

Programme ARCUS Viêt Nam

**Séminaire
« LES POLITIQUES DE POPULATION : LE CAIRE + 20 »**

Université Paris Ouest Nanterre la Défense,
Salle du conseil, bâtiment B, RDC
17 juin 2014
9h30-17h30

**PROGRAMME,
RESUMES
ET LISTE DES INTERVENANTS**



CRESPPA
Centre de Recherches Sociologiques et
Politiques de Paris
UMR 7217 du CNRS



PROGRAMME

Pour chaque communication : 15 minutes de présentation plus 5 minutes de discussion

Pour les discutants : 10 minutes

9h-9h15 : accueil autour d'un café

9h15 : Ouverture par Pr. Maria-Eugenia Cosio-Zavala (UPON-GTM-CRESPPA)

9H30-10H20 : LES POLITIQUES DE POPULATION AU VIET NAM

Présidence : Maria-Eugenia Cosio-Zavala (UPON-GTM-CRESPPA)

Discutant.e : Carole Brugeilles (UPON-GTM-CRESPPA)

- Luu Bich Ngoc (IPSS-UNE), Nguyen Thi Thiêng (IPSS-UNE) : « 50 années de mise en œuvre de la politique de population au Viêt Nam : acquis et limites »
- Nguyen Thi Thiêng (IPSS-UNE), Luu Bich Ngoc (IPSS-UNE) : « Evaluation de 10 ans de l'application des Ordonnances de Population au Vietnam (2003-2013) »

10h20-10h45 : pause

10H45-12H15 : SANTE ET VIEILLISSEMENT

Présidence : Céline Clément (UPON-GTM-CRESPPA)

Discutant.e : Maria-Eugenia Cosio-Zavala (UPON-GTM-CRESPPA)

- Myriam de Loenzien (IRD-CEPED) : « Evolution de la lutte contre le VIH/sida et l'usage de drogue au Viêt Nam »
- Sarah Hillcoat-Nalletamby (Swansea University) et Delyth Rees (Swansea University) « Vieillissement de la population et protection sociale des personnes âgées à travers les quatre nations du Royaume-Uni »
- Muriel Sajoux (Université de Tours, UMR Criteres) : « Le Maroc face au défi du vieillissement »

12h15-14h : Déjeuner pour les participants dans la salle des invités du Campus de UPO

14H-16H: FAMILLE ET FECONDITE

Présidence : Muriel Sajoux (Université de Tours, UMR Criteres)

Discutant.es : Luu Bich Ngoc (IPSS-UNE) et Sarah Hillcoat-Nalletamby (Swansea University)

- Christophe Guilmoto (IRD-CEPED) et Laura Rahm : “Public Policy Response to Sex Selection and Sex Imbalance in Asia”
- Amandine Lebugle-Mojdehi (INED) : Les politiques de population en Iran en lien avec la fécondité
 - Céline Clément (UPON-GTM-CRESPPA) : « Fécondité et politiques familiales en France »
- Cécile Lefèvre (IRD-CEPED) : "La politique du "capital maternel" en Russie. Principes et premières évaluations"
- Maria-Eugenia Cosio-Zavala (UPON-GTM-CRESPPA) et Carole Bruegilles (UPON-GTM-CRESPPA) : « Politique de population et lutte contre la pauvreté au Mexique »

16h-16h30 : pause

16H30-17H20 : URBANISATION ET EDUCATION

Présidence : Carole Bruegilles (UPON-GTM-CRESPPA)

Discutant.e : Brenda Yopez (Université Centrale de Caracas)

- Sylvie Fanchette (IRD-CEPED) : « Une définition très restrictive du statut urbain et ses implications sur la gestion des campagnes densément peuplées du delta du fleuve Rouge »
- Marc Pilon (IRD-CEPED) : « Education et politiques de population en Afrique »

17H20-18H : CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Présidence : Nguyễn Thi Thiêng (IPSS-UNE)

- Myriam de Loenzien (IRD-CEPED)
- Luu Bich Ngoc (IPSS-UNE)
- Maria-Eugenia Cosio-Zavala (UPON-GTM-CRESPPA)

RESUMES

50 ANNEE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE POPULATION DU VIETNAM: ACQUIS ET LIMITATION

Luu Bich Ngoc (IPSS-UNE)
Nguyen Thi Thieng (IPSS-UNE)

Le 26/12/1961, le Premier ministre Pham Van Dong a signé une décision sur la natalité. Le Vietnam est ainsi devenu l'un des premiers pays d'Asie à déployer un programme de planification familiale. L'Indice synthétique de fécondité (ISF) du Vietnam a considérablement diminué de 6,3 enfants par femme en 1961 à 5,25 enfants par femme en 1975. Au cours de la période 1976 -1990 (après la guerre), des objectifs de population ont été inclus pour la première fois dans une Résolution du Parti communiste du Vietnam. Le taux de croissance de la population a diminué de 2,5% en 1976 à 1,9% en 1990. Cependant, le nombre d'habitants est passé de 49,2 millions en 1976 à 66,0 en 1990.

Face à la croissance rapide de la population, le 7^{ème} Congrès du Parti communiste du Vietnam a souligné : « les activités dans le domaine de la population et de la planification familiale sont un élément important de la stratégie de développement du pays ; elles constituent l'une des questions socio-économiques prioritaires de notre pays et un facteur clé pour améliorer la qualité de vie des personnes, des familles et la société ». Et « aucune organisation ou individu ne peut se mettre en dehors du mouvement de planification familiale » (Résolution n ° 04- de la quatrième Conférence centrale en 1993). Pour concrétiser les directives du Parti, le gouvernement a établi la «Stratégie de la population du Vietnam pour l'an 2000 " (Première stratégie). Pendant cette période, le taux de croissance de la population a continué de baisser à 1,51 % en 1999. En 2000, la taille de la population du Vietnam est de 77,6 millions de personnes, soit 4,4 millions de personnes de moins que l'objectif fixé par cette stratégie.

Pendant la période 2000-2010, le gouvernement du Vietnam a émis la deuxième stratégie nationale dans le domaine de la population et de la santé reproductive. L'adoption de ces deux stratégies témoigne de ce que l'approche dans le domaine de la population au Vietnam s'est déplacée de la planification familiale à la santé reproductive, selon l'esprit de la Conférence mondiale de la population de 1994 (CIPD de 1994). Pour accroître la légitimité et l'efficacité de la politique, en 2003, l'Assemblée nationale du Vietnam a adopté l'ordonnance sur la population, qui constitue le document juridique de niveau le plus élevé dans le domaine de la population et de la planification familiale. Pendant cette période, l'indice synthétique de fécondité (ISF) a chuté de 2,33 enfants par femme en 1999 à 2,03 enfants par femme en 2009, un niveau inférieur au seuil de remplacement. Avec cette réussite, le Vietnam a été obtenu le prix du Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population en 1999.

Au seuil de la première décennie du 21^e siècle, bien que la fécondité au Vietnam ait baissé en dessous du niveau de remplacement, elle reste instable et inégale selon les régions. Des nouveaux défis démographiques sont apparus tels que le déséquilibre du rapport de masculinité à la naissance et le vieillissement de la population. Le gouvernement vietnamien a défini la troisième stratégie de la population intitulée "Stratégies pour la population et la santé reproductive du Vietnam pour la période 2011-2020". L'objectif de cette stratégie est d' « Améliorer la qualité de la population, d'améliorer la santé de la reproduction, de maintenir un taux de natalité adéquat, résoudre les problèmes de structure de la population, contribuant ainsi à améliorer la qualité des ressources humaines, à accélérer l'industrialisation et la modernisation du pays et à améliorer la qualité de vie des gens ». Une Loi sur la population du Vietnam devrait être adoptée en 2015 à l'Assemblée nationale pour remplacer l'Ordonnance de la population adoptée en 2003. Cette loi permettra de réguler les comportements liés aux défis démographiques cités ci-dessus. Dans cette loi, de nouveaux articles seront ajoutés concernant le conseil pré-matrimonial, les mères porteuses, la

procréation assistée pour les femmes célibataires. Ces nouveaux problèmes ont commencé à apparaître dans la société vietnamienne pendant le processus d'intégration, d'industrialisation et de modernisation.

**EVALUATION DE DIX ANS D'APPLICATION DES ORDONNANCES DE
POPULATION
AU VIETNAM (2003-2013)
(UNE ETUDE DE L'OPINION PUBLIQUE)
Nguyen Thi Thieng (IPSS-UNE)
Luu Bich Ngoc (IPSS-UNE)**

Cette communication présente les résultats d'une recherche menée en 2013, intitulée « Evaluation de la mise en œuvre des Ordonnances sur la population et recommandations pour le projet de loi sur la population » réalisée par l'Institut d'étude sur la population et la société - Université nationale d'économie. L'information a été recueillie à partir de 3338 questionnaires de 63 provinces/villes du Vietnam. Les répondants comprenaient 35,9% d'habitants, 20,3% de prestataires de services médicaux et 35,8% de cadres gestionnaires (fonctionnaires du Parti, des organisations de l'État, des organisations politiques et sociales).

Globalement, 45,2 % des cadres gestionnaires ont indiqué que la mise en œuvre de l'Ordonnance sur la population en 10 ans est très bien réalisée, 49,5 % de ces cadres a déclaré que certains articles ont été bien et très bien réalisés alors que d'autres n'ont pas été bien réalisés. Seuls environ 5 % de ces cadres disent que l'Ordonnance de la population n'a pas du tout été bien réalisée. Plus de 96 % des cadres gestionnaires disent que la règle selon laquelle « Chaque couple devrait avoir 1 ou 2 enfants » est « raisonnable » ou « tout à fait raisonnable ». Il est surprenant que le pourcentage de ceux qui sont d'accord avec cette règle soit plus élevé parmi les habitants que parmi les prestataires de services planification familiale (80,4 % contre 75,0%). La plupart des habitants ont appliqué la règle « Chaque couple devrait avoir 1 ou 2 enfants ». Cependant le taux d'infraction à cette règle est également assez élevé, en particulier dans les zones rurales. La proportion de naissances de rang 3 et plus à l'échelle nationale, en 2012, est de 14,2% (9,6% en milieu urbain et 16,3% en milieu rural, et cette proportion est plus élevée dans les Hauts Plateaux : 24,0%).

Bien que l'Ordonnance sur la Population de 2003 ait interdit la sélection du sexe de l'enfant pendant la grossesse (article 7), une proportion relativement élevée des prestataires de services médicaux interrogés rapportent ce comportement : 9,6% ont déclaré l'existence de méthodes pour connaître le sexe du fœtus, 31,7% ont répondu qu'il existe, dans leur zone d'exercice, des services de diagnostic; 37,1% ont mentionné des services d'avortement pour la sélection sexuelle. Le pourcentage d'habitants qui indiquent que la mère et la famille connaissent le sexe du fœtus avant l'accouchement est très élevé, de 83,1% en 2006 à 86,7% en 2012 dans les zones urbaines, et de 56,6% à 78,9% dans les zones rurales. Ainsi, les violations de l'article interdisant la sélection du sexe du fœtus sont de plus en plus fréquentes, d'où un rapport de masculinité à la naissance de plus en plus élevé (109,8 en 2006, 112,3 en 2012), et davantage en zone urbaine qu'en zone rurale (116,8 comparé à 110,4 en 2012).

Des conseils et des contrôles de santé prénuptiaux figurent dans l'Ordonnance de la Population de 2003. Selon les déclarations des autorités locales, le pourcentage des habitants qui soutiennent cette disposition est très élevée (92%). Mais le taux de réalisation est encore très faible (24,9% des personnes interrogées déclarent que beaucoup de personnes vont consulter, 38,6% disent que peu de gens consultent, 14,1% n'ont vu personne aller consulter et

22,4% ne savent pas). Environ la moitié des prestataires de service (48,1%) déclarent que les personnes « à risque élevé » de maladie transmissible ont eu une naissance sans consulter.

Sur la base de l'Ordonnance de la Population de 2007, a été mis en œuvre le projet d'« Amélioration de la qualité de la population à travers le développement et l'expansion du système de dépistage prénatal et du dépistage néonatal ». Jusqu'en 2010, ce projet a été mis en œuvre dans 51 provinces sur 63. Cependant, à cette date, seules 6% des femmes enceintes ont fait un dépistage prénatal et 1,5% des nouveau-nés ont été dépistés. Les difficultés rencontrées sont les suivantes : installations insuffisantes, personnels sanitaires insuffisamment formés, réticence dans la population à prendre le sang du nouveau-né.

La plupart des habitants ont fourni des informations sur la planification familiale, à savoir: 99% des prestataires de services médicaux au niveau provincial déclarent avoir fourni des informations sur la planification familiale à la population. 98,3% des utilisateurs de contraceptifs affirment qu'il s'agissait d'une contraception volontaire. 94,4% des personnes qui n'utilisent pas actuellement de contraceptif déclarent avoir décidé eux-mêmes de ne pas en utiliser. Parmi ceux qui utilisent la contraception, 82,2% ont déclaré que l'accès à la contraception est très pratique et facile.

Pendant la période de mise en œuvre de l'Ordonnance sur la Population (2003-2013), les objectifs de réduction de la fécondité ont été ciblés et très bien réalisés. L'objectif d'améliorer la qualité de la population a été fixé, mais n'a pas été bien réalisé. Le pourcentage de femmes enceintes connaissant le sexe du fœtus et le rapport de masculinité à la naissance sont élevés et croissants. Le nombre de parents ayant des maladies génétiques qui ne sont pas allés consulter est encore non négligeable. Tout cela montre que le travail de surveillance de la mise en œuvre de l'Ordonnance sur la Population est faible, ce qui limite son efficacité.

PUBLIC POLICY RESPONSE TO SEX SELECTION AND SEX IMBALANCE IN ASIA

Christophe Z Guilmoto (IRD-CEPED)

Laura Rahm (Université Paris Descartes-CEPED)

Prenatal sex selection has become a critical public policy concern in Asia. The practice of selectively aborting female fetuses has resulted in a severe demographic shift towards masculinization with over 117 million “missing” women in Asia today. Known factors of sex selection correspond to entrenched son preference, low fertility and access to new sex selection technologies. Potential consequences include increases in human trafficking, violence against women, forced marriages, marriage migrations, and political unrest.

The policy response has been in most countries quite belated for reasons related to the lack of statistical confirmation or to political reluctance. But China, India, Nepal, South Korea, and Vietnam have all banned sex selective abortions and sex determination. Yet, despite these bans, sex ratio at birth (SRB) has increased or remains high in these countries. Additional public policies have been introduced to alter the status of women (gender mainstreaming, equity laws) and increase the perceived value of daughters (conditional cash transfers). There is now a large gamut of policy initiatives related to prenatal sex selection introduced in various countries or regions, but limited evidence on their overall impact on SRB trends.

The objectives of the proposed presentation are 1) to analyze the characteristics of policies targeted to reduce sex selection, and 2) to examine existing tools to assess their effectiveness.

LES POLITIQUES DE POPULATION EN IRAN EN LIEN AVEC LA FECONDITE

Amandine Lebugle (INED)

Depuis une quarantaine d'années des transformations sont intervenues dans la formation des familles iraniennes, au niveau des comportements nuptiaux et féconds : l'âge moyen au premier mariage a augmenté, la fécondité a chuté. Par ailleurs, durant cette même période, plusieurs politiques de population se sont succédé soit pour moderniser ces comportements nuptiaux et/ou féconds, soit pour inciter les Iraniens à avoir des comportements traditionnels conformes aux règles de l'islam. L'Iran est donc un cadre d'analyse particulièrement intéressant lorsque l'on veut étudier l'influence des politiques de population sur les comportements démographiques. Les comportements féconds et nuptiaux des Iraniens ont-ils suivis les différentes politiques de population ?

La première partie de la communication sera consacrée à la présentation des différentes transformations survenues dans la constitution de la famille dans les zones urbaines et rurales de l'Iran. Dans un deuxième temps nous présenterons les politiques de population qui sont en lien avec la fécondité, en particulier celles relatives à l'âge légal au mariage, au planning familial. Puis nous les mettrons en lien avec les transformations démographiques. Enfin, nous tenterons de comprendre pourquoi certaines politiques ont eu les effets escomptés et d'autres non.

FECONDITE ET POLITIQUES FAMILIALES EN FRANCE

Céline Clément (UPON-GTM-CRESPPA)

Cette communication se propose de restituer, dans le temps long, l'évolution de la fécondité en lien avec l'activité des femmes, en France afin d'analyser la genèse de la politique familiale mise en œuvre dans les années 1930. Elle reviendra sur le contexte nataliste de la France à la fin du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle, marquée alors par une réduction des naissances, pour s'interroger ensuite sur le *baby-boom* caractérisé par le prolongement de la politique familiale. Elle s'arrêtera enfin sur le contexte particulier de la France, qui a connu un renouveau de la fécondité à la fin des années 1990.

LA POLITIQUE DU "CAPITAL MATERNEL" EN RUSSIE. PRINCIPES ET PREMIERES EVALUATIONS

Cécile Lefèvre (Université Paris René Descartes – CERLIS)

Depuis 2007, la Russie a mis en place une nouvelle mesure de politique familiale, sous la forme d'une allocation à la naissance appelé « capital maternel » (*materinskii kapital*). En vingt ans, la population de la Russie a significativement diminué (passant de 148 millions en 1992 à 143 millions en 2012) suscitant parfois des débats très alarmistes sur la dépopulation, et ce « capital maternel » a d'emblée été présenté comme une mesure à visée explicitement nataliste.

Le capital maternel est attribué à la mère (et dans des situations particulières au père) à la naissance ou l'adoption d'un deuxième enfant (ou d'un enfant de rang supérieur si la capital maternel n'a pas déjà été versé) : il s'agit d'une allocation ponctuelle d'un montant élevé, de l'ordre de 10 000 euros. Mais plus précisément, l'arrivée de l'enfant ne déclenche pas le versement de cette allocation mais ouvre un droit de tirage (initialement à partir du troisième anniversaire de l'enfant) sur cette somme, sous conditions d'utilisation bien précises, au nombre de trois : pour financer les études des enfants, pour alimenter l'épargne de retraite de la mère, ou pour améliorer ses conditions de logement. C'est ce dernier type d'utilisation qui est le plus largement choisi.

Après une description de ce dispositif et discussion de sa philosophie et de ses objectifs, cette communication proposera un bilan provisoire de la mise en place de cette mesure (prévue initialement pour être temporaire, de 2007 à 2016), à la fois en termes de bénéficiaires, d'usages et de variations sur le plan régional. Enfin seront envisagés les effets de cette mesure, sur la natalité mais aussi sur le marché du logement et les conditions de vie des familles.

POLITIQUE DE POPULATION ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETE AU MEXIQUE

Maria-Eugenia Cosio-Zavala (UPON-GTM-CRESPPA)

Carole Brugeilles (UPON-GTM-CRESPPA)

Fin 1973, le Mexique a voté une nouvelle loi de Population, dont les principes s'inscrivaient dans le cadre du Plan d'Action mondial sur la Population, adopté peu après à la Conférence de Bucarest de 1974 (Conférence mondiale des Nations Unies sur la Population). Cette conférence s'inspirait des réflexions des économistes néo-malthusiens sur les rapports négatifs entre la population et le développement.

La politique démographique mexicaine mise en place en 1976 a essayé d'intégrer la planification démographique à la planification du développement. Le Mexique a cherché à garantir institutionnellement les droits humains dans l'esprit des Nations Unies, avec la modification de la constitution mexicaine (article 4) afin de reconnaître le droit de tous les citoyens à décider librement du nombre et de l'espacement de leurs enfants. Cependant, ce sont les couches sociales peu scolarisées et pauvres qui ont été les cibles des programmes de distribution de moyens contraceptifs modernes comme la pilule, le stérilet et la stérilisation féminine, cette dernière méthode largement répandue chez les femmes mexicaines, mais pas toujours choisie de manière libre et volontaire.

La troisième Conférence internationale sur la Population et le Développement de 1994, qui a eu lieu au Caire, a complètement redéfini le programme d'action mondial sur la population.

Elle a été novatrice en s'intéressant à des thématiques nouvelles, comme la santé de la reproduction, et en intégrant le bien-être de la population, les droits humains, la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales.

Or, on peut constater d'une part que les politiques démographiques n'ont pas eu beaucoup d'effets sur la réduction des inégalités sociales et l'amélioration des conditions de vie au Mexique, et d'autre part qu'elles n'ont pas permis d'atteindre un haut niveau de santé de la reproduction pour l'ensemble de la population. L'émergence de normes contraceptives médicales n'a pas entraîné de modifications radicales des normes sociales d'entrée dans la vie féconde des populations.

Si l'on veut faire un bilan de la politique démographique mexicaine, on peut observer que la baisse de la fécondité s'est produite en un temps record et à un rythme exceptionnel. Elle a produit le « dividende démographique » qui a permis de réduire les taux de pauvreté, sans pour autant permettre aux populations de jouir pleinement de leurs droits à la santé de la reproduction. Toutefois on devrait espérer à l'avenir que les questions démographiques soient vraiment pleinement intégrées au développement économique, social et sanitaire, car les défis démographiques vont s'aggraver sérieusement (vieillesse, migrations).

EVOLUTION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET L'USAGE DE DROGUE AU VIET NAM

Myriam de Loenzien (IRD-CEPED)

Au Viêt Nam, les politiques de lutte contre le VIH/sida en lien avec l'usage de drogue ont connu des changements rapides et conséquents au cours de la dernière décennie. La mise en place progressive de centres de dépistages anonymes et gratuits au cours des années 2000, le démarrage de programmes gratuits d'accès à des antirétroviraux à partir de 2004, l'accès des séropositifs VIH/sida à une couverture médicale à partir de 2006 ont contribué à une plus grande individualisation de la prise en charge tandis que l'abandon du rattachement de la lutte contre le VIH/sida à la politique des « fléaux sociaux », le développement d'associations d'aide aux séropositifs et à leurs proches, le recours croissant aux soins palliatifs ont inscrit l'épidémie dans un contexte de plus grande empathie. Parallèlement, l'élargissement de la mise à disposition de seringues propres, l'inclusion de produits de substitution dans les programmes de réduction des dommages liés à la consommation de drogue à partir de 2008 puis plus récemment la fermeture progressive des centres de réhabilitation encore en cours montrent une évolution vers une politique moins répressive, qui maintient cependant un contrôle social à travers d'autres programmes de portée plus large. Ces orientations correspondent à une adaptation des préconisations internationales au contexte socio-politique du Viêt Nam. Elles se sont accompagnées d'une évolution des représentations dont certains aspects sont reflétés dans les campagnes d'affichage. Celles-ci illustrent la transition d'une vision dichotomique à une approche plus participative. Cette communication en fournit quelques illustrations. Cette appréhension spécifique des politiques publiques en matière de lutte contre le VIH/sida et contre la consommation de drogue par les campagnes d'affichage mises en perspective avec les changements survenus permet d'aborder ces phénomènes en termes de santé mais aussi de comportements sociaux.

**VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION
ET PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES AGEES
A TRAVERS LES QUATRE NATIONS DU ROYAUME-UNI**

Sarah Hillcoat-Nallétamby (Centre for Innovative Ageing, Swansea University)

Delyth Rees (Centre for Innovative Ageing, Swansea University)

Le processus de « *devolution* » au Royaume-Uni, c'est-à-dire la délégation ou le transfert par le gouvernement national de certains de ses pouvoirs, ainsi que des processus de l'allocation et la gestion des finances publiques, à travers les quatre « nations » du royaume – l'Angleterre, le Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande du Nord – fait que le vieillissement de la population se produit dans des contextes politiques très diversifiés. De ce fait, il risque de se produire une divergence importante au sein des différentes nations dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques du vieillissement. En référence plus particulièrement aux politiques en matière de la protection sociale des adultes (« *adult social care* »), notre présentation posera la question : *Que peut-être l'impact du « devolution » sur les politiques de population en matière du vieillissement, notamment dans le domaine de la protection sociale des personnes âgées ?* La présentation s'appuie sur une analyse critique des différentes stratégies mise en place par les quatre nations pour faire face aux défis posés par le vieillissement de la population dans le domaine de la protection sociale des personnes âgées.

LE MAROC FACE AU DEFI DU VIEILLISSEMENT

Muriel Sajoux (Université de Tours, UMR Criteres)

Pour le moment, il n'existe pas au Maroc de politique publique spécifiquement orientée vers les besoins des personnes âgées. Or plusieurs sources de vulnérabilité sont d'ores et déjà identifiables au sein de cette population notamment en raison de déficits de couverture en matière de protection sociale.

Ainsi, le système de retraite marocain, de type bismarckien, est centré sur les salariés. Aussi exclut-il de fait les travailleurs indépendants et bien entendu aussi les personnes exerçant dans le secteur informel. Il n'y a pas, pour le moment, de système de pension universel du type « minimum vieillesse ». En conséquence, moins de 20 % des personnes de plus de 60 ans perçoivent une pension de retraite et de fortes disparités sont observables, notamment selon le genre et le milieu de résidence. Il existe par ailleurs des inégalités importantes en termes de montants versés (dépendant de la carrière de l'ex-cotisant devenu retraité) et certains retraités ne perçoivent qu'une pension fort modeste leur permettant difficilement de faire face à leurs besoins, notamment en matière de santé.

La couverture assurantielle du risque santé ne concerne qu'une faible part des aînés (moins de 15 %). Et parmi ceux qui en ont une, certains peuvent avoir des difficultés à faire face au montant des soins restant à leur charge. Un dispositif fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis, le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) a été récemment instauré. Ce dispositif devrait à terme bénéficier à 8,5 millions de personnes (soit 28 % de la population marocaine). L'instauration de ce dispositif assistanciel devrait faciliter l'accès aux soins de nombre de personnes âgées démunies. Néanmoins, du fait des distances géographiques que certaines auront à parcourir pour se rendre dans les centres de soins, l'accessibilité matérielle pour tous est loin d'être garantie. De plus, le secteur de la gériatrie est pour l'heure relativement peu développé dans le pays. L'offre de soins spécifiquement adaptée aux besoins du grand âge est donc limitée. Or la perte d'autonomie et

les maladies dégénératives touchent un nombre important de personnes (très) âgées. Les difficultés rencontrées par les familles devant gérer des situations de dépendance d'un(e) aîné(e) sont grandes. Pour le moment, il y a un déficit crucial de ressources humaines spécifiquement formées dans ce domaine. Il n'y a donc pas de possibilité de relais professionnels pour les aidants naturels, mis à part quelques trop rares centres d'accueil de jour. De plus, les possibilités d'accueil de personnes âgées en institution restent pour l'heure limitées aux seuls aînés démunis et sans aucun soutien.

De manière générale, les aînés peuvent bénéficier, comme l'ensemble de la population marocaine, des impacts positifs de certaines politiques publiques : instauration du RAMED, poursuite de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH, programme visant la réduction de la pauvreté, de la précarité et de l'exclusion sociale),... Mais la spécificité de leurs besoins reste très insuffisamment prise en compte. Cette situation, couplée au rapide vieillissement démographique à venir que va connaître le pays (la part relative des plus de 60 ans devrait passer de 8,4 % en 2010 à 24,5 % en 2050), fait que le Maroc se trouve face à un véritable défi : instaurer, dans un temps très court, des dispositifs à même d'accompagner économiquement, socialement et médicalement, le passage d'une population jeune à une population vieillissante.

**UNE DEFINITION TRES RESTRICTIVE DU STATUT URBAIN
ET SES IMPLICATIONS SUR LA GESTION
DES CAMPAGNES DENSEMENT PEUPLEES DU DELTA DU FLEUVE ROUGE**
Sylvie Fanchette (IRD-CEPED)

Dans le delta du fleuve Rouge, les densités de population très élevées (plus de 1200 habitants/km²) ne sont pas associées à la présence de villes nombreuses : le taux d'urbanisation est très moyen : 29,3% en 2009. Si l'on ne compte par la population des arrondissements urbains de Hà Nội, seule 18,5% de la population du delta vit dans des villes.

Ces taux d'urbanisation faibles, au regard des densités de population très élevées, signifient que l'urbanisation, telle qu'elle est définie par les statistiques officielles, n'est pas le seul processus à l'origine de l'agglomération de la population et que la taille des villages et les densités de population ne sont pas pris en compte pour définir leur urbanité. En effet, la particularité de cette région tient à la pluri-activité de la plupart des villages, qui développent des activités artisanales, industrielles, commerciales et de services, en parallèle à la riziculture très intensive. Des clusters de villages de métier se développent depuis plus d'un millénaire dans cette région et occupent plusieurs millions d'actifs ruraux, sans pour autant bénéficier d'un statut et d'un mode de gestion de leur territoire particulier. Une intense mobilité de main-d'œuvre au sein des zones rurales caractérise cette région et pose des problèmes d'encadrement, d'intégration des migrants dans les villages et de places pour les loger.

Cette intervention s'attachera à présenter les raisons politiques et économiques de l'attribution limitée du statut urbain aux chefs-lieux de districts et de provinces. Nous étudierons en quoi les statuts urbains et ruraux diffèrent, en terme de prérogatives, de modes de gestion du territoire et d'attribution de services et d'infrastructures. Nous aborderons l'impact de la non-promotion urbaine des bourgs industriels et pluri-actifs comptant plusieurs milliers d'habitants, notamment dans le contexte de grande vulnérabilité face aux inondations du delta et de la présence d'un réseau hydraulique très serré, vecteur de diffusion des polluants déversés par les entreprises industrielles et artisanales. Par ailleurs, dans le cadre de la métropolisation accélérée des grandes villes, et notamment de Hanoi, je présenterai les

conséquences foncières du maintien dans le rural des nombreux bourgs de plus en plus sollicités par les projets d'aménagement.

ÉDUCATION ET POLITIQUES DE POPULATION EN AFRIQUE

Marc Pilon (IRD-CEPED)

Un des rapports de synthèse publiés à l'occasion de la 36^{ème} session de la Commission de la population et du développement de l'ONU, tenue en 2003, rappelle que « la communauté internationale a explicitement reconnu que l'éducation, en particulier l'enseignement primaire, est indispensable au progrès social et démographique, à un développement économique durable et à l'égalité des sexes ». Lors de cette session tous les pays représentés, du Nord comme du Sud, ont insisté dans leur déclaration sur l'importance de l'éducation, perçue comme le facteur-clé du changement, notamment démographique. La communication se propose de questionner les interrelations entre éducation et population, d'une manière générale et à partir d'une ou deux études de cas-pays africains. Quelle place est accordée à l'éducation dans les politiques de populations ? Quelle place occupent les questions de population dans les politiques éducatives ? Après avoir abordé ces deux aspects, la communication invite à revisiter les liens entre éducation et population.

LISTE DES INTERVENANTS

Carole Brugeilles (UPON-GTM-CRESPPA)

cbrugeil@u-paris10.fr

Céline Clément (UPON-GTM-CRESPPA)

cecllemen@u-paris10.fr

Maria-Eugenia Cosio-Zavala (UPON-GTM-CRESPPA)

mariaeugeniacosiozavala@gmail.com

Sylvie Fanchette (IRD-CEPED)

sylvie.fanchette@ird.fr

Christophe Guilmoto (IRD-CEPED)

Christophe.Guilmoto@ird.fr

Sarah Hillcoat-Nalletamby (Centre for Innovative Ageing, Swansea University)

S.Hillcoat-Nalletamby@swansea.ac.uk

Amandine Lebugle-Mojdehi (INED)

amandine.lebugle@ined.fr

Cécile Lefèvre (UPRD-CERLIS)

cecile.lefevre@ined.fr

Myriam de Loenzien (IRD-CEPED)

Myriam.de-Loenzien@ird.fr

Luu Bich Ngoc (IPSS-UNE)

bichngoclu@yaho.com

Nguyen Thi Thiêng (IPSS-UNE)

thiengnt@gmail.com

Marc Pilon (IRD-CEPED)

marc.pilon@ird.fr

Laura Rahm (UPRD-CEPED)

laurarahm@hotmail.com

Delyth Rees (Centre for Innovative Ageing, Swansea University)

delyth_rees@live.co.uk

Muriel Sajoux (Université de Tours, UMR Criteres)

muriel.sajoux@univ-tours.fr

Brenda Yepez, (Université Centrale de Caracas)

brendayepez@gmail.com