1985, 1,1 % en 1990-1995 et finalement 0,4 % en 2000-2005, soit un contrôle quasi complet de la croissance en une cinquantaine d'années (tableau A.3 en annexe).

(14) Des chiffres de 2,5 à 3 millions de réfugiés vers le Pakistan et de 1,5 million vers l'Iran ont été avancés.

L'Inde, qui a mis en place un premier programme de planification familiale dès le tout début des années 1950, voit la croissance de sa population se ralentir depuis une vingtaine d'années mais, en 1990-1995, le taux d'accroissement excède toujours 2 % par an. Alors que les autorités indiennes visent depuis longtemps une stabilisation de la population, la vitesse de croissance de la population indienne est encore de 1,62 % par an en 2000-2005. Dans cette dernière période, les rythmes de croissance des populations du Pakistan et du Bangladesh restent quant à eux toujours supérieurs à 1,8 %, ce qui implique, sous une hypothèse de constance de ces taux, un doublement de la population de ces pays en moins de quarante années. Ces rythmes de croissance démographique élevés sur un demi-siècle ont conduit à un triplement de la population d'Asie du Sud entre 1950 et 2005, qui est passée de 478 millions à 1,518 milliard d'habitants.

**Figure 1. Évolution des taux d'accroissement de la population des pays d'Asie du Sud entre 1980-1985 et 2000-2005**



Source : Nations unies (2006a).

### L'Asie du Sud à l'horizon 2040 : une perspective de 600 millions d'habitants en plus

Les perspectives des Nations unies (révision 2006) conduisent, dans la variante moyenne, à une poursuite de la croissance des populations de la région au cours des prochaines décennies, celles-ci totalisant plus de 2,2 milliards d'habitants en 2040, soit 600 millions d'habitants de plus qu'aujourd'hui. Le poids démographique de cette région dans le monde s'accroîtrait alors légèrement, de 23,3 % en 2005 à 25,3 % en 2040. Selon cette variante moyenne des Nations unies, l'Inde compterait dans une trentaine d'années 1,6 milliard



d'habitants, le Pakistan 268 millions, le Bangladesh 239 millions, l'Afghanistan 66 millions, le Népal 47 millions, le Sri Lanka environ 20 millions, le Bhoutan 900 000 et les Maldives 476 000 habitants. À cet horizon, l'Inde serait déjà sensiblement plus peuplée que la Chine, dont la population s'élèverait alors à 1,45 milliard d'habitants.

Des perspectives élaborées en Inde à partir du recensement de 2001 et révisées en 2006 conduisent à un effectif de population en 2025 légèrement inférieur à celui projeté par les Nations unies (1,389 milliard contre 1,447) mais l'importance de cette différence de près de 60 millions doit être relativisée, car elle ne correspond qu'à un tout petit peu plus de deux années de naissances en Inde. En 2026, année terminale de ces projections, l'Inde compterait environ 1,4 milliard d'habitants (tableau 7). L'État le plus peuplé, l'Uttar Pradesh, aurait une population de 249 millions d'habitants, ce qui équivaut à la population de l'Inde entière en 1911. Trois autres États compteraient plus de 100 millions d'habitants : le Maharashtra (133 millions d'habitants), le Bihar (114 millions) et le Bengale-Occidental (101 millions). L'Andhra Pradesh, le Madhya Pradesh<sup>(15)</sup> et le Rajasthan auraient, à l'horizon 2026, respectivement 94 millions, 88 millions et 82 millions d'habitants.

**Tableau 7. Population, projetée au 1<sup>er</sup> mars 2026, des États indiens de plus de 20 millions d'habitants en 2001 (en milliers)**

État	Population projetée en 2026 (en milliers)
Andhra Pradesh	94 073
Assam	35 602
Bengale-Occidental	100 534
Bihar	113 847
Chhattisgarh	28 591
Gujarat	69 258
Haryana	31 087
Jharkhand	37 356
Karnataka	66 933
Kerala	37 254
Madhya Pradesh	87 729
Maharashtra	133 333
Pendjab	31 345
Rajasthan	81 501
Tamil Nadu	71 857
Uttar Pradesh	248 763
Inde	1 399 838

*Source* : Office of Registrar General & Census Commissioner (2006), [http://www.jsk.gov.in/projection\\_report\\_december2006.pdf](http://www.jsk.gov.in/projection_report_december2006.pdf)

(15) Trois nouveaux États ont été créés après le recensement de 1991 : l'Uttaranchal (devenu Uttarakhand), le Jharkhand et le Chhattisgarh par partition respectivement de l'Uttar Pradesh, du Bihar et du Madhya Pradesh, États indiens particulièrement peuplés.

## VI. Des transitions démographiques plutôt diversifiées

La comparaison des « modèles » de transition démographique sur un demi-siècle (figure 2) ne permet ni de dégager un type de transition propre à la région, ni des transitions très contrastées entre les pays. Seuls se distinguent véritablement l'Afghanistan et le Sri Lanka, le premier par le maintien d'une natalité élevée, le second par un recul important de celle-ci.

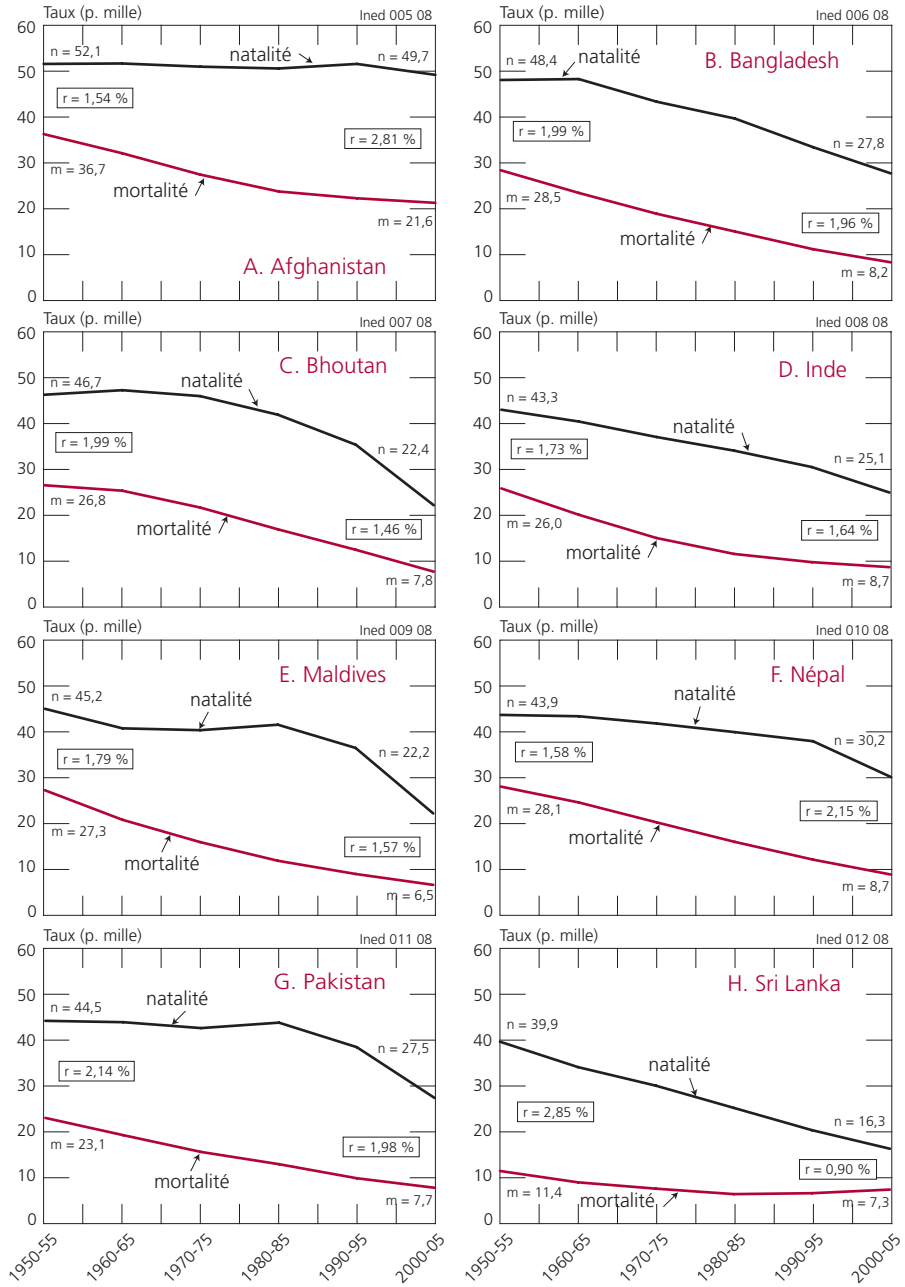
Selon les données de la révision 2006 des Nations unies (2007a), les niveaux de mortalité varient très fortement entre les deux pays extrêmes (tableau A.3 en annexe). Au cours des années 1950-1955, le taux de mortalité générale s'élevait à près de 37 ‰ en Afghanistan, contre un peu plus de 11 ‰ au Sri Lanka. Dans les autres pays de la région, les taux de mortalité s'échelonnaient de 23 ‰ à 28 ‰ au commencement de la décennie 1950. La baisse de la mortalité a été générale et les taux bruts de mortalité de l'ensemble des pays sont, en 2000-2005, compris entre 6,5 ‰ et 8,7 ‰, à l'exclusion de celui de l'Afghanistan estimé, dans ces années, à 21,6 ‰.

L'Afghanistan et le Sri Lanka représentent aussi des situations extrêmes pour ce qui est de la natalité. Celle-ci n'a guère varié en Afghanistan au cours des cinquante dernières années, puisque les taux bruts estimés sont de 52,1 ‰ en 1950-1955 et de 49,7 ‰ en 2000-2005. En revanche, au cours de cette même période, la natalité n'a cessé de décroître au Sri Lanka et le taux de natalité a été divisé par plus de deux entre 1950-1955 et 2000-2005, passant de 39,9 ‰ à 16,3 ‰. Dans les autres pays de la région, la natalité, toujours très élevée au début des années 1950 (comprise entre 43 ‰ et 49 ‰), a également diminué de moitié en une cinquantaine d'années, pour se situer entre 22 ‰ et 30 ‰ en 2000-2005, à un niveau qui reste nettement supérieur à celui du Sri Lanka. Seul ce dernier pays (figure 1) est sur la voie de l'achèvement de sa transition démographique.

L'Inde a enregistré une baisse tendancielle de la natalité sur un demi-siècle, mais celle-ci reste très inférieure à l'objectif que se fixe le gouvernement indien lors de chaque plan quinquennal, ce qui contraint le gouvernement à réviser fréquemment les objectifs de natalité et de fécondité (Rajan et Véron, 2006). La jeunesse de la population indienne est un frein à la baisse de la natalité : cet effet de la structure par âge (le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants est élevé) explique que la baisse de la fécondité générale ne se traduise que partiellement en baisse de la natalité. Mais la fécondité observée est aussi supérieure à la fécondité désirée, en raison d'un accès limité à la contraception, particulièrement dans les régions les plus pauvres et où la population est la moins instruite.

La transition démographique des pays d'Asie du Sud au cours du dernier demi-siècle écoulé peut aussi être considérée à partir des taux de croissance démographique en début et en fin de période. En Afghanistan, par exemple, le taux d'accroissement annuel de la population a progressé de 1,54 % en 1950-1955 à 2,81 % en 2000-2005, en raison de la diminution assez régulière de la

Figure 2. La transition démographique en Asie du Sud (évolution des taux de natalité et de mortalité)



Source : Nations unies (2006).

mortalité, alors que la natalité est restée pratiquement constante (figure 2A). Par contre, au Bangladesh (figure 2B), le taux de croissance n'a pratiquement pas varié (1,99 % au début et 1,96 % en fin de période) : les évolutions à la baisse de la mortalité et de la natalité ont été de même intensité, la diminution de la mortalité ayant été plus précoce mais la baisse de la natalité plus rapide par la suite. Au Bhoutan (figure 2C), le taux de croissance des années 1950-1955, qui était comme au Bangladesh de 1,99 % en début de période, a diminué sensiblement pour atteindre 1,46 % en 2000-2005 : dans ce pays, la natalité a baissé plus rapidement que la mortalité. En Inde (figure 2D), le taux de croissance est de moins de 0,1 point inférieur au niveau d'il y a cinquante ans. Au cours du dernier demi-siècle, l'Inde a en fait enregistré une forte accélération de sa croissance, le taux d'accroissement avoisinant 2,3 % dans les années 1980-1985. Par rapport à ces années-là, le ralentissement de la croissance est plus important (diminution de plus de 0,6 point). Aux Maldives (figure 2E), le taux de croissance de la population a baissé de 0,2 point en un demi-siècle : la mortalité a reculé régulièrement alors que la natalité est longtemps restée à un niveau élevé avant de connaître une diminution importante au cours des vingt dernières années. Au Népal (figure 2F), le taux de croissance de la population a augmenté assez fortement, passant de 1,58 % à 2,15 %, la mortalité ayant diminué plus rapidement que la natalité, même si la baisse de la natalité s'est accélérée au cours des dix dernières années. Au Pakistan (figure 2G), le rythme de croissance de la population a légèrement baissé, passant de 2,14 % au début des années 1950 à 1,98 % au début des années 2000. Enfin, la transition était déjà en cours au Sri Lanka (figure 2H) dans les années 1950, ce qui explique la croissance alors assez rapide de la population : 2,85 %. La mortalité était déjà basse, tandis que la natalité était encore élevée. La transition est aujourd'hui achevée et le taux d'accroissement de la population du Sri Lanka est inférieur à 1 %.

## VII. Une nuptialité toujours précoce et intense

Particulièrement précoce en Inde à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, puisque l'âge moyen des femmes au premier mariage n'est que de 13 ans en 1886-1891, la nuptialité féminine l'est encore dans la décennie 1950, malgré une sensible élévation (16 ans dans la période 1951-1961) (Escap, 1982). Les hommes se marient beaucoup plus tard, leur âge moyen au mariage étant de 20 ans en 1886-1891 et de 22,3 ans dans les années 1951-1961. Au Bangladesh et au Pakistan, la nuptialité féminine est toujours très précoce au début des années 1950 – l'âge moyen au mariage est de 14,4 ans – et la différence avec les hommes est marquée puisqu'ils se marient en moyenne à 22,4 ans (Escap, 1981). Des données concernant les années 1960 à Karachi indiquent que la nuptialité féminine est nettement plus tardive en milieu urbain (âge moyen de 19 ans en 1962) et que les différences entre groupes sociaux sont faibles (Cicred, 1974a).

Dans la décennie 1961-1971, l'âge moyen au mariage des femmes est estimé à 17 ans en Inde<sup>(16)</sup>. Au Sri Lanka, il est dans les années 1960 déjà beaucoup plus élevé que dans les autres pays, puisqu'il atteint presque 23 ans en 1961 (Cicred, 1974b).

Les pays pour lesquels des données récentes permettent d'apprécier les comportements actuels de nuptialité (Bangladesh, Inde et Népal) se caractérisent par une nuptialité féminine toujours précoce et quasi universelle (tableaux 8a, 8b et 8c ; tableau annexe A.4). Selon l'enquête démographique et de santé du Bangladesh de 2004, l'âge médian des femmes au premier mariage est ainsi, pour le groupe d'âges 20-49 ans, inférieur à 15 ans. La nuptialité semble seulement un peu plus tardive dans les générations récentes (femmes âgées de 25-29 ans au moment de l'enquête) que dans les plus anciennes – 15 ans contre 14 ans –, même si les données ne sont pas strictement comparables puisque les premiers mariages n'ont pas forcément eu le temps de se produire tous dans les générations les plus récentes (si les mariages plus tardifs sont assez nombreux, l'âge médian au mariage sera plus élevé). En Inde, en 2005-2006, l'âge médian au premier mariage des femmes ayant entre 20 et 50 ans au moment de l'enquête est de 17,2 ans, soit deux années et demie de plus qu'au Bangladesh. Là aussi, cet âge médian est plus élevé pour les générations les plus récentes : il est, pour les femmes de 20-24 ans, de près de deux ans plus élevé que celui calculé pour les femmes de 45-49 ans. Au Népal, l'âge médian au mariage est également de 17 ans en 2006. En revanche, le modèle de nuptialité est radicalement différent au Sri Lanka, où l'âge moyen au premier mariage des femmes est bien plus élevé puisqu'il est de 22,9 ans en 2003. Ce niveau avait en réalité déjà été atteint dès le début des années 1960, l'âge moyen au mariage des femmes fluctuant ensuite autour de l'âge de 23 ans (Cicred, 1974b).

Une autre façon d'apprécier la précocité des mariages est de considérer la proportion de femmes déjà mariées à des âges jeunes : 15 ans, 18 ans, 20 ans, etc. (tableaux 8a, 8b et 8c). Au Bangladesh, la moitié des femmes de 25-29 ans en 2004 étaient déjà mariées à 15 ans, contre un quart des Indiennes et 13 % des Népalaises du même groupe d'âges. Les résultats de ces enquêtes conduites dans les années 2000 montrent que parmi les femmes de 25-29 ans, 80 % étaient déjà mariées à 18 ans au Bangladesh, 60 % au Népal et 55 % en Inde. La tendance générale est à un mariage moins précoce chez les femmes puisque les proportions de femmes mariées à 15 ans, 18 ans, 20 ans, etc. diminuent au fil des générations. Pour les hommes, les diminutions sont moins générales mais il y a aussi un certain recul de l'âge au mariage en Inde et au Népal.

---

(16) Avec une grande variété régionale puisque des données établies par district pour l'année 1971 font apparaître un âge moyen au mariage des filles variant de 13 ans à 23 ans (Goyal, 1988).

**Tableau 8a. Proportion de personnes mariées selon l'âge et âge au premier mariage au Bangladesh en 2004**

Groupe d'âges	Femmes						
	Proportion de femmes mariées pour la première fois par âge exact (en %)					Proportion de femmes jamais mariées (en %)	Âge médian au premier mariage
	15 ans	18 ans	20 ans	22 ans	25 ans		
15-19 ans	26,7	–	–	–	–	52,1	–
20-24 ans	37,3	68,4	78,6	–	–	15,2	16,0
25-29 ans	50,5	79,7	87,6	91,3	94,4	4,2	15,0
30-34 ans	54,2	83,7	90,5	94,1	97,1	1,2	14,7
35-39 ans	58,7	84,6	93,5	96,3	97,8	0,4	14,5
40-44 ans	61,6	88,7	95,0	97,2	98,3	0,3	14,2
45-49 ans	71,4	91,7	95,8	97,5	99,0	0,0	13,9
20-49 ans	52,4	80,5	88,4	–	–	5,0	14,8
Groupe d'âges	Hommes						
	Proportion d'hommes mariés pour la première fois par âge exact (en %)					Proportion d'hommes jamais mariés (en %)	Âge médian au premier mariage
	15 ans	18 ans	20 ans	22 ans	25 ans		
15-19 ans	0,2	–	–	–	–	96,6	–
20-24 ans	0,4	4,4	15,3	–	–	65,6	–
25-29 ans	1,1	5,3	14,9	30,1	54,0	29,4	24,4
30-34 ans	0,4	5,7	15,9	28,7	52,8	9,5	24,6
35-39 ans	0,3	6,9	14,9	28,1	48,5	4,0	25,1
40-44 ans	0,5	5,1	13,1	29,3	49,7	0,2	25,0
45-49 ans	0,2	5,8	18,0	32,8	56,6	0,3	23,7
50-54 ans	0,8	10,3	29,2	47,6	64,8	0,0	22,3
25-54 ans	0,5	6,1	16,5	31,3	53,5	8,8	24,5

Source : EDS 2004.

Classiquement, la nuptialité des hommes est plus tardive que celle des femmes. Ainsi, au Bangladesh, en 2004, 79 % des femmes de 20-24 ans étaient déjà mariées à 20 ans contre seulement 15 % des hommes du même âge ; 30 % des hommes de 25-29 ans étaient mariés à 22 ans alors que la proportion pour les femmes excède 90 %. L'enquête de 2006 au Népal montre que la différence de comportement entre hommes et femmes au regard de la nuptialité y est moins marquée : 87 % des femmes de 25-29 ans et 56 % des hommes étaient déjà mariés à l'âge de 22 ans. Le modèle de nuptialité de l'Inde s'apparente à celui du Bangladesh avec un calendrier de la nuptialité des hommes beaucoup plus tardif que celui des femmes, mais les hommes de 25-29 ans déjà mariés à 20 ans sont toutefois plus nombreux en Inde (26 %) qu'au Bangladesh (15 %). Les données régionales sur l'âge au premier mariage font apparaître une grande diversité dans les comportements de nuptialité en Inde (NFHS, 2005-2006).

**Tableau 8b. Proportion de personnes mariées selon l'âge et âge au premier mariage en Inde en 2005-2006**

Groupe d'âges	Femmes						
	Proportion de femmes mariées pour la première fois par âge exact (en %)					Proportion de femmes jamais mariées (en %)	Âge médian au premier mariage
	15 ans	18 ans	20 ans	21 ans	25 ans		
15-19 ans	11,9	–	–	–	–	69,6	–
20-24 ans	18,2	47,4	64,4	–	–	24,3	18,3
25-29 ans	25,4	55,4	72,4	78,6	91,3	5,8	17,4
30-34 ans	28,5	61,2	76,5	82,0	93,2	1,8	16,8
35-39 ans	31,0	63,4	79,1	84,3	83,8	1,1	16,6
40-44 ans	32,4	64,6	79,8	85,5	94,6	0,8	16,5
45-49 ans	32,9	64,2	79,1	85,1	94,5	0,6	16,5
20-49 ans	26,9	57,9	74,0	–	–	7,4	17,2
Groupe d'âges	Hommes						
	Proportion d'hommes mariés pour la première fois par âge exact (en %)					Proportion d'hommes jamais mariés (en %)	Âge médian au premier mariage
	15 ans	18 ans	20 ans	21 ans	25 ans		
15-19 ans	1,3	–	–	–	–	95,4	–
20-24 ans	2,8	9,5	18,8	–	–	66,1	–
25-29 ans	4,1	13,3	25,6	32,3	58,5	29,4	23,7
30-34 ans	6,3	18,1	31,0	38,8	63,6	8,7	22,7
35-39 ans	6,2	18,5	31,9	41,0	66,3	3,0	22,3
40-44 ans	8,0	19,9	34,7	43,6	68,2	1,9	22,0
45-49 ans	6,6	18,5	31,9	41,3	67,1	1,1	22,4
50-54 ans	7,1	17,9	31,7	39,9	65,3	1,6	22,5
20-49 ans	5,4	15,7	28,2	–	–	22,0	23,4

Source : NFHS, 2005-2006.

Ainsi, alors qu'à l'échelle de l'Inde entière, 46 % des femmes de 18-29 ans étaient déjà mariées à l'âge de 18 ans, cette proportion est inférieure à 12 % à Goa et avoisine 64 % au Bihar. Les écarts sont importants aussi pour les hommes : 27 % des Indiens de 21-29 ans étaient déjà mariés à 21 ans, mais ces proportions vont de 2 % seulement au Kerala à plus de 49 % au Rajasthan.

Au Bangladesh, en Inde ou au Népal, le célibat féminin reste un phénomène extrêmement rare : la proportion la plus élevée de femmes de 45-49 ans qui n'ont jamais été mariées est observée au Népal où elle n'est que de 1,2 %. Chez les hommes aussi le célibat reste exceptionnel : les proportions d'hommes de 45-49 ans toujours célibataires sont du même ordre de grandeur que chez les femmes. Il s'agit là de générations anciennes : le recul de l'âge au mariage peut s'accompagner, dans les générations plus récentes, d'une progression du célibat définitif.

**Tableau 8c. Pourcentage de personnes mariées selon l'âge et âge au premier mariage au Népal en 2006**

Groupe d'âges	Femmes						
	Proportion de femmes mariées pour la première fois par âge exact (en %)					Proportion de femmes jamais mariées (en %)	Âge médian au premier mariage
	15 ans	18 ans	20 ans	22 ans	25 ans		
15-19 ans	5,5	–	–	–	–	67,7	–
20-24 ans	10,2	51,4	70,9	–	–	17,9	17,9
25-29 ans	13,3	60,2	77,3	87,3	93,6	4,4	17,3
30-34 ans	15,3	59,9	79,0	88,4	94,0	1,6	17,3
35-39 ans	15,4	65,0	81,3	90,2	96,4	1,4	16,9
40-44 ans	19,7	65,0	81,9	90,7	94,9	1,3	16,8
45-49 ans	24,7	69,4	84,7	91,9	95,6	1,2	16,5
20-49 ans	15,3	60,4	78,1	–	–	6,0	17,2
Groupe d'âges	Hommes						
	Proportion d'hommes mariés pour la première fois par âge exact (en %)					Proportion d'hommes jamais mariés (en %)	Âge médian au premier mariage
	15 ans	18 ans	20 ans	22 ans	25 ans		
15-19 ans	0,7	–	–	–	–	89,5	–
20-24 ans	1,8	15,5	32,9	–	–	44,1	–
25-29 ans	4,5	24,5	41,3	56,2	76,7	14,0	21,0
30-34 ans	4,2	26,9	48,2	63,8	80,9	1,1	20,2
35-39 ans	4,1	29,1	50,5	67,2	83,1	0,2	19,9
40-44 ans	2,2	23,8	52,2	70,9	87,3	0,7	19,8
45-49 ans	4,8	29,3	49,6	68,6	81,0	1,0	20,0
20-49 ans	3,5	24,2	44,8	60,9	76,0	12,5	20,6

Source : EDS, 2006.

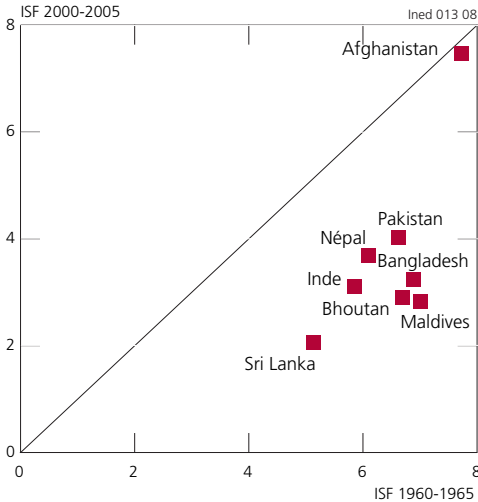
## VIII. Une transition de la fécondité en cours

### Un nombre moyen d'enfants par femme variant du simple au double

Au début des années 1950, la fécondité est dans tous les pays d'Asie du Sud encore très élevée, puisqu'elle est comprise entre 5,7 enfants par femme au Sri Lanka et 7,7 en Afghanistan (tableau A.5 en annexe). En Inde et au Népal, la fécondité est comparable à cette époque (5,9 et 6,1 enfants par femme) ; au Pakistan, au Bangladesh et au Bhoutan, elle est sensiblement plus élevée (6,6-6,7 enfants par femme) ; aux Maldives, elle est plus forte encore (7 enfants par femme) sans atteindre le niveau afghan (7,7).



**Figure 3. Évolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1960-1965 et 2000-2005**



Source : Nations unies, 2007a.

2 enfants en moyenne en 2000-2005, alors qu'elle n'est toujours pas amorcée en Afghanistan. Ailleurs, la transition de la fécondité est en cours, mais les pays sont plus ou moins avancés dans ce processus : le nombre moyen d'enfants par femme est aujourd'hui de 2,8 aux Maldives et 2,9 au Bhoutan, de 3,1 en Inde et 3,2 au Bangladesh, de 3,7 au Népal et 4,0 au Pakistan. L'Afghanistan fait vraiment figure d'exception (figure 3).

L'Afghanistan excepté où, selon les estimations des Nations unies, la fécondité continue de fluctuer entre 7,5 et 8 enfants par femme dans les décennies suivantes, tous les pays de la région ont enregistré une forte baisse de la fécondité entre 1950-1955 et 2000-2005 : en une cinquantaine d'années, le nombre moyen d'enfants par femme a diminué de l'ordre de 40 % au Népal et au Pakistan, de 47 % en Inde, de plus de 50 % au Bangladesh et au Bhoutan, de 60 % aux Maldives et de 65 % au Sri Lanka. Dans ce dernier pays, la transition de la fécondité est achevée, les femmes ayant à peine plus de

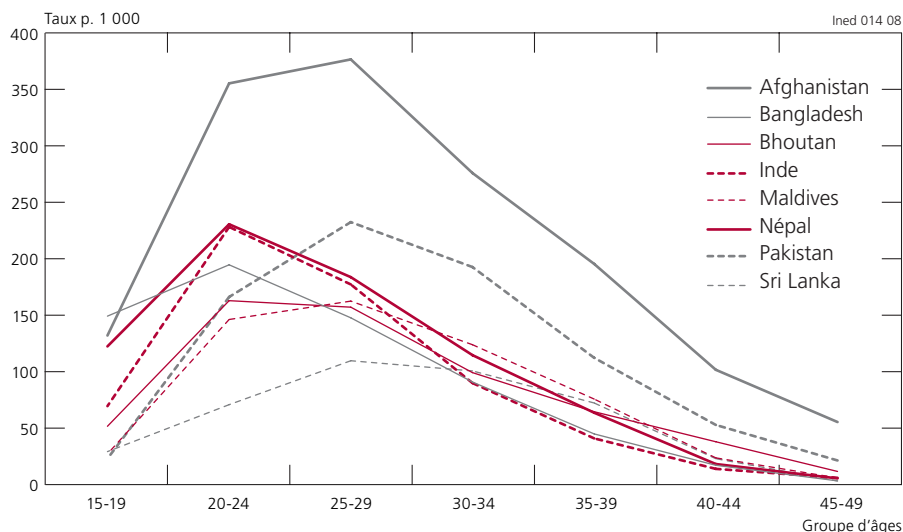
**Tableau 9. Âge médian à la première naissance (femmes de 20 à 49 ans) et proportion d'adolescentes (femmes de 15-19 ans) ayant débuté leur vie féconde**

	Âge médian à la première naissance (en années)		Proportion d'adolescentes ayant débuté leur vie féconde (en %)
	25-29 ans	40-49 ans	
Afghanistan	–	–	–
Bangladesh (2004)	17,7	16,9	32,7
Bhoutan	–	–	–
Inde (2005-2006)	19,9	20,2	12,1
Maldives	–	–	–
Népal (2006)	19,6	20,1	21,4
Pakistan (1990-1991)*	21,0	22,6	15,7
Sri Lanka (2000)	23,2**		–

\* La dernière enquête EDS du Pakistan date de 2006 mais les résultats ne sont pas encore disponibles.  
 \*\* Âge moyen à la première naissance.  
 Sources : enquêtes EDS et NFHS-3

Liée à la précocité du mariage et en l'absence notable de fécondité hors mariage, la vie reproductive des femmes commence toujours très tôt dans la plupart des pays (tableau 9). L'âge médian à la première naissance est ainsi inférieur à 18 ans au Bangladesh en 2004 et, à cet âge, près de 33 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde. En Inde, d'après l'enquête NFHS-3 (2005-2006), l'âge médian à la première naissance est de 20 ans ; les proportions de femmes âgées de 15 à 19 ans ayant eu un premier enfant s'accroissent rapidement avec l'âge : 1,3 % à 15 ans, 4,1 % à 16 ans, 8,6 % à 17 ans, 17,9 % à 18 ans et 29,7 % à 19 ans<sup>(17)</sup>. En revanche, au Sri Lanka, la fécondité est beaucoup plus tardive et ce n'est pas un phénomène récent : l'âge moyen à la naissance du premier enfant était déjà de 24 ans en 1987 et il est de 23 ans en 2000.

**Figure 4. Taux de fécondité par groupe d'âges en 2000-2005 dans les pays d'Asie du Sud**



Source : Nations unies, 2007a.

Les profils de fécondité par âge en 2000-2005 tels qu'ils ressortent des données des Nations unies sont révélateurs de l'état d'avancement de la transition de la fécondité dans chaque pays de la région (tableau 10 et figure 4) : en Afghanistan, la transition n'est pas encore amorcée, au Sri Lanka elle est achevée et dans les autres pays d'Asie du Sud, elle est en cours. La fécondité par âge évolue de manière comparable aux Maldives, en Inde, au Bangladesh, au Bhoutan et au Népal, même si les taux à chaque âge peuvent varier. Le Pakistan se singularise par une fécondité à partir du groupe d'âges 25-29 ans nettement supérieure à celle des autres pays, ce qui tient à une moindre pratique contraceptive.

(17) Comme toujours, les données régionales permettent de mettre en évidence la diversité indienne : la proportion de femmes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant né vivant est de 12,1 % pour l'Inde entière ; elle n'est que de 2,1 % dans l'Himachal Pradesh et elle avoisine 21 % dans le Jharkhand.

**Tableau 10. Taux de fécondité par groupe d'âges en 2000-2005 dans les pays d'Asie du Sud (pour mille)**

Pays	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Afghanistan	131,9	356,9	378,3	276,9	195,8	101,3	54,7
Bangladesh	149,2	195,0	147,7	90,4	44,1	16,1	2,2
Bhoutan	50,9	163,0	157,2	98,8	63,9	37,1	10,6
Inde	68,9	228,8	177,5	89,5	40,1	12,9	4,9
Maldives	26,2	146,2	162,6	123,7	75,2	22,7	4,8
Népal	122,2	231,2	184,0	114,4	63,0	17,2	4,4
Pakistan	22,0	166,3	233,1	193,0	112,0	52,1	20,4
Sri Lanka	28,3	70,2	109,4	100,3	71,7	22,0	2,1

Source : Nations unies, 2007a.

**Tableau 11a. Évolution des taux de fécondité par groupe d'âges au Sri Lanka entre 1963 et 2000 (pour 1 000)**

Groupe d'âges	1963	1975	1987	1993	2000
15-19	52	31	38	35	27
20-24	228	146	147	110	83
25-29	278	161	161	134	118
30-34	240	158	122	104	98
35-39	157	126	71	54	40
40-44	46	43	23	14	8
45-49	7	6	3	4	1

Sources : recensement de 1963 ; *World Fertility Survey* pour l'année 1975 ; enquêtes EDS pour les années 1987, 1993 et 2000.

**Tableau 11b. Évolution des taux de fécondité par groupe d'âges en Inde entre 1970-1972 et 2005-2006 (pour 1 000)**

Groupe d'âges	1970-1972	1980-1982	1992-1993	1998-1999	2005-2006
15-19	103	89	116	107	90
20-24	254	246	231	210	209
25-29	259	231	170	143	139
30-34	203	165	97	69	62
35-39	134	100	44	28	25
40-44	63	46	15	8	7
45-49	27	21	5	3	3

Sources : SRS pour les années 1970-1972 et 1980-1982 ; NFHS pour les années 1992-1993, 1998-1999 et 2005-2006.

Les évolutions de la fécondité par âge sont très contrastées entre un pays en fin de transition démographique comme le Sri Lanka et un pays en cours de transition comme l'Inde (tableaux 11a et 11b ; figures 5a et 5b). Au Sri Lanka,

entre 1963 et 2000, la fécondité a diminué à tous les âges en relation avec une forte pratique contraceptive (le taux de prévalence contraceptive est de 70 % en 2000) et aux jeunes âges, les taux de fécondité sont relativement bas en raison d'un mariage tardif : le taux de fécondité est inférieur à 30 pour 1 000 à 15-19 ans et il est légèrement supérieur à 80 pour 1 000 à 20-24 ans. L'évolution de la fécondité en Inde se caractérise quant à elle principalement par une baisse de la fécondité au-delà de l'âge de 25 ans. Le taux de fécondité par âge est encore de 90 pour 1 000 à 15-19 ans en 2005-2006 et il dépasse 200 pour 1 000 à 20-24 ans. La courbe de fécondité par âge de l'Inde est caractéristique d'une population où la pratique contraceptive est bien installée mais où le retard de l'entrée en vie féconde, par une augmentation de l'âge au mariage et un développement de la contraception au début de la vie en couple, reste encore limité. Nous y reviendrons.

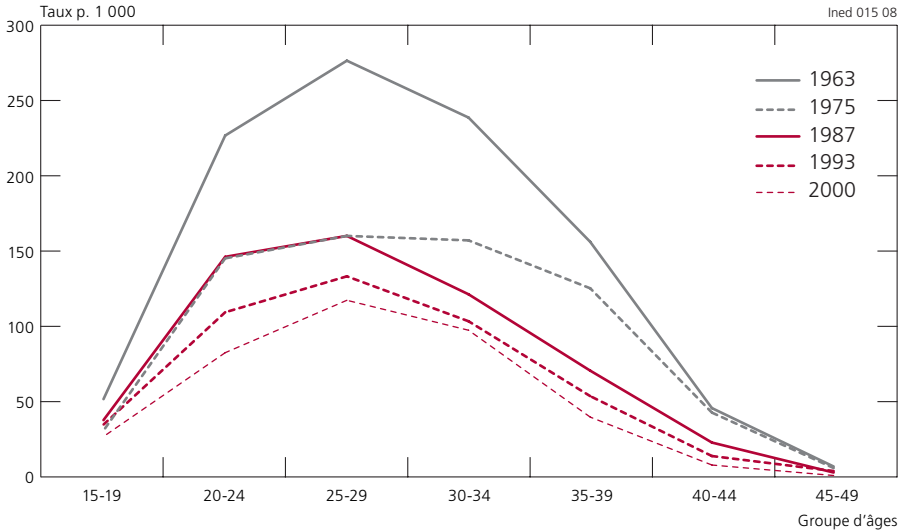
Au Bangladesh, en 2004, le taux de fécondité est plus élevé encore qu'en Inde à 15-19 ans (135 pour 1 000 en 2004), mais il n'est qu'un peu moindre à 20-24 ans (192 contre 209 pour 1 000) et devient comparable à 25-29 ans. Au Népal en 2006, le taux de fécondité du groupe d'âges 15-19 ans est moindre qu'au Bangladesh (il avoisine 100 pour 1 000) mais il est en revanche nettement supérieur à 20-24 ans (234 pour 1 000). À 25-29 ans, il est de 10 points supérieur aux niveaux de l'Inde et du Bangladesh.

Les enquêtes menées dans la décennie 2000 font apparaître des écarts de fécondité plus ou moins marqués selon le milieu d'habitat mais partout importants en fonction du niveau d'instruction des femmes (tableau 12). Les écarts sont non négligeables entre fécondités urbaine et rurale : 0,7 enfant par femme au Bangladesh en 2004, 0,9 en Inde en 2005-2006 et 1,2 au Népal en 2006, et ils sont encore plus marqués selon le niveau d'instruction des femmes. Au Bangladesh, les femmes sans aucune instruction mettent au monde en moyenne 3,6 enfants contre 2,2 seulement pour les plus instruites. En Inde, les femmes sans instruction ont une fécondité identique à celle des femmes du Bangladesh dans la même situation tandis que les femmes très instruites – ayant fait au moins 12 ans d'études – ne mettent plus au monde que 1,8 enfant. Au Népal en 2006, l'écart est de deux enfants entre les femmes sans instruction et les femmes les plus instruites. Dans cette région comme dans le reste du monde, l'éducation est une variable-clé des transitions de fécondité.

Les évolutions des taux nets de reproduction<sup>(18)</sup> synthétisent celles de la mortalité et de la fécondité. Il apparaît que le Sri Lanka n'assure plus tout à fait le remplacement de sa population, avec un taux net de reproduction de 0,96 fille par femme en 2000-2005 (tableau A.5). L'Afghanistan continue quant à lui d'avoir un taux de reproduction très élevé puisqu'il est, sur la même période, de l'ordre de 2,3. Le taux net de reproduction des autres pays est compris entre 1,2 (Maldives et Bhoutan) et 1,7 (Pakistan).

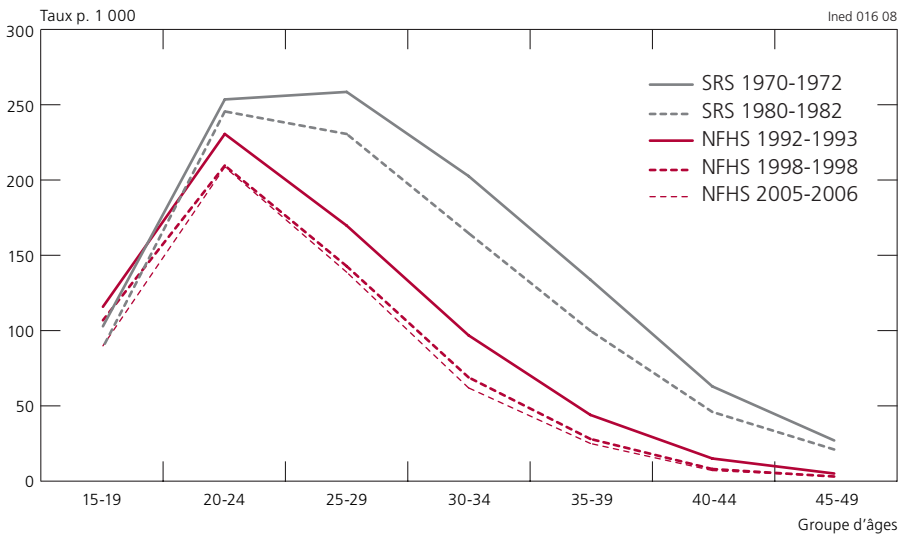
(18) Nombre moyen de filles que mettrait au monde une femme dans les conditions de fécondité du moment, en tenant compte de la mortalité jusqu'à la fin de sa vie féconde.

Figure 5a. Évolution des taux de fécondité par groupe d'âges au Sri Lanka entre 1963 et 2000 (pour 1 000)



Sources : recensement de 1963 ; World Fertility Survey 1975 ; enquêtes EDS 1987, 1993 et 2000.

Figure 5b. Évolution de la fécondité par groupe d'âges en Inde entre 1970-1972 et 2005-2006



Sources : Véron, 1997 et NFHS, 2005-2006.

Tableau 12. Évolution de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction des femmes

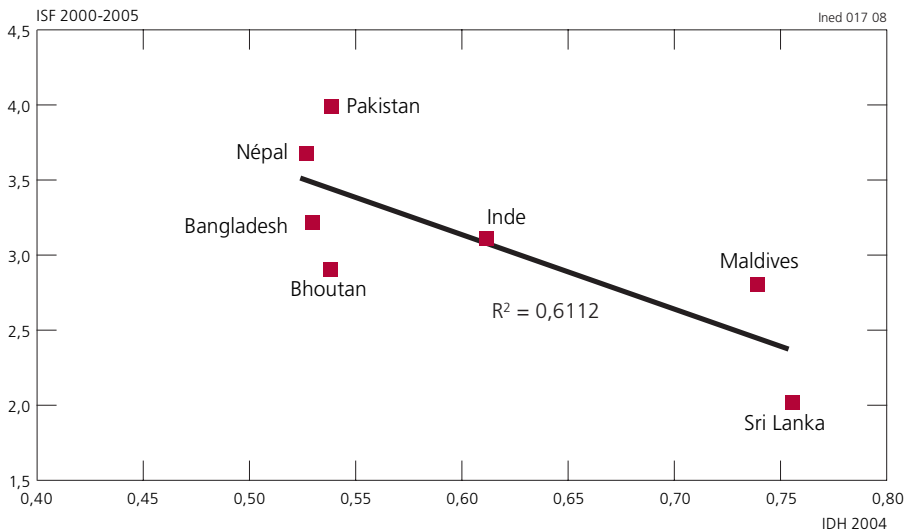
	Milieu de résidence		Niveau d'instruction				Dont au moins 10 ans d'études
	Urbain	Rural	Analphabète	Primaire incomplet	Primaire complet ou niveau intermédiaire	Secondaire complet ou plus	
Bangladesh 1999-2000 2004	2,45	3,54	4,12	3,30	3,42	2,40	-
	2,50	3,20	3,60	3,30	2,90	2,20	-
Inde 1992-1993 1998-1999 2005-2006	2,70	3,67	4,03	3,01	2,49	2,15	-
	2,27	3,07	3,47	2,64	2,26	1,99	-
	2,06	2,98	3,55	2,45*	2,51**	2,23***	2,08****
							1,8*****
Népal 1996 2006	2,85	4,83	5,08	-	3,78	2,51	-
	2,10	3,30	3,90	2,80	2,30	1,80	-
Pakistan 1990-1991	4,90	5,60	5,70	4,90	4,50	3,60	-

\* moins de 5 ans d'études, \*\* 5-7 années d'études, \*\*\* 8-9 ans d'études, \*\*\*\* 10-11 ans d'études, \*\*\*\*\* 12 ans d'études ou plus.  
Sources : enquêtes EDS et NFHS.

## Une fécondité en relation avec le développement social et sanitaire

La relation inverse entre fécondité et développement, telle qu'elle peut être appréhendée en mettant en regard, pour chaque pays, les indices synthétiques de fécondité de la période 2000-2005 et les indicateurs de développement humain en 2004, est dans l'ensemble vérifiée puisque les pays où la fécondité est la plus élevée sont aussi ceux qui ont tendance à avoir les indicateurs de développement les plus bas (figure 6 ; tableau annexe A. 13). Ainsi, au Népal ou au Pakistan, la fécondité est bien plus élevée qu'au Sri Lanka et l'indicateur de développement humain bien inférieur. Mais cette relation n'est pas pour autant très forte : les indicateurs de développement du Bhoutan et du Pakistan sont quasiment identiques tandis que la différence de fécondité entre ces deux pays atteint un enfant par femme. Par ailleurs, la fécondité est, au Bhoutan, pratiquement la même qu'aux Maldives (respectivement 2,91 et 2,81 enfants par femme en 2000-2005) alors que l'indicateur de développement humain diffère sensiblement (0,54 au Bhoutan, 0,74 aux Maldives). Le coefficient de détermination  $R^2$  de cette relation est très légèrement supérieur à 0,6.

Figure 6. Relation entre indice synthétique de fécondité de la période 2000-2005 et indicateur de développement humain en 2004

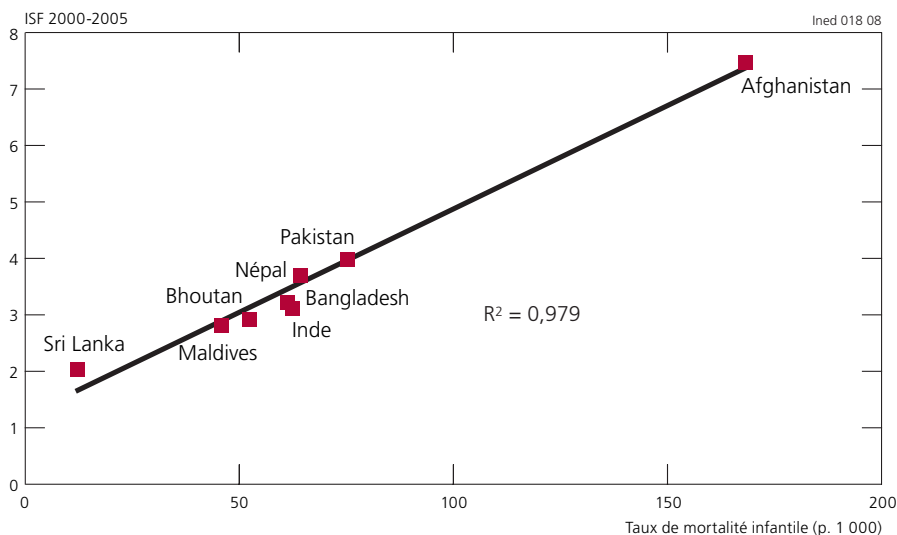


Sources : Nations unies (2007a) et Pnud (2006).

La relation – directe celle-ci – entre fécondité et mortalité infantile est aussi attestée sur la période 2000-2005 : le Sri Lanka cumule basse fécondité et faible mortalité infantile tandis que l'Afghanistan combine forte fécondité et mortalité infantile élevée (figure 7). La corrélation est particulièrement élevée puisque le coefficient de détermination  $R^2$  avoisine 0,98. Rappelons que cette

relation directe entre fécondité et mortalité infantile est attestée dans toutes les régions du monde (Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Tabutin et Schoumaker, 2005 ; Guzmán *et al.*, 2006).

**Figure 7. Relation entre indice synthétique de fécondité et taux de mortalité infantile dans la période 2000-2005**



Source : Nations unies, 2007a.

La baisse de la fécondité est liée au développement économique ou social mais elle peut résulter aussi, du moins en partie, des politiques de population éventuellement mises en place. À cet égard, le cas de l'Inde est intéressant puisque ce pays a été le premier grand pays à mettre en place un programme de planification familiale, dès le tout début des années 1950, puis à essayer d'adopter une véritable politique de population (Srinivasan, 1995). Au cours des décennies qui ont suivi, le rythme de la croissance démographique s'est accéléré et les objectifs, particulièrement en termes de natalité, ont dû faire l'objet de fréquentes révisions, car ils s'avéraient toujours trop ambitieux (Rajan et Véron, 2006). Cela ne veut pas dire que les programmes de planification ont été sans aucun effet, l'Inde ayant alors connu un rajeunissement de sa population dont la conséquence fut une diminution de la natalité moindre que celle de la fécondité. Mais sans « modernisation », la transition de la fécondité aurait certainement été beaucoup plus lente<sup>(19)</sup> (Visaria, 1995 ; Visaria et Visaria, 1995).

(19) Par « modernisation », on entend généralement l'amélioration de l'instruction des femmes et plus généralement de leur statut, l'urbanisation, l'industrialisation et le développement des moyens de communication (transports et médias).



## Toujours de fortes disparités de fécondité en Inde

À une échelle régionale, l'histoire de la transition de la fécondité en Inde peut être résumée en trois temps : baisse précoce au Kerala dans les années 1960 faisant de cet État une exception, puis clivage dans les années 1970 et 1980 entre basse fécondité au Sud du pays et forte fécondité au Nord, et généralisation du déclin dans les décennies suivantes, même si d'importantes différences de fécondité demeurent au milieu de la décennie 2000.

Dans les années 1950, la fécondité est encore de 6,3 enfants par femme à l'échelle de l'Inde entière<sup>(20)</sup>, mais elle est déjà un peu moindre au Kerala, État du Sud de l'Inde, avec 5,6 enfants (tableau 13). Le Kerala est l'État où la baisse de la fécondité a été la plus précoce : dans les années 1961-1971, alors que la fécondité indienne se maintient toujours à 6 enfants par femme, l'indice synthétique de fécondité y est descendu à 5. L'écart s'accroît encore dans les années suivantes. Selon l'enquête NFHS-2, la fécondité du Kerala serait inférieure à 2 enfants par femme dans la période 1996-1998. Le *Sample Registration System* donnait même, pour l'année 1994, une valeur de la fécondité moitié moindre que la valeur nationale (1,7 contre 3,5). L'enquête la plus récente (NFHS-3) donne un écart de 0,75 enfant par femme entre le Kerala et l'ensemble de l'Inde. De nombreux travaux ont tenté d'expliquer les raisons de cette évolution singulière de la fécondité au Kerala (Zachariah et Patel, 1984 ; Bhat et Rajan, 1997). Le niveau élevé d'instruction des femmes et la spécificité politique du Kerala – État devenu communiste en 1957 qui eut le souci de réduire les inégalités socio-économiques et d'améliorer l'état de santé de la population – ont été fréquemment invoqués pour expliquer cette transition démographique plus précoce. Le changement a en réalité été très global (Rajan et Véron, 2006). Il y a certes eu une amélioration de l'instruction féminine mais aussi une augmentation importante de l'âge au mariage<sup>(21)</sup> ainsi que de la prévalence contraceptive ; des programmes orientés vers la santé maternelle et infantile ont été mis en place. Le gouvernement a lancé en 1985 un programme universel de vaccination dont une des conséquences a été de familiariser la population avec les services de santé ; ce programme semble avoir été aussi important que ceux de planification familiale *stricto sensu* pour conduire les couples à être plus attentifs à la « qualité » des enfants, ce qui, on le sait, est généralement un facteur de réduction de la fécondité (Zachariah *et al.*, 1994). Le Kerala n'était ni un État particulièrement développé sur un plan économique ni un État très urbanisé : c'est un exemple de transition par « le social » et non pas par « l'économie » ou par « l'urbanisation » ; en ce sens, il s'agit d'un schéma non classique de transition. Cette singularité démographique du Kerala laisse ensuite place à un clivage entre Inde du Nord et Inde du Sud.

(20) La fécondité du moment est estimée à 5,8 enfants par femme pour les années 1881-1891 ; elle fluctue ensuite autour de cette valeur jusqu'à excéder 6 enfants par femme au début des années 1950 (Bhat, 1989).

(21) Selon Zachariah, 30 % de la baisse de la fécondité des années 1968-1978 résulterait de l'augmentation de l'âge au mariage (Zachariah, 1997).

**Tableau 13. Évolution de la fécondité au Kerala et en Inde (nombre d'enfants par femme)**

Année	Kerala	Inde
Recensements		
1951-1961	5,60	6,30
1961-1971	5,00	6,00
1971-1981	3,40	5,20
SRS		
1981-1985	2,60	4,50
1994	1,70	3,50
NFHS		
1990-1992	2,00	3,39
1996-1998	1,96	2,85
2005-2006	1,93	2,68

Sources : Bhat et Rajan (1997), SRS, NFHS, NFHS-2 et NFHS-3.

La transition de la fécondité indienne se caractérise ensuite, dans les années 1990, par de fortes différences de fécondité entre les États du Nord et ceux du Sud du pays<sup>(22)</sup> (Naïr et Véron, 2002). Dans les États de l'Inde du Sud – Kerala, Tamil Nadu, Karnataka et Andhra Pradesh – la fécondité se rapproche alors de deux enfants par femme, tandis que dans ceux du Nord – Uttar Pradesh, Bihar, Madhya Pradesh et Rajasthan – les femmes continuent de mettre au monde 3 à 4 enfants en moyenne (tableau 14). Aucun facteur simple n'explique alors, à lui seul, ces contrastes de fécondité (Véron et Naïr, 2000). Les États du Sud cumulent certes une moindre mortalité infantile et une moindre fécondité que ceux du Nord, mais l'évolution dans le temps de la relation entre mortalité infantile et fécondité varie selon les États, comme le montrent les évolutions conjointes de ces indicateurs sur la période 1981-1994. Sur la figure 8, chaque point représente un couple fécondité-mortalité infantile à un instant donné et chaque ligne brisée traduit l'évolution conjointe de la fécondité et de la mortalité infantile dans un État de 1981 à 1994. Dans les quatre États du Sud, les niveaux conjoints de fécondité et de mortalité sont, sur la période considérée, tous inférieurs à ceux des États du Nord, ce qui permet bien de distinguer deux groupes distincts sur la figure 8. Ainsi, la ligne brisée la plus à droite sur la figure 8 représente cette évolution conjointe de la fécondité et de la mortalité infantile au Kerala entre 1981 et 1994. Il apparaît que certaines années, la fécondité a pu baisser très sensiblement sans que la mortalité infantile se soit nettement réduite. D'une manière générale, on n'observe pas, à l'échelle des États, une relation très étroite entre fécondité et mortalité infantile, l'un de ces indicateurs pouvant varier sans que l'autre ne change véritablement, voire même augmente, ce qui confère un caractère quelque peu erratique à ce qui s'apparente à des trajectoires. Le pouvoir explicatif des autres variables

(22) Cette opposition entre Sud et Nord est courante mais il existe une classification plus précise des États indiens distinguant les États du Nord-Est, de ceux du Centre, du Nord, etc. Nous faisons référence à l'opposition courante.

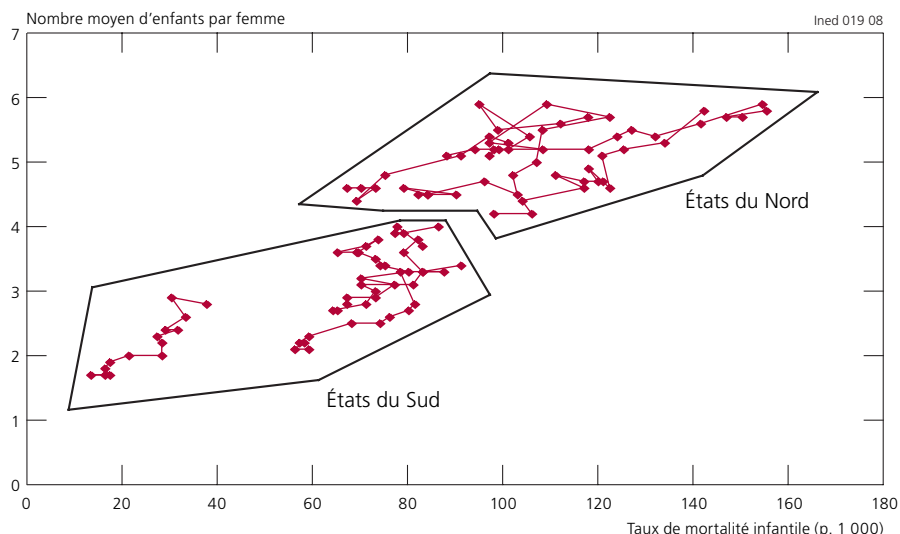
considérées classiquement n'est pas plus important. Ainsi, les États du Nord sont moins urbanisés que ceux du Sud et la fécondité urbaine est partout moindre que la fécondité rurale, mais le niveau de fécondité dans un État ne s'explique pas pour autant par le degré d'urbanisation : le Bihar est moins urbanisé que l'Uttar Pradesh mais la fécondité y est plus basse au début des années 1990 et le Kerala, moins urbanisé que le Tamil Nadu, a une fécondité également moindre. Au sein de chaque État, les écarts entre fécondités rurale et urbaine varient fortement en intensité : la fécondité rurale est supérieure de 8 % à la fécondité urbaine au Tamil Nadu alors que l'écart atteint 45 % en Uttar Pradesh (tableau 15). Niveau d'instruction des femmes et fécondité sont aussi liés, les femmes ayant d'autant moins d'enfants qu'elles ont poursuivi longtemps leurs études, mais le niveau d'instruction des mères ne suffit pas non plus à lui seul à expliquer les différences de fécondité : la fécondité des femmes analphabètes varie ainsi, en 1991-1992, pour une moyenne nationale de 4 enfants, de 2,31 au Kerala à 5,36 en Uttar Pradesh. La fécondité est également d'autant plus élevée que la proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est importante. Cependant, à des proportions de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté voisines (43 % au Madhya Pradesh et 45 % au Tamil Nadu) peuvent être associés des niveaux de fécondité assez différents (respectivement 3,9 et 2,5 enfants par femme). La composition religieuse de la population n'explique pas plus les écarts de fécondité d'un État à l'autre, même si à l'échelle de l'ensemble du pays, le nombre d'enfants par femme diffère selon la religion (un enfant de plus chez les musulmanes que chez les hindoues en 1990-1992). Au Tamil Nadu, les femmes musulmanes et hindoues ont le même nombre d'enfants, tandis que la fécondité des hindoues varie, en 1990-1992, de 1,7 enfant par femme au Kerala à 4,7 en Uttar Pradesh<sup>(23)</sup>.

**Tableau 14. Indice synthétique de fécondité dans les États du Nord et du Sud de l'Inde dans les années 1990 (nombre d'enfants par femme)**

Région et État	1980-1982	1992-1993	1998-1999
États du Nord			
Uttar Pradesh	5,8	4,82	3,99
Bihar	5,7	4,00	3,49
Madhya Pradesh	5,2	3,91	3,31
Rajasthan	5,4	3,63	3,78
États du Sud			
Andhra Pradesh	3,9	2,59	2,25
Karnataka	3,6	2,85	2,13
Tamil Nadu	3,4	2,48	2,19
Kerala	2,9	2,00	1,96
Inde	4,5	3,39	2,85
<i>Sources</i> : Visaria (2004), NFHS et NFHS-2.			

(23) Pour une analyse détaillée des différences régionales, voir Gandotra *et al.*, 1998.

Figure 8. Évolution conjointe de la mortalité infantile et de la fécondité dans les États du Nord et du Sud de l'Inde entre 1981 et 1994



Source : Véron et Nair, 2000.

Tableau 15. Urbanisation et fécondité en Inde au début des années 1990

Région et État	Taux d'urbanisation (en %)	Indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme)		Rapport de la fécondité rurale à la fécondité urbaine*
		Milieu urbain	Milieu rural	
États du Nord				
Uttar Pradesh	19,9	3,58	5,19	145
Bihar	13,2	3,25	4,15	128
Madhya Pradesh	23,2	3,27	4,11	126
Rajasthan	22,9	2,77	3,87	140
États du Sud				
Andhra Pradesh	26,8	2,35	2,67	114
Karnataka	30,9	2,39	3,09	129
Tamil Nadu	34,2	2,36	2,54	108
Kerala	26,4	1,78	2,09	117
Inde	25,7	2,70	3,67	136

\* Nombre moyen d'enfants par femme en milieu rural rapporté au nombre moyen d'enfants par femme en milieu urbain, exprimé pour 100.  
Sources : recensement de 1991 ; NFHS.

En Inde, les dernières données disponibles, issues de l'enquête NFHS-3, montrent la persistance de très fortes disparités spatiales de fécondité, celle-ci variant de 1,79 enfant par femme à Goa et dans l'Andhra Pradesh à 4 au Bihar

(tableau 16). Un découpage géographique de l'Inde plus fin que le précédent (distinction entre Nord, Centre, Est, Nord-Est, Ouest et Sud du pays) ne fait pas apparaître de régions qui seraient homogènes et les lignes de clivage précédentes disparaissent. Ainsi, dans la région dénommée Nord, selon la partition effectuée par l'enquête NFHS-3, figurent l'Himachal Pradesh avec une fécondité de 1,94 enfant par femme et le Rajasthan avec 3,21 enfants par femme. Dans la région du Nord-Est, la fécondité varie de 2,02 au Sikkim à 3,80 au Meghalaya. Les États du Sud restent en revanche relativement homogènes en termes de fécondité, qui est partout inférieure au niveau de remplacement.

**Tableau 16. Indice synthétique de fécondité dans les États indiens en 1992-1993, 1998-1999 et 2005-2006 (nombre d'enfants par femme)**

État	1992-1993	1998-1999	2005-2006
<b>Nord</b>			
Delhi	3,02	2,40	2,13
Haryana	3,99	2,88	2,69
Himachal Pradesh	2,97	2,14	1,94
Jammu-et-Cachemire	–	2,71	2,38
Pendjab	2,92	2,21	1,99
Rajasthan	3,63	3,78	3,21
Uttaranchal	–	–	2,55
<b>Centre</b>			
Chhattisgarh	–	–	2,62
Madhya Pradesh	3,90	3,31	3,12
Uttar Pradesh	4,82	3,99	3,82
<b>Est</b>			
Bihar	4,00	3,49	4,00
Jharkhand	–	–	3,31
Orissa	2,92	2,46	2,37
Bengale-Occidental	2,92	2,29	2,27
<b>Nord-Est</b>			
Arunachal Pradesh	4,25	2,52	3,03
Assam	3,53	2,31	2,42
Manipur	2,76	3,04	2,83
Meghalaya	3,73	4,57	3,80
Mizoram	2,30	2,89	2,86
Nagaland	3,26	3,77	3,74
Sikkim	–	2,75	2,02
Tripura	–	–	2,22
<b>Ouest</b>			
Goa	1,90	1,77	1,79
Gujarat	2,99	2,72	2,42
Maharashtra	2,86	2,52	2,11
<b>Sud</b>			
Andhra Pradesh	2,59	2,25	1,79
Karnataka	2,85	2,13	2,07
Kerala	2,00	1,96	1,93
Tamil Nadu	2,48	2,19	1,80
<b>Inde</b>	3,39	2,85	2,68

Source : NFHS, NFHS-2 et NFHS-3.

Le degré d'avancement dans la transition de la fécondité dépend du niveau de développement des États, sans qu'il soit pour autant possible d'isoler un facteur particulier dont l'influence serait prépondérante. Ainsi, les États les plus pauvres

sont bien ceux où la fécondité reste la plus élevée mais la corrélation entre le nombre moyen d'enfants par femme et la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté n'atteint pas 0,40, et à une même proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté peuvent être associés des niveaux de fécondité nettement différents. Au milieu des années 2000, la fécondité indienne était en moyenne de 2,68 enfants par femme et 21,8 % des personnes vivaient en dessous du seuil de pauvreté mais, à des niveaux de fécondité proches comme au Gujarat et en Orissa (respectivement 2,42 et 2,37 enfants par femme) étaient associées des proportions de pauvres extrêmement différentes : 12,5 % de personnes dans le premier cas et 39,9 % dans le second.

Une analyse multivariée déjà ancienne menée à l'échelle des États sur la relation entre fécondité et instruction des femmes, qui prenait également en compte des effets indirects de l'instruction féminine à travers la mortalité infantile et l'âge au mariage, avait clairement montré la difficulté qu'il y avait à mettre en évidence des déterminants simples de la fécondité au niveau agrégé des États (Sharma et Retherford, 1990). L'introduction du taux d'urbanisation n'améliorait pas le pouvoir explicatif du modèle. La carte des résidus établie montrait une contiguïté géographique dans l'ampleur des écarts à la valeur expliquée par le modèle, ce qui suggérait l'influence de facteurs régionaux ou locaux (religion, coutumes, etc.). Analysant au niveau géographique la transition de la fécondité en Inde du Sud, C. Z. Guilmoto et S. I. Rajan (2005) ont mis en évidence la complexité du processus en jeu et montré la nécessité pour l'explication d'intégrer à la fois les programmes de planification familiale, les transformations socio-économiques et l'évolution des perceptions de la reproduction, tout en tenant compte des contextes locaux et de leur transformation. Ils ont aussi envisagé la baisse de la fécondité comme la conséquence d'un changement social qui se diffuserait progressivement par voisinage (Guilmoto et Rajan, 1998 et 2001).

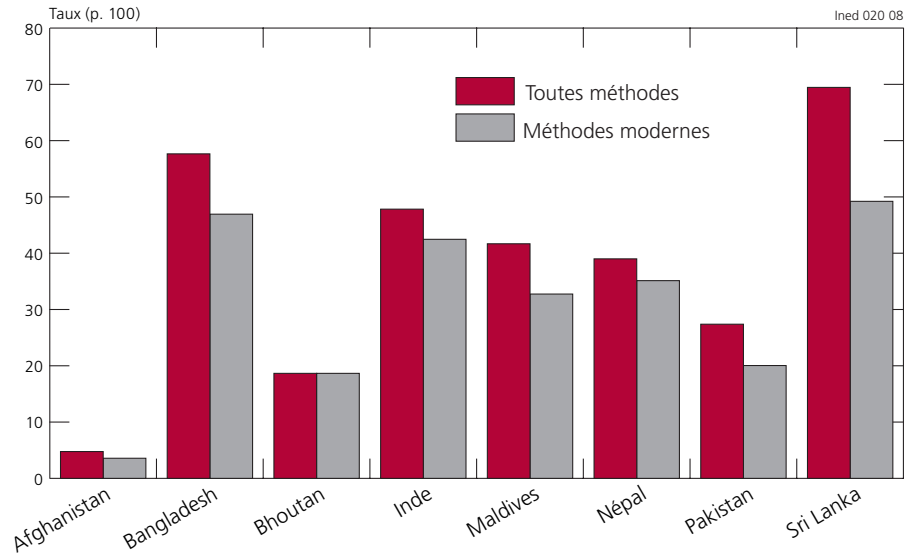
## **IX. Des attitudes et des comportements variés face à la contraception**

### **Une pratique contraceptive très inégale**

Bien que les données disponibles sur la contraception dans les pays d'Asie du Sud soient très inégales en termes de quantité comme de qualité (Nations unies, 2005), elles suffisent à montrer la diversité des attitudes et des comportements face à la contraception (figure 9 ; tableau annexe A.7). L'Afghanistan reste ainsi un pays où la contraception est quasiment inexistante, moins de 5 % des femmes de 15 à 49 ans qui vivent en couple utilisant une méthode quelconque, tandis que le Sri Lanka affiche un taux de prévalence contraceptive déjà élevé en 2000 puisqu'il atteint alors 70 %. La situation des autres pays, au regard des pratiques contraceptives, est également diversifiée : les proportions

de femmes<sup>(24)</sup> ayant recours à une forme quelconque de contraception sont de 18,8 % au Bhoutan, de 27,6 % au Pakistan, de 39,3 % au Népal, de 48,2 % en Inde et de 58,1 % au Bangladesh.

**Figure 9. Taux de prévalence contraceptive dans les pays d'Asie du Sud dans les années 2000**



Source : Nations unies, 2005.

La place occupée par la contraception moderne varie aussi sensiblement d'un pays à l'autre. Au Bhoutan, les femmes utilisant un moyen contraceptif comptent certes à peine pour 19 % des femmes en couple en âge d'avoir des enfants<sup>(25)</sup>, mais elles ont exclusivement recours à des méthodes modernes : 3 % sont « protégées » par une stérilisation féminine, 8 % par une stérilisation masculine, 2 % par la pilule, 4 % par une injection ou un implant, 1 % par un stérilet et moins de 0,5 % par le recours au préservatif. En revanche, la contraception moderne ne représente que 73 % de la contraception d'ensemble au Pakistan et 71 % au Sri Lanka. Il reste que c'est en Inde, au Bangladesh et au Sri Lanka que la part des femmes qui ont le plus fréquemment recours à une forme moderne de contraception est la plus élevée, soit près de 50 % de l'ensemble des femmes concernées.

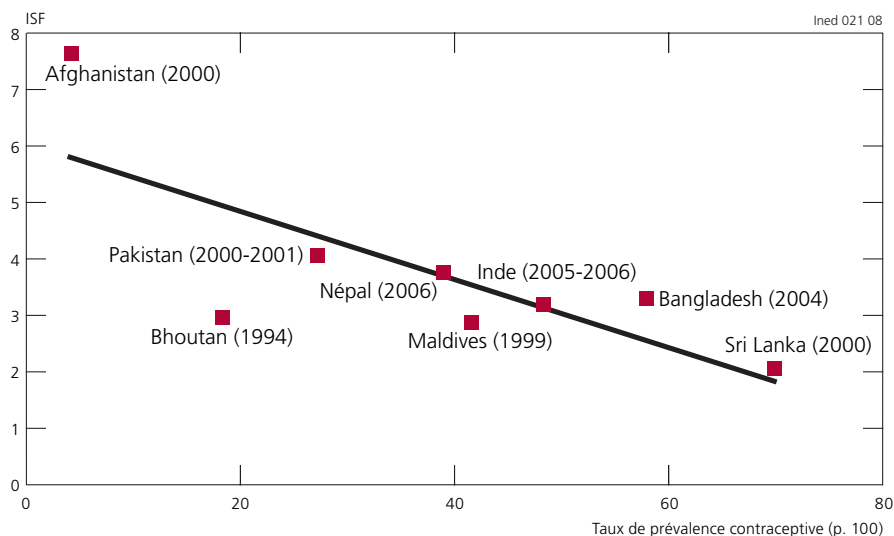
L'usage de préservatifs n'est pas fréquent dans cette région : la proportion la plus élevée est observée au Pakistan où 5,5 % de l'ensemble des femmes d'âge reproductif vivant en couple y ont recours. L'usage du stérilet n'est guère plus répandu : la proportion la plus élevée (5,1 %) est observée au Sri Lanka. La

(24) Il s'agit toujours des femmes de 15 à 49 ans mariées ou en union.

(25) Les valeurs sont plus anciennes que celles des autres pays ; elles datent de 1994.

pilule n'est populaire qu'au Bangladesh : 26 % de l'ensemble des femmes en couple l'utilisent, soit 45 % de celles qui ont recours à une méthode contraceptive quelle qu'elle soit. Aux Maldives, où le taux de prévalence contraceptive atteint 42 %, les femmes optant pour la pilule sont moitié moins nombreuses et le Sri Lanka est le troisième pays où cette méthode est en usage avec seulement 6,7 % d'utilisatrices. La stérilisation, principalement féminine, est un moyen fréquemment utilisé en Asie du Sud pour limiter la taille de sa famille : les proportions de l'ensemble des femmes d'âge reproductif « protégées » par une stérilisation féminine sont de 10 % aux Maldives, 15 % au Népal, 21 % au Sri Lanka et 34,2 % en Inde. La relation inverse entre fécondité et contraception est par ailleurs bien affirmée, dans cette région du monde comme ailleurs (figure 10).

**Figure 10. Relation entre indice synthétique de fécondité et prévalence contraceptive (toutes méthodes) dans les années 2000**



Source : Nations unies, 2006a.

### Une maîtrise de la fécondité principalement fondée sur la stérilisation en Inde

Les attitudes à l'égard de la stérilisation, féminine ou masculine, sont dans cette région du monde très diverses. En Afghanistan, la stérilisation est inexistante ; au Bhoutan, au Bangladesh et au Pakistan, cette pratique est assez peu répandue (le maximum est de 7 % des femmes en couple protégées par une stérilisation féminine au Pakistan). Ailleurs, on l'a vu, la part des femmes de 15 à 49 ans régulant leur fécondité en se faisant stériliser est sensiblement plus élevée mais l'Inde se démarque de tous les autres pays : plus d'un tiers de



l'ensemble des femmes sont en effet concernées<sup>(26)</sup>. En revanche, les stérilisations masculines à des fins de régulation des naissances sont partout peu fréquentes, exception faite du Bhoutan où 8 % des femmes en couple sont « protégées » par la stérilisation de leur conjoint ou partenaire contre 3 % par leur propre stérilisation.

**Tableau 17. Méthodes contraceptives utilisées en Inde dans les années 1990 et 2000 (taux de prévalence en %)**

Méthode contraceptive utilisée	1992-1993	1998-1999	2005-2006
Toutes méthodes	40,7	48,4	56,3
Méthodes modernes	36,5	42,8	48,5
Stérilisation féminine	27,4	34,2	37,3
Stérilisation masculine	3,5	1,9	1,0
Préservatif	2,4	3,1	5,2
Pilule	1,2	2,1	3,1
Stérilet	1,9	1,6	1,7
Méthodes traditionnelles	4,3	5,6	7,8

*Champ* : femmes de 15-49 ans vivant en couple.  
*Sources* : NFHS, NFHS-2 et NFHS-3.

En Inde, le recours à la stérilisation, essentiellement féminine, est un phénomène majeur depuis le milieu des années 1980 (Rajan et Véron, 2006). En 2005-2006, 66 % des femmes de 15 à 49 ans mariées et 77 % de celles qui ont recours à une forme moderne de contraception sont stérilisées ; dans 1 % des cas seulement elles sont « protégées » par la stérilisation de leur mari. Les trois enquêtes NFHS réalisées en Inde permettent de suivre l'évolution de la contraception et du poids de la stérilisation au cours des quinze dernières années (tableau 17). Entre 1992-1993 et 2005-2006, la prévalence contraceptive a progressé de 15 points, plus de la moitié des femmes en âge de procréer vivant en couple ayant aujourd'hui recours à une méthode contraceptive contre 41 % au début de la décennie 1990. L'Inde a longtemps encouragé les stérilisations, en particulier masculines<sup>(27)</sup>, jusqu'à ce que les excès commis lors de l'état d'urgence (1975-1977) conduisent le gouvernement de ce pays à faire des déclarations en faveur des méthodes temporaires de contraception. En dépit de celles-ci, la stérilisation féminine reste, de loin, le moyen le plus courant utilisé par les couples indiens pour maîtriser leur fécondité ; elle a même progressé de 10 points entre 1992-1993 et 2005-2006. Les discours officiels visant à promouvoir la stérilisation

(26) La prévalence contraceptive correspondant à la stérilisation féminine est en Inde légèrement supérieure à celle de la Chine (respectivement 34,2 % et 33,5 %) mais elle est inférieure à celle du Brésil (40 %), de Porto Rico (45,5 %) et de la République dominicaine (45,8 %). Le Canada est, avec une valeur de 30,6 %, le pays développé où la stérilisation féminine est la plus fréquente pour maîtriser la fécondité.

(27) Pour plus de détails sur l'histoire de la stérilisation en Inde, en particulier le passage qui semble se faire d'une offre de stérilisation (masculine) émanant de l'État à une demande de stérilisation (féminine) émanant des couples, le lecteur pourra se référer à Rajan et Véron (2006).

masculine plutôt que féminine n'ont guère eu plus d'effets : n'ayant jamais atteint un niveau élevé, la part des couples protégés par une stérilisation masculine a même diminué au cours des quinze dernières années. En définitive, la stérilisation féminine est le moyen que les couples jugent le plus simple pour maîtriser leur fécondité : 77 % des femmes stérilisées l'ont été directement sans avoir auparavant eu recours à une autre méthode de régulation des naissances. La stérilisation tend à être plus précoce qu'auparavant : l'âge médian des femmes à la stérilisation a baissé, passant de 26,6 ans en 1992-1993 à 25,5 ans en 2005-2006. Sur 100 femmes qui étaient stérilisées lors de cette dernière enquête, 38 l'avaient été entre 20 et 25 ans et 35 entre 25 et 30 ans.

Les données pour l'Inde entière sur la stérilisation masquent, il faut le noter, de considérables disparités régionales : la proportion de couples protégés par une stérilisation féminine n'est que de 8 % dans l'État de Manipur contre 63 % dans celui de l'Andhra Pradesh. Et dans le premier État, l'âge médian à la stérilisation des femmes est de 30 ans alors qu'il est peu supérieur à 23 ans dans le second.

## X. Une mortalité partout en baisse, avec la persistance d'amples écarts entre situations extrêmes

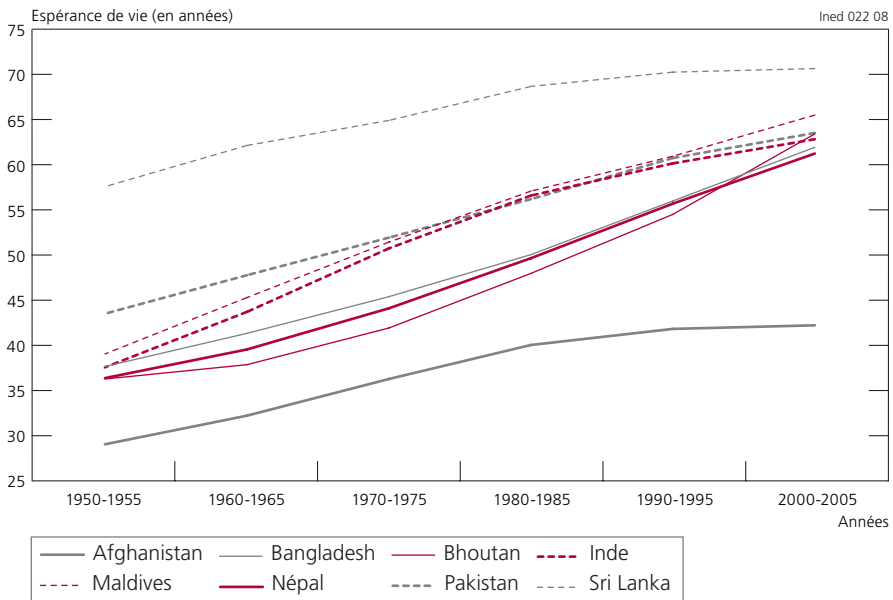
### Une progression générale de l'espérance de vie

Comme dans le reste du monde, la mortalité a baissé dans tous les pays de la région de 1950 à aujourd'hui (figure 11 et tableau 18 ; tableau annexe A.8). Deux situations extrêmes méritent d'être distinguées : celle de l'Afghanistan avec une espérance de vie à la naissance parmi les plus basses du monde (42 ans en 2000-2005) et celle du Sri Lanka qui, avec une durée de vie moyenne proche de 71 ans en 2000-2005 – soit près de 30 années de plus – se situe au-dessus de la moyenne mondiale. Les autres pays occupent une situation intermédiaire. Même si les transitions de la mortalité y diffèrent quelque peu, ces pays connaissent des progressions de l'espérance de vie à la naissance assez comparables et, en 2000-2005, les durées de vie au Bangladesh, au Bhoutan, en Inde, aux Maldives, au Népal et au Pakistan sont toutes comprises entre 61 et 66 ans. Ces pays se rapprochent du Sri Lanka dont les progrès se ralentissent quelque peu, même s'il reste, en 2000-2005, une différence de 5 années entre l'espérance de vie de ce pays et celle des Maldives, pays du groupe intermédiaire atteignant alors le niveau le plus élevé.

Au cours des cinquante dernières années, la mortalité selon le sexe a aussi profondément évolué. Au début des années 1950, l'espérance de vie à la naissance des femmes était inférieure à celle des hommes dans tous les pays de la région à l'exclusion du Bhoutan, comme le montre l'indice rapportant l'espérance de vie à la naissance des femmes à celle des hommes (figure 12). Ce résultat était tout à fait contraire aux normes biologiques faisant qu'à tout âge les hommes meurent plus que les femmes, ce qui conduit en l'absence de discrimination à une espérance

de vie masculine inférieure à celle des femmes. Cet indice était particulièrement bas aux Maldives et au Pakistan en 1950-1955 où il était égal à 94, ce qui indiquait l'existence d'un important désavantage féminin. Dans tous les pays, l'avantage masculin a disparu au cours des cinquante dernières années : en Afghanistan et aux Maldives, les espérances de vie à la naissance des hommes et des femmes sont identiques en 2000-2005. Ailleurs, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. C'est au Sri Lanka que la situation relative des femmes est la plus favorable, le rapport des espérances de vie atteignant la valeur de 112 (figure 12). La mortalité maternelle explique en partie le désavantage féminin en termes de durée de vie par le passé mais elle n'était pas seule en cause. Des tables de mortalité établies pour les années 1945-1947 au Sri Lanka et pour les années 1970-1972 en Inde montrent l'existence d'une surmortalité féminine à tous les âges depuis la naissance jusque vers l'âge de 40 ans (Escap, 1982). Les soins, l'attention et l'éducation apportés aux garçons et aux filles n'étaient pas les mêmes. Une discrimination selon le sexe de l'enfant demeure, particulièrement dans certains États de l'Inde ; elle se manifeste au premier chef avant la naissance et l'espérance de vie des femmes est, dans les pays où la situation est à cet égard la moins favorable, au minimum égale à celle des hommes. La situation au regard de la mortalité maternelle reste aujourd'hui extrêmement contrastée : le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances, qui est de 92 au Sri Lanka est estimé à 1 900 en Afghanistan (tableau 18 ; tableau annexe A.10).

**Figure 11. Évolution des espérances de vie à la naissance de 1950 à 2005 (en années)**



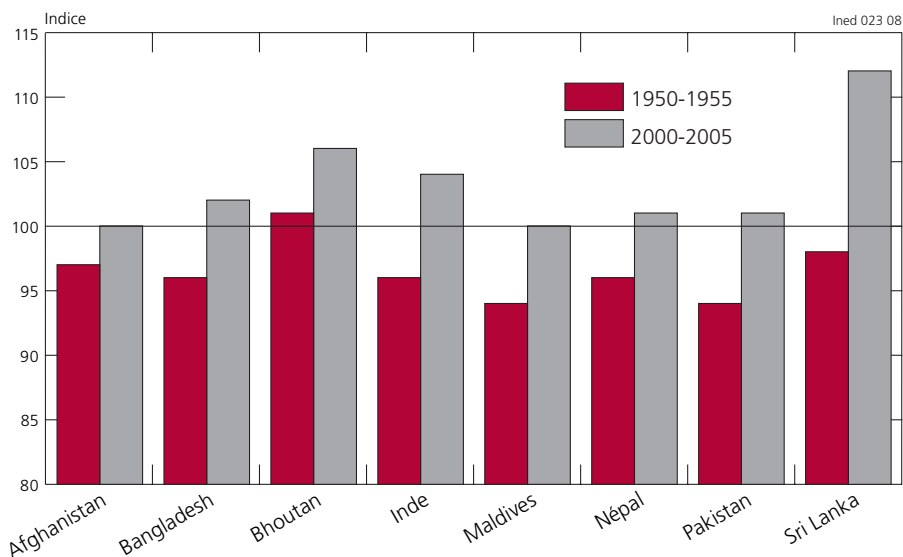
Source : Nations unies (2006).

**Tableau 18. Évolution de l'espérance de vie depuis les années 1950, mortalité maternelle en 2000 et prévalence du VIH en 2005**

Pays	Espérance de vie (en années)						Taux de mortalité maternelle en 2000 (pour 100 000 naissances)	Taux de prévalence du VIH à 15-49 ans en 2005 (%)
	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005		
Afghanistan	28,8	32,0	36,1	39,9	41,7	42,1	1 900	< 0,1
Bangladesh	37,5	41,2	45,3	50,0	56,0	62,0	380	< 0,1
Bhoutan	36,1	37,7	41,8	47,9	54,5	63,5	420	< 0,1
Inde	37,4	43,6	50,7	56,6	60,2	62,9	540	0,9
Maldives	38,9	45,2	51,4	57,1	61,0	65,6	110	-
Népal	36,2	39,4	44,0	49,6	55,7	61,3	740	0,5
Pakistan	43,4	47,7	51,9	56,2	60,8	63,6	500	0,1
Sri Lanka	57,6	62,2	65,0	68,8	70,4	70,8	92	< 0,1

Sources : Nations unies (2007a), OMS et Onusida.

**Figure 12. Indice de mortalité différentielle en 1950-1955 et en 2000-2005 (rapport entre espérances de vie à la naissance des femmes et des hommes)**



**Lecture :** la situation d'égalité correspond à la valeur 100.

**Source :** d'après les données des Nations unies (2006a).

**Tableau 19. Taux de prévalence du VIH-Sida dans la population adulte (15-49 ans) en Inde en 2005-2006 (en %)**

	Femmes	Hommes	Ensemble
Milieu urbain	0,29	0,41	0,35
Milieu rural	0,18	0,32	0,25
Ensemble	0,22	0,36	0,28

*Source* : enquête NFHS-3.

Même si, en particulier en Inde<sup>(28)</sup>, le nombre de personnes séropositives peut être élevé compte tenu de la taille de la population, les taux de prévalence du VIH-Sida restent dans la région modérés, atteignant un maximum de 0,5 % au Népal dans la population âgée de 15-49 ans, pour une moyenne mondiale de 0,8 %<sup>(29)</sup>. Le taux de prévalence de 0,9 % indiqué initialement pour l'Inde en 2005 a ensuite été révisé à la baisse, au vu des résultats de l'enquête NFHS-3<sup>(30)</sup> : celle-ci conclut à un taux de prévalence de 0,28 % dans le groupe d'âges 15-49 ans. L'épidémie frappe les hommes plus que les femmes et les citadins plus que les ruraux (tableau 19). Elle frappe aussi différemment les États indiens, comme le montrent les variations régionales de la prévalence (hommes et femmes réunis) : 0,07 % en Uttar Pradesh, 0,34 % au Tamil Nadu, 0,62 % au Maharashtra, 0,69 % au Karnataka, 0,97 % en Andhra Pradesh et 1,13 % au Manipur (prévalence de 0,13 % dans les autres États)<sup>(31)</sup>. Chez les femmes, le taux de prévalence est plus bas pour les personnes sans aucune instruction que pour celles qui ont passé moins de cinq ans à l'école (respectivement 0,27 % et 0,49 %). La prévalence diminue ensuite avec le niveau d'instruction des femmes (taux de 0,07 % pour les femmes ayant fait au moins 12 années d'études). Chez les hommes, le taux est maximal parmi ceux qui n'ont reçu aucune instruction (0,5 %). Il est moindre pour ceux qui ont suivi moins de 5 années d'études (0,36 %), remonte pour ceux qui ont passé de 5 à 7 ans à l'école et diminue ensuite avec la durée des études (le taux de prévalence est de 0,16 % pour les hommes dont la scolarité a dépassé 12 ans). Notons que les taux de prévalence les plus élevés sont observés pour les femmes qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire à risque au cours des 12 mois précédant l'enquête (taux de 2,23 %) et pour celles qui n'ont pas utilisé de préservatif (taux de 2,83). Pour les hommes et pour les mêmes catégories, les taux de prévalence sont bien moindres.

(28) En Inde, les premiers cas de sida ont été enregistrés en 1986 ; des examens sérologiques avaient alors montré que sur 102 prostituées de Chennai (Madras) ayant subi un test de dépistage, 10 étaient séropositives. Mais les autorités sanitaires indiennes ne prirent pas tout de suite des dispositions pour lutter contre cette épidémie, pensant que les comportements sexuels des Indiens n'étaient pas vraiment à risque (les situations de partenaires multiples étant en particulier peu fréquentes).

(29) Le taux de prévalence du VIH atteindrait, pour la population adulte, 5 % en Afrique sub-saharienne.

(30) Cette enquête est la première, en Inde, à avoir inclus un volet test de dépistage du VIH.

(31) Le taux de prévalence du VIH est, à Manipur, pour les hommes de 15-54 ans, double de celui des femmes de 15-49 ans (1,59 % contre 0,79 %). Excepté au Tamil Nadu où il est moindre que celui des femmes, le taux de prévalence masculin est partout ailleurs supérieur au taux féminin, mais dans une moindre mesure.

Le rapport 2005 des Nations unies sur la mortalité donne, pour un certain nombre de pays d'Asie du Sud, des valeurs des espérances de vie masculines et féminines à la naissance, à 15 ans et à 60 ans, à deux époques différentes (tableau 20). La baisse de la mortalité aux jeunes âges explique en partie l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance mais elle n'est pas seule en cause, puisque les espérances de vie à 15 ans progressent aussi. Les évolutions des espérances de vie à 60 ans sont plus diverses, même si elles ont tendance à progresser.

**Tableau 20. Espérances de vie masculine et féminine, à la naissance, à 15 ans et à 60 ans (en années)**

Pays	Années	Hommes	Femmes	Années	Hommes	Femmes
Afghanistan	-	-	-	-	-	-
Bangladesh						
À la naissance	1974	45,8	46,6	1994	58,7	58,3
À 15 ans	1974	46,3	46,1	1994	53,0	51,4
À 60 ans	1974	14,4	14,0	1994	15,1	15,0
Bhoutan	-	-	-	-	-	-
Inde						
À la naissance	1961-1970	46,4	44,7	1993-1997	60,4	61,8
À 15 ans	1961-1971	45,0	44,0	1993-1998	53,1	55,8
À 60 ans	1961-1972	13,6	13,8	1993-1999	15,5	17,5
Maldives						
À la naissance	1982	53,4	49,5	1999	72,1	73,2
À 15 ans	1982	48,0	43,4	1999	59,2	60,2
À 60 ans	1982	9,2	8,2	1999	18,8	19,3
Népal						
À la naissance	1981	50,9	48,1	2001	60,1	60,7
À 15 ans	1981	47,3	46,9	2001	-	-
À 60 ans	1981	13,8	14,4	2001	-	-
Pakistan						
À la naissance	1976-1978	59,0	59,2	2001	64,5	66,1
À 15 ans	1976-1979	56,8	56,3	2001	56,9	58,8
À 60 ans	1976-1980	19,3	19,3	2001	18,8	20,1
Sri Lanka						
À la naissance	1967	64,8	66,9	1991	68,9	73,6
À 15 ans	1967	55,8	57,7	1991	-	-
À 60 ans	1967	17,0	17,8	1991	-	-

Source : Nations unies (2006b).

### Une mortalité aux jeunes âges encore assez élevée dans la plupart des pays

Partout la mortalité infantile a diminué entre 1960-1965 et 2000-2005 (tableau 21 et figure 13 ; tableau annexe A.9). On retrouve les deux situations extrêmes du Sri Lanka et de l'Afghanistan, le Sri Lanka se distinguant dès les années 1960 par une mortalité infantile beaucoup plus faible que la majorité des pays d'Asie du Sud et l'Afghanistan par une mortalité infantile parmi les

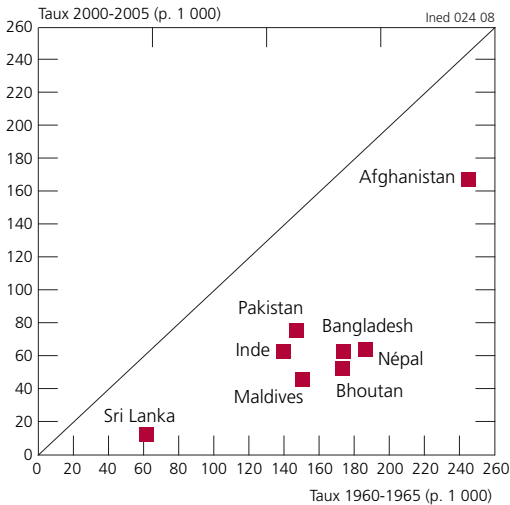
plus élevées du monde. Les autres pays de la région ont accompli de gros progrès mais leur mortalité infantile demeure assez forte au début des années 2000 : 46 ‰ aux Maldives, 53 ‰ au Bhoutan, 61 ‰ au Bangladesh, 63 ‰ en Inde, 65 ‰ au Népal et 75 ‰ au Pakistan.

**Tableau 21. Évolution de la mortalité infantile depuis le début des années 1950**

	Taux de mortalité infantile (p. mille)				Évolution (en %)		
	1952	1972	1992	2002	1952-1972	1972-1992	1992-2002
Afghanistan	275,3	211,6	171,1	168,1	-23	-19	-2
Bangladesh	200,5	148,0	89,0	61,3	-26	-40	-31
Bhoutan	184,8	149,2	87,5	52,7	-19	-41	-40
Inde	165,7	116,8	77,2	62,5	-30	-34	-19
Maldives	185,2	120,6	65,1	45,8	-35	-46	-30
Népal	210,9	156,1	90,6	64,5	-26	-42	-29
Pakistan	168,6	127,6	87,0	75,4	-24	-32	-13
Sri Lanka	76,6	49,9	17,0	12,4	-35	-66	-27

Source : Nations unies (2007a).

**Figure 13. Évolution de la mortalité infantile de 1960-1965 à 2000-2005**



Source : Nations unies (2006)

en 2000-2005. Dans les autres pays, les niveaux de mortalité infanto-juvénile, très comparables dans les années 1990-1995 avec des taux tous compris entre 124 ‰ et 128 ‰, sont plus disparates dix ans plus tard : ils vont de 108 ‰ au Pakistan à 78 ‰ au Bouthan.

Selon les estimations des Nations Unies (2007a), l'Afghanistan n'a connu aucun progrès pour ce qui est de la mortalité des enfants de moins de 5 ans au cours des dix dernières années : elle était de 257 ‰ en 1990-1995 et de 252 ‰ en 2000-2005. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est au Sri Lanka sans commune mesure avec celle de l'Afghanistan : 14 ‰ en 2000-2005 (tableau 22). La situation la plus favorable en termes de mortalité des moins de 5 ans est ensuite celle des Maldives où, malgré une nette diminution dans les années 1990, le taux reste de 59 ‰

## La santé des enfants fortement liée au niveau d'instruction des mères

Comme la comparaison des niveaux de mortalité des enfants, celle de la proportion des accouchements se produisant en l'absence de personnel qualifié, de la proportion des enfants souffrant de malnutrition et de la proportion d'enfants vaccinés prouve que la situation de l'Asie du Sud au regard de la santé des enfants reste diversifiée (tableau 22).

Tableau 22. Mortalité des enfants, conditions d'accouchement et vaccination

Pays	Quotient de mortalité (%)			% des accouchements avec personnel formé	% d'enfants souffrant de malnutrition <sup>(a)</sup>	% d'enfants vaccinés <sup>(b)</sup>
	Néonatale (2004)	< 1 an (2000-2005)	0-5 ans (2000-2005)			
Afghanistan	60	168	252	14 (2003)	53,6 (1997)	–
Bangladesh	36	61	83	13 (2004)	50,5 (2004)	73,1 (2004)
Bhoutan	30	53	78	51 (2005)	47,7 (1999)	–
Inde	39	62	90	48 (2006)	51,0 (1998/99)	42,0 (1999)
Maldives	24	46	59	70 (2001)	31,9 (2001)	–
Népal	32	64	88	19 (2006)	57,1 (2001)	82,8 (2006)
Pakistan	53	75	108	31 (2005)	41,5 (2001)	35,1 (1991)
Sri Lanka	8	12	14	97 (2000)	18,4 (2000)	67,3 (1987)

<sup>(a)</sup> Enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance.  
<sup>(b)</sup> Enfants qui ont reçu tous les vaccins (BCG, DTCoq, polio et rougeole).  
**Sources** : Nations unies, *World Health Statistics 2007*, enquêtes EDS et Nations unies (2007a).

Les conditions dans lesquelles se produisent les naissances varient aussi fortement puisque 97 % des accouchements se déroulent en présence de personnel qualifié au Sri Lanka, contre 70 % aux Maldives, autour de 50 % au Bhoutan et en Inde, 14 % en Afghanistan et 13 % au Bangladesh. Les conditions sanitaires peuvent aussi être appréciées en considérant la proportion d'enfants qui sont vaccinés. Ces données ne sont pas disponibles pour tous les pays de la région et certaines sont anciennes. Il apparaît toutefois que dans les années 2000, la proportion d'enfants vaccinés contre les principales maladies dépasse 70 % au Bangladesh et 80 % au Népal<sup>(32)</sup>.

Les données indiennes de mortalité infantile en 2005-2006 rappellent l'importance du milieu de résidence et du niveau d'instruction des mères lorsqu'il est question de la santé des enfants (tableau 23). Ainsi, la mortalité infantile, dont la moyenne pour l'Inde est de 57 ‰ en 2005-2006, diffère de 20 points selon que le milieu de résidence est urbain ou rural. Le quotient de mortalité

(32) Au Népal, 83 % des enfants de 1 à 2 ans sont totalement immunisés (« fully immunized ») au moment de l'enquête ; 93 % sont vaccinés contre le BCG, 85 % le sont contre la rougeole et 89 % ont reçu la première dose du vaccin DT Coq (diphtérie, tétanos, coqueluche).



infantile varie de 44 points selon que les mères n'ont bénéficié d'aucune instruction (70 ‰) ou ont passé plus de 12 années à l'école (26 ‰). Les inégalités de mortalité entre 1 et 5 ans sont encore nettement plus fortes, en Inde comme ailleurs dans le monde. Les conditions dans lesquelles s'effectuent les accouchements sont beaucoup plus favorables en ville qu'en milieu rural puisque la proportion d'accouchements en présence de personnel formé excède nettement 70 % en ville et reste inférieure à 40 % en milieu rural. De même, les conditions dans lesquelles s'effectue l'accouchement varient considérablement en fonction du niveau d'instruction de la mère, allant de 26 % d'accouchements assistés par du personnel formé pour les femmes sans instruction à 91 % pour celles qui ont effectué au moins douze années d'études. Le pourcentage d'enfants ayant subi les vaccinations courantes varie de près de 20 points selon que le lieu de résidence de la mère est urbain ou rural et de près de 50 points entre les situations extrêmes en termes d'instruction des femmes.

**Tableau 23. Mortalité des enfants, conditions d'accouchement et vaccination selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère en Inde en 2005-2006**

	Ensemble	Milieu de résidence		Niveau d'instruction de la mère (nombre d'années d'études)					
		Urbain	Rural	Aucune instruction	Moins de 5	5-7	8-9	10-11	12 ou plus
Mortalité infantile (‰)	57,0	41,5	62,2	69,7	66,0	49,5	41,5	36,5	25,9
Mortalité 1-5 ans (‰)	18,4	10,6	21,0	29,9	13,8	11,5	5,6	3,6	3,9
Mortalité 0-5 ans (‰)	74,3	51,7	82,0	94,7	78,8	60,5	46,9	40,0	29,7
% d'accouchements avec personnel formé	46,6	73,5	37,5	26,1	45,0	56,9	67,1	80,3	91,0
% d'enfants de 1 ou 2 ans ayant reçu les principales vaccinations	43,5	57,6	38,6	26,1	46,1	51,8	59,7	66,1	75,2

Source : NFHS-3.

Les inégalités de santé restent donc très fortes en Asie du Sud, que la comparaison soit menée entre les différents pays ou prenne en compte le statut socio-économique des populations dans un même pays. L'Inde a mis en place une nouvelle politique de santé en 2002<sup>(33)</sup> ; un des objectifs clairement explicités est, au nom du principe d'équité, une réduction des inégalités d'accès à la santé, que celles-ci soient liées au milieu de résidence urbain ou rural, au niveau de développement des États ou au statut économique de la population indienne. Mais il faudra attendre encore quelques années pour en voir les effets.

(33) La précédente politique nationale de santé datait de 1983.

## XI. Structure par âge : l'opportunité de fenêtres démographiques

### Des populations toujours très jeunes

L'examen d'un indicateur très synthétique de structure par âge comme l'âge médian suffit pour mettre en évidence trois situations très contrastées, liées aux évolutions passées de la mortalité et de la natalité (tableau 24). On retrouve le contraste entre l'Afghanistan qui n'a guère commencé sa transition de la fécondité et a une population particulièrement jeune (âge médian de 16,4 ans) et le Sri Lanka qui a achevé sa transition, avec une population beaucoup plus âgée (âge médian de 29,5 ans). Dans les autres pays, où la transition de la fécondité est partout en cours, l'âge médian de la population s'échelonne de 20 ans à 24 ans.

En 2005, le poids des jeunes reste important dans tous les pays d'Asie du Sud à l'exception du Sri Lanka. Dans tous, sauf dans ce dernier pays où la proportion est de 24 %, plus du tiers de la population a moins de 15 ans. Au Népal, la proportion de jeunes de moins de 15 ans avoisine 40 % et en Afghanistan, elle atteint 47 %.

**Tableau 24. Indicateurs de structure par âge et par sexe dans les pays d'Asie du Sud en 2005**

Pays	Âge médian (en années)	Part des moins de 15 ans (%)	Part des plus de 60 ans (%)	Rapport de masculinité (%)
Afghanistan	16,4	47,0	3,7	107,5
Bangladesh	22,2	35,2	5,7	104,9
Bhoutan	22,3	33,0	6,9	111,1
Inde	23,8	33,0	7,5	107,5
Maldives	21,3	34,0	5,6	105,3
Népal	20,1	39,0	5,8	98,2
Pakistan	20,3	37,2	5,9	106,0
Sri Lanka	29,5	24,2	9,7	97,7

Source : Nations unies (2007a).

Si l'on retient comme critère du vieillissement la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans – et non le nombre absolu de ceux qui ont dépassé cet âge –, il apparaît clairement que les pays de la région sont encore peu touchés par ce processus. Conséquence du déclin déjà ancien de la fécondité, il n'y a qu'au Sri Lanka que cette proportion approche 10 %. En Inde, elle est de 7,5 % et ailleurs de moins de 7 %.

Les perspectives démographiques à l'horizon 2020 montrent que le Sri Lanka va connaître dans les années à venir un vieillissement important de sa population puisque la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans excéderait alors 17 % (tableau annexe A.11). L'Inde serait ensuite le pays le plus

vieux, avec une proportion de 10 % de personnes de plus de 60 ans. Partout ailleurs, les plus de 60 ans représenteront encore moins du dixième de la population, parfois beaucoup moins. En Afghanistan où elle est aujourd'hui particulièrement basse (moins de 4 %), la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans semble devoir rester inchangée d'ici 2020.

Les populations des pays d'Asie du Sud se différencient aussi par leur rapport de masculinité. Les populations du Bhoutan, de l'Afghanistan et de l'Inde sont celles dans lesquelles les hommes sont le plus fortement majoritaires ; au Népal et au Sri Lanka, les hommes sont minoritaires, la population masculine équivalant à 98 % de la population féminine en 2005.

Le fort déséquilibre entre les sexes à la naissance, constaté dans plusieurs pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est, parmi lesquels la Chine, n'est observé dans cette région qu'en Inde et seulement dans les États du Nord-Ouest du pays. Nous reviendrons ultérieurement sur ce déséquilibre des sexes traduisant, dans ces États, une très forte discrimination à l'encontre des filles.

### **Des pyramides des âges reflets du degré d'avancement de la transition démographique**

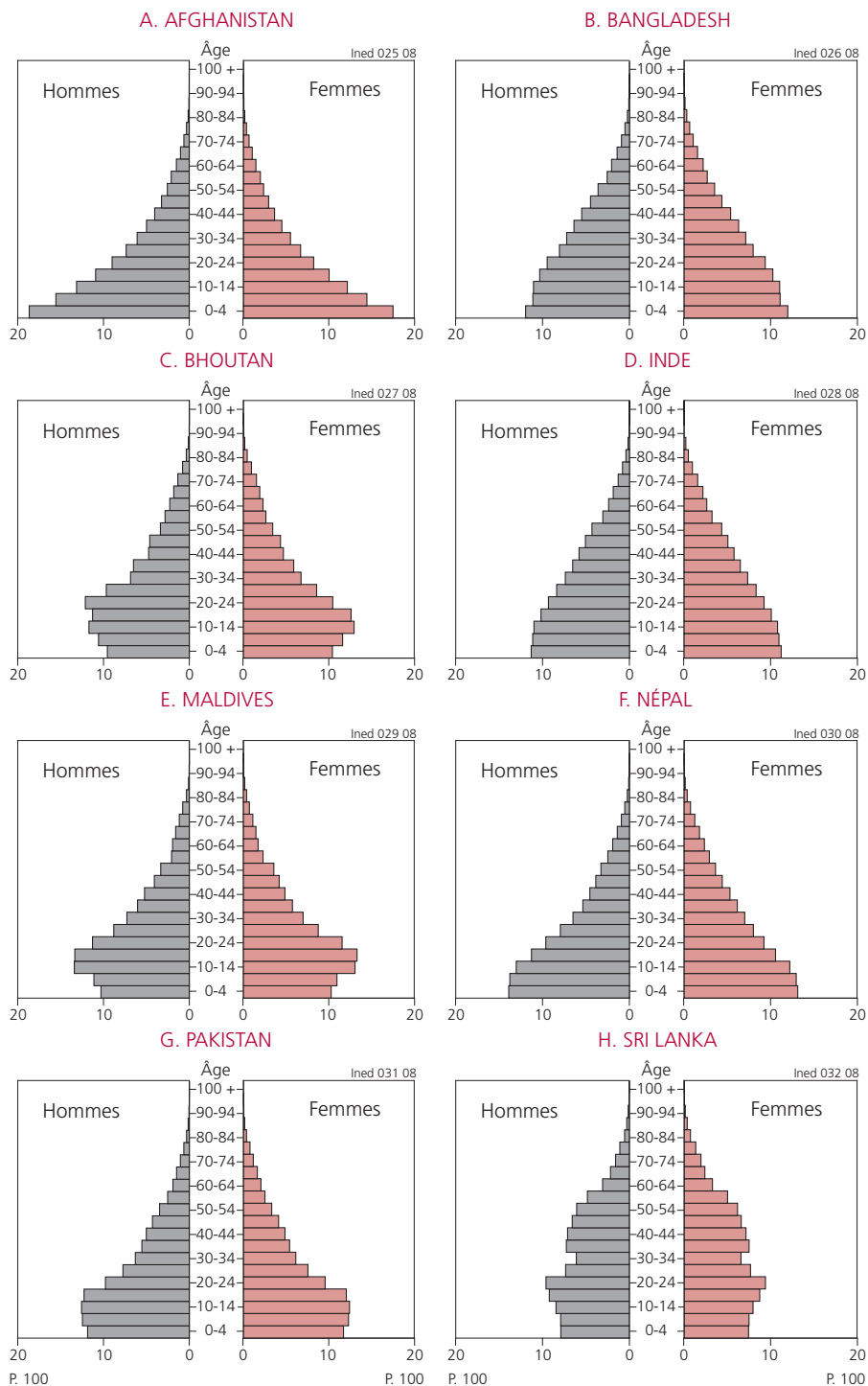
La structure par âge des pays de la région illustre leur degré d'avancement dans la transition démographique (figures 14A à 14H). Au Sri Lanka (figure 14H), la baisse de la fécondité est ancienne, comme le montre la diminution des effectifs à partir du groupe d'âges 35-39 ans et, malgré un effet d'écho<sup>(34)</sup>, la taille des générations n'a cessé de se réduire depuis les années 1980-1985. Au Bhoutan et aux Maldives, la transition de la fécondité a été plus tardive qu'au Sri Lanka mais les générations sont de moins en moins nombreuses depuis vingt ans dans le premier cas et dix ans dans le second. Au Pakistan, la base de la pyramide des âges commence à se rétrécir, tandis que les pyramides des âges du Bangladesh, de l'Inde et du Népal sont assez similaires, sans recul notable encore des effectifs aux jeunes âges. En dépit d'une baisse de la fécondité, les effectifs des naissances ne diminuent pas encore, en raison de l'importance de la population en âge d'avoir des enfants. Enfin, l'Afghanistan présente une structure par âge caractéristique d'un pays à forte natalité et à forte mortalité.

Entre 2005 et 2020, tous les pays, à l'exception de l'Afghanistan, vont connaître une augmentation de la part des personnes âgées de 15-60 ans, c'est-à-dire de leur population potentiellement active. Même les pays dans lesquels la proportion des 15-60 ans est déjà élevée en 2005, comme le Bhoutan ou les Maldives (60 %), vont voir celle-ci progresser encore. C'est la « fenêtre démographique », constituée par la progression du poids des personnes d'âge actif dans la population, avant que la baisse de la proportion d'inactifs jeunes soit compensée par l'augmentation de celle des inactifs âgés. Les pays ont alors une

---

(34) L'effectif plus important, en 2005, de la population âgée de 20-24 ans par rapport à celle de 25-29 ans ou de 30-34 ans tient à une natalité élevée une vingtaine d'années plus tôt, lorsque des générations relativement nombreuses de femmes arrivaient à l'âge d'avoir des enfants.

Figures 14. Pyramide des âges des pays d'Asie du Sud en 2005



Source : Nations unies, 2006a.

opportunité de se développer puisque le taux de dépendance est favorable à la création de richesses, les dépenses d'éducation des jeunes enfants ou de santé et de retraite des personnes âgées grevant moins les budgets publics. Au Bhoutan, en 2020, les 15-60 ans devraient représenter 67 % de la population. La fenêtre démographique est une opportunité pour les pays qui peuvent en bénéficier mais il s'agit d'un avantage potentiel. Pour que celui-ci soit réel, il importe que les actifs puissent être employés au vrai sens du terme, avec peu de sous-emploi ou de chômage. Le Sri Lanka se distingue des autres pays puisqu'il bénéficie dès maintenant de la fenêtre démographique (la proportion des 15-60 ans est de 66 % aujourd'hui et elle devrait se réduire à 62 % en 2020).

## **XII. Une région encore relativement peu urbanisée**

### **Une urbanisation modérée mais une forte croissance urbaine**

Les populations d'Asie du Sud, comme ailleurs dans le monde, ne sont pas toutes classées comme « urbaines » à partir des mêmes critères. Ainsi, en Inde, la définition de l'urbain est soit administrative (localités dotées d'une charte municipale, etc.), soit fondée sur une combinaison de critères : nombre d'habitants, densité de la population et proportion d'hommes employés hors de l'agriculture ; au Sri Lanka voisin, sont exclusivement classées comme urbaines les populations des « zones municipales et zones dotées d'un conseil urbain » (tableau 25). Au Pakistan, la définition d'une ville est aussi de nature seulement administrative. Au Népal, une localité était classée comme urbaine à partir de 5 000 habitants au recensement de 1961 et de 9 000 habitants dans les recensements ultérieurs ; les critères de taille, densité, contiguïté et activité professionnelle ont changé au cours du temps et, depuis 1999, des règles complexes font varier la définition, fondée sur la taille de la population, le revenu annuel et les infrastructures, d'une zone écologique à une autre<sup>(35)</sup> (Nations unies, 2008). La définition de l'urbain au Bangladesh ressemble à celle de l'Inde mais elle est plus complexe puisqu'il est tenu compte aussi des équipements collectifs, de l'accès à l'eau, du niveau d'instruction, etc.

Les pays d'Asie du Sud demeurent assez faiblement urbanisés (tableau 26). Au Pakistan, pays dont le taux d'urbanisation est le plus élevé de la région en 2005, 35 % seulement de la population vit dans des villes. Les taux d'urbanisation les plus bas sont observés au Sri Lanka et au Népal : à peine plus de 15 % des habitants de ces pays vivent en milieu urbain. En Inde, moins de 30 % de la population vit aujourd'hui en ville ; c'est trois fois plus qu'en 1901 et deux fois plus qu'en 1941, mais cette proportion reste basse, comparée à la moyenne mondiale (50 %).

---

(35) <http://esa.un.org/wup/source/country.aspx>

**Tableau 25. Critères de définition de la population urbaine dans quatre pays d'Asie du Sud**

Pays	Définition de l' « urbain »
Inde	Villes : localités dotées d'une charte municipale, d'un comité de zone municipale, d'un comité de zone déclarée urbaine ou d'un comité de zone de regroupement ( <i>cantonment</i> ) ou localités qui ont une population de 5 000 habitants au moins, une densité de population d'au moins 1 000 habitants au mile carré ou 400 au kilomètre carré, des caractéristiques urbaines prononcées et où les trois quarts au moins des adultes de sexe masculin ont une activité non agricole.
Maldives	Malé (capitale)
Pakistan	Localités dotées d'une charte municipale ou d'un comité municipal et regroupements ( <i>cantonments</i> )
Sri Lanka	Secteur urbain : composé de toutes les zones municipales et zones dotées d'un conseil urbain.

*Source* : Nations unies (2007b).

**Tableau 26. Évolution des taux d'urbanisation de 1950 à 2005 et perspectives à l'horizon 2030 (en %)**

Pays	1950	1975	2005	2030
Afghanistan	5,8	13,3	22,9	36,2
Bangladesh	4,3	9,8	25,7	41,0
Bhoutan	2,1	7,9	31,0	56,2
Inde	17,0	21,3	28,7	40,6
Maldives	10,6	17,3	33,9	60,7
Népal	2,7	4,8	15,8	30,6
Pakistan	17,5	26,3	34,9	49,8
Sri Lanka	15,3	19,5	15,1	21,4

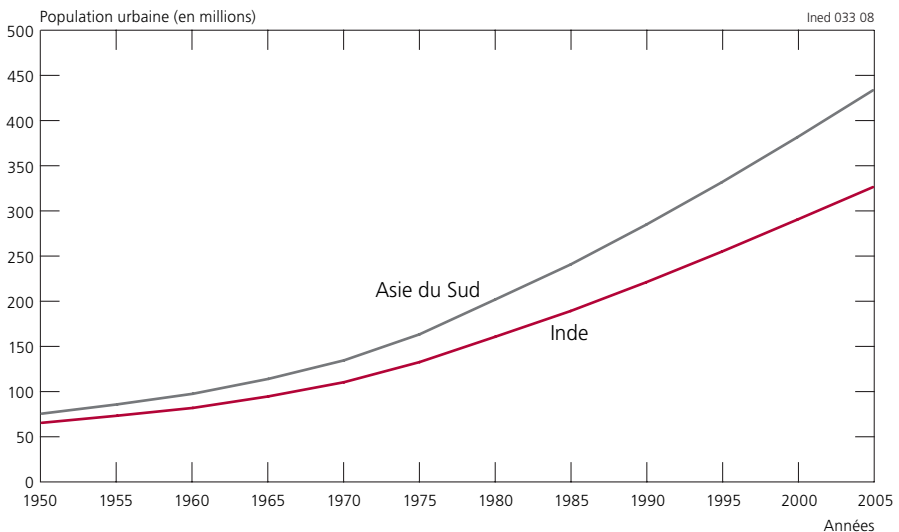
*Source* : Nations unies (2008).

Si la proportion de personnes vivant dans des villes progresse à un rythme modéré, le nombre total de citoyens a augmenté très fortement en cinquante ans en Asie du Sud : il était de 73,6 millions en 1950 et de 433,2 millions en 2005, ce qui correspond presque à une multiplication par 6 (figure 15). Une très large part de cette croissance urbaine est le fait de l'Inde, puisque les trois quarts des 433,2 millions de citoyens sud-asiatiques de 2005 vivent en Inde. La population urbaine de chaque pays évolue à des rythmes pour le moins contrastés et parfois très variables d'une période à l'autre pour un pays donné. En Afghanistan notamment, la population urbaine s'est accrue sur la période 2000-2005 au taux annuel de 6 %, mais dans les années 1980-1985 le taux a été négatif<sup>(36)</sup> tandis que dans les années 1990-1995, il a atteint 8,5 %. Au Bangladesh, le taux de croissance de la population urbaine qui est actuellement de 3,5 % a dépassé 10 % entre 1975 et 1980. Au Bhoutan, la population urbaine s'est accrue depuis 1950 à un rythme fluctuant autour de 5 % en moyenne annuelle. En Inde, le taux de croissance

(36) La guerre avec l'Union soviétique a entraîné, comme il a été dit précédemment, une importante émigration, de larges populations se réfugiant au Pakistan ou en Iran.

urbaine s'est accru de 2,6 % en 1950-1955 à 3,8 % en 1970-1975 avant de ralentir jusqu'au rythme actuel de 2,3 %. Les Maldives ont connu, comme le Bangladesh, une période de forte croissance de la population urbaine avec un taux de 10 % en 1970-1975. Au Népal, entre 1970 et 2000, la population urbaine a augmenté de plus de 6 % en moyenne annuelle, tandis qu'au Pakistan, le taux a été compris pendant plusieurs décennies entre 4 % et 4,5 %. La situation du Sri Lanka est encore singulière : le taux de croissance, de 2,8 % en 1950-1955, s'est accru jusqu'à atteindre 4,3 % en 1965-1970, est retombé ensuite en dessous de 1 % et est quasiment nul aujourd'hui (0,15 % en 2000-2005).

**Figure 15. Évolution de la population urbaine de l'Asie du Sud et de l'Inde, de 1950 à 2005**



Source : Nations unies (2008).

Selon les perspectives établies par les Nations unies, le Pakistan resterait à l'horizon 2030 le pays le plus urbanisé de la région, avec près d'un habitant sur deux vivant en ville. Le taux d'urbanisation du Sri Lanka resterait quant à lui étonnamment bas puisqu'il serait, à cette date, peu supérieur à 20 %. Au Bangladesh et en Inde, 40 % de la population vivrait alors en ville. Si un tel taux peut être considéré comme modéré en 2030, l'Inde devrait néanmoins abriter 590 millions de citoyens à cette date.

### **Cinq des treize plus grandes villes du monde localisées en Asie du Sud**

Les pays d'Asie du Sud étant de dimension très différente, les capitales de ces pays ont naturellement des tailles très diverses : Delhi compte ainsi 15 millions d'habitants en 2005, Katmandou nettement moins d'un million et Malé, capitale des Maldives, seulement 89 000.

Tableau 27. Évolution de la population de quelques capitales et des plus grandes villes de 1950 à 2000 et perspectives pour 2015

Pays	Villes	Population (en milliers)						Rapport		% de la population totale du pays en 2005	% dans la population urbaine du pays en 2005
		1950	1975	2000	2005	2015	2005/1950	2005/1975			
Afghanistan	Kaboul	171	674	1 963	2 994	4 666	17,5	4,4	10,0	43,8	
Bangladesh	Dhaka	417	2 173	10 159	12 430	16 842	29,8	5,7	8,8	35,0	
Bhoutan	Thimphu	3	8	60	85	143	28,3	10,6	13,3	43,1	
Inde	Delhi	1 369	4 426	12 441	15 048	18 604	11,0	3,4	1,4	4,7	
	Kolkata (Calcutta)	4 513	7 888	13 058	14 277	16 980	3,2	1,8	1,3	4,5	
	Mumbai (Bombay)	2 857	7 082	16 086	18 196	21 869	6,4	2,6	1,6	5,7	
Maldives	Malé	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Népal	Katmandou	104	180	644	815	1 280	7,8	4,5	3,0	19,1	
Pakistan	Islamabad	36	107	595	736	1 008	20,4	6,9	–	–	
	Karachi	1 047	3 989	10 020	11 608	15 155	11,1	2,9	7,4	21,1	
Sri Lanka	Colombo	400	572	639	652*	701	1,6	1,1	3,4	22,5	

\* estimation.

Source : Nations unies, *World Urbanization Prospects, The 2005 Revision*.



Dhaka est la ville dont la croissance a été la plus spectaculaire au cours des cinquante dernières années puisque sa population a été multipliée par 30 sur la période 1950-2005 (tableau 27). Il faut rappeler que cette ville est devenue en 1971 la capitale du Bangladesh nouvellement créé. Entre 1975 et 2005, Islamabad a enregistré la croissance la plus rapide (multiplication par 7) devant Dhaka dont la population a sextuplé. Dans le même temps, les populations de Kaboul et Katmandou ont été multipliées par un facteur de 4,4 à 4,5. En cinquante ans, la population de Delhi a plus que décuplé, passant de 1,4 million en 1950 à 15 millions en 2005.

Le poids démographique des capitales au sein de chaque pays est variable : moins de 2 % de la population indienne vit à Delhi alors que 10 % de la population afghane vit à Kaboul. Les habitants de la capitale de l'Afghanistan représentent au demeurant 44 % de la population urbaine du pays alors que la population de Katmandou représente moins de 20 % de la population urbaine du Népal et celle de Delhi moins de 5 % de la population urbaine de l'Inde.

Le processus d'urbanisation est particulier en Inde, en raison de l'importance de la population de ce pays et de sa vitesse de croissance au XX<sup>e</sup> siècle. Une comparaison avec les États-Unis sur la longue période a montré que le taux d'urbanisation était non seulement plus bas en Inde mais qu'il ne rattrapait pas le taux américain, alors que l'effectif de la population urbaine était, en Inde, plus élevé qu'aux États-Unis (Véron, 1987). Déjà à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'Inde comptait des grandes villes : en 1891, 744 000 personnes vivaient à Calcutta, 822 000 à Bombay, 453 000 à Madras et 415 000 à Hyderabad (Davis, 1951). Au recensement de 2001, l'Inde comptait 34 agglomérations urbaines de plus d'un million d'habitants et 6 de plus de 5 millions d'habitants : Mumbai (anciennement Bombay, 16,4 millions), Kolkata (Calcutta, 13,2 millions), Delhi (12,9 millions), Chennai (Madras, 6,6 millions), Hyderabad et Bangalore (5,7 millions chacune).

Notons par ailleurs que, parmi les 21 agglomérations urbaines de plus de 10 millions d'habitants en 2005, l'Asie du Sud en compte cinq, qu'il s'agisse de capitales ou non : Dhaka, Delhi, Kolkata, Mumbai et Karachi. Ces cinq agglomérations urbaines figurent même parmi les 13 plus grandes du monde.

### **XIII. Des migrations internationales mal connues**

Les pays d'Asie du Sud sont des pays d'émigration. Trois types de migrations peuvent être distinguées : celles conduisant à des installations définitives – qui sont dirigées vers l'Europe, l'Australie et l'Amérique du Nord –, les migrations de travail vers des pays du Moyen-Orient et des migrations saisonnières qui sont largement frontalières, comme celles du Bangladesh et du Népal vers l'Inde (OIM, 2005). Les flux les plus intenses sont à destination des pays du Golfe. Les migrations frontalières s'apparentent à des migrations internes, quand aucun visa n'est exigé pour aller dans un pays voisin, comme c'est le cas entre

l'Inde et le Népal, entre l'Inde et le Bhoutan ou entre le Bhoutan et le Népal (Khadria, 2005). Quand un visa est exigé, une partie des migrations sont illégales, comme dans le cas du Bangladesh et de l'Inde. Ce sont les populations les plus pauvres qui privilégient cette migration de proximité, comme dans le cas des fermiers des vallées du Népal qui se rendent dans le Nord-Est de l'Inde au moment des moissons.

Depuis quelques années, les pays de destination des migrants en provenance d'Asie du Sud tendent à se diversifier (Khadria, 2005). Le Japon, Hong Kong, la Corée du Sud, la Malaisie, Singapour et Taiwan attirent de plus en plus de migrants. Ils sont par exemple employés dans les plantations en Malaisie (nombreux Bangladeshis), employés domestiques à Singapour ou ouvriers dans la construction en Corée du Sud (en particulier les Népalais). La migration féminine est importante, principalement dans les services domestiques. Les migrants très qualifiés partent quant à eux en Europe, en Amérique du Nord ou en Australie.

L'Afghanistan a enregistré d'importants mouvements de population pendant la guerre avec l'Union soviétique, de 1979 à 1989. Au Bangladesh, il existe bien ces trois grands types de migrations, correspondant à des installations définitives en Europe, en Amérique du Nord ou en Australie, à des migrations de travail au Moyen-Orient ou dans certains pays d'Asie du Sud-Est et à des mouvements frontaliers (migrations vers l'Inde par exemple), mais l'importance respective de ces différentes migrations est inconnue. Des Pakistanais quittent aussi leur pays pour s'installer en Europe, en Amérique du Nord ou en Asie de l'Est, soit de manière légale, soit comme étudiants (certains cherchant ensuite à rester), soit, pour les plus pauvres, illégalement. Le Sri Lanka connaît également un phénomène important de migrations internationales. Des Tamouls quittent le pays pour des raisons politiques, à la recherche d'un statut de réfugiés politiques dans les pays occidentaux (Etiemble, 2004). Les pays du Golfe restent une importante destination pour les migrants sri lankais. Cette migration est féminine à hauteur de 70 %, la demande d'employées de maison étant forte dans ces pays.

Les migrations sont un phénomène qui prend de plus en plus d'importance en Inde, mais c'est essentiellement au Kerala qu'il a été étudié en profondeur. Une enquête de la fin des années 1990 a ainsi permis d'analyser les conséquences de la migration sur la pyramide des âges de la population, sur la vie des familles (séparation provisoire des couples), sur le niveau moyen d'instruction (compte tenu de la sélectivité de la migration), sur la pauvreté, sur le chômage, etc. (Zachariah *et al.*, 2003). Il apparaît par exemple que le statut des femmes dont les maris ont migré dans un pays du Golfe s'est élevé du fait qu'elles sont destinataires de transferts en leur nom propre, mais elles souffrent de l'alourdissement des charges lié à l'absence de leur mari et de la solitude : 60 % d'entre elles souhaiteraient le retour de leur mari. Les migrations de retour devenant importantes, la question de la réintégration des migrants dans la société de

départ se pose de plus en plus : 40 % des migrants de retour se mettent à leur compte, mais une partie des personnes revenues éprouvent de grandes difficultés à se réinsérer dans la société du Kerala et utilisent leur épargne pour conserver un niveau de vie élevé, sans exercer la moindre activité professionnelle alors qu'elles sont encore d'âge actif (Zachariah *et al.*, 2002 ; Zachariah *et al.*, 2006).

L'importance économique des migrations internationales pour chaque pays peut se mesurer par les transferts financiers effectués par des ressortissants vivant à l'étranger. En 2004, les transferts liés à la migration représentent des parts variables du produit intérieur brut des pays d'Asie du Sud, mais importantes dans certains cas : 12,1 % au Népal, 8 % au Sri Lanka, 5,5 % au Bangladesh, 4,2 % au Pakistan, 3,2 % en Inde et 0,4 % aux Maldives (Nations unies, 2006c).

Les pays d'émigration peuvent aussi être des pays d'immigration. Les Nations unies estiment qu'en 2005, dans le monde, 191 millions de personnes vivent en dehors de leur pays de naissance, ces migrants représentant 3 % de la population mondiale<sup>(37)</sup> (Nations unies, 2006c) ; l'Inde est, avec un effectif de 5,7 millions, le pays d'Asie du Sud comptant le plus de personnes nées à l'étranger<sup>(38)</sup>. Ce stock de migrants situe l'Inde au huitième rang mondial, même si ces migrants ne représentent que 0,5 % de la population indienne (tableau annexe A.12). Le Pakistan compte aujourd'hui quelque 3,3 millions de personnes nées en dehors du territoire national, soit 2,1 % de la population totale. Le stock de migrants ainsi défini est de 1 million au Bangladesh (0,7 % de la population), de 819 000 au Népal (3 % de la population), de 368 au Sri Lanka (1,8 % de la population), de 43 000 en Afghanistan (0,1 % de la population), de 10 000 au Bhoutan (1,6 % de la population) et de 3 000 aux Maldives (1 % de la population).

#### XIV. Un accès toujours inégal à l'éducation

L'accès à l'éducation joue un grand rôle dans la dynamique démographique de tout pays, qu'il s'agisse en particulier du rythme de la transition démographique, de la pratique contraceptive ou de la santé des enfants.

Les pays d'Asie du Sud sont au regard de l'alphabétisation en situation contrastée. Au début des années 2000, plus de 90 % de la population adulte âgée de plus de 15 ans au Sri Lanka et plus de 96 % aux Maldives est alphabétisée (tableau 28). Le contraste avec l'Afghanistan est particulièrement marqué puisque 28 % seulement de la population adulte y est alphabétisée. Au Bangladesh, au Népal et au Pakistan les taux d'alphabétisation sont plus ou moins proches de 50 %, l'Inde dépassant 60 %.

(37) En 1960, le nombre des personnes vivant en dehors de leur pays de naissance était estimé à 75 millions, soit 2,5 % de la population mondiale.

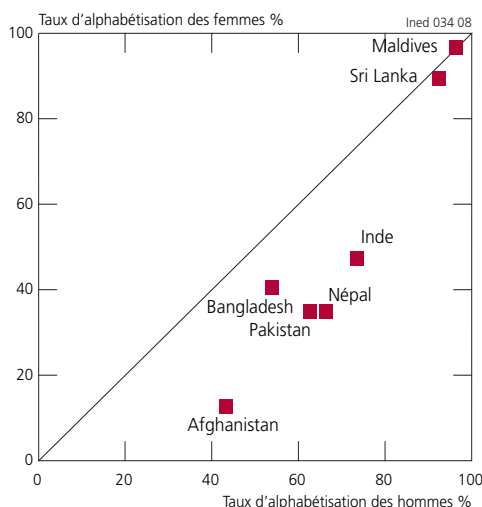
(38) Le recensement indien de 1991 comptabilisait près de 3,4 millions de migrants originaires du Bangladesh, dont 2,6 millions installés au Bengale-Occidental (Nanda, 2005).

**Tableau 28. Taux d’alphabétisation des adultes de plus de 15 ans dans les années 2000**

	Taux (en %)
Afghanistan (2000)	28,0
Bangladesh (2001)	47,5
Bhoutan	–
Inde (2001)	61,0
Maldives (2000)	96,3
Népal (2001)	48,6
Pakistan (2005)	49,9
Sri Lanka (2001)	90,7

Source : Unesco (<http://unesdoc.unesco.org/>).

**Figure 16. Taux d’alphabétisation des hommes et des femmes âgés de 15 ans ou plus dans les années 2000**



Source : Unesco (<http://stats.uis.unesco.org/unesco>).

À ces différences dans le degré d’alphabétisation des populations s’ajoutent des inégalités selon le sexe plus ou moins marquées (figure 16 ; tableau annexe A.14). Ainsi, aux Maldives et au Sri Lanka, la situation est très égalitaire, les hommes et femmes étant alphabétisés dans les mêmes proportions (autour de 90 %). En revanche, au Népal et au Pakistan par exemple, la situation est très inégalitaire, le taux d’alphabétisation des femmes de plus de 15 ans représentant moins de 60 % de celui des hommes. Cette forme d’inégalité est encore plus prononcée en Afghanistan puisque le taux d’alphabétisation féminine représente 29 % du taux masculin en 2000.

Comparée à des pays voisins comme le Bangladesh ou le Pakistan, l’Inde se caractérise par un meilleur niveau d’instruction de sa population mais, comme dans d’autres domaines, les disparités régionales sont, dans ce pays, très marquées (Banthia, 2001). Ainsi, le taux d’alphabétisation de la population âgée de plus de 7 ans est de 65 % en moyenne en 2001 mais il excède 90 % au Kerala alors qu’il n’atteint pas 48 % au Bihar. Le taux d’alphabétisation des hommes, qui est en moyenne de 76 %, varie entre un maximum de 94 % au Kerala et un minimum de 60 % au Bihar tandis que celui des femmes, qui est en moyenne de 54 %, varie entre un maximum de 88 % au Kerala et un minimum de 34 % au Bihar.

## XV. Des populations dont la vulnérabilité s'accroît

La violence des conflits ou les très fortes tensions dans certains pays de la région ont créé aujourd'hui un climat d'insécurité peu favorable à leur développement, mais l'intensité de la croissance démographique dans le passé a aussi rendu les populations d'Asie du Sud plus vulnérables tant sur un plan économique et social qu'écologique.

### Une vulnérabilité économique et sociale

Différentes populations sont aujourd'hui particulièrement vulnérables sur un plan économique ou social. Ainsi, dans certaines régions de l'Inde, une forte discrimination à l'encontre des filles se traduit dans un certain nombre de cas par des avortements quand l'embryon est de sexe féminin. Les résultats du recensement indien de 2001 ont mis en évidence, à travers une très forte masculinité de la population jeune, l'ampleur de la discrimination à l'encontre des filles dans le Nord-Ouest du pays<sup>(39)</sup>. Au Pendjab et en Haryana, États parmi les plus développés de l'Inde, cette discrimination a été telle que le rapport de masculinité de la population âgée de 0 à 6 ans a atteint dans certains districts la valeur de 130 garçons pour 100 filles et, dans le district de Fatehgarh Sahib, il a même sensiblement dépassé cette valeur (Nanda et Véron, 2004). Au Pendjab, un niveau relativement élevé d'instruction des femmes (64 % de la population féminine est alphabétisée en 2001) n'a pas empêché que la traditionnelle préférence pour les garçons, en quelque sorte réactivée à l'occasion de la baisse de la natalité, conduise à la pratique de nombreux avortements de fœtus de sexe féminin<sup>(40)</sup>. Au cours des dernières années, le gouvernement s'est efforcé, par des campagnes d'information et l'application de sanctions contre ceux qui permettaient aux couples de connaître le sexe de l'enfant à naître, de faire disparaître cette pratique des avortements sélectifs mais il ne semble pas qu'il y soit parvenu : d'après l'enquête NFHS de 2005-2006, le rapport de masculinité, pour les jeunes âgés de 0 à 6 ans, est de 108,9 à l'échelle de l'Inde entière contre 107,9 lors du recensement de 2001. Le rapport de masculinité est resté inchangé en milieu urbain mais il a progressé en milieu rural.

Il existe d'autres formes de vulnérabilité<sup>(41)</sup>. Celle des enfants mis au travail très tôt, celle des personnes d'âge actif sans emploi, celle des personnes n'ayant pas accès à un système de protection sociale, en particulier les personnes âgées. En ce qui concerne ces dernières, si leur poids démographique reste limité en Asie du Sud, leur nombre s'accroît et la question du vieillissement devient, en

(39) La carte, au niveau des districts, du rapport de masculinité de la population de 0-6 ans montre que ce phénomène est, en Inde, très circonscrit (Dyson *et al.*, 2004). Pour une analyse approfondie, voir l'article de Guilmoto dans ce même numéro.

(40) Le rôle joué par la baisse de la fécondité dans l'apparition de cette forme de discrimination fait l'objet de débats (Das Gupta, 1987 ; Das Gupta et Bhat, 1997 ; Bhat et Zavier, 2003). En Inde du Sud, la baisse de la fécondité n'a pas conduit à cette forme de discrimination envers les filles.

(41) Le problème de la sécurité alimentaire se pose aussi (cf. pour l'Inde, Fnuap, 1997).

Inde par exemple, un véritable sujet de préoccupation (Bose et Shankardass, 2004). Ce pays compte aujourd'hui plus de 80 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et il devrait en compter plus de 110 millions en 2016. La question de leur sécurité économique va devenir cruciale, alors que la moitié des hommes de plus de 60 ans et plus de 70 % des femmes sont, sur un plan économique, dépendants d'autres personnes.

Une autre forme de vulnérabilité tient à la difficulté rencontrée par les populations les plus pauvres pour se loger en milieu urbain ; elle se traduit par des installations précaires à la périphérie des villes et par le développement de bidonvilles. UN-Habitat estimait à plus de 230 millions le nombre de personnes vivant, en 2001, dans des bidonvilles en Asie du Sud<sup>(42)</sup>. Les personnes habitant des bidonvilles étaient, selon cette source, au nombre de 30 millions au Bangladesh, 36 millions au Pakistan et 158 millions en Inde. À cette vulnérabilité d'ordre économique et social s'en ajoute une autre, de nature écologique.

### Une vulnérabilité écologique

Une partie importante de la population du Bangladesh, qui réside dans le delta du Gange et du Brahmapoutre, vit dans des conditions particulièrement dangereuses ; en raison des fortes densités, chaque inondation provoque un nombre important de victimes. L'histoire sur deux siècles des catastrophes naturelles au Bangladesh montre combien ce pays est exposé aux risques écologiques (tableau 29). Fin 2007, un cyclone a encore fortement affecté le secteur agricole et près de 7 millions de personnes auraient subi des pertes du fait de celui-ci.

Dans d'autres pays de la région comme l'Inde, les Maldives ou le Sri Lanka, des parties plus ou moins importantes de la population sont fortement exposées, dès lors qu'il y a montée des eaux. La forte croissance démographique passée dans ces pays s'est traduite par une progression importante des densités de population. En Inde, la densité moyenne de la population s'est accrue de 77 habitants au km<sup>2</sup> en 1901 à 324 habitants au km<sup>2</sup> en 2001 ; elle excède aujourd'hui 800 habitants au km<sup>2</sup> au Kerala et 900 habitants au km<sup>2</sup> au Bengale-Occidental. La tension sur les terres qui en résulte fait que les populations sont toujours plus nombreuses à vivre sur les côtes, situées très peu au-dessus du niveau de la mer. Le tsunami de 2004 a eu des conséquences d'autant plus désastreuses qu'au Sri Lanka, dans les États du Tamil Nadu et du Kerala en Inde ainsi qu'aux Maldives, les populations vivant au niveau de la mer sont nombreuses. En Inde, près de 11 000 personnes seraient mortes, 5 600 auraient disparu et environ 7 000 auraient été blessées lors du tsunami. Le Tamil Nadu, État indien le plus touché, aurait compté à lui seul 8 000 morts<sup>(43)</sup>. Le tsunami aurait provoqué 40 000 morts au Sri Lanka et conduit au déplacement de 2,5 millions de personnes. Une montée

(42) UN-Habitat, <http://ww2.unhabitat.org/programmes/guo/statistics.asp>

(43) Données de l'Asian Development Bank.

des eaux résultant du changement climatique est une menace pour un nombre croissant de personnes au Bangladesh, en Inde, aux Maldives et au Sri Lanka.

**Tableau 29. Désastres majeurs survenus au Bangladesh au cours d'une période de deux siècles**

Années	Événement	Pertes
1769-1776	Grande famine du Bengale	Élimination de presque un tiers de la population du Bengale, bien que l'effet ait été moins sévère au Bengale-Oriental
1784-1788	Inondations et famine. Changement radical dans le cours du Brahmapoutre	Inconnues
1873-1874	Famine	Inconnues
1876	Cyclone Bakerganj et raz de marée	Environ 400 000 décès
1884-1885	Famine	Inconnues
1897	Cyclone Chittagong	Environ 175 000 décès
1918-1919	Grippe espagnole	Environ 400 000 décès
1943	Famine du Bengale	Entre 2 et 2,5 millions de décès
1947	Partition de l'Inde	Inconnues. Le nombre total de morts dans la partition a été de 1 million, mais la plupart se sont produites à l'Ouest
1970	Cyclone et raz de marée	Entre 200 000 et 500 000 décès
1971	Guerre d'indépendance	Environ 500 000 décès
1974	Famine	Nombre officiel de 30 000 décès, mais certaines estimations sont très supérieures (il a été question de 500 000 décès dont 80 000 pour le seul district de Rangpur).

*Source* : W. Brian Arthur et Geoffrey McNicoll, « An analytical survey of population and development in Bangladesh », *Population and Development Review*, vol. 4, n° 1, mars 1978, p. 29, cité par Escap (1981).

## Conclusion

Foyer de peuplement important, puisqu'environ 1,6 milliard d'habitants y vivent aujourd'hui, l'Asie du Sud est une région du monde contrastée, tant d'un point de vue géographique que démographique. L'Afghanistan se compose principalement de montagnes comptant de très nombreux sommets élevés tandis que le Sri Lanka est formé avant tout de plaines. C'est au demeurant entre ces deux pays que les contrastes démographiques sont les plus marqués. En Afghanistan, si la mortalité a baissé, elle reste toujours très élevée puisque l'espérance de vie à la naissance ne dépasse guère les 40 ans, alors qu'au Sri Lanka, la durée de vie moyenne est de plus de 70 ans en 2000-2005. L'Afghanistan n'a de surcroît pas amorcé sa transition de la fécondité tandis que le Sri Lanka l'a achevée. Une des conséquences de ces évolutions de la mortalité et de la fécondité est que la population est toujours extrêmement jeune en Afghanistan (son âge médian est de 16 ans en 2005) tandis qu'elle est beaucoup plus âgée au Sri Lanka (âge médian proche de 30 ans). Les autres pays de la région – Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal et Pakistan – occupent tous une

place intermédiaire, quel que soit l'indicateur démographique considéré. Tous ces pays sont en cours de transition démographique. La mortalité y a beaucoup baissé et l'espérance de vie à la naissance y est au minimum de 62 ans. La fécondité s'est partout réduite mais les écarts de fécondité sont encore importants : aujourd'hui au Bhoutan et aux Maldives, les femmes mettent au monde moins de trois enfants alors qu'au Pakistan, elles en ont encore quatre.

L'Asie du Sud est, d'un point de vue démographique, largement dominée par l'Inde, qui rassemble sur son territoire plus des deux tiers de la population de la région. Pays dont la population a quadruplé en un siècle et qui a cherché depuis le début des années 1950 à ralentir la croissance de sa population par des programmes de limitation des naissances, l'Inde est aujourd'hui bien avancée dans sa transition démographique. Mais les disparités régionales y sont importantes. L'enquête *National Family and Health Survey* de 2005-2006 montre ainsi que la mortalité infantile – égale à 57 ‰ en moyenne dans l'ensemble du pays – varie selon les États entre 15 ‰ (Kerala et Goa) et 71 ‰ (Chhattisgarh) ; quant à la fécondité, de 2,1 en moyenne pour l'Inde, elle varie entre 1,8 enfant par femme (Andhra Pradesh et Goa) et 4 enfants par femme (Bihar).

En termes de développement, les défis auxquels sont confrontés les différents pays sont largement communs. Il s'agit de permettre l'accès à l'emploi d'une large part de la population d'âge actif, de réduire la pauvreté, de mettre en place un système de protection pour les plus pauvres et pour les personnes âgées et de mettre fin aux diverses discriminations à l'encontre des femmes. D'autres défis sont plus spécifiques à certains pays. Le Bangladesh, le Pakistan et l'Inde doivent réussir à gérer la croissance d'agglomérations urbaines de plus de 10 millions d'habitants. Il en est de même de l'accès à l'éducation : alors qu'au Sri Lanka et aux Maldives le problème ne se pose guère – plus de 90 % des habitants y sont alphabétisés – la question de l'instruction est très importante au Bangladesh et au Pakistan (où les taux d'alphabétisation sont seulement de 48 % et 50 %) et majeure en Afghanistan (le taux d'alphabétisation est seulement de 28 % en 2000). Pour ces pays, l'enjeu est aussi celui d'une réduction des inégalités d'accès à l'instruction selon le sexe.

À l'horizon 2040, l'Asie du Sud devrait compter 2,2 milliards d'habitants, ce qui représente une augmentation de 600 millions d'habitants par rapport à la population actuelle. L'ampleur des défis que doivent relever les pays de cette région du monde pour pouvoir espérer un développement un tant soit peu durable ne saurait être sous-estimée.

**Remerciements.** L'auteur tient à remercier Cédric Yaël Mathieu pour son aide précieuse et efficace dans le rassemblement des données de base.





## ANNEXE STATISTIQUE

Tableau A.1. Recensements, enquêtes nationales de fécondité-santé et autres enquêtes démographiques nationales auprès des ménages dans les pays d'Asie du Sud de 1960 à 2007

Pays	Recensements	EDS	Autres enquêtes démographiques auprès des ménages
Afghanistan	1979	–	2000, 2003, 2005
Bangladesh	1974, 1981, 1991, 2001	1993-1994, 1996-1997, 1999-2000, 2001*, 2004, 2007	1975, 1995, 2000, 2001, 2002, 2006
Bhoutan	–	–	2003, 2004
Inde	1961, 1971, 1981, 1991, 2001	1992-1993, 1998-1999, 2005-2006	2000, 2001, 2002, 2006
Maldives	1977, 1985, 1990, 1995, 2000	–	2001, 2004
Népal	1961, 1971, 1981, 1991, 2001	1987, 1996, 2001, 2006	1976, 1981, 1986, 2002
Pakistan	1961, 1972, 1981, 1998	1990-1991, 2006	1975, 2002, 2003, 2004
Sri Lanka	1963, 1971, 1981, 2000	1987, 1993**, 2000**	1975, 1985, 1994, 1999, 2000, 2002, 2003

\* *Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001.*  
 \*\* Enquêtes figurant sur le site du *Department of Census and Statistics*, Sri Lanka, mais pas sur celui de Macro International.  
 Sources : [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com), <http://surveynetwork.org>

Tableau A.2. Superficie et densité en 2000, évolution de la population des pays d'Asie du Sud de 1950 à 2040

Pays	Histoire		Superficie (milliers de km <sup>2</sup> )	Densité brute (hab./km <sup>2</sup> )	Densité par rapport aux terres arables (hab./km <sup>2</sup> )	Nombre d'habitants (en milliers)					
	Pays colonisateur	Indépendance en				1950	1970	1990	2000	2010	2040
Afghanistan	Royaume-Uni	1919	652	32	262	8 151	11 840	12 659	20 737	30 389	66 374
Bangladesh	Pakistan	1971	144	968	1 725	43 852	69 817	113 049	139 434	166 638	238 600
Bhoutan	Royaume-Uni	1949	47	12	399	168	298	547	559	684	900
Inde	Royaume-Uni	1947	3 287	318	652	371 857	549 312	860 195	1 046 235	1 220 182	1 596 719
Maldives	Royaume-Uni	1965	0,3	916	-	82	121	216	273	323	476
Népal	Royaume-Uni	1923	147	166	1 051	8 643	12 155	19 114	24 419	29 898	47 185
Pakistan	Royaume-Uni	1947	796	181	678	36 944	59 565	112 991	144 360	173 351	268 506
Sri Lanka	Royaume-Uni	1948	66	285	2 091	7 339	12 342	17 114	18 714	19 576	19 671

**Sources :** Nations unies, *United Nations Common Database* (<http://unstats.un.org/unsd/cdb/>) et *World Population Prospects: The 2006 Revision* (<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>) ; Annuaire statistique de la FAO 2005-2006 pour les terres arables ; Pison (2007), « Tous les pays du monde (2007) », *Population & Sociétés*, n° 436.

Tableau A.3. Taux de natalité, de mortalité et d'accroissement total dans les pays d'Asie du Sud de 1950 à 2005

Pays	Taux de natalité (p. mille)					Taux de mortalité (p. mille)					Taux d'accroissement annuel moyen (p. cent)							
	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005
Afghanistan	52,1	52,2	51,5	51,1	52,1	49,7	36,7	32,5	27,8	24,1	22,6	21,6	1,54	1,97	2,37	-2,46	7,32	3,79
Bangladesh	48,4	48,6	43,6	39,9	33,6	27,8	28,5	23,5	18,9	15,0	11,1	8,2	1,98	2,50	2,47	2,47	2,22	1,89
Bhoutan	46,7	47,7	46,4	42,3	35,7	22,4	26,8	25,6	21,9	17,1	12,6	7,8	3,09	2,63	3,68	2,57	-1,53	2,63
Inde	43,3	40,7	37,3	34,3	30,7	25,1	26,0	20,2	15,1	11,6	9,8	8,7	1,73	2,04	2,22	2,26	2,08	1,62
Maldives	45,2	40,9	40,5	41,7	36,6	22,2	27,3	20,8	15,9	11,8	8,9	6,5	1,77	2,01	2,46	2,99	2,78	1,57
Népal	43,9	43,6	42,0	40,1	38,1	30,2	28,1	24,6	20,2	15,9	12,0	8,7	1,49	1,77	2,17	2,30	2,51	2,08
Pakistan	44,5	44,2	42,9	44,1	38,7	27,5	23,1	19,3	15,6	12,9	9,8	7,7	2,15	2,47	2,74	3,63	2,46	1,82
Sri Lanka	39,9	34,3	30,2	25,3	20,4	16,3	11,4	8,9	7,5	6,3	6,5	7,3	2,82	2,46	2,05	1,39	1,10	0,43

Source : Nations unies (2007a).

Tableau A.4. Âge médian au premier mariage (hommes et femmes) et intensité de la polygamie et du célibat dans les pays d'Asie du Sud

Pays	Date de la dernière enquête EDS	Âge médian au premier mariage (en années)		Écart d'âge entre époux	% de femmes en union polygame		% de femmes célibataires à 40-49 ans
		Hommes	Femmes		à 15-49 ans	à 35-44 ans	
Afghanistan	-						
Bangladesh	2004	24,5	14,8	9,7			0,2
Bhoutan	-						
Inde	2005-2006	23,4	17,2	6,2			0,6 (45-49 ans)
Maldives	-						
Népal	2006	20,6	17,2	3,4	4,4	6,2	1,2 (45-49 ans)
Pakistan	1990-1991, 2006*		18,6		4,5	4,2	0,4
Sri Lanka	1987		22,4				5,1

\* En cours de traitement.  
Source : enquêtes EDS.

Tableau A.5. Indice synthétique de fécondité et taux net de reproduction dans les pays d'Asie du Sud

Pays	Indice synthétique de fécondité <sup>(a)</sup>					Taux net de reproduction <sup>(b)</sup>						
	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005
Afghanistan	7,70	7,70	7,70	7,80	8,00	7,48	1,62	1,79	2,01	2,23	2,40	2,27
Bangladesh	6,70	6,85	6,15	5,25	4,12	3,22	1,86	2,07	2,01	1,87	1,63	1,38
Bhoutan	6,67	6,67	6,67	6,42	5,39	2,91	1,75	1,83	2,02	2,19	2,07	1,25
Inde	5,91	5,82	5,26	4,50	3,86	3,11	1,63	1,82	1,86	1,74	1,56	1,30
Maldives	7,00	7,00	7,00	6,80	5,55	2,81	1,90	2,19	2,45	2,64	2,28	1,24
Népal	6,06	6,06	5,79	5,51	5,00	3,68	1,60	1,74	1,83	1,93	1,94	1,55
Pakistan	6,60	6,60	6,60	6,60	5,80	3,99	1,97	2,16	2,34	2,51	2,37	1,68
Sri Lanka	5,70	5,12	4,12	3,16	2,48	2,02	2,22	2,15	1,80	1,45	1,17	0,96

<sup>(a)</sup> Somme des taux de fécondité par âge observés à un moment donné. L'ISF peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité du moment. Il ne tient pas compte de la mortalité.

<sup>(b)</sup> Nombre moyen de filles que mettrait au monde une femme dans les conditions de fécondité du moment, en tenant compte de la mortalité jusqu'à la fin de la vie féconde.

Source : Nations unies (2007a), *World Population Prospects: The 2006 Revision*, <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>

Tableau A.6. Niveau, calendrier et caractéristiques les plus récentes de la fécondité dans les pays d'Asie du Sud

Pays	Date de la dernière enquête EDS disponible	Indice synthétique de fécondité	Nombre d'enfants à 40-49 ans	Nombre idéal d'enfants à 25-34 ans	Âge médian à la 1 <sup>re</sup> naissance	% d'adolescentes ayant débuté leur vie féconde	% de la fécondité réalisée avant 25 ans	Intervalle entre naissances (en mois)
Afghanistan	-							
Bangladesh	2004	3,00	4,20	2,30	17,6	32,70	54,0	39,3
Bhoutan	-							
Inde	2005-2006	2,68	3,48	2,40	20,0		55,8	31,1
Maldives	-							
Népal	2001	3,10	4,00	2,80	19,9	18,50	53,0	33,6
Pakistan	1990-1991	5,40	5,40	4,10	21,3	15,70	29,0	29,1
Sri Lanka	1987	2,80		2,90	24,0		32,7	

Source : enquêtes EDS.

Tableau A.7. Allaitement, abstinence sexuelle *post-partum* et contraception dans les pays d'Asie du Sud

Pays	Date de la dernière enquête EDS disponible	Durée médiane d'allaitement (en mois)	Durée médiane d'abstinence <i>post-partum</i> (en mois)	Prévalence contraceptive (en %)			% de femmes mariées de 40-49 ans sans enfant né vivant
				(femmes de 15 à 49 ans mariées ou en union)			
				Toutes méthodes	Méthodes modernes	Préservatifs	
Afghanistan	-			4,8	3,6	0,0	
Bangladesh	2004	28,8	2,0	58,1	47,3	4,3	1,5
Bhoutan	-			18,8	18,8	0,3	
Inde	2005-2006	24,4	2,3	48,2	42,8	3,1	2,2
Maldives	-			42,0	33,0	6,0	
Népal	2001	29,5	2,1	39,3	35,4	2,9	1,8
Pakistan	1990-1991	19,8	2,3	27,6	20,2	5,5	3,4
Sri Lanka	1987	22,7	4,2	70,0	49,6	3,7	2,7

Sources : enquêtes EDS, Statcompiler ; Nations unies, Division statistique (<http://unstats.un.org/unsd/databases.htm>).

Tableau A.8. Espérance de vie et mortalité infantile dans les pays d'Asie du Sud de 1950 à 2005

Pays	Espérance de vie (en années)					Taux de mortalité infantile (p. mille)						
	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005
Afghanistan	28,8	32,0	36,1	39,9	41,7	42,1	275,3	245,6	211,6	183,6	171,1	168,1
Bangladesh	37,5	41,2	45,3	50,0	56,0	62,0	200,5	174,1	148,0	120,4	89,0	61,3
Bhoutan	36,1	37,7	41,8	47,9	54,5	63,5	184,8	174,1	149,2	117,1	87,5	52,7
Inde	37,4	43,6	50,7	56,6	60,2	62,9	165,7	140,3	116,8	94,7	77,2	62,5
Maldives	38,9	45,2	51,4	57,1	61,0	65,6	185,2	151,8	120,6	93,6	65,1	45,8
Népal	36,2	39,4	44,0	49,6	55,7	61,3	210,9	187,0	156,1	122,9	90,6	64,5
Pakistan	43,4	47,7	51,9	56,2	60,8	63,6	168,6	147,7	127,6	108,0	87,0	75,4
Sri Lanka	57,6	62,2	65,0	68,8	70,4	70,8	76,6	62,6	49,9	28,9	17,0	12,4

Source : Nations unies (2007a), *World Population Prospects: the 2006 Revision*. <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>



Tableau A.9. Conditions d'accouchement, mortalité et santé des enfants dans les pays d'Asie du Sud

Pays	Quotient de mortalité (p. mille)			% des naissances avec au moins une consultation prénatale	% des accouchements avec personnel formé	% d'enfants vaccinés <sup>(a)</sup>	% d'enfants souffrant de malnutrition <sup>(b)</sup>
	Néonatale	< 1 an (2005)	0-5 ans (2005)				
Afghanistan	60	165	257	52 (2003)	14 (2003)		53,6 (1997)
Bangladesh	36	54	73	39 (1999-2000)	13 (2004)	73,1 (2004)	50,5 (2004)
Bhoutan	30	65	75		51 (2005)		47,7 (1999)
Inde	39	56	74	65 (1998-1999)	48 (2006)	42,0 (1999)	51,0 (1998-1999)
Maldives	24	33	59	98 (2000)	70 (2001)		31,9 (2001)
Népal	32	56	88	49 (2001)	19 (2006)	82,8 (2006)	57,1 (2001)
Pakistan	53	80	100		31 (2005)	35,1 (1991)	41,5 (2001)
Sri Lanka	8	12	14		97 (2000)	67,3 (1987)	18,4 (2000)

<sup>(a)</sup> Enfants qui ont reçu tous les vaccins (BCG, DTCq, polio et rougeole).

<sup>(b)</sup> Enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance.

Sources : Nations unies, *World Health Statistics 2007* (<http://www.who.int/whosis/whostat2007>) ; enquêtes EDS.

**Tableau A.10. Mortalité maternelle et prévalence du VIH à 15-49 ans dans les pays d'Asie du Sud**

Pays	Taux de mortalité maternelle en 2000 (pour 100 000 naissances)	Taux de prévalence du VIH en 2005 dans la population âgée de 15 à 49 ans (en %)
Afghanistan	1 900	< 0,1
Bangladesh	380	< 0,1
Bhoutan	420	< 0,1
Inde	540	0,9
Maldives	110	–
Népal	740	0,5
Pakistan	500	0,1
Sri Lanka	92	< 0,1

*Sources* : OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2005, p. 245 (<http://www.who.int>) ; Onusida, 2006 Report on the global AIDS epidemic (<http://www.unaids.org>),

Tableau A.11. Structure de la population par grands groupes d'âges dans les pays d'Asie du Sud de 1950 à 2020

Pays	% de moins de 15 ans			% de plus de 60 ans			Âge médian de la population			Rapport de dépendance en 2005* (%)	Rapport de masculinité en 2005 (%)
	1950	2005	2020	1950	2005	2020	1950	2005	2020		
Afghanistan	42,6	47,0	45,0	4,5	3,7	3,7	18,6	16,4	17,3	97	107,5
Bangladesh	40,4	35,2	29,2	6,9	5,7	8,0	20,0	22,2	26,4	63	104,9
Bhoutan	43,8	33,0	24,0	4,3	6,9	9,1	18,0	22,3	29,7	60	111,1
Inde	37,5	33,0	26,7	5,4	7,5	10,2	21,3	23,8	28,1	61	107,5
Maldives	33,1	34,0	29,0	8,2	5,6	7,3	24,7	21,3	27,5	61	104,9
Népal	38,4	39,0	32,6	6,6	5,8	7,1	21,1	20,1	23,9	74	98,2
Pakistan	37,9	37,2	31,5	8,2	5,9	7,6	21,2	20,3	25,3	70	106,0
Sri Lanka	40,9	24,2	20,5	5,5	9,7	17,2	19,5	29,5	35,5	44	97,7

\* Rapport de la population âgée de moins de 15 ans et de plus de 65 ans à la population des 15-65 ans.

Source : Nations unies (2007a), *World Population Prospects: The 2006 Revision*, <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>

Tableau A.12. Migrations internationales, populations réfugiées et déplacées dans les pays d'Asie du Sud

Pays	Stock de migrants <sup>(a)</sup> en 2005		Taux de migration nette <sup>(b)</sup> 2000-2005 (%)	Nombre de réfugiés <sup>(c)</sup> en 2005 (en milliers)	Population sous statut HCR <sup>(d)</sup> en 2005 (en milliers)
	Effectif (en milliers)	% dans la population totale			
Afghanistan	43	0,1	16,0	0,0	911,7
Bangladesh	1 032	0,7	- 0,5	21,1	271,2
Bhoutan	10	1,6*	0,0		
Inde	5 700	0,5	- 0,3	139,3	139,6
Maldives	3	1,0	0,0		
Népal	819	3,0	- 0,8	126,4	538,6
Pakistan	3 254	2,1	- 2,4	1 084,7	1 088,1
Sri Lanka	368	1,8	- 1,6	0,1	354,8

\* Chiffre corrigé en tenant compte de l'effectif de la population donné par les Nations unies (2006a).

<sup>(a)</sup> Défini comme le nombre de personnes nées à l'étranger.

<sup>(b)</sup> Défini comme le nombre annuel d'immigrants moins le nombre annuel d'émigrants entre 2000 et 2005 divisé par la population totale moyenne du pays.

<sup>(c)</sup> Personne ayant un statut de réfugié selon les diverses conventions internationales en vigueur.

<sup>(d)</sup> Effectif total des réfugiés étrangers, des demandeurs d'asile, des réfugiés de retour et des individus déplacés à l'intérieur du pays, sous protection du HCR.

Sources : Nations unies (2006), *International Migration 2006* ; HCR (2006), Annuaire statistique 2005 (<http://www.unhcr.fr/cgi-bin/texis/vtx/statistics/>)

Tableau A.13. Indicateurs de développement des pays d'Asie du Sud

Pays	% de population urbaine <sup>(a)</sup> en 2004	PIB par habitant (\$US PPA) <sup>(b)</sup> en 2004	% d'analphabètes à 15 ans et plus en 2004	Taux net de scolarisation primaire en 2004	Indicateur de développement humain <sup>(c)</sup>			Indicateur de pauvreté humaine (IPH-1) <sup>(d)</sup>	Indicateur sexo-spécifique de développement <sup>(e)</sup>
					1980	2004	Rang mondial en 2004		
Afghanistan <sup>(f)</sup>	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bangladesh	24,7	1870	58,4 <sup>(g)</sup>	94	0,366	0,530	137	44,2	0,524
Bhoutan	10,8*	1969	–	–	–	0,538	135	39,0	–
Inde	28,5	3139	39,0	90	0,439	0,611	126	31,3	0,591
Maldives	29,2	–	3,7	90	–	0,739	98	16,9	–
Népal	15,3	1490	51,4	78	0,336	0,527	138	38,1	0,513
Pakistan	34,5	2225	50,1	66	0,388	0,539	134	36,3	0,513
Sri Lanka	15,2	4390	9,3	97	0,653	0,755	93	17,7	0,749

\* Les Nations unies (2008) donnent pour 2005 un taux d'urbanisation de 31,0 %.

<sup>(a)</sup> Calculs des Nations unies basés sur les définitions nationales.

<sup>(b)</sup> Produit intérieur brut par habitant calculé par la Banque mondiale en termes de parité de pouvoir d'achat (PPA) ;

<sup>(c)</sup> Indicateur synthétique de mesure du développement (IDH), intégrant l'espérance de vie, les taux d'alphabétisation adulte et de scolarisation et le PIB par habitant. Plus il est proche de l'unité, meilleure est la situation.

<sup>(d)</sup> Non daté. Indicateur synthétique de mesure des carences ou insuffisances en matière de santé, d'éducation et de niveau de vie. Plus il est proche de 0, meilleure est la situation.

<sup>(e)</sup> Indicateur basé sur les mêmes critères et type de mesure que l'IDH, mais intégrant les inégalités entre hommes et femmes.

<sup>(f)</sup> Le PNUD n'a pas calculé d'indicateurs de développement pour ce pays.

<sup>(g)</sup> En 2003.

Sources : PNUD (2006), Rapport mondial sur le développement humain 2006 (<http://hdr.undp.org>) ; Nations unies, UNstat.

Tableau A.14. Scolarisation et alphabétisation des adultes selon le sexe dans les pays d'Asie du Sud

Pays	Taux d'alphabétisation à 15 ans et plus (2000-2004)				Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire (année scolaire s'achevant en 2004)			
	Hommes	Femmes	Ensemble	Rapport F/H	Garçons	Filles	Ensemble	Rapport F/G
Afghanistan	43	13	28	0,30	-	-	-	-
Bangladesh	52	33	43	0,63	93	96	94	1,03
Bhoutan	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	73	48	61	0,66	92	87	90	0,94
Maldives	96	96	96	1,00	89	90	90	1,01
Népal	63	35	49	0,56	84	74	79	0,87
Pakistan	63	36	50	0,57	76	56	66	0,73
Sri Lanka	92	89	91	0,97	-	-	98	-

Source : Unesco (2007), Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous.

Tableau A.15. Indicateurs de nuptialité, de fécondité et de préférence pour un sexe en Inde en 1998-1999

	Âge médian au premier mariage (en années)	Indice synthétique de fécondité	Durée médiane d'allaitement	% d'enfants vaccinés	Intervalle entre naissances (en mois)	Nombre idéal d'enfants	Préfèrent avoir plus de garçons que de filles (%)	Préfèrent avoir plus de filles que de garçons (%)	% des naissances avec au moins une consultation prénatale
<b>Nord</b>									
Delhi	19,0	2,4	22,6	69,8	33,6	2,4	23,1	2,6	83,5
Haryana	16,9	2,9	24,3	62,7	30,0	2,5	37,5	0,5	58,1
Himachal Pradesh	18,6	2,1	24,1	83,4	29,4	2,2	25,9	0,6	86,8
Jammu-et-Cachemire	18,2	2,7	29,5	56,7	32,5	2,7	38,0	2,7	83,2
Pendjab	20,0	2,2	21,2	72,1	28,0	2,3	29,1	0,4	74,0
Rajasthan	15,1	3,8	25,5	17,3	29,5	2,8	47,5	1,3	47,5
<b>Centre</b>									
Madhya Pradesh	14,7	3,3	36,0	22,4	30,2	2,9	42,5	2,9	61,0
Uttar Pradesh	15,0	4,0	25,8	21,2	30,4	3,1	53,3	1,4	34,6
<b>Est</b>									
Bihar	14,9	3,5	36,0	11,0	32,3	3,3	47,9	2,1	36,3
Orissa	17,5	2,5	36,0	43,7	32,9	2,7	37,6	2,1	79,5
Bengale-Occidentale	16,8	2,3	36,0	43,8	33,6	2,4	20,7	3,4	90,0
<b>Nord-Est</b>									
Arunachal Pradesh	18,7	2,5	30,8	20,5	29,9	3,2	41,9	2,5	61,6
Assam	18,1	2,3	36,0	17,0	30,6	2,9	38,2	2,9	60,1
Manipur	21,7	3,0	29,3	42,3	31,8	3,6	36,5	4,8	80,2
Meghalaya	19,1	4,6	22,6	14,3	28,5	4,7	20,9	16,9	53,6
Mizoram	22,0	2,9	21,8	59,6	28,4	4,0	26,0	19,0	91,8
Nagaland	20,1	3,8	23,1	14,1	27,5	4,0	32,7	6,3	60,4
Sikkim	19,8	2,8	27,3	47,4	32,6	2,2	22,4	2,1	69,9

Tableau A.15 (suite). Indicateurs de nuptialité, de fécondité et de préférence pour un sexe en Inde en 1998-1999

	Âge médian au premier mariage (en années)	Indice synthétique de fécondité	Durée médiane d'allaitement	% d'enfants vaccinés	Intervalle entre naissances (en mois)	Nombre idéal d'enfants	Préfèrent avoir plus de garçons que de filles (%)	Préfèrent avoir plus de filles que de garçons (%)	% des naissances avec au moins une consultation prénatale
<b>Ouest</b>									
Goa	23,2	1,8	23,3	82,6	34,8	2,3	17,0	5,1	99,0
Gujarat	17,6	2,7	22,0	53,0	29,0	2,5	33,2	1,8	86,4
Maharashtra	16,4	2,5	23,8	78,4	29,0	2,3	27,1	1,9	90,4
<b>Sud</b>									
Andhra Pradesh	15,1	2,3	25,0	58,7	31,1	2,4	19,8	2,7	92,7
Karnataka	16,8	2,1	20,0	60,0	29,7	2,2	13,0	1,9	86,3
Kerala	20,2	2,0	24,5	79,7	38,1	2,5	14,6	5,2	98,8
Tamil Nadu	18,7	2,2	16,1	88,8	30,5	2,0	9,6	1,9	98,5
<b>Inde</b>	16,4	2,9	25,4	42,0	30,8	2,7	33,2	2,2	65,4

Source : NFHS-2, 1998-1999.





## RÉFÉRENCES

- BANTHIA J. K., 2001, *Census of India 2001, Provisional Population Totals*, Paper 1-2001, Delhi.
- BHAT P. N. M., 1989, « Mortality and fertility in India, 1881-1961: A reassessment », in Dyson T. (éd.), *India's Historical Demography. Studies in Famine, Disease and Society*, Curzon Press, The Riverdale Company.
- BHAT P. N. M., PRESTON S., DYSON T., 1984, *Vital Rates in India, 1961-1981*, Committee on Population and Development, Report n° 24, National Academy Press, Washington.
- BHAT P. N. M., RAJAN S. I., 1997, « Demographic transition since independence », in Zachariah K. C. et Rajan S. I. (éd.), *Kerala's Demographic Transition*, Sage, New Delhi, p. 33-78.
- BHAT P. N. M., ZAVIER A. J., 2003, « Fertility decline and gender bias in Northern India », *Demography*, 40(4), p. 637-657.
- BISTA D. B., 1977, « Patterns of migration in Nepal », Colloque international du CNRS n°268.1976, Paris, CNRS, p. 397-399.
- BOSE A., SHANKARDASS M. K., 2004, *Growing Old in India. Voices Reveal, Statistics Speaks*, Delhi, B. R. Publishing Corporation.
- CENSUS OF INDIA, 2001, *Provisional Population Totals*, Paper 1- 2001, Series 1 India, Delhi.
- CICRED, 1974a, *The Population of Pakistan*, Cicred Series, Paris.
- CICRED, 1974b, *The Population of Sri Lanka*, Cicred Series, Paris.
- DAS GUPTA M., 1987, « Selective discrimination against female in rural Punjab », *Population and Development Review*, 13(1), p. 77-100.
- DAS GUPTA M., BHAT P. N. M., 1997, « Fertility decline and increased manifestation of sex bias in India », *Population Studies*, 51(3), p. 307-315.
- DAVIS K., 1951, *The Population of India and Pakistan*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press.
- DYSON T., CASSEN R., VISARIA L., 2004, *Twenty-First Century India. Population, Economy, Human Development, and the Environment*, Oxford University Press.
- ESCAP, 1981, *Population of Bangladesh*, Country Monograph Series n° 8, New York, United Nations.
- ESCAP, 1982, *Population of India*, Country Monograph Series n° 10, New York, United Nations.
- ETIEMBLE A., 2004, « Les Tamouls du Sri Lanka en France. L'emprise du politique », *Revue française des Affaires sociales*, n° 2, p. 145-164.
- FNUAP, 1997, *India. Towards population and Development Goals*, UNFPA, Oxford University Press, Delhi.
- GANDOTRA M. M., RETHERFORD R. D., ARWIN P., LUTHER N. Y., VINOD K. M., 1998, « Fertility in India », *National Family Health Survey Subject Reports*, n° 9, Mai, IIPS Bombay & East-West Center, Honolulu.
- GOYAL R. P., 1988, *Marriage Age in India*, B. R. Publishing Corporation, Institute of Economic Growth, Delhi.
- GUILMOTO C. Z., 2008, « L'économique, le social et le spatial. Les trois dimensions de la surmasculinité juvénile en Inde », *Population-F*, 63(1), p. 93.

- GUILMOTO C. Z., RAJAN S. I., 1998, « Regional heterogeneity and fertility behaviour in India », *Working Paper n° 290*, Centre for Development Studies, Thiruvananthapuram.
- GUILMOTO C. Z., RAJAN S. I., 2001, « Geographic patterns of fertility change », in Srinivasan K. et Vlassoff M. (éd.), *Population-Development Nexus in India. Challenges for the New Millenium*, Tata Mc Graw Hill, New Delhi, p. 88-109.
- GUILMOTO C. Z., RAJAN S. I. (éd.), 2005, *Fertility Transition in South India*, Sage, New Delhi.
- GUZMÁN J. M., RODRIGUEZ J., MARTÍNEZ J., CONTRERAS J. M., GONZÁLEZ D., 2006, « La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950 », *Population-F*, 61(4-5), p. 623-734.
- INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES (IIPS), 1995, *National Family Health Survey (MCH and Family Planning), India 1992-93*, Bombay, IIPS.
- INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES (IIPS), ORC MACRO, 2000, *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-99, India, Mumbai*, Bombay, IIPS.
- INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES (IIPS), MACRO INTERNATIONAL, 2007, *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-06, India, Volume I*, Mumbai, IIPS.
- KHADRIA B., 2005, « Migration in South and South-West Asia », Commission mondiale sur les migrations internationales.
- NAÏR P. S., VÉRON J., 2002, « L'Inde : un milliard d'habitants en 2001 », in Chasteland J.-C. et Chesnais J.-C. (dir.), *La population du monde : géants démographiques et défis internationaux*, Les Cahiers de l'Ined n° 149, p. 227-243.
- NANDA A. K., 2005, « Population movement from Bangladesh to India: What do the census data of 1981 and 1991 reveal ? », *India-Bangladesh. Strengthening the Partnership*, CRRID, Chandigarh, p. 85-128.
- NANDA A. K., VÉRON J., 2004, « Child sex ratio imbalances, fertility behaviour and development in India : Recent evidence from Haryana and Punjab », *Indian Social Science Review*, Indian Council of Social Science Research, New Delhi, p. 101-134.
- NATIONS UNIES, 2005, *World Contraceptive Use 2005*, (<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/WCU2005.htm>)
- NATIONS UNIES, 2006a, *World Population Prospects*, United Nations, New York.
- NATIONS UNIES, 2006b, *World Mortality Report 2005*, United Nations, New York.
- NATIONS UNIES, 2006c, *International Migration 2006*, United Nations, New York.
- NATIONS UNIES, 2007a, *World Population Prospects. The 2006 Revision. Highlights*. New York, United Nations (<http://esa.un.org/unpp/>)
- NATIONS UNIES, 2007b, *Annuaire démographique 2004*, United Nations, New York.
- NATIONS UNIES, 2008, *World Urbanization Prospects. The 2007 Revision Population Database* (<http://esa.un.org/unpp>)
- OFFICE OF REGISTRAR GENERAL & CENSUS COMMISSIONER, 2006, *Census of India. Population Projections for India and States 2001-2026*, Révisé en décembre 2006, Report of the technical group on population projections constituted by the National Commission on Population, New Delhi.
- OIM, 2005, *World Migration. Costs and Benefits of International Migration*, OIM, Genève.
- ONUSIDA & OMS, 2007, 07. *Le point sur l'épidémie de sida* ([http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf))
- PISON G., 2007, « Tous les pays du monde (2007) », *Population & Sociétés*, n° 436.
- PNUD, 2006, *Rapport mondial sur le développement 2006*, Paris, Economica.

- RAJAN S. I., VÉRON J., 2006, « La politique de population de l'Inde face à l'inertie des évolutions démographiques », in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. Histoire des idées et politiques de population*, Tome VII, Paris, Ined, p. 595-623.
- SHARMA O. P., RETHERFORD R.D., 1990, *Effect of Female Literacy on Fertility in India*, Census of India 1981, New Delhi.
- SRINIVASAN K., 1995, *Regulating Reproduction in India's Population. Efforts, Results and Recommendations*, New Delhi, Sage Publications.
- TABUTIN D., SCHOUMAKER B., 2004, « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », *Population-F*, 59(3-4), p. 521-622.
- TABUTIN D., SCHOUMAKER B., 2005, « La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », *Population-F*, 60(5-6), p. 611-724.
- UNESCO, (<http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=210>)
- UN-HABITAT (United Nations Human Settlements Programme), (<http://ww2.unhabitat.org/programmes/guo/documents/Table1.pdf>)
- VÉRON J., 1987, « L'urbanisation indienne (1901-1981) », *Population*, 42(3), p. 485-502.
- VÉRON J., 1997, « La transition démographique en Inde », *Espace, Populations et Sociétés*, n° 2-3, p. 135-144.
- VÉRON J., NAIR P. S., 2000, « The demographic transition in India : How to explain the north-south divide ? », Communication à la *Population Association of America (PAA)*, Los Angeles, 19 p.
- VISARIA L., 2004, « The continuing fertility transition » in Dyson T., Cassen R. et Visaria L. (éd.), *Twenty-First Century India. Population, Economy, Human Development and the Environment*, Oxford University Press, p. 57-73.
- VISARIA P., 1995, « Demographic transition and policy responses in India », *Demography India*, 24(1), p. 1-12.
- VISARIA L., VISARIA P., 1995, « India's population in transition », *Population Bulletin*, PRB, 50(3), Washington.
- WHO, 2007, *World Health Statistics 2007*, Geneva, (<http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>)
- ZACHARIAH K. C., 1997, « Demographic transition : A response to official policies and programmes » in Zachariah K. C. et Rajan S. I. (éd.), *Demographic Transition, Determinants and Consequences*, New Delhi, Sage publications, 367 p.
- ZACHARIAH K. C., GOPINATHAN NAIR P. R., RAJAN S. I., 2006, *Return Emigrants in Kerala. Welfare, Rehabilitation and Development*, IDPAD Manohar.
- ZACHARIAH K. C., KANNAN K. P., RAJAN S. I., 2002, *Kerala's Gulf Connection. CDS Studies on International Labour Migration from Kerala State in India*, Centre for Development Studies, Thiruvananthapuram.
- ZACHARIAH K. C., MATHEW E. T., RAJAN S. I., 2003, *Dynamics of Migration in Kerala. Dimensions, Differentials and Consequences*, Orient Longman, New Delhi.
- ZACHARIAH K.C., PATEL S., 1984, « Determinants of fertility decline in India : An analysis », *World Bank Staff Working papers*, n° 699, *Population and Development Series*, n° 24, Banque mondiale, Washington.
- ZACHARIAH K. C., RAJAN S. I., SARMA P. S., NAVANEETHAM K., GOPINATHAN NAIR P. S., MISRA U. S., 1994, *Demographic Transition in Kerala in the 1980s*, Centre for Development Studies Monograph Series, Thiruvananthapuram.

### JACQUES VÉRON • LA DÉMOGRAPHIE DE L'ASIE DU SUD DES ANNÉES 1950 AUX ANNÉES 2000. SYNTHÈSE DES CHANGEMENTS ET BILAN STATISTIQUE

Avec quelque 1,6 milliard d'habitants en 2007, l'Asie du Sud (Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal, Pakistan et Sri Lanka) rassemble sur moins de 4 % de la superficie totale de la terre près du quart de la population mondiale et l'Inde, plus grand pays de cette région, compte à elle seule 1,17 milliard d'habitants. Cette chronique présente l'évolution, depuis les années 1950, des principaux indicateurs démographiques, qui s'explique en partie par le niveau de développement des différents pays. Les transitions démographiques apparaissent diversifiées : il n'existe pas un modèle de transition qui serait propre à la région, pas plus qu'il n'existe un modèle indien de transition comme le montrent, pour ce pays, les comparaisons entre États. À l'exclusion du Sri Lanka où elle est achevée, la transition de la fécondité est toujours en cours alors que celle de la mortalité est généralement bien avancée. Le potentiel de croissance démographique de l'Asie du Sud reste très élevé puisque, selon les Nations unies, la population de cette région devrait s'accroître de 600 millions d'habitants d'ici 2040. Les évolutions démographiques futures constituent un enjeu majeur de développement, puisque la plupart des pays doivent réduire la pauvreté, améliorer les niveaux d'instruction, gérer une forte croissance urbaine et mieux protéger l'environnement.

### JACQUES VÉRON • THE DEMOGRAPHY OF SOUTH ASIA FROM THE 1950s TO THE 2000s. A SUMMARY OF CHANGES AND A STATISTICAL ASSESSMENT

The countries of South Asia (Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, India, the Maldives, Nepal, Pakistan and Sri Lanka) cover less than 4% of the Earth's surface, but their combined population of some 1.6 billion inhabitants in 2007 represents nearly a quarter of the world total. India, the largest country in the region, alone has 1.17 billion inhabitants. This chronicle charts the main demographic trends since the 1950s, which are explained in part by the countries' diverse levels of development. Their demographic transitions also exhibit broad diversity. There is no single transition model specific to the region, just as there is no single transition in India, as the comparison of its states makes clear. Except in Sri Lanka, where the process is complete, the fertility transition is ongoing, and the mortality transition is in general very advanced. The potential for demographic growth remains high in South Asia, since the United Nations expects the region's population to grow by 600 million inhabitants up to 2040. The future course of demographic change has major implications for development, since most of the countries need to reduce poverty and raise educational levels while at the same time coping with rapid urban growth and addressing environmental issues.

### JACQUES VÉRON • LA DEMOGRAFÍA DE ASIA DEL SUR DE LOS AÑOS 1950 A LOS AÑOS 2000. SÍNTESIS DE LOS CAMBIOS Y BALANCE ESTADÍSTICO

Con cerca de 1 600 millones de habitantes en 2007, Asia del Sur (Afganistán, Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka) reúne en menos del 4 % de la superficie total de la tierra cerca de la cuarta parte de la población mundial y la India, país más grande de esta región, cuenta, éste sólo, con 1 170 millones de habitantes. Esta crónica presenta la evolución, desde los años 1950, de los principales indicadores demográficos, que se explica en parte por el nivel de desarrollo de los diferentes países. Las transiciones demográficas aparecen diversificadas. En efecto, no existe un modelo de transición específico de la región, ni tampoco existe un modelo indio de transición como lo muestran, para este país, las comparaciones entre Estados. Exceptuando a Sri Lanka en donde se encuentra acabada, la transición de la fecundidad está siempre en curso mientras que la de la mortalidad está generalmente bien avanzada. El potencial de crecimiento demográfico de Asia del Sur sigue siendo muy elevado puesto que, según las Naciones Unidas, la población de esta región debería aumentar de 600 millones de habitantes de ahora a 2040. Las evoluciones demográficas futuras constituyen un reto mayor de desarrollo puesto que la mayoría de países deben reducir la pobreza, mejorar los niveles de instrucción, manejar un fuerte crecimiento urbano y proteger mejor el medio ambiente.

---

Jacques VÉRON, Institut national d'études démographiques, 133 boulevard Davout, 75980 Paris Cedex 20, France, tél : 33 (0)1 56 06 21 76, courriel : veron@ined.fr