

L'Inde et son milliard. Démographie en début de siècle

Citation :

Guilmoto, C.Z., 2006. « L'Inde et son milliard. Démographie en début de siècle », in C. Jaffrelot, *L'Inde contemporaine. De 1959 à nos jours*, Fayard, 375-420.

Christophe Z Guilmoto

L'Inde et son milliard. Démographie en début de siècle*

Le deuxième géant de la planète est en ce début de siècle un pays en mouvement, dont le régime démographique ainsi que la structure sociale, politique et économique sont irréversiblement engagés dans une phase de profonde recomposition et de modernisation qui ne laissera inchangée aucune dimension de la société indienne. Afin de suivre quelques pistes essentielles pour déchiffrer l'évolution démographique indienne, ce chapitre va retracer le contenu d'un demi-siècle de changements socio-démographiques indiens depuis l'indépendance. Leurs contours sociaux et géographiques rappellent que l'examen des tendances centrales dans un pays d'un milliard d'habitants rend imparfaitement compte des trajectoires singulières de certaines régions ou certains groupes sociaux qui donnent à la réalité démographique contemporaine sa forte hétérogénéité. En prenant le premier recensement de l'Inde indépendante en 1951 comme point de repère, le recensement de 2001 ouvre en outre une fenêtre diachronique plus longue, éclairant une période de changements désormais plus graduels, loin des soubresauts dramatiques de la période coloniale, avec ses crises de subsistance ou épidémiques régulières jusqu'aux tumultes meurtriers de la Partition. Cette présentation mêlera deux échelles, géographique et historique, pour dresser le tableau de la population indienne à l'heure de l'achèvement progressif de sa transition démographique.¹

La population indienne à l'orée du siècle

A la différence des résultats des enquêtes précédentes, qui avaient suscité l'embarras des politiques et le doute chez certains statisticiens, les chiffres du recensement de 2001 n'ont guère étonné et les estimations globales du volume démographique ne semblent pas devoir prêter à contestation. Si certaines agences non gouvernementales avaient voulu alerter l'opinion internationale du cap fatidique du milliard d'habitants franchi par l'Inde dès le mois d'août 1999, les autorités indiennes s'étaient voulu moins inquiétantes, choisissant de ne célébrer la milliardième naissance que quelques mois plus tard en mai 2000, lors de la venue au monde dans un hôpital de Delhi de la petite Astha. Si l'on s'en tenait à la seule probabilité, cette naissance aurait plutôt dû être celle d'un garçon (52,1 % des naissances) et se dérouler en zone rurale (73,8 % de la population), à l'écart de toute infrastructure sanitaire (66,4 % des naissances). Cet écart entre la naissance célébrée et la moyenne statistique marque en creux le décalage entre l'image publique de l'Inde nouvelle promue par le pouvoir et les réalités démographiques d'évolution autrement plus graduelle².

Le détail du compte démographique fait apparaître la diversité du panorama régional, dans un pays composé de 35 Etats et territoires, eux-mêmes subdivisés en 593 districts. Les tableaux 1 et 2 rassemblent un éventail de données à l'échelle des Etats afin de permettre les comparaisons. Pas moins de 10 Etats comptent aujourd'hui plus de 50 millions d'habitants alors qu'inversement, huit Etats ou territoires de l'Union en abritent moins d'un million. Le

* Je remercie Virginie Chasles, Véronique Dupont, Christophe Jaffrelot, Frédéric Landy et Sébastien Oliveau de leurs critiques sur une première version de ce chapitre.

¹ Pour d'autres présentations récentes de la population indienne actuelle, voir Srinivasan and Vlassoff (2000), Banthia (2001a, 2001b), Dyson *et al.* (2003). Pour une perspective plus longue, voir Guha (2001).

² La répartition des naissances citée ici provient du *National Family and Health Survey* de 1998-99, grande enquête démographique qui enrichit les résultats du recensement. Voir l'annexe sur les sources démographiques indiennes.

redécoupage administratif récent de trois des Etats les plus peuplés (Uttar Pradesh, Bihar et Madhya Pradesh) n'a que partiellement changé le tableau, car les nouvelles unités que sont l'Uttaranchal, le Jharkhand et le Chhattisgarh représentent des régions faiblement peuplées, socialement et géographiquement sur les marges. L'Uttar Pradesh demeure avec ces 166 millions d'habitants une région de poids considérable, à égalité en 2004 avec le Brésil, cinquième population mondiale. Loin derrière ce géant, on retrouve l'Andhra Pradesh, le Bengale Occidental, le Bihar et le Maharashtra dont la population s'échelonne entre 75 et 100 millions d'habitants.

La carte 1 des densités indiennes, établie à partir des districts, indique plus distinctement les inégalités de peuplement autour de la moyenne indienne de 374 habitants par km² (voir aussi le tableau 1). Elle fait apparaître deux zones très denses. Au Nord, la forte densité correspond étroitement aux bassins-versants des grands fleuves : il s'agit d'une large bande qui traverse le pays d'ouest en est et recouvre une partie du bassin de l'Indus à l'ouest (Punjab) et la plaine du Gange au centre du pays, s'étirant des contreforts des Himalayas jusqu'au Bengale et au Bangladesh où il se mêle aux eaux du Brahmapoutre, dont la moyenne vallée en Assam abrite également de fortes populations. Véritable nappe humaine de plus de 400 millions d'habitants, cette région enregistre des densités qui avoisinent fréquemment les 1000 habitants au km². Dans le reste du pays, le plus fort degré de peuplement se retrouve sur le pourtour littoral, qu'il s'agisse de zones très humides, de régions deltaïques à forte productivité agricole ou encore de poches urbaines plus développées, dont l'activité s'organise autour de métropoles côtières datant de l'époque coloniale comme Chennai ou Mumbai.

A cet égard, le contraste est marqué avec le reste de l'Inde, notamment les régions enclavées et arides allant du flanc occidental désertique du Rajasthan au sud du Karnataka : l'urbanisation y est souvent plus faible, les campagnes moins prospères et la densité humaine inférieure à 250 habitants par kilomètre carré. Quelques rares îlots à forte densité émergent au centre de l'Inde, sur le socle plus aride du Deccan, autour des métropoles de l'intérieur que sont Bangalore, Bhopal, Indore ou encore Hyderabad. La densité humaine est également très basse dans les régions himalayennes ou forestières du nord-Est.

Ce profil géodémographique rappelle la prépondérance de l'Inde rurale dans le schéma de peuplement, et en définitive le lien étroit entre la carte des densités et celle de la prospérité agricole dépendant de la pluviométrie et de l'irrigation, alors que l'urbanisation ne joue qu'un rôle secondaire. Le remarquable développement agricole qui a caractérisé l'histoire de l'Inde depuis les années soixante (Dorin et Landy, 2002) est en partie responsable de la relativement forte capacité locale d'absorption de main-d'œuvre, en dépit d'une pression démographique considérable depuis 1951.

La croissance et ses composantes

Le chiffre de 1,027 milliards d'habitants en 2001 traduit à la fois la forte croissance démographique et un renversement historique des tendances. Durant ces cinquante dernières années, la population indienne a été multipliée par 2,8, alors que de 1901 à 1951, elle n'avait cru que de 51%. En réalité, le taux de croissance de la population nationale a enregistré une augmentation tendancielle dès les années 1920, qui avaient marqué le début de la baisse régulière de la mortalité en Inde liée à la réduction progressive des crises de subsistance et des épidémies meurtrières. Après les graves troubles de l'indépendance, la croissance décennale s'était redressée, atteignant 22% durant les années cinquante, puis 25% lors des deux

décennies suivantes (table 3). Elle n'avait baissé que marginalement durant les années 1980, mais la baisse a été plus sensible entre 1991 et 2001 puisque l'on se rapproche de 21%, à un niveau comparable à celui des années cinquante. L'élan de croissance reste cependant formidable et le croît intercensitaire net (180 millions d'habitants) est le plus important jamais enregistré.

Un examen plus fin indique cependant que la croissance intercensitaire, qui a atteint son plafond entre 1961 et 1981, s'infléchit progressivement depuis. Le ralentissement substantiel constaté durant la dernière décennie devrait aller en s'amplifiant dans les années futures. Le solde des naissances et des décès va en effet se réduire: la natalité est en baisse alors que l'effet de l'allongement de la durée de vie moyenne sur le taux de mortalité tend à diminuer en raison du changement des structures par âge. Les projections pour la prochaine décennie, qui se fondent ainsi sur une croissance annuelle de 1,5 %, anticipent les répercussions futures de la poursuite prévisible de la baisse de la fécondité. En regard de nombre des pays les plus peuplés du monde en développement, tels que le Bangladesh, le Pakistan ou le Nigeria, la croissance indienne reste tempérée et ressemblerait plus au modèle est-asiatique illustré par l'Indonésie ou encore la Chine. Mais l'Inde a toutefois pris un certain retard sur ces pays d'Asie dont la transition démographique a été précoce et sensiblement plus rapide et qui abordent le XXI^e avec une croissance démographique ralentie.

Les chiffres de la croissance de la population en 1991-2001 font état d'écart significatifs entre les régions, avec un accroissement décennal s'échelonnant de moins de 10 % en Inde du sud à près de 30 % dans les Etats du Bihar, du Rajasthan et de l'Haryana (Tableau 1). En vérité, le millefeuille démographique indien est constitué de plusieurs régimes démographiques distincts, qui se côtoient socialement ou géographiquement, et représentent autant d'étapes de la transition démographique. Ainsi, si l'Uttar Pradesh ressemble en de nombreux points à certaines nations de l'Afrique subsaharienne, le profil démographique du Kérala se rapproche aujourd'hui de celui des pays européens. Plus qu'aucun pays au monde, la démographie indienne est marquée par une extraordinaire hétérogénéité dans les trajectoires de ses composantes sociales ou régionales, dont les évolutions se distinguent aussi bien par le calendrier et le rythme que par l'inflexion singulière donnée à leurs stratégies démographiques.

Le détail de la croissance démographique offre une vision plus complexe des variations démographiques, produit composite des mouvements migratoires et des variations importantes de fécondité entre régions³. Un fort gradient, orienté de la pointe sud à croissance modeste vers les régions septentrionales à forte croissance, partage le pays. Au sud, dans les Etats du Kérala et du Tamil Nadu, la plupart des districts enregistrent une croissance de moins de 10 % en 10 ans. Cette faible croissance, directement liée à la baisse spectaculaire de la natalité, est également perceptible en certains districts montagneux du Nord-Ouest ou du littoral indien. En outre, et de manière géographiquement plus segmentée, la ponction migratoire, principalement entre villes et campagnes déforme localement les tendances régionales. Ainsi, en certaines petites régions comme les districts du Garhwal (Uttaranchal) ou sur la côte du Konkan au sud de Mumbai, l'émigration a pu être considérable depuis plusieurs décennies et, alliée à un accroissement naturel modéré, contribuer à réduire sensiblement la croissance démographique.

³ Les différences inter-régionales de mortalité (tableau 2) ont un effet négligeable sur la croissance.

Les croissances les plus fortes se retrouvent avant tout dans des zones rurales défavorisées du Nord, du Rajasthan au Bihar, où le niveau de fécondité reste très élevé. La majeure partie des Etats du Bihar, du Madhya Pradesh, du Rajasthan et de l'Uttar Pradesh⁴ se caractérise par une croissance sensiblement supérieure à la moyenne nationale. Quelques poches urbaines ou périurbaines enregistrent également, mais pour des raisons différentes, une croissance exceptionnelle liée à l'apport migratoire dirigé vers les aires métropolitaines : régions encadrant Delhi et Chandigarh au Nord-Ouest, Mumbai et Pune au Maharashtra, Hyderabad en Andhra Pradesh, Bangalore au Karnataka, Indore et Bhopal au Madhya Pradesh.

Cette répartition régionale de la croissance avait été observée dès les années 1980 et l'inertie résultante contribue à creuser les déséquilibres, notamment entre les Etats du sud et les Etats de langue hindi. La population des Etats du sud, qui correspondaient à près de 64 % de la région hindiphone en 1981, n'en représente plus aujourd'hui que 54 %. Cet écart entre nord et sud est appelé à s'accroître, d'autant que d'après les prévisions disponibles, la population de différents Etats du sud devrait se stabiliser vingt ans avant celles des grands Etats du nord. Les propositions du dernier plan de population (*National Population Policy*, annoncée en 2000) prévoient d'ailleurs que le gel du nombre des députés à la chambre basse (*Lok Sabha*) sur la base des répartitions démographiques de 1971, prévu originellement jusqu'en 2001, soit prolongé à 2026. Au-delà des exigences de représentation propre au suffrage universel, une telle mesure vise à protéger politiquement les Etats "progressistes" du danger de leur poids réduit dans la démographie nationale. Un Etat "avancé" comme celui du Kérala devrait en effet croître de 24 % de 1996 à 2051, alors que l'Uttar Pradesh est crédité d'une croissance de 143 % sur la même période⁵

Ces différences sont d'une ampleur sans précédent pour l'équilibre démographique national. Le graphique (figure 1), qui résume l'évolution de la croissance démographique en quatre grandes régions de l'Inde, montre en effet que les profils démographiques régionaux ont longtemps suivi une courbure similaire, marquée par un redressement très fort à partir du recensement de 1921 qui a marqué le décollage démographique de l'Inde. Les niveaux de croissance ne se sont progressivement différenciés que durant la seconde moitié du XX^e siècle. On observe que les Etats du centre nord ont connu une croissance qui a été longtemps inférieure au profil national, en raison avant tout de l'importance des crises démographiques dans ces régions et d'un niveau de mortalité plus élevé. A partir de l'Indépendance, la croissance décennale s'accélère toutefois et atteint un plateau à un niveau décennal de 25 %. Les taux de natalité y sont aujourd'hui parmi les plus élevés d'Inde et en l'absence d'amorce réelle d'infléchissement démographique, l'élan de croissance est considérable pour les cinquante ans à venir. Les Etats de l'est (Bengale, Orissa et Nord-est) ont un profil plus irrégulier. Le Bengale occidental a connu les plus graves crises démographiques de l'Inde, notamment dans les années quarante lorsque à la grande famine de 1943 succédèrent les effets de la formation du Pakistan Oriental. Les très forts niveaux enregistrés entre 1951 et 1971 pourraient être dû en partie à un apport migratoire, notamment en provenance du Bangladesh. Les Etats de la bordure occidentale, du Punjab au Maharashtra, pour leur part ont connu une croissance exceptionnelle depuis 1951 puisqu'elle n'est jamais passée en dessous des 25% par décennie. Celle-ci ne semble fléchir aujourd'hui que très lentement, en partie du fait de la

⁴ Ces Etats sont souvent appelés « Bimaru », acronyme popularisé par le démographe Ashish Bose qui est formé par les initiales des Etats en question et qui signifie également "malade" en hindi.

⁵ Différents jeux de projections démographiques figurent dans Kulkarni *et al.* (2001) et Dyson *et al.* (2003).

pression migratoire vers plusieurs des Etats de la région Est. Enfin, les quatre Etats du sud projettent une silhouette à part, marquée notamment par un demi-siècle de croissance démographique inférieure à la moyenne indienne. Cette tendance a été renforcée par l'accélération de la baisse de la fécondité dans les Etats dravidiens depuis plus de 30 ans et est à l'origine de leur relatif effritement démographique au sein du pays.

Pour conclure cette section sur l'évolution générale de la population, soulignons que les profonds changements dans le régime démographique indien ont provoqué un renversement progressif de la pyramide des âges, réduisant significativement la part des plus jeunes dans la population totale⁶, alors que le poids relatif des personnes âgées demeure modeste avec moins 8% ayant de plus de 60 ans. Cette phase transitionnelle de la démographie indienne, déterminée avant tout par la baisse régulière de la natalité, va se caractériser sur plusieurs décennies par une faible proportion de population dépendante (jeunes et vieux) par rapport à la population active ; il s'agit d'une conjoncture particulièrement favorable à l'épargne, à la croissance économique et à la consolidation du capital humain que les économistes ont décrite en Asie orientale comme " bonus démographique " (ou *window of opportunity*) et que l'étude pionnière de Coale et Hoover (1958) avaient d'ailleurs depuis longtemps anticipée. Ce bonus se manifeste notamment par une croissance démographique substantiellement plus rapide parmi les personnes d'âge actif que dans la population dépendante: il concerne l'Inde du sud depuis plus de dix ans, mais bénéficie à présent à l'ensemble du pays et ce pour les deux prochaines décennies. L'effet de ce bonus n'en sera toutefois que plus favorable si la croissance économique se traduit effectivement par des créations d'emplois. Cette étape historique de la recomposition démographique, dont il est encore trop tôt pour évaluer la contribution à la dynamique économique nationale, précède la stabilisation à venir du régime démographique, entraînant un vieillissement significatif de la population. Dès à présent, l'accroissement du nombre de personnes âgées et le déclin de la fécondité dans certaines régions comme le Kérala sont à l'origine d'une configuration démographique nouvelle, mettant à jour la faiblesse des transferts sociaux destinés aux personnes âgées et la fragilité de l'institution familiale censée y remédier. La condition misérable d'un grand nombre de veuves en Inde rurale illustre de manière dramatique les tensions que l'allongement de la vie peut impliquer pour les systèmes familiaux⁷.

Nous avons réuni sur la figure 2 les estimations des taux bruts de mortalité et de natalité provenant de différentes sources (estimations du recensement et du *Sample Registration System*) pour l'ensemble du XX^e siècle. Selon le profil connu de la transition démographique, les courbes vont en s'écartant régulièrement depuis 1900, et notamment depuis la décennie 1911-21 durant laquelle la Grippe espagnole avait provoqué la dernière grande poussée de mortalité et annulé l'accroissement de population. Mais le ciseau démographique que représente l'accroissement naturel (solde de la natalité et de la mortalité) tend désormais à se refermer; la projection des tendances anciennes vers la période actuelle portée sur la figure annoncerait une croissance s'abaissant à 15 pour 1000 pour la présente décennie.

Disposant depuis 1970 d'estimations annuelles grâce au SRS, on peut désormais suivre avec précision les évolutions actuelles. La figure 3 superpose les niveaux de la mortalité et de la

⁶ Les moins de cinq ans en 2001 ne représentent plus que 10.7% de la population totale, contre 12,2% en 1991. En chiffres absolus, la population de ces 0-4 ans compte 18 millions de personnes de moins que la génération précédente des 5-9 ans.

⁷ Sur ces questions, voir notamment Rajan *et al.* (1999), Chen (2000) et UNFPA (2002).

natalité, en décalant toutefois leurs échelles sur le graphique afin de comparer leur évolution durant les trente dernières années. Ces deux courbes ont certes une allure décroissante parallèle, mais deux périodes sont à distinguer. En premier, une longue décennie de stagnation de la natalité qui débute en 1975, consécutive au coup d'arrêt porté à la campagne de limitation des naissances à la suite des excès de l'état d'urgence (voir plus bas). La seconde période qui lui succède à partir de 1985 est au contraire marqué par une baisse désormais régulière du taux de natalité, plus rapide que celle de la mortalité, et entraîne une diminution tendancielle de l'accroissement naturel en Inde.²

La transition de la fécondité

Les circonstances de la baisse de la fécondité en Inde sont mieux connues grâce aux deux enquêtes successives du NFHS de 1992-93 et 1998-99⁸ : le nombre d'enfants par femme passe durant l'intervalle de 3,4 enfants par femme à 2,8, et dans les villes de 2,7 enfants par femme à 2,3. Les chiffres régionaux font apparaître en outre des considérables différences de fécondité entre Etats, allant parfois du simple au double (tableau 2). La carte suivante (carte 2) synthétise les écarts de fécondité estimés par district en proposant une cartographie des tendances régionales. Elle rappelle la forte cohérence spatiale des comportements reproducteurs, observée depuis les années 1950 (Guilmoto and Rajan, 2001).

Les mécanismes de baisse de la fécondité ont, durant les trente dernières années, accentué la forte hétérogénéité démographique du pays, tant il est vrai que la transition démographique est en premier lieu un mécanisme de différenciation sociale entre groupes pionniers et groupes retardataires. A l'instar de la plupart des pays industrialisés, la majorité du Tamil Nadu et du Kérala ont ainsi de nos jours une fécondité en dessous de 2,1 enfants par femme, seuil de remplacement des générations. De manière plus globale, la limite des trois enfants par femme dessine une large région méridionale qui inclue l'ensemble des zones littorales, du Saurashtra à l'Ouest jusqu'au Bengale Occidental à l'Est, et pénètre le plateau du Deccan, englobant notamment le Telengana (Andhra Pradesh) et le Vidharba (Maharashtra). Au Nord, le Punjab et l'Himachal Pradesh constituent le second bloc régional où la fécondité a baissé de manière significative.

Kérala, Punjab, Tamil Nadu et Goa avaient déjà retenu l'attention dans les années 1990, quand les données disponibles permirent pour la première fois d'identifier la baisse spectaculaire de la fécondité qui s'y déroulait, mais les tendances plus récentes permettent à présent d'ajouter le Bengale Occidental, l'Himachal Pradesh, le Karnataka et l'Andhra Pradesh à la liste des Etats à fécondité modérée. Dans ce dernier Etat, la baisse de la fécondité a été spectaculaire au regard du très faible développement économique ou social qui le caractérise et elle a inévitablement été rapportée au volontarisme du régime politique régional de 1995 à 2004. Inversement, le centre et le nord conservent une forte fécondité, majoritairement au-dessus de quatre enfants par femme, et renvoient l'image d'une résistance à l'assaut des forces malthusiennes du changement social, qu'il s'agisse de l'action de l'Etat en faveur de la limitation des naissances ou de l'évolution des stratégies familiales parmi les couples. Ces régions se caractérisent tout autant par un faible dynamisme économique que par des niveaux de développement social très en retrait (Tableau 2). Les institutions patriarcales y sont très ancrées et réservent aux femmes un rôle marginal dans les décisions familiales,

⁸ Pour une analyse des derniers résultats de l'enquête NFHS, voir Rajan and James (2004). Pande (2003) propose un récent survol plus documentaire de la santé reproductive en Inde.

comme les résultats de l'enquête NFHS-2 sur l'autonomie féminine ou les études anthropologiques le montrent bien.⁹

D'un point de vue géographique, la réduction actuelle de la fécondité ne coïncide pas systématiquement avec la structure urbaine, alors qu'on imaginerait les grandes villes être des foyers de la baisse. La fécondité a certes baissé dans des métropoles comme Kolkata, Chennai, Bangalore ou Coimbatore, mais également dans un grand nombre de régions faiblement urbanisées. On constate de plus que les villes du nord, à commencer par la capitale Delhi, sont en général beaucoup moins avancées dans la transition de la fécondité que la plupart des campagnes du sud ou de la bordure maritime. Le profil géographique de la baisse de la fécondité ignore donc en partie la structure urbaine nationale et souligne plutôt le déclin des taux de natalité dans les régions périphériques du sud et du littoral, ainsi que dans le Punjab. Cette baisse est à la fois ancienne et plus marquée qu'ailleurs et semble avoir gagné l'Inde intérieure par diffusion progressive de proche en proche. La forte fécondité est restée centrée autour de la plaine Indo-Gangétique et du Rajasthan, mais ce cœur du régime démographique ancien tend aujourd'hui à s'effriter et de nouveaux foyers de baisse de fécondité se font jour (carte 2).

Les deux principaux facteurs proprement démographiques des différentiels de fécondité sont la nuptialité et la limitation des naissances¹⁰. La nuptialité est très certainement mal mesurée en Inde, en l'absence d'enregistrement des mariages par l'état civil, mais son lien avec les régimes de fécondité est étroit et les naissances hors-mariage en nombre marginal. La fécondité est en effet rigoureusement encadrée en Inde par les institutions sociales et tous les aspects de la vie génésique des femmes, à commencer par leur sexualité, font l'objet d'un contrôle social très strict. Celui-ci se traduit par des prescriptions nombreuses concernant aussi bien l'âge au mariage des femmes que le divorce ou le remariage des veuves, qui affecte directement la vie en couple. Le changement social a, certes, impliqué un relâchement des normes du contrôle des institutions traditionnelles communautaires sur les femmes, facilitant le renforcement du rôle des familles (nucléaires) ainsi qu'à l'Etat dans la régulation de la nuptialité et de la fécondité. Mais comme nous le verrons plus bas, cette transformation n'a bénéficié qu'indirectement aux femmes, dont le statut social au sein du système patriarcal reste précaire.

Les filles, traditionnellement mariées très tôt en Inde, ont au fil des années gagné quelques années supplémentaires d'adolescence. Ainsi, alors que le mariage pubertaire était jadis la norme dans la plupart des régions indiennes hormis le sud, l'âge moyen au mariage a augmenté de 17,2 ans en 1971 à 19,7 en 1998-99 (NFHS-2). Les variations de cet âge moyen au mariage s'étirent de 18,3 ans au Rajasthan à 21,5 au Kerala, mais dans de nombreux Etats, la moitié des femmes de plus de 25 ans étaient déjà mariée à l'âge de 15 ans (voir les tableaux 2 et 5). Les hommes se marient en moyenne 5 ans plus tard, mais les premiers mariages après trente-cinq ans sont en nombre marginaux. Au-delà des variations géographiques, le mariage

⁹ Ainsi, en Uttar Pradesh, respectivement 82 % et 88 % des femmes ne peuvent sans autorisation aller au marché ou rendre une visite familiale ou amicale. Voir les descriptions de Jeffery and Jeffery (1997) ou de Patel (1994).

¹⁰ D'autres facteurs tels que l'allaitement, la fécondabilité des femmes ou encore la fréquence des rapports sexuels entre conjoints ont joué un rôle dans les niveaux de fécondité observé, notamment avant les années soixante. On considère d'ailleurs qu'ils ont été à l'origine d'un modeste relèvement de la fécondité après l'indépendance.

tardif des jeunes femmes est notamment associé à un meilleur niveau socioéconomique, au milieu urbain et à la présence des minorités chrétiennes ou sikhs.

La nuptialité a toutefois perdu sa place centrale de régulateur de la reproduction, car les différences d'âge à la première union n'ont aujourd'hui qu'un impact secondaire sur la descendance finale des femmes. Les chiffres détaillés de fécondité par âge, que nous ne reproduisons pas ici, montrent ainsi que les femmes ont très peu d'enfants avant 20 ans. La baisse de la fécondité durant les trente dernières années s'est fait ressentir sur l'ensemble des classes d'âge, mais ce sont les femmes de plus de 25 ans ont été les premières à adopter les méthodes contraceptives pour limiter les naissances de rang supérieur, notamment par recours à la stérilisation. Plus récemment, la réduction de la descendance finale aux âges élevés s'est combinée, dans les villes ou dans les régions avancées, à une baisse de fécondité affectant les femmes plus jeunes, se mariant plus tard et retardant la première naissance.

La limitation des naissances

Dès les années 1960, l'évolution de la fécondité a plus reposé sur le recours au contrôle des naissances que sur le retard de l'entrée en union. L'Inde a de fait une politique de planification familiale parmi les plus anciennes du monde, datant de 1951, et le gouvernement s'est engagé très précocement dans un programme volontariste de réduction des naissances. De nombreux épisodes ont toutefois marqué l'évolution de ces politiques démographiques et il convient d'en dresser un bref résumé.¹¹

Avant l'indépendance, le Congrès National Indien avait déjà envisagé le rôle futur de la limitation des naissances dans la planification nationale et dès le premier plan quinquennal de 1951, la planification familiale est proposée. La tradition gandhienne, prônant la maîtrise individuelle d'une sexualité contrôlée, offre toutefois une forte résistance face à l'idée alors révolutionnaire, et pas seulement en Inde, de limitation des naissances comme instrument de planification nationale. Aucune action d'ampleur ne s'ensuivra d'ailleurs avant le début des années soixante, époque à laquelle les résultats exceptionnels du recensement remirent la question démographique à l'ordre du jour (tableau 3). A partir du troisième plan quinquennal (1961-66), des initiatives plus concrètes en faveur de la stérilisation des couples ayant déjà eu des enfants se mettent en place, suivies par la diffusion du stérilet comme contraceptif d'espacement. Un département de planification familiale voit le jour en 1965 et défendra initialement une offre élargie de contraceptifs : les préservatifs masculins arrivent en 1966 et l'avortement pour raisons médicales et humanitaires est introduit dès 1972. A la fin des années soixante, le programme décolle réellement à l'échelle nationale, notamment grâce à la diversification de l'offre contraceptive, la liaison avec l'infrastructure des centres de soins primaires et le succès d'initiatives locales comme les camps (ou kermesses) de stérilisation, inaugurée à Ernakulam au Kerala en 1971. Le principe de rétributions ou de compensations pour les nouveaux acceptants se généralise et le nombre annuel de stérilisations passe ainsi de 0,3 en 1965 à 1,4 millions en 1970 pour atteindre 2 millions en 1975.

La machine s'emballa toutefois durant l'état d'urgence en 1975-77. Le gouvernement prône alors officiellement une politique autoritaire de contrôle des naissances et de nombreux Etats mettent en œuvre des politiques coercitives, allant des pénalités aux parents de grande famille

¹¹ Sur la santé de la reproduction et la planification familiale en Inde, on consultera notamment Ramasubban and Jejeebhoy (2000), Koenig and Khan (2000), Guilmoto et Kulkarni (2004)

aux mesures policières plus brutales d'encouragement à la stérilisation parmi les catégories défavorisées. Si le nombre officiel de stérilisations s'envole passagèrement (plus de huit millions en 1976-77), la crédibilité de tout le programme s'effondre durablement et les gouvernements qui suivront n'oseront plus prendre de grandes initiatives, tant le ressentiment est fort contre l'action de l'Etat. Comme la stagnation de la natalité l'indique (figure 3), il faudra près de dix ans pour que le programme de planification familiale reprenne pied dans l'ensemble de la population, même s'il ne fait pas de doute que certaines régions ou différents groupes sociaux ont vu leur transition démographique se poursuivre à rythme soutenu durant ce laps de temps. Dans le même temps, l'originalité initiale propre au système indien, avec une large gamme de méthodes offertes, initialement dominée par la stérilisation masculine, a laissé la place à l'essor inquiétant des stérilisations féminines dans l'offre contraceptive.

Durant les années 1990, les gouvernements en place relancent des initiatives dans la lignée des idées popularisées par la Conférence du Caire (*International Conference on Population and Development*), liant plus directement la limitation des naissances aux questions plus larges de santé reproductive et promouvant les droits reproductifs des femmes et des couples. Le système des objectifs chiffrés (*targets*) qui avaient structuré l'administration est abandonné en 1996 et la nouvelle politique de population adoptée en 2000 incorpore de nombreux principes dérivés de la Conférence du Caire. Elle entend toutefois promouvoir de manière vigoureuse la norme de la famille à deux enfants, conservant pour objectif principal la réduction du taux de reproduction à un niveau unitaire dans la décennie à venir. Une question majeure de santé reproductive en Inde comme celle de l'infécondité des couples ne trouve pas de place dans l'ordre du jour. La nouveauté de la période récente revient sans doute à l'introduction progressive de politique régionale de population, édictée par chaque Etat et dont certaines n'hésitent pas à réintroduire des pénalités. Ainsi, des Etats comme l'Haryana, le Rajasthan ou le Madhya Pradesh interdisent aux personnes ayant plus de deux enfants de se présenter aux élections locales (*Panchayat, Zilla Parishad, etc.*).

Il serait hasardeux de ne juger de la planification familiale en Inde qu'à l'aune des politiques nationales et des décisions administratives. La politique démographique indienne représente avant tout une intrusion de l'Etat dans les affaires locales, dans un domaine comme la sexualité autrefois dévolue exclusivement aux institutions traditionnelles au sein des castes et des familles, et les répercussions de cette confrontation ont été profondes dans la société. Les pouvoirs publics n'avaient à l'origine guère de prise sur les organisations sociales locales, en particulier dans la société rurale qui forment la majorité du substrat démographique national, et leurs premières campagnes orientées autour de l'offre de services de planification familiale ont rencontré l'opposition diffuse des pouvoirs traditionnels. La déconfiture qui a suivi les mesures les plus autoritaires promulguées pendant l'état d'urgence a démontré la très forte résistance des populations à l'irruption des politiques publiques dans le domaine privé. Mais l'Etat n'a jamais perdu l'espoir d'intervenir directement dans les affaires démographiques, avec notamment pour dessein d'accélérer la diffusion des modèles malthusiens propres aux classes moyennes urbaines au reste de la population dont la forte croissance démographique est perçue comme une menace pour l'équilibre social et politique. A une échelle locale, les agents de l'Etat, à travers la trame fine de l'infrastructure sanitaire, ont toutefois progressivement su fournir aux femmes et aux hommes des moyens contraceptifs mis au service de nouveaux modèles familiaux. On peut en effet considérer que la baisse de la natalité en Inde a été plus orientée par la demande que par l'offre : les couples se sont appropriés le contrôle des naissances comme un instrument de régulation familiale dans un

contexte de changement rapide des normes et de monétarisation accrue des échanges. Mais en dépit de la révolution démographique, les femmes connaissent donc une vie génésique rigoureuse, caractérisée par des naissances précoces et rapprochées, une forte morbidité reproductive, une stérilisation qui intervient très tôt (bien avant trente ans) et un taux de mortalité maternelle très élevé (540 décès pour 100,000 naissances) qui signifie que plus de 100.000 femmes décèdent chaque année en Inde de causes liées à la grossesse et l'accouchement. Un choix de mesures dérivées d'enquêtes variées figure sur le tableau 5, illustrant avec éloquence le chemin restant à parcourir. On dispose également de nombreuses études plus qualitatives décrivant la condition des femmes et des enfants en milieu rural.¹²

L'effet propre au développement économique ou à la politique de planification familiale dans la baisse de la fécondité s'avère limité, comme le montrent les modèles économétriques appliqués aux variations régionales ou aux données individuelles (Drèze and Murthi, 2001 ; Gandotra *et al.*, 1998). Cela est également vrai de l'effet de la résidence en ville, qui tend à s'effacer quand d'autres dimensions sont prises en compte. A l'inverse, les caractéristiques sociales comme l'éducation et l'activité des femmes, l'exposition aux médias ou encore la confession musulmane, ont un lien bien établi avec les niveaux de fécondité observés. A conditions socioéconomiques égales, la fécondité des Musulmans est ainsi systématiquement plus élevée que celle des Hindous (Bhat and Zavier, 2004).¹³ Les femmes qui n'ont pas eu de fils tendent également à avoir plus d'enfants. L'analyse statistique confirme en outre le caractère irréductible des différences géographiques, mises en évidence par la cartographie, telles que le clivage nord-sud ou encore la spécificité de certains Etats. A telle enseigne que les catégories défavorisés (Dalits, paysans sans terre, illettrés, etc.) dans les régions avancées du Sud ont aujourd'hui une descendance plus réduite que des catégories plus prospères dans les Etats du nord, comme si la région d'appartenance primait sur le rang socioéconomique dans les comportements reproductifs. Ce fort regroupement (*clustering*) géographique de la fécondité suggère que les nouveaux modèles de fécondité, composante importante du changement social, se sont propagés avant tout le long d'unités socioculturelles homogènes, qu'il s'agisse d'une diffusion verticale (*top-down*) le long de l'échelle sociale ou d'une diffusion horizontale de proche en proche. Si les 250 millions de naissances que les autorités estiment avoir évités grâce à la planification familiale démontrent la relative efficacité d'une infrastructure couramment critiquée, l'initiative première revient aux transformations progressives des mentalités et des attitudes au sein de certains groupes sociaux pionniers dont les nouveaux modes de comportements ont progressivement diffusé vers d'autres couches sociales par effet de capillarité ou vers d'autres régions par effet de tache d'huile.

Le long chemin de la révolution sanitaire

L'entre-deux-guerres marqua un tournant de l'histoire démographique du sous-continent, avec la disparition des crises majeures et le déclenchement de la réduction progressive de la mortalité. Après la famine de 1943, la progression de l'espérance de vie s'est poursuivie,

¹² Une étude exemplaire du contexte social du changement démographique a été réalisée par Säävälä, (2001). Voir également Patel (1994) et Caldwell *et al.* (1988).

¹³ Cette différence de comportement reproductif est à l'origine de la forte croissance démographique des Musulmans. Selon le dernier recensement, la différence de croissance en 1991-2001 entre populations hindoue et musulmane fut ainsi de 9% au profit de cette dernière ; la proportion de Musulmans en Inde n'a augmenté en revanche que d'un modeste 0,7% dans l'intervalle. Pour une discussion plus détaillée, se reporter au numéro spécial d'*Economic and Political Weekly* (Vol 40, 5, 29 January 2005).

connaissant une relative accélération après l'Indépendance de 1947 attribuable au combat des pouvoirs publics contre les famines et les disettes ainsi qu'aux premiers efforts vigoureux de santé publique (tableau 3). Sur la période 1921-1996, le gain d'espérance de vie a été de près de 40 ans, soit une progression annuelle moyenne de 0,5 année. D'après les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la durée de vie moyenne était estimée à près de 63 ans pour 1996-2001. Le taux de mortalité dans le pays a été divisé par trois durant les cinquante dernières années, mais le rythme des progrès de la lutte contre la mort tend aujourd'hui à se ralentir marginalement sous l'effet de plafonnement sensible dans certains Etats qui s'approchent de niveaux comparables à ceux des pays industrialisés : le Kérala a ainsi dépassé dans les années 1990 la barre des 70 ans d'espérance de vie. Celle-ci restant encore inférieure à 60 ans dans certains des Etats les plus peuplés du pays, le gain potentiel reste toutefois considérable et se fera sentir avant tout dans les couches défavorisées, qu'il s'agisse des classes les plus pauvres ou des communautés les plus éloignées des villes et de l'armature sanitaire de l'Inde contemporaine comme les aborigènes¹⁴.

La figure 4 représente l'évolution de la mortalité infantile depuis trente ans, en distinguant les zones rurales et urbaines, ainsi que les Etats du Kérala et du Madhya Pradesh pour illustrer la forte hétérogénéité régionale. La série fait apparaître les très importants progrès de la mortalité sur la période considérée, puisque d'un niveau de 130 décès avant un an pour 1000 naissances, la mortalité infantile s'infléchit pour descendre à 70 pour 1000 aujourd'hui. On notera le relatif plateau durant les années 1970, auquel succède une diminution vigoureuse sur les vingt dernières années d'observation, correspondant à une diminution de près de 3 pour 1000 chaque année entre 1977 et 1997. L'introduction de plusieurs initiatives de santé durant les années 1980, concernant la vaccination universelle ou le contrôle des maladies diarrhéiques et respiratoires aiguës, est une des clefs de ce succès, ainsi dans une moindre mesure que la médicalisation croissante des accouchements et des suivis post-natals (voir aussi les données du tableau 5).

Comme la figure 4 l'illustre, les inégalités au sein du pays ne sont guère réduites: les zones urbaines se distinguent par des risques de mortalité beaucoup plus faibles, du fait de conditions de mortalité plus favorables tenant à la fois au niveau de vie et à un meilleur accès au système de soins. Le décalage entre le rural et l'urbain est d'environ 30 ans, puisque la mortalité infantile dans les campagnes est en début de XXI^e siècle ce qu'elle était en ville en 1970. Quant au Kérala, démographiquement plus proche des Etats nouvellement industrialisés que du Tiers Monde, il apparaît comme singulièrement en avance, y compris sur l'Inde urbaine. Les différences entre villes et campagnes sont désormais pratiquement négligeables dans cet Etat. La mortalité infantile y correspond d'ailleurs avant tout aux décès qui suivent immédiatement la naissance, car la mortalité post-néonatale (entre un mois et un an) est au Kérala estimée à la fin des années 1990 à moins de 5 pour 1000 (SRS et enquête NFHS-2). Mais si moins de 2% des enfants meurent avant 5 ans au Kérala, le chiffre correspondant est de 13,8 % au Madhya Pradesh. Dans ce dernier Etat, qui fait figure de lanterne rouge, les progrès ont pourtant été réels durant les vingt dernières années. Cette région du plateau du Deccan, particulièrement aride et couverte par de larges zones de forêts sèches, se caractérise depuis longtemps par un faible développement économique hors de quelques pôles urbains et par des niveaux d'éducation très médiocres. Il faut souligner à ce propos que les Etats démographiquement les plus en retard aujourd'hui, comme le Madhya Pradesh ou encore

¹⁴ On trouvera dans deux récents rapports des analyses détaillées des conditions de santé en Inde : World Bank (2001) et Misra *et al.* (2003). Pour une analyse critique, voir Qadeer *et al.* (2001).

l'Uttar Pradesh, le Bihar et l'Orissa, étaient déjà les moins bien placés lors de l'indépendance et l'espérance de vie à la naissance n'y était souvent pas supérieure à 30 ans. Comme cela est vrai pour d'autres dimensions du changement démographique, l'effet cumulatif des tendances anciennes que les économistes nomment *path dependency* est considérable sur les progrès ultérieurs: dans l'évolution démographique et la géographie de l'inégalité devant la mort, on reconnaît donc la combinaison de changements socioéconomiques récents et de l'inertie propre aux institutions traditionnelles locales. Le redéploiement des ressources publiques, réputé favoriser les régions retardées du pays par des politiques préférentielles, n'a pas réduit les écarts entre régions et entre catégories sociales.

Les études de la Banque Mondiale ou du National Council for Applied Economic Research montrent comment l'infrastructure publique bénéficie paradoxalement davantage aux strates les plus riches et aux Etats avancés qu'aux populations défavorisées. Car, outre les variations entre régions ou entre villes et campagnes, d'importants différentiels sociaux existent. En prenant le niveau national moyen de mortalité avant cinq ans de l'enquête NFHS-2 comme référence (indice = 100), on mesure combien les variations sociales et économiques peuvent être marquées. Parmi les groupes défavorisés, on note les populations tribales (indice = 126), les pauvres (130) ou les Dalits (126), ou encore les mères illettrées (122). Inversement, l'indice est nettement plus bas parmi les mères ayant une éducation secondaire (37), de minorité chrétienne (68) ou sikh (65), ou encore de niveau de vie élevé (51). Ces différences sont d'ampleur comparable aux différences examinées plus haut, dans les villes (indice = 65) ou dans les Etats favorisés comme le Kérala (20) ou l'Himachal Pradesh (45). Ces inégalités se cumulent et on peut ainsi estimer que les enfants nés de mère tribale au Madhya Pradesh ont treize fois plus de risque de décéder avant 5 ans que ceux nés de mères diplômées du secondaire au Kérala ; ces niveaux de mortalité correspondent respectivement à ceux de l'Ethiopie et de l'Estonie en 2001.

Si les grandes épidémies, telles que le choléra ou la variole, avaient presque entièrement disparu à la veille de l'indépendance, l'impact des maladies infectieuses et parasitaires est resté très fort et concerne tous les âges. Elles correspondent aujourd'hui à environ 17 % des décès pour lesquels on dispose d'un certificat médical détaillé. Dans cette catégorie, la moitié des décès revient à la tuberculose, qui est la plus virulente parmi les hommes de plus de 25 ans, tandis que les enfants sont avant tout victimes d'infections intestinales et de septicémies diverses. L'autre source majeure de décès, avec 21 % du total, provient des maladies du système circulatoire avec l'infarctus du myocarde et les maladies cérébro-vasculaires au premier chef. L'évolution des pathologies suit selon le schéma classique de la transition épidémiologique, puisqu'on constate le glissement régulier des maladies infectieuses vers les maladies dégénératives, parmi lesquelles les maladies de l'appareil circulatoire occupent désormais une place prépondérante dans les causes de décès.

Une façon plus globale de prendre la mesure de la morbidité et de la mortalité consiste aujourd'hui à évaluer le nombre d'années de vie sans incapacité (*disability-adjusted life years*) et la charge de morbidité (*burden of disease*). Ces indices repris par l'OMS visent à mesurer l'impact complet de la maladie, en termes d'incapacité durable ou de vie raccourcie : ils montrent que les pathologies transmissibles sont responsables en Inde de la moitié des années de vie en bonne santé perdues, contre une moyenne de 7% dans les pays à hauts revenus. Parmi celles-ci, les plus pénalisantes sont les maladies infectieuses et parasitaires, suivies par les infections respiratoires et périnatales. La part revenant aux maladies non transmissibles, un tiers du total en 1998, devrait toutefois devenir majoritaire dans les vingt

années à venir, entraînant une redéfinition progressive des priorités du système sanitaire national, en raison des nouveaux besoins suscités par l'importance des pathologies cardiovasculaires, cancéreuses ou neuro-psychiatriques.

Aujourd'hui, l'Inde doit faire face à la fois au poids des maladies transmissibles et à son manque de préparation face aux pathologies des adultes. L'impact des différents calendriers de la transition épidémiologique, selon les groupes ou les régions, sera considérable, non seulement parce que le coût financier des maladies chroniques et dégénératives va peser plus lourd sur le système de santé, mais aussi parce que la baisse de la mortalité est associée en Inde étroitement à une hausse de la morbidité déclarée, correspondant notamment aux exigences nouvelles des patients (Murray 1998). Le système privé, relativement ignoré des politiques de santé publique, a pris une importance considérable durant les vingt dernières années et jouera un rôle clé dans la phase d'adaptation à l'éventail pathologique. Il pallie les défaillances du système public, souvent dédaigné bien que gratuit en raison de la mauvaise qualité des services offerts, en proposant une offre diversifiée et un personnel plus dévoué. Guidée en partie par la demande, le secteur privé contribue pourtant à aggraver l'inégalité de l'offre vers les villes et à l'inflation du coût des soins. Le rôle du secteur public reste crucial pour la prévention ou le dépistage, ainsi que pour des objectifs d'équité en raison de la meilleure accessibilité pour les plus pauvres des centres de soins primaires en régions rurales.

A l'écart du schéma de transition des pathologies, certaines maladies transmissibles comme la malaria ou la tuberculose restent très vivaces, alors que de nouveaux risques sanitaires apparaissent. L'épidémie à VIH identifiée dès 1986 est longtemps passée relativement inaperçue en Inde en raison de l'incrédulité des pouvoirs publics face à la menace épidémique, mais aussi du fait du relativement faible taux de prévalence, estimé à 0,9 % en 2004. En chiffres relatifs de prévalence par habitant, son score s'avère être le plus élevé d'Asie, après la Thaïlande et le Cambodge. Mais l'Inde est aujourd'hui le deuxième pays au monde par le nombre de personnes infectées, soit 5,1 millions d'après les chiffres de 2004.¹⁵ Le chiffre des personnes vivant avec le sida aurait ainsi triplé entre 1994 et aujourd'hui. Une fois encore, l'inscription spatiale du phénomène est très contrastée, car l'épidémie a essentiellement atteint dans un premier temps le Deccan, du Maharashtra au Tamil Nadu, ainsi que les Etats du Nord-Est comme le Manipur. En 2003, Tamil Nadu et Maharashtra représentent deux tiers des cas officiellement recensés ; quand il existe, le dépistage pratiqué auprès de femmes enceintes conduit à des estimations dans certaines régions très touchées allant de 3-4 % comme à Namakkal (Tamil Nadu) ou Kakinada (Andhra Pradesh) à plus de 5% à Bijapur (Karnataka) ou à Tuensang (Nagaland). Parmi les catégories à risques, qu'il s'agisse de prostitués ou de toxicomanes par voie intraveineuse comme dans le Nord-Est, les pourcentages peuvent dépasser les 50%. Un des premiers domaines de lutte concerne l'information, puisque de nombreux groupes sont encore ignorants de l'épidémie (tableau 5) ou des formes de transmission qui lui sont spécifiques; ainsi, au Bihar, seuls 21% des femmes en zones rurales savent ce qu'est le sida en 2001. Or l'analyse des caractéristiques sociales des personnes infectées montre que l'épidémie a déjà diffusé au-delà des groupes à risques vers les groupes vecteurs comme les employés de l'hôtellerie ou du transport, les migrants ou les clients des prostitués, et vers le reste de la population (femmes aux foyer, enfants, etc.). Etroitement associées à la faible diffusion de l'information sur l'épidémie et au système

¹⁵ Les chiffres viennent des études épidémiologiques et comportementales du *National Aids Control Organisation*. Voir aussi Ekstrand *et al.* (2003) et UNDP (2003).

patriarcal, les discriminations à l'égard des personnes infectées sont souvent dramatiques, les femmes étant ainsi souvent accusées d'avoir transmis le virus à leur famille.

La vulnérabilité féminine

D'après une récente estimation, il manquait en Inde 39 millions de femmes par rapport aux effectifs masculins dénombrés (Klasen and Wink, 2002). Le recensement de 2001 a certes marqué une légère amélioration du sex-ratio, passant de 927 à 933 femmes pour 1000 hommes de 1991 à 2001¹⁶, mais ce niveau demeure très bas, aboutissement d'une baisse régulière observée depuis l'époque coloniale (tableau 3). Les résultats du recensement ont de plus révélé une aggravation inquiétante du déficit féminin parmi les enfants de moins de 7 ans, l'indice ayant chuté de 947 à 927 dans l'ensemble de l'Inde, valeur la plus basse jamais enregistrée. Le sex-ratio enfantin atteint des valeurs extrêmement basses dans plusieurs Etats comme le Punjab (798) ou la capitale de Delhi (868) (Tableau 1). A une échelle administrative plus fine, le sex ratio peut même plonger vers des niveaux hors du commun comme dans un canton (*taluk*) de la région de Salem au Tamil Nadu où il est de 550 filles pour mille garçons de moins de sept ans.

Ces valeurs dépendent de deux facteurs parfaitement identifiés: un sex-ratio à la naissance qui est beaucoup plus bas que la norme biologique (environ 950 naissances féminines pour 1000 naissances masculines) et une surmortalité des filles durant l'enfance. Ces facteurs renvoient à leur tour aux comportements discriminatoires courants en Inde que sont les avortements sélectifs des fœtus féminins, l'infanticide des bébés de sexe féminin juste après la naissance et la discrimination dans les soins accordés aux enfants selon leur sexe. De manière plus générale, il faut souligner que ces pratiques s'inscrivent dans un cycle de vie féminin marqué par une discrimination systématique, débutant dès la conception et l'enfance et se prolongeant par la forte surmortalité en couche et parmi les veuves, ainsi que des meurtres de femmes pour cause de dots. De nombreuses analyses existent désormais sur la dégradation du statut des femmes en Inde et la violence qui pèse sur elles, les études sur les abus sexuels et les mauvais traitements conjugaux étant la plus récente addition à cette littérature (tableau 5).¹⁷ Les estimations démographiques concernant les femmes entrées en veuvage indiquent que leurs risques de décéder, au-delà des rares cas de *sati* (sacrifice des veuves) qui reçoivent un grand intérêt médiatique, sont très étroitement associés aux ressources (terres, héritage, etc.) qu'elles contrôlent et à la protection reçue de leur fils, démontrant ainsi l'extrême matérialisme qui dicte en Inde les chances de survie des individus selon leur poids économique. De nombreux arguments ont été avancés pour expliquer cet état de fait. Il faut sans doute insister avant tout sur la structure patriarcale de la société indienne et ses formes modernes. La progression rapide de la pratique de la dot à travers le pays et son inflation concomitante illustre de manière éloquente comment les femmes ont été privées des gains du progrès économique ou social depuis la période coloniale.

La dimension géographique du phénomène qu'illustrent les statistiques du sex ratio des enfants de moins de 7 ans est une nouvelle fois flagrante. Certaines régions semblent très faiblement affectées et l'examen de la carte 3, qui offre une synthèse saisissante de la discrimination sexuelle en Inde, met ainsi à jour un large territoire orienté avec le sud et l'est

¹⁶ Nous adoptons ici la notation indienne en sex-ratio féminin (femmes pour 1000 hommes), mieux adaptée à l'étude des déficits féminins.

¹⁷ Parmi les travaux récents, citons Bhat (2002), Agnihotri (2000), Sudha and Rajan (1999).

où le sex ratio, supérieur à 950 filles pour 1000 garçons, est relativement normal. A l'inverse, les valeurs les plus aberrantes se rencontrent au nord-ouest, sur une surface allant du Punjab à Gwalior. On distingue également un pôle discriminatoire au Gujarat et au Maharashtra (voir également les données du tableau 1). Ce tracé régional rejoint en partie celui de l'infanticide dans les hautes castes, combattue par les autorités coloniales au XIX^e siècle. Mais la poussée de masculinisation est récente, car les valeurs du sex ratio se sont singulièrement dégradées durant les dernières décennies. L'intensification du phénomène à des valeurs extrêmes repose sur la propagation des comportements discriminatoires à toutes les couches de la société locale, ainsi que sa diffusion spatiale à de nouvelles régions, auparavant peu affectées par le déficit démographique de filles. C'est par exemple le cas de l'Orissa où prévalait auparavant un relatif équilibre démographique entre les sexes.

Si la période contemporaine correspond en partie à un mécanisme de reviviscence d'anciennes pratiques, elle lui a donné également ses traits résolument modernes de planification familiale sexuée, qu'illustre par exemple la virulence du phénomène dans la région la plus prospère du pays qu'est le Punjab. On assiste d'une part à une diffusion nouvelle des technologies de la discrimination sexuelle, alors que l'infanticide devient graduellement un procédé désuet propre à des groupes marginaux, et d'autre part à la progression d'un système de normes des classes moyennes urbaines dévalorisant la descendance féminine en raison notamment de l'inflation de la dot. La discrimination procède clairement de la modernisation de la société et les couches les plus éduquées ou les plus prospères en sont les premiers vecteurs. L'inscription géographique du phénomène trahit directement l'impact du changement des attitudes et des pratiques de proche en proche, avec souvent des polarités urbaines renforcées par la concentration des infrastructures médicales, et notamment les cliniques privées où se pratiquent les avortements. Si la distribution des castes et des communautés est une clef pour déchiffrer le mécanisme contemporain, on notera en outre la relative autonomie du phénomène par rapport aux changements démographiques (voir la carte 2 de la fécondité) ou à l'essor économique qui se déploie selon une logique différente. A terme, la masculinisation de la population indienne déséquilibrera sévèrement le marché matrimonial du fait du surnombre des hommes, phénomène dont les premiers signes sont déjà visibles (Pandey, 2003), mais il est peu vraisemblable que le statut féminin en bénéficie.

Migrations et urbanisation

Parmi les comportements démographiques, les déplacements et les migrations sont notoirement les plus sensibles aux évolutions économiques et il sera important, quand les données du recensement de 2001 seront publiées, d'examiner les nouvelles formes de la redistribution inter-régionale après une décennie de changements économiques. L'image des migrations en 1991 était dominée d'un côté par Delhi et le Maharashtra, qui avaient accueillis plus d'un million et demi de migrants et de l'autre par l'Uttar Pradesh et le Bihar qui en avaient perdu respectivement 2,5 et 1,2 millions. La géographie de l'échange migratoire est relativement segmentée, s'organisant notamment autour de filières orientées vers le Nord-Ouest (du Punjab à Delhi) ou vers Mumbai et le Maharashtra, ou faisant apparaître un système plus compact d'échanges entre les quatre Etats du sud. Ces mouvements migratoires sont essentiellement causés par des mouvements de main d'œuvre à forte prépondérance masculine dirigés vers les grandes villes, voire les campagnes plus prospères, alors que les femmes dominent parmi les migrations à courte distance, principalement en raison des règles

d'exogamie de village. Les courants de migrations professionnelles à prédominance féminine, comme la domesticité ou dans l'industrie des produits de la mer, sont beaucoup plus rares en raison des pesanteurs sociales freinant à la mobilité des femmes.¹⁸

Parmi les formes moins bien évaluées de la migration, on mentionnera la mobilité à court terme, et notamment des mouvements saisonniers ou les séjours brefs en ville. Ils sont le fait, pour une part qui va en déclinant, de populations nomades dont les mouvements sont anciens ; ils se trouvent de plus en plus contraints à se sédentariser, sous la pression de l'urbanisation, du développement agricole et des politiques locales. En milieu rural, les formes de mobilité temporaire conservent une importance considérable, en facilitant notamment le redéploiement saisonnier de la main d'œuvre agricole selon le rythme des cultures. Elles permettent également à des paysans de partir à la recherche d'un emploi ailleurs en cas de crise occasionnelle. Mais le bilan de ces migrations temporaires est contrasté. Certains groupes migrants sont indubitablement prisonniers de circuits d'exploitation profitant de leur vulnérabilité, de leur endettement et de la forte segmentation de l'emploi, en villes comme dans les campagnes. D'autres courants circulaires permettent au contraire aux migrants d'accumuler un capital ou d'acquérir une formation, en échappant ainsi aux fortes contraintes du marché local de l'emploi et aux discriminations vis-à-vis des basses castes.

Certains mouvements sont plus erratiques, car liés notamment à des situations de détresse économique, climatique, voire politique. Les sécheresses et inondations locales déplacent ainsi chaque année des centaines de milliers de personnes. Mais ces mouvements de population peuvent être définitifs ; c'est le cas des populations déplacées par des projets d'aménagement et le débat national autour du grand barrage sur la Narmada (*Sardar Sarovar Project*) a attiré l'attention sur le large volume de population menacé d'éviction (au minimum à 200 000 personnes). Comme ailleurs dans le monde, les barrages s'installent dans des zones à faible densité, occupés par des groupes socialement et politiquement marginaux comme les autochtones. Ces derniers sont déplacés au profit d'aménagements qui bénéficieront avant tout, par leur nature (production électrique, irrigation, eau potable, etc.), aux populations urbaines et à la paysannerie riche. Plusieurs millions de personnes ont été déplacés depuis l'Indépendance à l'occasion de ces aménagements, et parmi eux autochtones et dalits forment la majorité. Les chiffres détaillés manquent pour une estimation définitive des effectifs des populations affectées (de 2 à 20 millions de personnes selon les estimations), mais les plus grands projets d'aménagement (Hirakud en Orissa, Povalam et Bansagar au Madhya Pradesh, Srisaïlam en Andhra Pradesh, etc.) ont chacun provoqué le déplacement de plus de 100.000 personnes¹⁹.

L'urbanisation qui capte, en volume, la majorité des migrations de travail permanentes demeure à un niveau modeste en Inde et la population urbaine ne représente que 27,8 % du total en 2001.²⁰ L'Inde avait pourtant un niveau d'urbanisation non négligeable de 10,8 % en 1901, mais le développement des villes durant la période coloniale a été particulièrement lent en raison de la sous-industrialisation du pays. Suite à un premier sursaut lié aux échanges

¹⁸ Pour une vue générale des migrations, voir Srivastava and Sasikumar (2003). De nombreuses études de cas sont publiées régulièrement dans *Economic and Political Weekly*. Sur les populations nomades, voir Rao and Casimir (2003).

¹⁹ Le rapport indien de la *World Commission on Dams* estime le nombre total de déplacés à 4,3 millions.

²⁰ Pour des analyses de l'urbanisation indienne, voir Ramachandran (1989) et Kundu (2003). L'exemple de Delhi est analysé par Dupont (2003).

redistributifs de la Partition, beaucoup de réfugiés se dirigeant vers les villes, la progression urbaine n'a augmenté de manière sensible qu'à partir des années 1970. Depuis cette période, le taux de croissance de la population des villes est le double de celui de la population rurale, sous l'effet principal des migrations vers la ville, mais aussi à cause de l'absorption progressive des zones rurales dans le tissu urbain, notamment à la périphérie des agglomérations. La carte 1 permet de localiser les métropoles millionnaires ainsi que l'ensemble des 393 villes comptant de plus de 100.000 habitants en 2001.

Les chiffres dissimulent toutefois le volume réel de l'exode rural. D'après les statistiques migratoires disponibles, 39 millions de citoyens déclaraient en 1991 une résidence précédente en zone rurale, dont 21 millions de femmes. L'accroissement total lié à la migration des ruraux vers les villes est sans doute encore plus important. Ainsi, si la population urbaine de 1951 avait augmenté au même rythme que la population totale, on compterait 107 millions de citoyens en 2001 de moins que n'ont été effectivement recensés. Or la population urbaine, du fait de la baisse de la natalité qui y est plus ancienne, présente un accroissement naturel plus lent que celui des campagnes: la différence entre population projetée et population recensée de 2001 tient par conséquent, pour l'essentiel, à l'apport des migrants installés en ville et de leur descendance, et, dans une moindre mesure, à l'élargissement des zones classées comme urbaines.

Durant les dernières décennies, la part de la population urbaine est progressivement passée de 23,3% en 1981 à 25,7% en 1991, puis 27,8 % lors du dernier recensement de 2001 qui a enregistré l'apparition de plus de 600 nouvelles localités classées urbaines selon les critères du recensement (taille, densité, statut municipal, etc.). En dépit du développement économique rapide durant la dernière décennie, la croissance urbaine a plutôt légèrement fléchi, se concentrant vers les plus grandes villes et les Etats les plus développés comme le Tamil Nadu, le Maharashtra ou encore le Punjab et l'Haryana (tableau 2). Les économistes ont souligné le paradoxe des processus de croissance contemporaine en Inde qui ne crée pas d'emploi ("jobless growth") et l'expansion urbaine relativement contenue que l'on observe en serait une illustration. Le faible niveau d'urbanisation observé depuis l'indépendance est également à mettre au compte du mode d'industrialisation du pays, des mouvements migratoires circulaires ainsi que de l'impressionnante capacité d'absorption ou de rétention des campagnes indiennes (Racine, 1994). Ce phénomène s'est appuyé sur la profonde transformation de l'économie rurale et la relative solidité des institutions locales maintenant l'unité du village. L'intensification de la production agricole, par les progrès rapides de l'irrigation et l'usage croissant des engrais, s'est combinée avec le développement du secteur non agricole pour provoquer un accroissement considérable de l'emploi rural. En 2001, c'est plus d'un quart des emplois ruraux qui échappent à l'agriculture dans l'ensemble de l'Inde, avec des chiffres supérieurs à 50% dans différentes régions comme le Punjab ou le Kérala caractérisées par une forte fusion du rural et l'urbain (semblable au *desakota* indonésien), mais également une forte industrialisation dans la périphérie des métropoles. Mais le potentiel du secteur agricole rencontre en certaines régions des limites du fait de l'épuisement des ressources (sols, eau souterraine, etc.) et cela pourrait affecter profondément l'économie rurale dans les décennies à venir. Si le développement actuel de l'industrie et surtout des services ne s'étend pas plus largement vers les zones rurales défavorisées, Deccan aride ou régions forestières par exemple, le mouvement migratoire vers les pôles de croissance de l'économie contemporaine devrait s'accélérer à l'avenir.

La poussée urbaine a été pour une bonne part captée par les plus grandes villes, au détriment des villes moyennes dont la croissance est plus faible. Plus des deux tiers des citoyens résident aujourd'hui dans des villes de plus de cent mille habitants, contre moins de 40% avant l'indépendance. Le phénomène est aujourd'hui particulièrement visible du fait de la démultiplication des agglomérations de plus d'un million d'habitants, qui sont désormais au nombre de 35. Ces villes millionnaires portées sur la carte 1 rassemblent en 2001 près de 38% des citoyens et 10,5 % de la population nationale dans son ensemble, alors que les quatre villes millionnaires de 1951 (Mumbai, Kolkata, Chennai et Delhi) n'abritaient alors que 13 % des citoyens et 2,2 % de la population indienne. Même si Kolkata était déjà une des plus grandes villes du monde en 1872, créditée alors d'une population de 1,1 millions, la croissance des villes millionnaires date d'après 1947 et leur population totale a plus que décuplé depuis, étant multipliée par un facteur de treize en un demi-siècle.

Les agglomérations de Mumbai, Delhi et Kolkata comptent chacune plus de dix millions d'habitants, se plaçant parmi les quinze villes les plus peuplées du monde. Delhi poursuit sa marche en avant, rassemblant progressivement tous les secteurs d'activité, du commerce international à la petite production artisanale ou industrielle, et a presque rattrapé Kolkata. Les autres métropoles, notamment Pune et les métropoles du sud comme Hyderabad et Bangalore, enregistrent de fort taux de croissance. Parmi les autres villes millionnaires, certaines comme Pune, Lucknow, Surat, Jaipur, Bhopal, Ludhiana ou Visakhapatnam connaissent un développement particulièrement spectaculaire, la population y ayant doublé durant les vingt dernières années comme à Delhi. Le processus d'urbanisation est désormais principalement "horizontal", procédant par le peuplement des zones périphériques et l'absorption rapide dans le tissu urbain de localités rurales ou périurbaines plutôt que par densification des centres-villes. Ce mécanisme a pour avantage de décongestionner le cœur des grandes cités, mais tend à engendrer des aires métropolitaines de plus en plus vastes. Ces dernières comprennent en outre de larges espaces encore classés comme ruraux, où viennent s'installer les industries en quête de terrain et de main-d'œuvre bon marché. Delhi, dont le centre-ville historique stagne démographiquement, en est un exemple emblématique, puisque la croissance sur son pourtour est considérable, à la fois au sein de l'Etat de Delhi, mais également en débordant très largement sur les Etats limitrophes de l'Haryana et de l'Uttar Pradesh. Des phénomènes identiques sont repérables à Mumbai ou à Hyderabad, et correspondent à une maturation de la métropolisation indienne par la consolidation de régions satellites, comprenant à la fois des petites villes de banlieue et des zones rurales absorbées dans la périurbanisation. Le mécanisme découle en partie de la saturation des centres-villes, dont la densité de peuplement a dépassé les 10.000 habitants au km² dans toutes les métropoles citées: développement des transports intra-urbains et augmentation du nombre des navetteurs, décongestion industrielle des centres-villes et création de pôles secondaires, élargissement des infrastructures urbaines, recomposition sociale des centres-villes et rejet des bidonvilles vers la périphérie.

L'Inde et les migrations internationales

L'Inde a connu d'importantes vagues de réfugiés, qui constituent une part non négligeable des mouvements d'immigration vers le pays. La principale vague a impliqué durant la Partition environ 8 millions de personnes qui se dirigées vers l'Inde, en provenance pour l'essentiel du Punjab, du Sind et du Bengale-Oriental qui revenaient au Pakistan ; ils se sont installés dans les régions proches de la frontière, et en particulier dans les villes. Les Hindous, qui représentent la première minorité du Bangladesh, ont continué jusqu'à ce jour à migrer vers l'Inde. Un autre courant en provenance du Tibet s'est établi à partir de 1959 durablement en

Inde, de l'Himachal Pradesh au Karnataka, suivis par plusieurs centaines de milliers des personnes d'origine indienne rapatriées de Sri Lanka ou du Myanmar. Durant les vingt dernières années, les nouveaux arrivants sont des réfugiés provisoires, en provenance du Sri Lanka (Tamouls) et du Bangladesh (Chakmas des collines de Chittagong), voire d'Afghanistan, du Myanmar (Chins chrétiens) ou du Bhoutan (Lhotshampas d'origine népalaise). Un grand nombre d'entre eux a depuis quitté l'Inde, où le HCR ne recense en 2003 que 170 000 réfugiés. On évoquera à ce propos le sort des "réfugiés de l'intérieur", estimés à 600 000 personnes en 2004. Cette catégorie recouvre les populations déplacées à l'intérieur du pays à la suite de conflit et concernent quelques centaines de milliers d'hindous du Cachemire (*Pandits*), pour la plupart réinstallés dans le Jammu, et plus de cent mille personnes déplacées dans les Etats du nord-est ou au Gujarat²¹.

L'immigration volontaire dirigée vers l'Inde est relativement mal connue et les lacunes statistiques nourrissent les rumeurs les plus fantaisistes ou alarmistes. Les deux contingents majoritaires concernent les immigrants népalais et bangladais, dont le traitement médiatique et politique respectif est fort différent. Les Népalais, dont le pays jouit d'une politique de frontière ouverte avec l'Inde, seraient plus d'un demi-million en Inde d'après les chiffres censitaires népalais en 2001, mais sans doute beaucoup plus nombreux dans la réalité. Ils se sont établis durablement à la fois dans les régions bordant l'Inde et le Bhoutan comme dans la région de Darjeeling ou dans les grandes villes où ils travaillent par exemple dans le gardiennage, mais on les trouve aussi dans les régions frontalières comme le Garhwal et le Terai indien où nombre d'entre eux viennent comme travailleurs saisonniers. Ces dernières migrations se sont amplifiées depuis 2001, du fait de l'insurrection dans les campagnes népalaises. L'arrivée de Bangladais musulmans a eu un retentissement plus sensible, pour des raisons à la fois numériques et politiques : en l'absence de statistiques, le ministre de l'intérieur indien l'a évalué à 15 millions en 2003, chiffre qui ne peut sembler qu'exagéré. C'est dans les Etats du Nord-Est, à commencer par l'Assam, que le mouvement d'immigration a eu l'impact démographique le plus sensible que l'on devine en observant l'évolution rapide de la population : par rapport à l'ensemble de l'Inde ou au Bengale Occidental, l'Assam a en effet connu une croissance très rapide de 1951 à 2001. Mais les migrants bangladais ont aujourd'hui essaimé vers les métropoles plus lointaines comme Delhi ou Mumbai, occupant les emplois au plus bas de l'échelle sociale (Ramachandran, 2005).

L'émigration indienne vers l'étranger est également multiforme, rassemblant des mouvements frontaliers (principalement vers le Népal) et des mouvements plus lointains de main d'œuvre qui concernent de la main d'œuvre peu qualifiée dans les pays du Golfe Persique ou des diplômés dans les pays anglo-saxons. Les statistiques sur la population "indienne" à l'étranger que nous présentons sur le tableau 4 ont l'avantage d'avoir une source unique et simultanée, grâce aux estimations des consulats indiens de par le monde. On obtient un total de 17 millions de personnes dans la diaspora indienne (Indian Council of World Affairs, 2001), ce qui en fait par la taille la deuxième dans le monde après la diaspora chinoise. Ces chiffres regroupent toutefois les migrants récents, c'est-à-dire les ressortissants indiens séjournant à l'étranger, et les populations issues de l'émigration coloniale, comme par exemple les Indiens de Fidji ou de Trinidad et Tobago, qui sont dans leur immense majorité

²¹ Voir Chari *et al.* (2003) pour une présentation récente de la situation des réfugiés en Inde. Sur les réfugiés de l'intérieur, voir *Profile of Internal Displacement : India* (2004).

dépourvus de nationalité indienne²². A ce titre, ils ne constituent que des estimations globales, en l'absence de réel enregistrement statistique.

Deux régions dans le monde émergent qui semblent se partager équitablement les migrants indiens depuis plusieurs décennies.²³ D'un côté, les pays anglo-saxons qui accueillent 4 millions de ressortissants indiens, et de l'autre les pays du Golfe qui en abritent 3,4 millions. Ces deux destinations constituent les deux pôles de la migration internationale dans le monde contemporain et l'Inde s'inscrit donc pleinement dans la géographie de l'échange démographique global. Il s'agit cependant de courants migratoires très distincts, autant par le profil des migrants que par la nature des séjours à l'étranger. Le premier d'entre eux, orienté avant tout vers les Etats-Unis (métropoles de la Côte Ouest et région de New York) ou d'autres pays anglophones, est dominé par une migration très qualifiée. Une part considérable des promotions des meilleures institutions d'enseignement part à l'étranger à l'issue de leurs études, comme étudiants ou recrutés directement par des sociétés internationales. Aux Etats-Unis, les Indiens sont majoritaires parmi les visas H1B réservés aux personnes diplômées et constituent désormais une des communautés les plus prospères d'Amérique du Nord. Ils sont en outre très nombreux parmi les étudiants. Les Indiens s'installent alors durablement, acquérant souvent la nationalité du pays d'accueil. Le fort développement de l'*outsourcing* (délocalisation des activités économiques), par lequel les entreprises américaines et du reste du monde développé sous-traitent de plus en plus une part croissante de leur activité tertiaire en Inde, n'aura pas forcément d'effet de frein sur cet exemple manifeste de *brain drain*. On observe plutôt le développement d'une réelle circulation migratoire et certains centres de haute-technologie comme Bangalore parviennent à favoriser le retour d'Indiens expatriés.

Le second courant date des années 1970. Il correspond à l'essor exceptionnel des pays producteurs de pétrole du Moyen-Orient, qui manquaient cruellement de main d'œuvre en début de période, puis ont ultérieurement souhaité diversifier vers l'Asie le recrutement de leur main d'œuvre à l'issue de la guerre du Golfe. Même si une part croissante des migrants indiens est aujourd'hui originaire d'Etats comme le Tamil Nadu, l'Andhra Pradesh ou le Maharashtra, la région la plus concernée en Inde est le Kérala : elle fournit plus d'un tiers des migrants installés dans les pays du Golfe, soit une proportion dix fois supérieure à celle de son poids démographique dans le pays. Un pan entier du système social et économique kéralais repose aujourd'hui sur l'émigration, ses considérables dividendes économiques, mais également ses effets pervers sur l'économie et la société locale. En termes démographiques, il en résulte une fragmentation structurelle parmi des millions de ménages indiens, partagés entre des migrants internationaux (majoritairement des hommes) absents pour des périodes très longues et les membres de la famille restés sur place, constituant un espace dépourvu de toute fonction productive. Notons enfin que si les revenus des migrants du Golfe sont largement inférieurs à ceux des professionnels partis dans les pays anglo-saxons, le régime migratoire draconien, caractéristique des pays du Moyen-Orient, empêche l'installation définitive ou le regroupement familial des migrants et favorise le retour d'une épargne considérable vers l'Inde. La Banque Mondiale estime d'ailleurs le gain annuel à plus de 10 milliards de dollars US en 2000, faisant de l'Inde le premier bénéficiaire au monde de

²² On ne dispose toutefois pas de chiffre pour les pays frontaliers comme le Népal. Ce dernier comptait ainsi 100 000 ressortissants indiens lors de son recensement de 2001 et un nombre beaucoup plus important d'habitants d'origine indienne, notamment dans le Terai.

²³ Pour des études de différents courants migratoires, voir Zachariah *et al.* (2003) et les études contenues dans Hoda (2004).

transferts migratoires. L'importance de la communauté indienne à l'étranger n'est apparue que récemment au gouvernement, qui a ajouté en 1999 au statut de " non-resident Indian " celui de " person of Indian origin " destiné aux membres de la diaspora dépourvus de nationalité indienne. Depuis 2003, une journée de la diaspora (*Pravasi Bharatiya Divas*) est célébrée annuellement avec l'actif soutien du Premier Ministre et des efforts nouveaux sont consentis pour séduire les Indiens d'outremer (binationalité, facilités d'investissement, prix " Pravasi Bharatiya Samman ", etc.).

Population et ressources

L'Inde est portée par une croissance économique pratiquement ininterrompue depuis l'indépendance. Le développement agricole et industriel a été conséquent. Ainsi, en dépit des sirènes malthusiennes, la production alimentaire a été multipliée par 4 entre 1950 et 2000, alors que les surfaces mises en culture n'augmentaient que de 26,5 % durant la même période. Grâce à la hausse de productivité associée à la révolution Verte, le riz et le blé ont désormais évincé les céréales traditionnelles comme le mil ou le sorgho; les volumes de la production confèrent une disponibilité de grain par habitant qui plafonne depuis les années 1980 et ont conduit à la formation de stocks de réserve considérable ainsi qu'à des exportations de grains. Même si certaines poches de pauvreté rurale connaissent une insécurité alimentaire chronique, l'Inde indépendante a en outre fait la preuve de sa capacité à intervenir vigoureusement en cas de crise de la production agricole en évitant tout risque de famine à grande échelle depuis cinquante ans (Drèze, 1995).

Longtemps prisonnier d'un rythme annuel de croissance régulier mais modeste (le "Hindu rate of growth" qui s'établissait autour de 3%), le pays a connu un rebond économique depuis la fin des années 1980 et à la suite de la libéralisation de 1991. Celle-ci a conduit à une redéfinition profonde de la politique économique des pouvoirs publics et au retrait progressif de l'Etat dans la régulation des échanges, nationaux et internationaux. Elle a donné un coup de fouet au secteur tertiaire et aux exportations, sans provoquer de ralentissement dans le développement industriel. Depuis dix ans, le taux de croissance moyen est de 6,4 % par an, avec un secteur des services deux fois et demi plus dynamique que l'agriculture. Au-delà de ces indicateurs globaux, une réduction significative de la pauvreté a également été enregistrée. D'après les estimations fondées sur le NSS, le pourcentage de population en dessous du seuil de pauvreté a baissé de 54,9 % en 1973-74 à 34,2 % en 1999-2000.²⁴ Les indicateurs démographiques que nous avons passés en revue, concernant notamment le repli rapide de la mortalité, vont dans le même sens. Les dernières enquêtes, le recensement et le NFHS-2, ont également confirmé le progrès inattendu des niveaux d'alphabétisation dans le pays et le modeste resserrement de l'écart entre hommes et femmes (tableau 3).²⁵ L'indice composite du développement humain, qui place l'Inde désormais dans la catégorie des niveaux "médiants", confirme également l'effet des progrès économiques et sociaux qui ont permis à l'Inde de se détacher clairement des pays les moins avancés durant les vingt dernières années.

L'attention se porte donc davantage aujourd'hui sur le prix de ce développement et les fortes inégalités dans son partage. Nombreux sont en effet les laissés-pour-compte du progrès économique et social. Notre analyse a souligné combien l'accélération du changement

²⁴ D'autres estimations, dues au NCEAR, font état d'une baisse accélérée de la pauvreté depuis 1990, qui serait descendu à 16,5% de la population en 1997-98. Pour une discussion des résultats, voir par exemple Deaton and Drèze (2002).

²⁵ L'évolution de l'alphabétisation est examinée en détail dans Bhanthia (2001a et 2001b).

démographique a renforcé un tableau très inégalitaire de la société d'aujourd'hui. Les disparités, fondées sur le genre, la caste et la région, ont le plus souvent perduré, quand elles ne se sont pas amplifiées: certaines franges de la population, comme les femmes ou les populations tribales, ont connu une progression plus lente de leurs conditions de vie et ceci pour des raisons qui tiennent notamment à leur enclavement spatial ou à leur relégation sociale traditionnelle.

Le TERI (*The Energy and Resources Institute*) avait estimé en 1997 à plus de 10% de produit national brut les coûts liés à la dégradation de l'environnement, en incluant notamment la baisse de la productivité agricole due à l'érosion des sols et les dépenses sanitaires des personnes affectées par la pollution de l'air. Le bilan, en termes de ressources spécifiques, est plus complexe, car le coût environnemental de la croissance est extrêmement variable selon les régions et s'accompagne parfois d'une réaction salutaire des pouvoirs publics visant à la protection des ressources. A une échelle globale, le saccage historique des ressources naturelles de l'Inde s'est désormais ralenti, limité à certaines régions de contact, et la surface en forêt a récemment cessé de diminuer. Ainsi, la mise en culture ou en plantation d'espaces forestiers et la conversion des mangroves pour la pisciculture ou la riziculture ont connu durant les années 1990 de nombreux freins législatifs concernant le littoral, la biodiversité ou la gestion forestière, portés également par une nouvelle mobilisation des populations impliquées. La pollution de l'air qui s'est aggravée dans les métropoles pour des raisons de croissance des industries et du trafic automobile tombe progressivement sous le coup de nouvelles réglementations, alors que la charge de morbidité considérable due à la pollution de l'air domestique en Inde (du fait des biocombustibles utilisés et de la ventilation déficiente) ne vient d'être reconnue que récemment.

Une source d'inquiétude exacerbée par le manque de solution technique ou législative aisée concerne les réserves en eau, car le bilan de la disponibilité d'eau renouvelable par habitant place l'Inde selon la FAO à la hauteur d'un pays comme l'Iran. De nombreuses régions comme le Gujarat ou le Tamil Nadu sont en effet déjà déficitaires d'un point de vue global alors que de nombreuses communautés rurales ou quartiers urbains sont privés d'accès à l'eau. Ainsi, seuls 20% des logements disposent en 2001 d'eau potable au robinet en Inde (Tableau 5), et moins de 10% dans les parties rurales. Le prélèvement des ressources souterraines, facilité par la diffusion des pompes installées pour l'irrigation ou les besoins urbains, a provoqué en de nombreuses régions une baisse profonde de la disponibilité et parfois une dégradation difficilement réversible de la qualité des réserves en eau. La Révolution Verte, qui a fait de l'Inde la première surface irriguée du monde devant la Chine et les Etats-Unis et entraîné la reconversion des systèmes de production agricole, est un des premiers responsables de cet état de fait. Mais la croissance socioéconomique en cours entraînera une augmentation additionnelle des besoins en eau, largement plus rapide que celle de la population, et les projections internationales placent d'ailleurs l'Inde parmi les Etats soumis au stress hydrique dès 2025.

Conclusion

Ce chapitre a mis l'accent sur la variété des voies du changement démographique en Inde qui est encore de la convergence vers une trajectoire unique : migration, baisse de la fécondité, masculinisation ou conditions sanitaires sont autant de facettes de la démographie indienne qui se déclinent très diversement au sein des catégories sociales. En ce début de siècle, les

forces de recomposition sociale, stimulées par l'essor économique actuel, ont toutefois donné au changement démographique indien un rythme nouveau dont on ne mesure encore que partiellement la portée. Si les projections démographiques fixent les contours de la croissance à venir qui fera probablement de l'Inde le pays le plus peuplé du monde en 2040, c'est peut-être l'impact de l'économie qui donnera sa tonalité au renouveau démographique ; elle déterminera en particulier le rythme d'accomplissement de la transition démographique à travers le pays. L'amélioration des conditions de vie et la réduction de la pauvreté fixeront également les progrès de l'alimentation et de la nutrition pour tous, ainsi que de l'accès des services de santé, avec un impact direct sur la maladie et la mort parmi les couches les plus exposées économiquement et socialement marginalisées. Le rôle parallèle de l'action gouvernementale restera à ce titre central dans les mécanismes de protection sociale, l'offre de soins pour tous ou encore la prévention des maladies transmissibles. L'épidémie à VIH/SIDA offre une illustration récente de l'effort à consentir pour contenir les nouveaux risques épidémiologiques et lutter contre les formes toujours virulentes des maladies anciennes, des pathologies diarrhéiques à la tuberculose. Tout aussi directement, la croissance économique et sa polarisation régionale ou métropolitaine devraient attirer d'importants courants migratoires à l'image de la considérable mobilité qui caractérise la Chine urbaine ou côtière: le décollage économique, en redonnant substance aux espoirs de mobilité sociale, pourrait mettre des millions de gens sur les routes et son impact sur le développement urbain, des infrastructures aux conditions sanitaires, serait alors considérable.

Les effets structurels du développement économique sur deux autres dimensions centrales du régime démographique indien, le régime reproductif et les inégalités de genre, seront moins mécaniques et les évolutions conserveront un caractère en partie endogène, selon un profil évolutif qui se nourrit autant de l'évolution rapide (ou de l'inertie) des institutions locales et des systèmes de normes que des transformations socioéconomiques globales. Le rôle de l'Etat dans ces domaines conservera sans doute un caractère réduit, tant les dispositions officielles (sur la dot, la pratique contraceptive, l'âge au mariage, la détection du sexe avant la naissance, etc.) ne semblent n'avoir eu qu'un effet limité jusqu'à présent. Le poids à venir de ces deux aspects de la démographie indienne sera pourtant crucial. La flambée de surmasculinité qui a marqué les vingt dernières années aura des répercussions démographiques durables, à moins que le cycle de discrimination des petites filles ne s'inverse rapidement ; son effet sociétal marquera inévitablement plusieurs générations en perturbant profondément l'équilibre du système matrimonial dans les communautés du nord-ouest du pays qui sont les plus affectées. Mais la vitesse de la transition de la fécondité sera sans doute la variable clé, conditionnant à très long terme l'écart de croissance entre régions : celui-ci s'est amplifié depuis plusieurs décennies et, d'après les jeux de projections disponibles, subsistera tout au long du premier demi-siècle à venir, creusant de considérables décalages démographiques entre les Etats du sud vieillissant et les Etats retardataires du reste du pays. La controverse accompagnant la publication en 2004 des chiffres des effectifs par confession, attestant du rapide accroissement de la population musulmane, démontre en outre que les déséquilibres entre groupes sociaux ou religieux liés à la fécondité peuvent désormais acquérir une portée politique considérable parmi ceux qui appréhendent la recomposition démographique au profit des minorités. La mobilisation de plus en plus large de la société civile dans les débats de société renforcera la dimension politique des mécanismes décrits ici, dans un contexte de changement social accéléré qui exacerbe les rivalités entre genres et groupes sociaux pour le recueil des fruits de la croissance.

Annexe: les sources sur la démographie en Inde

Le tableau des sources pour l'étude de la démographie indienne est assez disparate. Si leur dispersion tendait auparavant à décourager les non-spécialistes, la rapide mise à disposition de la statistique sur Internet permet désormais un accès plus facile. De sérieux problèmes demeurent quant à la qualité des données ou des estimations dans de nombreux domaines. Les carences de l'état civil, jointes à la relative des sources relatives aux mouvements migratoires, à l'urbanisation ou au paysage épidémiologique, constituent aujourd'hui les premiers défauts de l'appareil statistique indien.

Le recensement

Le recensement décennal (*Census of India*) demeure la ressource indispensable pour une évaluation à différentes échelles des principales caractéristiques socioéconomiques de la population, en dépit de diverses limites (qualité et nature des données, délai de publication) On relèvera quelques-unes des données les plus utilisées du recensement:

- Répartition par Etat, zone urbaine ou rurale, district, taluk/tehsil, localité urbaine ou rurale.
- Lieu de naissance et de dernière résidence, âge, sexe, état matrimonial, nombre d'enfants
- Niveau d'éducation, secteur d'activité, langue, religion, populations dalits et tribales (scheduled castes, scheduled tribes)
- Type et confort de l'habitat, biens possédés par le ménage, infrastructures villageoises

L'état civil

L'état civil, quoique introduit dès le XIX^e siècle, reste chroniquement déficient en Inde, mais devrait être renforcée dans les années à venir notamment grâce à la généralisation des pièces d'identité. Pour pallier cette défaillance, l'Inde s'est dotée d'un système d'enregistrement de l'état civil par échantillon (SRS, *Sample Registration System*) depuis la fin des années 1960, qui fournit à l'échelle des états des estimations annuelles de la natalité, fécondité et mortalité de manière relativement satisfaisante.

Autres sources

La première des sources complémentaires correspond aujourd'hui aux deux grandes enquêtes pan-indiennes sur la santé reproductive (fécondité, mortalité dans l'enfance, état nutritionnel, etc.) du *National Family and Health Survey* (NFHS) de 1992-93 et 1998-99. On citera également les enquêtes socio-économiques régulières du *National Sample Survey* et la grande enquête sur le développement humain conduite par le *National Council of Applied Economic Research* en 1994. Plus récemment, les enquêtes RCH (*Reproductive and Child Health*) sur les infrastructures et les comportements de santé, l'enquête de l'Unicef en 2000 sur les enfants (*Multiple Indicateur Cluster Survey*) ou encore sur le comportement en matière de Sida (*Behavioral Surveillance Surveys*) ont complété le tableau. L'exploitation cartographique détaillée est en outre possible comme l'illustre Oliveau (2003).

Principaux sites d'information démographique

Sources démographiques indiennes	http://www.demographie.net/demographicdata
Recensement indien et état civil:	http://www.censusindia.net/
Cartes du recensement :	http://www.censusindiamaps.net/
Planification familiale:	http://mohfw.nic.in/fsfw.htm
Enquêtes NFHS:	http://www.nfhsindia.org/
Enquêtes RCH:	http://mohfw.nic.in/fsnfhs.htm
Enquête de l'Unicef	http://www.childinfo.org/MICS2
Ministère de la santé et du bien-être familial	http://health.nic.in/
Diaspora indienne	http://indiandiaspora.nic.in/
Organisme national de contrôle du sida	http://www.naco.nic.in/
Commission nationale de population	http://populationcommission.nic.in/
Conseil de recherche d'économie appliquée	http://www.ncaer.org/

Bibliographie

- Agnihotri, Satish Balram, 2000, *Sex Ratio Patterns in the Indian Population : A Fresh Exploration*, Sage, New Delhi.
- Banthia, Jayant Kumar, 2001a. *Population Provisional Totals, Paper 1 of 2001*, Census of India 2001, Department of Publications, Delhi.
- Banthia, Jayant Kumar, 2001b. *Population Provisional Totals, Paper 1 of 2001. Supplement District Totals*, Census of India 2001, Department of Publications, Delhi.
- Bhat, P. N. Mari, and Zavier, A. J. Francis, 2004, "Religion in Demographic Transition: The Case of Indian Muslims", in Rajan, S. Irudaya, and James, K. S., eds., *Demographic Change, Health Inequality and Human Development in India*, Centre for Economic and Social Studies, Hyderabad, 59-140.
- Bhat, PN Mari, 2002, "On the Trail of 'Missing' Indian Females", *Economic and Political Weekly*, December, 5105-5118 and 5244-5263.
- Caldwell, John Charles, et al., 1988, *The Causes of Demographic Change: Experimental Research in South India*, University of Wisconsin Press, Madison.
- Chari, P. R., Joseph, Mallika, and Chandran, Suba, eds., 2003. *Missing Boundaries. Refugees, Migrants, Stateless and Internally Displaced Persons in South Asia*, Manohar, New Delhi.
- Chen, Martha Alter, 2000. *Perpetual Mourning. Widowhood in Rural India*, Oxford University Press, New Delhi.
- Deaton, Angus, and Drèze, Jean, 2002. "Poverty and Inequality in India. A Re-Examination", *Economic and Political Weekly*, September 7, 3729-3748.
- Dorin, Bruno, et Landy, Frédéric, 2002, *Agriculture et alimentation en Inde. Les vertes années (1947-2001)*, Inra, Paris.
- Drèze, J. and Murthi, M., 2001. "Fertility, Education, and Development: Evidence from India", *Population and Development Review*, 21, 1, 33-64.
- Drèze, Jean, 1995, "Famine Prevention in India", in Drèze, J., Sen, A. K., and Hussain, A., eds., *The Political Economy of Hunger: Selected Essays*, Oxford University Press, Oxford, 69-177.
- Dupont, Véronique, 2003, "Urban development and population redistribution in the Delhi: Implications for categorizing population", in Champion, T., and Hugo, G., eds., *New forms of urbanization: Beyond the urban-rural dichotomy*, Ashgate, Aldershot, 170-190.
- Dyson, T., Cassen, R. and Visaria, L., eds., 2003. *21st Century India: Population, Economy, Human Development and the Environment*. Oxford University Press, Oxford.
- Ekstrand, Maria, et al., 2003. *HIV/AIDS in India*, AIDS Policy Research Center, University of California, San Francisco.
- Gandotra, M. M., et al. 1998. *Fertility in India*. NFHS Subject Reports, No. 9, International Institute for Population Sciences, Mumbai.
- Guha, Sumit, 2001. *Health and Population in South Asia. From Earliest Times to the Present*, Permanent Black, New Delhi.
- Guilmoto, C. Z. and Rajan, S. Irudaya, 2001. "Spatial Patterns of Fertility Change in Indian Districts", *Population and Development Review*, 27, 4, 713-738 15.
- Guilmoto, Christophe Z., and Rajan, S. Irudaya, 2002. "District Level Estimates of Fertility from India's 2001 Census", *Economic and Political Weekly*, XXXVII, 7, 665-672.
- Guilmoto, Christophe Z, et Kulkarni, PM, 2004 "Les femmes, la caste et l'Etat. Cinquante ans de planification familiale en Inde" in Gautier, Arlette, éd., *Les politiques de planification familiale*, Editions du CePeD, Paris, 25-75..

- Guilmoto, Christophe Z., and Rajan, S. Irudaya, eds., 2005. *Fertility Transition in South India*, Sage, New Delhi.
- Hoda, Hisaya, ed., 2004. *International Labor Migration from South Asia*, Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization, Chiba.
- IIPS and ORC Macro, 2000. *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-99: India*, IIPS, Mumbai.
- IIPS, 1995. *National Family Health Survey (MCH and Family Planning), India, 1992-93*. International Institute for Population Sciences, Bombay.
- Indian Council of World Affairs (2001), *Report of the High Level Committee on the Indian Diaspora*, New Delhi (Singhvi Committee)
- Jeffery, Roger and Patricia Jeffery, 1997. *Population, Gender, and Politics: Demographic Change in Rural North India*, Cambridge University Press, New York.
- Klasen, Stephan and Wink, Claudia, 2002, "A turning point in gender bias in mortality? An update on the number of missing women", *Population and Development Review*, 28, 2, 285-312.
- Koenig, Michael A., and Khan, M. E., eds., 1999. *Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme. The Challenge Ahead*, The Population Council, New York.
- Kulkarni, PM, Natarajan, KS, and Jayachandran, J, 2001, Prospective Change in the Size and Structure of India's Population. Implications of PFI Projections up to 2051, in K. Srinivasan and M. Vlassoff, eds., *Population-Development Nexus in India. Challenges for the New Millennium*, Tata McGraw-Hill, New Delhi, 58-70.
- Kundu, Amitabh, 2003. "Urbanisation and Urban Governance. Search for a Perspective beyond Neo-Liberalism", *Economic and Political Weekly*, July 19, 3079-3087.
- Misra, Rajiv, Chatterjee, Rachel and Rao, Sujatha, 2003. *India Health Report*, Oxford University Press, New Delhi.
- Murray, Christopher, 1998. "Epidemiologic and Morbidity Transition in India", in M. Das Gupta *et al.*, eds., *Health, Poverty and Development in India*, Oxford University Press, Delhi.122-146.
- Oliveau Sébastien, ed., 2003, « Digital Atlas of South India 1991 », *Cybergeo: European Journal of Geography*, <http://www.cybergeo.presse.fr/AtlasSIndia/html>.
- Pandey, Kamal Kumar, 2003. *Female Foeticide, Coerced Marriage & Bonded Labour in Haryana and Punjab; A Situational Report*. Shakti Vahini, Faridabad.
- Patel, Tulsi, 1994. *Fertility Behaviour. Population and Society in a Rajasthan Village*, Oxford University Press, Delhi.
- Profile of Internal Displacement: India*, 2004. Compilation of the information available in the Global IDP Database of the Norwegian Refugee Council, Norwegian Refugee Council/Global IDP Project, Geneva.
- Qadeer, Imrana, Sen, Kasturi and Nayar, K.R., eds., 2001. *Public Health and the Poverty of Reforms. The South Asian Predicament*, Sage, New Delhi.
- Racine, Jean-Luc, éd, 1994. *Les attaches de l'homme. Enracinement paysan et logiques migratoires en Inde du Sud*, Institut Français de Pondichéry-Maison des Sciences de l'Homme, Paris.
- Rajan, S. Irudaya, and James, K. S., eds., 2004. *Demographic Change, Health Inequality and Human Development in India*, Centre for Economic and Social Studies, Hyderabad.
- Rajan, S. Irudaya, Mishra, U S, and Sharma, P. Sankara, 1999. *India's Elderly. Burden or Challenge?*, Sage, New Delhi.
- Ramachandran, R., 1989, *Urbanization and Urban Systems in India*, Oxford University Press, New Delhi.
- Ramachandran, Sujata, 2005. *Indifference, Impotence, and Intolerance: Transnational Bangladeshis in India*, Global Migration Perspectives, Global Commission on International Migration, Geneva.

- Ramasubban, Radhika, and Jejeebhoy, Shireen J., eds., 2000, *Women's Reproductive Health in India*, Rawat, Jaipur and New Delhi.
- Rao, Aparna, and Casimir, Michael J., 2003, "Movements of Peoples. Nomads in India", in Das, Veena, ed., *The Oxford Companion to Sociology and Social Anthropology*, Oxford University Press, New Delhi, 219-261.
- Säävälä, Minna, 2001. *Fertility and Familial Power Relations: Procreation in South India*, Curzon Press, Richmond.
- Srinivasan, K. and M. Vlassoff, eds., 2000. *Population-Development Nexus in India. Challenges for the New Millennium*, Tata McGraw-Hill, New Delhi.
- Srivastava, Ravi and Sasikumar S.K., 2003. "An overview of migration in India, its impacts and key issues", paper presented at the Regional Conference on Migration, Development and Pro-Poor Policy Choices in Asia, Dhaka.
- Sudha, S. and S Irudaya Rajan, 1999. "Female Demographic Disadvantage in India 1981-1991: Sex Selective Abortions and Female Infanticide", *Development and Change*, 30, 3, 585-618.
- UNDP, 2003. *HIV/AIDS and Development in South Asia 2003*, United Nations Development Programme, New Delhi.
- UNFPA, 2002. *Situation and Voices. The Older Poor and Excluded In South Africa and India*, Population and Development Strategies Series, United Nations Population Funds, New York.
- World Bank, 2001. *India. Raising the Sights: Better Health Systems for India's Poor*, (Report No.22304, HNP Sector India). World Bank, Washington DC.
- Zachariah, K. C., Mathew, E. T., and Rajan, S. Irudaya, 2003, *Dynamics of Migration in Kerala: Dimensions, Differentials and Consequence*, Orient Longman, Hyderabad.

Tableau 1 : Indicateurs démographiques des Etats, 2001

	Population totale	Croissance décennale		sex ratio	sex ratio avant 7 ans	densité	urbanisation
		1981-91	1991-2001				
unité	millions de personnes	%	%	femmes pour 1000 hommes	filles pour 1000 garçons	habitants par km ²	%
ETATS							
Andhra Pradesh	76,21	24,2	13,9	978	961	275	27,1
Arunachal Pradesh	1,10	36,8	26,2	893	964	13	20,4
Assam	26,66	24,2	18,8	935	965	340	12,7
Bihar	83,00	23,4	28,4	919	942	880	10,5
Chhattisgarh	20,83	25,7	18,1	989	975	154	20,1
Goa	1,35	16,1	14,9	961	938	363	49,8
Gujarat	50,67	21,2	22,5	920	883	258	37,4
Haryana	21,14	27,4	28,1	861	819	477	29,0
Himachal Pradesh	6,08	20,8	17,5	968	896	109	9,8
Jammu & Kashmir	10,14	30,3	29,0	892	941	99	24,9
Jharkhand	26,95	24,0	23,2	941	965	338	22,3
Karnataka	52,85	21,1	17,2	965	946	275	34,0
Kérala	31,84	14,3	9,4	1058	960	819	26,0
Madhya Pradesh	60,35	27,2	24,3	919	932	196	26,7
Maharashtra	96,88	25,7	22,6	922	913	314	42,4
Manipur	2,17	29,3	30,0	978	957	107	23,9
Meghalaya	2,32	32,9	29,9	972	973	103	19,6
Mizoram	0,89	39,7	29,3	935	964	42	49,5
Nagaland	1,99	56,1	64,4	900	964	120	17,7
Orissa	36,80	20,1	15,9	972	953	236	15,0
Punjab	24,36	20,8	19,8	876	798	482	34,0
Rajasthan	56,51	28,4	28,3	921	909	165	23,4
Sikkim	0,54	28,5	33,0	875	963	76	11,1
Tamil Nadu	62,41	15,3	11,2	987	942	478	43,9
Tripura	3,20	34,3	15,7	948	966	304	17,0
Uttar Pradesh	166,20	25,5	25,8	898	916	689	20,8
Uttaranchal	8,49	24,2	19,2	962	908	159	25,6
West Bengal	80,18	24,7	17,8	934	960	904	28,0
TERRITOIRES DE L'UNION							
Andaman & Nicobar Islands	0,36	48,7	26,9	846	957	43	32,7
Chandigarh	0,90	42,2	40,3	777	845	7903	89,8
Dadra & Nagar Haveli	0,22	33,6	59,2	812	979	449	22,9
Daman & Diu	0,16	28,6	55,6	710	926	1411	36,3
Delhi	13,85	51,4	46,3	821	868	9294	93,0
Lakshadweep	0,06	28,5	17,2	948	959	1894	44,5
Pondicherry	0,97	33,6	20,6	1001	967	2029	66,6
Inde	1028,61	239	21,3	933	927	324	27,8
<i>période</i>	<i>2001</i>	<i>1981-1991</i>	<i>1991-2001</i>	<i>2001</i>	<i>2001</i>	<i>2001</i>	<i>2001</i>
<i>source</i>	<i>Census</i>	<i>Census</i>	<i>Census</i>	<i>Census</i>	<i>Census</i>	<i>Census</i>	<i>Census</i>

Tableau 2 : Indicateurs démographiques et sociaux, 1998-2001

unité	taux d'alphabétisation		taux de natalité	taux de mortalité	taux de mortalité infantile	indice de fécondité	âge moyen au mariage		Consommation par habitant
	hommes	femmes					femmes	hommes	
	%	%	pour 1000	pour 1000	pour 1000 naissances	enfants par femme			Base 100 (Inde)
ETATS									
Andhra Pradesh	70,3	50,4	20,8	8,1	66,0	2,3	18,3	23,9	93
Arunachal Pradesh	63,8	43,5	22,0	5,5	39,0	2,5	21,6	25,1	114
Assam	71,3	54,6	26,8	9,5	73,0	2,3	21,7	27,8	80
Bihar	59,7	33,1	31,2	8,2	62,0	3,5	18,8	23,8	71
Chhattisgarh	77,4	51,9	26,3	8,8	76,0	nd	nd	nd	nd
Goa	88,4	75,4	13,9	7,5	19,0	1,8	24,8	30,2	172
Gujarat	79,7	57,8	24,9	7,8	60,0	2,7	20,2	24,4	115
Haryana	78,5	55,7	26,7	7,6	65,0	2,9	19,8	24,6	130
Himachal Pradesh	85,3	67,4	21,0	7,0	54,0	2,1	22,1	26,7	125
Jammu & Kashmir	66,6	43,0	20,1	6,1	48,0	nd	nd	nd	126
Jharkhand	67,3	38,9	26,3	8,8	62,0	2,7	22,5	27,1	nd
Karnataka	76,1	56,9	22,2	7,6	58,0	2,1	20,1	26,7	108
Kérala	94,2	87,7	17,2	6,6	11,0	2,0	21,5	27,9	138
Madhya Pradesh	76,1	50,3	30,8	10,0	86,0	3,3	18,9	23,5	81
Maharashtra	86,0	67,0	20,6	7,5	45,0	2,5	19,8	25,3	118
Manipur	80,3	60,5	18,2	5,1	20,0	3,0	25,4	28,6	101
Meghalaya	65,4	59,6	28,3	9,0	56,0	4,6	23,0	27,0	108
Mizoram	90,7	86,7	15,7	4,4	19,0	2,9	24,1	27,0	158
Nagaland	71,2	61,5	nd	nd	nd	3,8	23,0	27,6	170
Orissa	75,3	50,5	23,4	10,2	90,0	2,5	21,2	26,6	70
Punjab	75,2	63,4	21,2	7,0	51,0	2,2	22,1	25,7	134
Rajasthan	75,7	43,9	31,0	7,9	79,0	3,8	18,3	22,3	103
Sikkim	76,0	60,4	21,6	5,1	42,0	2,8	21,9	26,2	95
Tamil Nadu	82,4	64,4	19,0	7,6	49,0	2,2	20,9	26,6	115
Tripura	81,0	64,9	16,1	5,6	39,0	nd	nd	nd	100
Uttar Pradesh	68,8	42,2	18,5	7,8	48,0	4,0	19,0	23,3	87
Uttaranchal	83,3	59,6	32,1	10,1	82,0	nd	nd	nd	nd
West Bengal	77,0	59,6	20,5	6,8	51,0	2,3	19,6	26,2	97
TERRITOIRES DE L'UNION									
Andaman & Nicobar Islands	86,3	75,2	16,8	4,7	18,0	nd	nd	nd	148
Chandigarh	86,1	76,5	16,1	3,5	24,0	nd	nd	nd	234
Dadra & Nagar Haveli	71,2	40,2	29,3	6,5	58,0	nd	nd	nd	108
Daman & Diu	86,8	65,6	22,3	6,7	40,0	nd	nd	nd	165
Delhi	87,3	74,7	18,7	5,0	29,0	2,4	21,9	25,8	223
Lakshadweep	92,5	80,5	20,4	5,0	33,0	nd	nd	nd	164
Pondichery	88,6	73,9	17,9	7,0	22,0	nd	nd	nd	124
Inde	75,3	53,7	25,4	8,4	66,0	2,9	19,7	24,9	100
<i>période</i>	<i>2001</i>	<i>2001</i>	<i>2001</i>	<i>2001</i>	<i>2001</i>	<i>1998-99</i>	<i>1998-101</i>	<i>1998-100</i>	<i>1998-2000</i>
<i>source</i>	<i>Census</i>	<i>Census</i>	<i>SRS</i>	<i>SRS</i>	<i>SRS</i>	<i>NFHS-2</i>	<i>NFHS-2</i>	<i>NFHS-2</i>	<i>NSS</i>

Tableau 3 : Population de l'Inde, 1901-2001

	Population	densité	Sex ratio	Urbanisation	Alphabétisation	Taux de croissance annuel*	Espérance de vie à la naissance*
	en millions	Habitants par km ²	Femmes pour 1000 hommes	%	%	pour 1000	années
1901	238,4	77	972	10,8	5,3	2,9	23,8
1911	252,1	82	964	10,3	5,9	5,6	22,9
1921	251,3	81	955	11,2	7,2	-0,3	20,1
1931	279	90	950	12,0	9,5	10,5	26,8
1941	318,7	103	945	13,9	16,1	13,4	31,8
1951	361,1	117	946	17,6	16,7	12,6	32,1
1961	439,2	142	941	18,0	24,0	19,8	41,3
1971	548,2	177	930	19,9	29,4	22,4	46,4
1981	683,8	216	934	23,3	36,2	22,5	51,3
1991	846,3	267	927	25,7	42,8	21,1	56,6
2001	1028,6	324	933	27,8	55,3	19,3	60,7

* période précédant le recensement

Sources : recensement

Tableau 4: Population d'origine indienne pour les principaux pays de résidence en 2001 (chiffres en milliers)

	Ressortissants indiens	Personne d'origine indienne	Apatrides	TOTAL
<i>Asie et Océanie</i>				
<i>Australie</i>	30,0	160,0		190,0
Fiji	0,3	336,6		336,8
<i>Hongkong</i>	22,0	28,5		50,5
Indonésie	5,0	50,0		55,0
Malaysia	15,0	1 600,0	50,0	1 665,0
Myanmar	2,0	2 500,0	400,0	2 902,0
Nouvelle-Zélande	5,0	50,0		55,0
<i>Singapore</i>	90,0	217,0		307,0
Thaïlande	15,0	70,0		85,0
<i>Moyen-orient</i>				
<i>Arabie Saoudite</i>	1 500,0			1 500,0
<i>Bahrayn</i>	130,0			130,0
<i>Émirats Arabes Unis</i>	900,0	50,0		950,0
<i>Kuwait</i>	294,0	1,0		295,0
<i>Oman</i>	311,0	1,0		312,0
<i>Qatar</i>	130,0	1,0		131,0
<i>Yémen</i>	0,9	100,0		100,9
<i>Amériques</i>				
<i>Canada</i>	150,0	700,0	1,0	851,0
Guyana	0,1	395,3		395,4
Jamaïque	1,5	60,0		61,5
Suriname	0,2	150,3		150,5
Trinidad & Tobago	0,6	500,0		500,6
<i>USA</i>				1 678,8
<i>Europe</i>				
France	10,0	55,0		65,0
<i>Italie</i>	35,5	36,0		71,5
Pays-Bas	15,0	200,0	2,0	217,0
<i>Royaume-Uni</i>				1 200,0
<i>Afrique et Océan indien</i>				
Afrique du Sud				1 000,0
Kenya	15,0	85,0	2,5	102,5
Maurice	11,1	704,6		715,8
Réunion	0,1	220,0		220,1
Tanzanie	5,0	85,0		90,0
ENSEMBLE DU MONDE				16 883,0

Notes:

- Estimations en milliers de personne (pays comptant plus de 50.000 personnes d'origine indienne)
- Pays d'immigration récente indiqués en italiques

Sources: Indian Council of World Affairs (2001)

Tableau 5 : Indicateurs socio-économiques et sanitaires, 1998-2001

		sources
<i>Femmes</i>		
Femmes mariées avant l'âge légal	30,7%	RCH
Age médian au mariage	16,7 ans	NFHS2
Femmes battues durant l'année précédente	21,0%	NFHS2
Femmes anémiques	51,8%	NFHS2
Hommes connaissant le sida	60,3%	RCH
Femmes connaissant le sida	41,9%	RCH
<i>Santé de la mère</i>		
Au mois une visite médicale prénatale	61,8%	MICS2
Accouchements assistés par un personnel de santé	42,5	MICS2
Accouchement dans une institution de santé	34,0%	RCH
Mères ayant eu au moins une visite post-natale	24,3%	MICS2
Mortalité maternelle (pour 1000 naissances)	5,40	NFHS2
Naissances enregistrées auprès de l'état civil	34,7%	MICS2

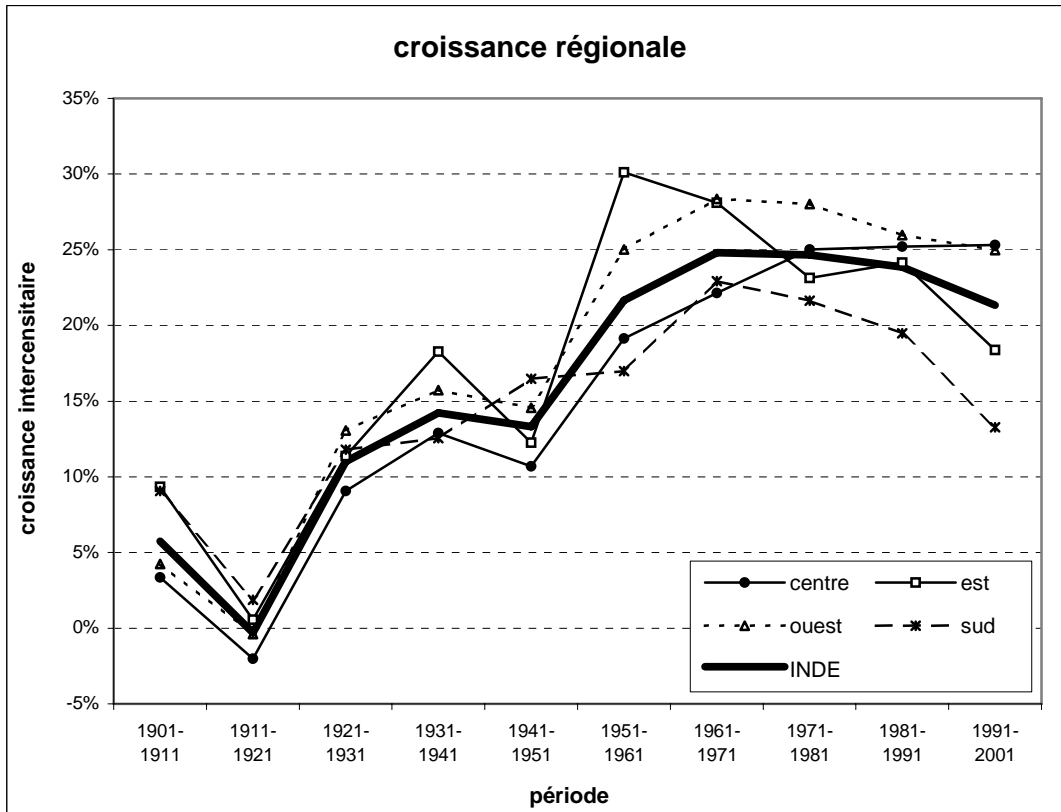
		sources
<i>Santé de l'enfant</i>		
Enfants totalement vaccinés	42,0%	NFHS2
Diarrhée parmi les enfants (2 derniers mois)	24,8%	RCH
Malnutrition infantine	45,5%	NFHS2
<i>Centre de soins primaires</i>		
Avec eau	62,3%	RCH
Avec téléphone	19,0%	RCH
<i>Logements</i>		
Avec éclairage électrique	55,8%	Census
Avec eau potable au robinet	20,8%	Census
Avec toilettes	36,4%	Census
<i>Ménages</i>		
Possédant une télévision	31,6%	Census
Utilisant les services d'une banque	35,5%	Census

Sources: MICS2: enquête Unicef de 2000

NFHS2 : enquête National Family and Health Survey de 1998-99

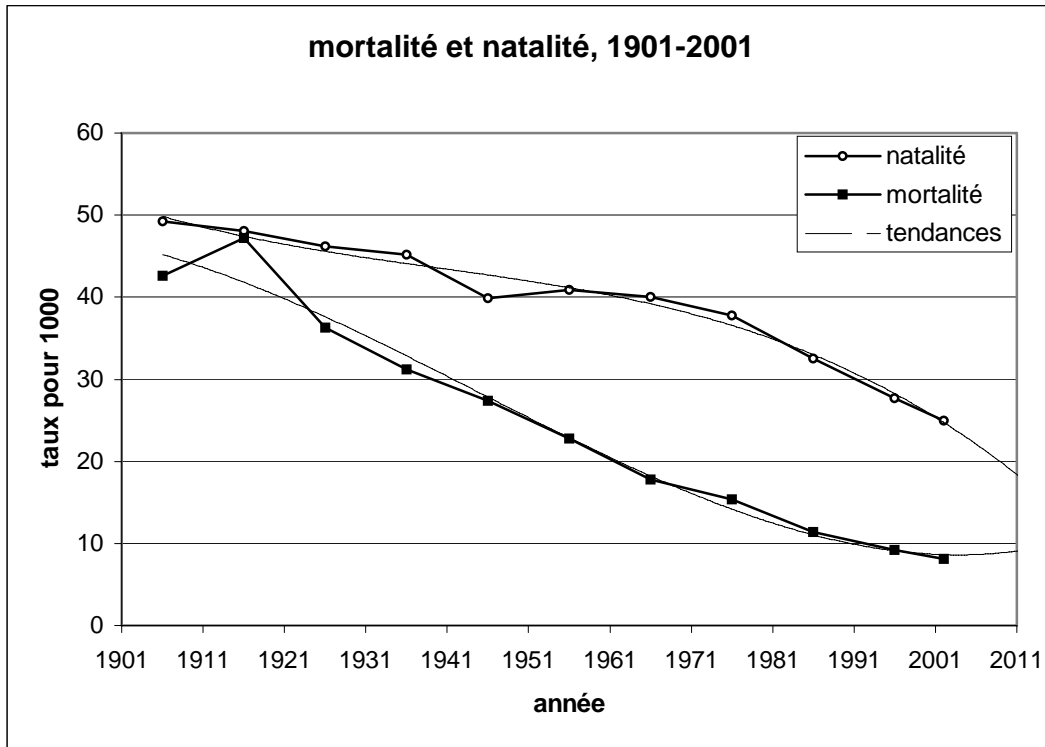
RCH: enquête Reproductive and Child Health de 1998-99

Census: Recensement de 2001



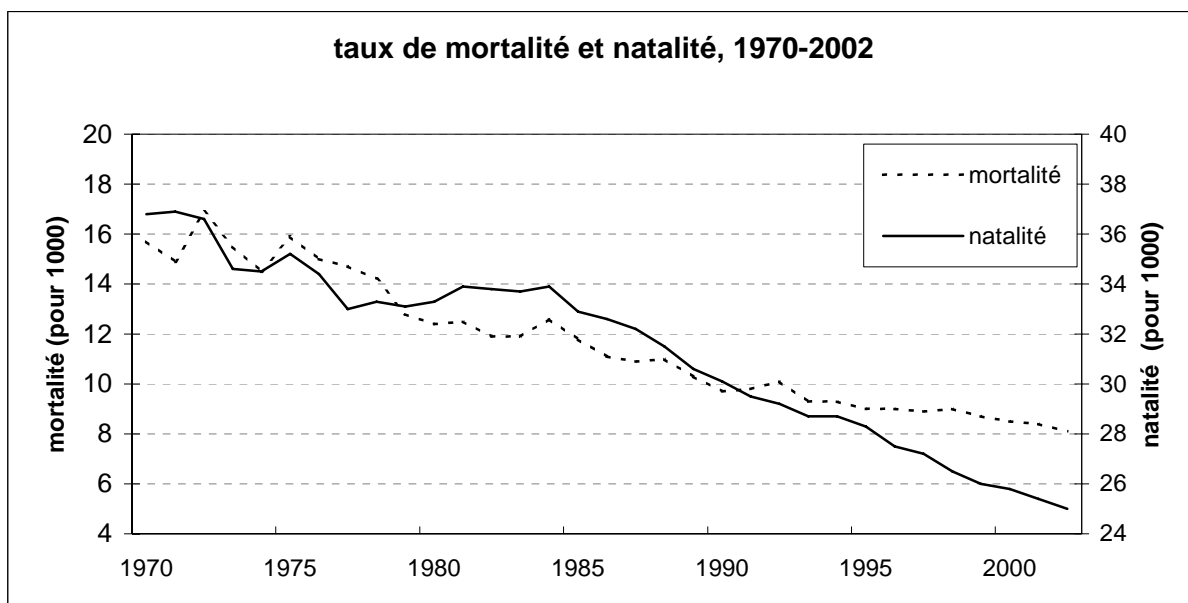
Sources: chiffres du recensement

Figure 1: croissance décennale par grande région, 1901-2001



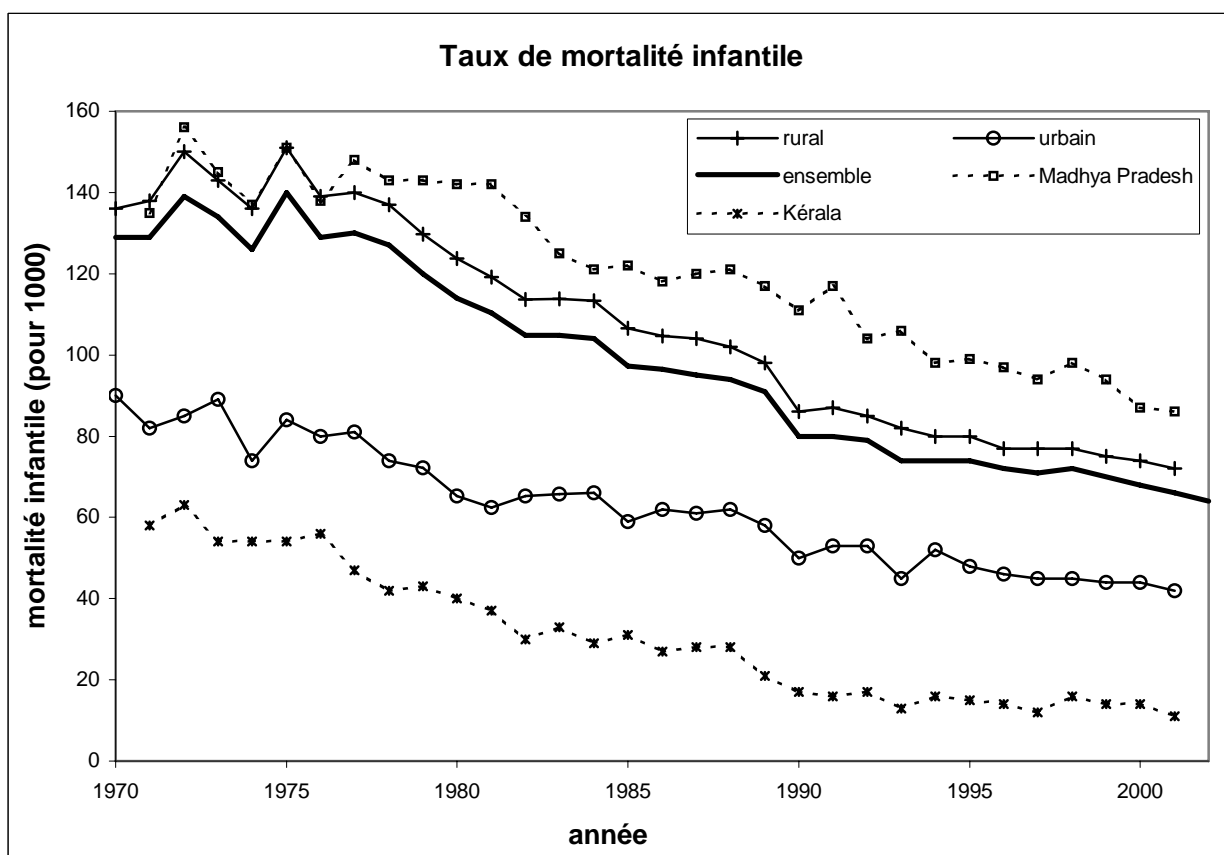
Sources : estimations du recensement et SRS

Figure 2 : taux de mortalité et de natalité, 1901-2001



Sources: SRS

Figure 3 : taux de mortalité et de natalité, 1971-2002



Sources: SRS

Figure 4: taux de mortalité infantile, 1971-2002

