

Nouvelles pratiques sociales



Le Brésil, un pays de jeunes?

Brasilmar Ferreira Nunes

Volume 9, Number 2, Fall 1996

Résurgence du social en prévention

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301374ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301374ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Ferreira Nunes, B. (1996). Le Brésil, un pays de jeunes? *Nouvelles pratiques sociales*, 9(2), 169–186. <https://doi.org/10.7202/301374ar>

Article abstract

Entreprenant une réflexion sur les politiques sociales à partir du cas du Brésil, l'auteur souligne que dans un contexte où une grande partie de la population est exclue, il existe non pas une, mais des citoyennetés multiples. L'analyse des politiques sociales doit tenir compte de cette réalité complexe. L'auteur propose d'y travailler en utilisant le biais de la dynamique démographique. L'idée étant que cette dynamique est à la fois tributaire et productrice d'inégalités sociales. Il explore ainsi l'articulation entre certains indices démographiques et les phénomènes d'urbanisation et de pauvreté. Il montre qu'avec un taux de croissance démographique qui chute, la part relative de la population infantile dans la population totale est en diminution. Les enfants étant ceux qui souffrent le plus, cela se traduirait globalement par une diminution du taux de pauvreté au Brésil.



Les pratiques sociales d'ailleurs

Le Brésil, un pays de jeunes¹ ?

*Brasilmar FERREIRA NUNES
Professeur titulaire
Département de sociologie
Université de Brasília*

Entreprenant une réflexion sur les politiques sociales à partir du cas du Brésil, l'auteur souligne que dans un contexte où une grande partie de la population est exclue, il existe non pas une, mais des citoyennetés multiples. L'analyse des politiques sociales doit tenir compte de cette réalité complexe. L'auteur propose d'y travailler en utilisant le biais de la dynamique démographique. L'idée étant que cette dynamique est à la fois tributaire et productrice d'inégalités sociales. Il explore ainsi l'articulation entre certains indices démographiques et les phénomènes d'urbanisation et de pauvreté. Il montre qu'avec un taux de croissance démographique qui chute, la part relative de la population infantile dans la population totale est en diminution. Les enfants étant ceux qui souffrent le plus, cela se traduirait globalement par une diminution du taux de pauvreté au Brésil.

DÉMOGRAPHIE ET POLITIQUES SOCIALES

Les discussions qui ont cours actuellement sur les politiques sociales adoptent un point de vue selon lequel la démographie serait une variable indépendante. Les politiques sociales étant mises en œuvre par l'État, elles

1. Ce texte est une traduction d'un article en portugais intitulé «Brasil, País de Jovens?»

devraient s'insérer dans la logique de l'« universalité ». C'est dans cette optique que devraient être définies les politiques *assistencialistas*² et les politiques compensatoires³. Ces deux types de politiques visent, les unes comme les autres, d'une part, à assainir une dette sociale et, d'autre part, à garantir l'existence de conditions de reproduction sociale en fonction du développement de ce que l'on désigne sous le nom de « forces productives ». Cette conjonction d'objectifs représente, certainement, la plus importante réduction de la définition des mesures, auxquelles s'ajouteraient, entre autres variables, la distribution du revenu et la distribution territoriale de la population.

À travers l'histoire, l'argument le plus souvent invoqué pour la défense des politiques sociales est la nécessité d'assurer la reproduction des classes laborieuses. Les partis politiques, surtout ceux de gauche, ont donc appuyé les principales thèses favorables à des mesures de l'État dans ce sens. Ainsi, aux origines du débat sur les politiques sociales, il était entendu que les classes laborieuses devaient être le secteur à privilégier, et que les mesures sociales de l'État visaient indiscutablement une plus grande reproduction de ces classes⁴. C'est ainsi que Say, pionnier des sciences économiques, justifiait de telles thèses et défendait l'importance d'adopter des politiques sociales.

Dans ce contexte, afin d'identifier le secteur cible qui bénéficierait des politiques sociales, on adopta comme principal critère la position occupée par chaque secteur dans le processus de production. Par exemple, comme le travail des femmes et des enfants était très fréquent, on ne jugeait pas urgent de différencier les mesures à adopter en fonction des groupes d'âge. La pratique de la différenciation des mesures ne prendra de l'importance qu'avec l'évolution et la diversification des mouvements sociaux, et qu'avec l'invention sociale de l'enfance, selon les termes utilisés par Ariès (1981). Ainsi, on ne commencera à incorporer les distinctions relatives à l'âge et aux autres catégories (comme le fait d'être mère, le sexe, le troisième âge) dans les pratiques des politiques sociales de l'État qu'avec la construction d'une identité sociale des personnes qui s'y insèrent. Nous pouvons en déduire que les sectorialisations, qui sont la caractéristique de ces politiques, sont le résultat d'identités sociales qui se construisent, de

2. Politiques « axées sur l'assistance sociale ». (N.D.T.)

3. « Compensatoire » est synonyme d'« assistencialista », mais il s'applique plutôt à des mesures visant à compenser les manques à plus court terme comme, par exemple, la distribution de lait ou de goûters aux écoliers. (N.D.T.)

4. Il s'agit en fait d'un long débat qui s'est engagé entre militants et intellectuels européens pendant des décennies. La graduelle adoption d'action classifiable comme politiques sociales va se consolider dès le XX^e siècle aux États-Unis. Pour approfondir ce sujet, le lecteur est invité à consulter l'excellent travail de LAUVIER (1984).

droits qui se structurent, de «droits de cité⁵» qui se clarifient, plutôt que le résultat de l'insertion dans l'essence d'une logique inhérente à l'action sociale de l'État.

Par conséquent, on garantit le modèle universaliste, dans la mesure où toutes les demandes découlant des sujets sociaux seraient traduites en mesures concrètes du domaine des politiques sociales. C'est dans ce sens que la relation entre le discours calqué sur un modèle d'État-providence et la réalité des faits n'apparaît pas comme une contradiction structurelle. Dans le cas de l'Amérique latine, il existe une ambiguïté entre les «droits de cité» multiples (nombreux et différents) et l'absence de «droit de cité», ce qui constitue, en fait, une relation hétérogène entre l'État et le domaine social. Mais, même dans des sociétés comme la nôtre, si particulière quant à l'accès que les citoyens peuvent avoir à des normes relatives à leur «droit de cité», l'universalité du «droit de cité» se transmet par la reproduction du modèle sociétal. En fait, seulement les groupes qui réussissent à se structurer en tant que sujets collectifs parviennent à exprimer clairement leurs attentes et à «négocier» leurs intérêts, reproduisant le modèle sociétal calqué sur le «bien-être». Ainsi se construisent les bases de la coexistence d'un discours «idéalisé» et d'une réalité qui dément ce discours sans nier les bases du modèle relatif au «bien-être».

«DROIT DE CITÉ» ET POLITIQUES SOCIALES

L'hétérogénéité sociale au Brésil, ainsi que l'exclusion littérale d'une grande partie de la population par rapport aux mécanismes sociopolitiques qui caractérisent la relation État-société entre nous, doit être prise en considération quand nous pensons aux mesures sociales adoptées par l'État. Cela est dû au fait que l'ensemble de ce que l'on désigne sous le nom de «politiques sociales» détermine des normes de protection sociale qui seraient imprégnées de différentes conceptions du «droit de cité». En d'autres termes, nous pourrions dire qu'une telle universalité se situerait surtout dans le domaine théorique, car elle se heurte aux différentes politiques sociales, qui sont également déterminées par les groupes de population auxquels elles sont destinées, offrant ainsi une image sectorisée de l'action publique.

Cette situation finit par embrouiller l'action de l'État en constituant une difficulté additionnelle à l'analyse du rôle de l'État en matière de politiques

5. Le terme portugais «*cidanias*», traduit ici par «droit de cité», est parfois traduit par «citoyenneté». (N.D.T.)

sociales. Elle met, cependant, en évidence le fait que l'on ne peut pas considérer, dans l'analyse de l'État comme agent social, la société brésilienne en bloc, mais il faut surtout attirer l'attention sur les différents types de « droit de cité » qui pourraient s'affronter et les actions subséquentes, pertinentes à chacune d'elles⁶. Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue le fait que le « droit de cité » social, selon Marshall (1988), constitue l'idée fondamentale d'un État-providence⁷. En partant de cette donnée, Esping-Andersen (1991), par exemple, signale trois principes qui encadrent le concept de « droit de cité » social : la garantie du respect des droits sociaux, le système de stratification sociale et le format de l'entrelacement des relations établies entre l'État, le marché et la famille en termes de provision sociale.

Nous croyons qu'un des moyens pour parvenir à mieux comprendre le rôle social de l'État serait, alors, à travers la discussion de la dynamique populationnelle. La reproduction de la population, selon certains paramètres culturels et socio-économiques, est à la base de la reproduction des groupes sociaux et, par conséquent, des dimensions du « droit de cité ». En même temps, la dynamique populationnelle tend à reproduire un modèle de population qui concourt à renforcer les inégalités sociales.

DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE AU BRÉSIL

Il existe un consensus généralisé que l'état nutritionnel, les conditions générales de santé et le milieu social, au cours de la petite enfance, sont des conditions fondamentales qui auront des conséquences sur les étapes postérieures de croissance, ainsi que sur la capacité d'assimiler les éléments de ce que l'on nomme « le monde adulte ». C'est ainsi que toutes les évaluations sur des programmes d'intervention en matière de petite enfance (santé, alimentation et éducation) ont eu des effets positifs sur les chances d'admission à l'école, les progrès et le rendement au cours des premières années du primaire. C'est là que se reflète un ensemble de facteurs interreliés, entre autres, l'âge précoce d'admission à l'école, le développement des conditions de santé et d'alimentation, l'habileté cognitive fine et le changement des attentes et des perceptions des parents au regard du potentiel de leurs enfants⁸.

6. Voir NUNES, B.F. (1994).

7. Selon MARSHALL (1988), le XVIII^e siècle fut celui du « droit de cité » civile, le XIX^e siècle celui du « droit de cité » politique, et le XX^e siècle celui du « droit de cité » social. Voir aussi NUNES, Christiane G.F. (1993).

8. Voir à ce sujet WCEFA (1993) et IBGE (1992). Selon l'UNICEF (1993), les programmes conçus pour les enfants de 0 à 6 ans ont un effet préventif sur l'échec scolaire et sur le rendement scolaire futur des enfants souffrant de malnutrition et de maladies et vivant dans un milieu social peu stimulant.

Dans ce sens, nous avons élaboré une hypothèse selon laquelle le futur « citoyen » est engendré au cours de cette première enfance, au moins en ce qui concerne les traits qui auront une importance cruciale au cours des étapes postérieures de son existence. En d'autres termes, la société aura un profil de « citoyen » qui sera, dans une large mesure, le produit des conditions qu'elle offrira à ses enfants. Le caractère descriptif de ce qui suit permettra d'évaluer cette clientèle et, dans la mesure du possible, de la qualifier. C'est peut-être là que se trouvent les pistes permettant de décoder les éléments constitutifs de la société brésilienne.

Indicateurs démographiques généraux

Le Brésil présente une dynamique démographique typique des pays en voie de développement, insérée dans une logique mondialisée dans laquelle on observe, au cours des dernières décennies, une socialisation croissante de techniques de contrôle de la population, un accroissement de l'accès de la population à des soins de santé préventive et un vaste processus d'urbanisation, facteur primordial pour l'existence de ces phénomènes. Ces derniers ont interféré considérablement dans le comportement de la structure démographique du pays.

La plupart des pays ont réalisé d'importants progrès en se rapprochant des indices fixés par les leaders mondiaux lors du Sommet sur les enfants de 1990. Pourtant certains faits étonnants doivent être rapportés. L'UNICEF (1993) a enregistré des reculs au cours des années 1980 aux États-Unis et au Royaume-Uni, par rapport à la décennie précédente. Les enfants britanniques sont de plus en plus pauvres. Le nombre de familles qui vivent au-dessous du seuil de pauvreté a augmenté de 40 % entre 1979 et 1986. Actuellement, environ 8 % des enfants au pays vivent dans des familles dont le revenu annuel est inférieur à 40 % de la moyenne nationale. En Allemagne, ce pourcentage est tombé à 5 %. Aux États-Unis, plus de 20 % des enfants vivent sous ce seuil de pauvreté, c'est-à-dire un pourcentage deux fois plus élevé que la moyenne européenne (*A Folha de São Paulo*, 1993). Les principales analyses visant à expliquer ce processus de détérioration des conditions de vie des enfants des sociétés que l'on qualifie de « développées » tendent à accuser la politique gouvernementale totalement orientée vers le marché, adoptée par Thatcher au Royaume-Uni et par Reagan aux États-Unis. Le « thatchérisme » et les « reaganomics » ont imposé des compressions des bénéfices sociaux et privatisé des secteurs fondamentaux tels que la santé et l'éducation ; le chômage et la récession ont complété le

travail⁹. Les données de l'UNICEF montrent, en effet, qu'au cours de la décennie 1980, les politiques néolibérales adoptées par les gouvernements ont entraîné la détérioration des conditions de vie des enfants dans l'ensemble des pays.

Dans le cas du Brésil, selon l'UNICEF, les ressources financières disponibles suffiraient pourtant à améliorer les conditions de vie des enfants¹⁰, mais cet organisme signale que ce pays n'est pas vraiment un modèle à suivre en matière de bien-être pour les enfants. Bien que son produit intérieur brut (PIB) par habitant soit l'un des meilleurs en Amérique latine, le Brésil semble rivaliser pour avoir le pire classement dans ce domaine avec ses voisins les plus pauvres ; il faut en chercher les raisons dans l'absence de planification et dans l'extraordinaire concentration des richesses¹¹.

TABLEAU 1
Indicateurs de la dynamique démographique 1940-1990

Année	TDC	TMI	TFG	Urbain % ^a	Urbain % ^b	EV
1940	2,09	163,06	6,26	31,02	–	40,07
1950	2,39	146,01	6,21	36,02	24,03	46,06
1960	2,99	121,01	6,28	44,07	32,07	53,40
1970	2,89	113,08	5,76	55,09	38,01	54,06
1980	2,48	88,00	4,35	67,06	51,03	63,06
1990	2,10 ^c	60,00 ^c	3,30 ^c	75,00 ^c		66,00 ^c

TDC Taux de croissance

TMI Taux de mortalité infantile pour mille enfants nés vivants

TFG Taux de fécondité générale

EV Espérance de vie à la naissance

a Urbanisation selon la définition censitaire

b Urbanisation dans des villes de 20 000 habitants ou plus

c UNICEF (1993) et IBGE

Sources : Faria (1986) et Martine et Carvalho (1988).

9. Selon le rapport de l'UNICEF (1993), « ces gouvernements ont privatisé les services pour les enfants au point où les familles se sont retrouvées dans une situation extrêmement précaire [...] ces familles n'ont tout simplement pas pu payer la facture et ont dû renoncer à ces services essentiels. Cela a eu pour conséquence la chute des indicateurs sociaux tels que le taux de vaccination. »
10. Voir le rapport de l'UNICEF (1993), selon lequel les indicateurs sociaux mesurant le bien-être de la population expriment plus fidèlement le niveau de développement d'un pays. S'il est vrai qu'une personne peut, selon une échelle graphique, gagner mille fois plus qu'une autre, aucune échelle naturelle ne permet à une personne de vivre mille fois plus qu'une autre.
11. Le rapport de l'UNICEF (1993) signale que le pays se classe à un rang extrêmement bas en matière de mortalité infantile et de scolarité élémentaire. Il a le pire indice relatif aux enfants qui atteignent la cinquième année du primaire de tous les pays ayant un revenu par habitant supérieur à 1 000 \$US. Le Gabon et le Salvador affichent un meilleur indice.

Le tableau 1 nous permet de faire certaines déductions que nous allons maintenant analyser.

Taux de croissance

Les variations du taux de croissance de la population brésilienne entre 1940 et 1990 confirment l'existence de certaines tendances déjà perçues. D'une part, entre 1940 et 1980, le taux de croissance fut élevé de la première à la seconde décennie de la période (passant de 2,09% dans les années 1940, à 2,99% dans les années 1950 et se maintenant à 2,89% dans les années 1960); la croissance de ces trente années peut donc être considérée explosive par rapport aux moyennes des pays développés (1,6% en moyenne). D'autre part, à partir des années 1970, nous avons constaté une inflexion dans les taux de croissance de la population. De la même façon, nous pouvons dire qu'un processus continu de décroissance de ce taux a commencé à ce moment-là : ce taux est passé de 2,48% en 1980 à 2,10% en 1990. Des données plus récentes montrent que cette tendance se maintient et se confirme. En 1991, le taux observé de croissance a atteint, selon l'IBGE (Institut brésilien de géographie et de statistique), 1,8%, c'est-à-dire le plus faible taux des cinquante dernières années.

Taux de mortalité infantile

Ce taux mesure le nombre d'enfants morts par 1 000 naissances vivantes. Selon les données du tableau 1, les variations de ce taux se sont maintenues régulières pendant la période en question, et l'on a pu constater une diminution graduelle : de 146,1 en 1950 à 113,08 en 1970. Les données de 1980 indiquent une chute accentuée au cours de la décennie (88,00), ce qui est confirmé par les données évaluées pour 1990 (60,00). Ces informations exigent certains commentaires additionnels. C'est ainsi que les données relatives aux dépenses publiques dans le domaine social fournissent une idée synthétique de l'ampleur et de l'évolution de l'effort gouvernemental dans ces domaines¹². On sait que le volume des dépenses d'un pays en programmes sociaux dépend d'au moins deux facteurs : le niveau de développement économique, qui peut être mesuré en termes de revenu par habitant, et la portée des politiques de protection sociale (universelles ou relatives). Surtout dans les périodes de crise, ce volume est affecté par les politiques d'ajustement économique, ce que l'on peut voir

12. Le coût social, caractérisé par un certain niveau d'équité et par des orientations spécifiques, peut servir d'indication du niveau de protection qu'une société accorde à ses couches les plus défavorisées et vulnérables. De lui dépend, dans une large mesure, le bien-être des enfants et des adolescents, surtout celui des familles moins favorisées. À ce sujet, voir IBGE (1992).

si l'on procède à un suivi systématique. Dans le cas du Brésil, selon les valeurs par habitant, on remarque qu'il y a une croissance continue des dépenses sociales fédérales par habitant par rapport au produit intérieur brut dans les trois premières années de la décennie 1980. Au cours des deux années suivantes, une chute accentuée survient : la valeur dépensée en 1984 est de 29,4 % inférieur au coût de 1982. À partir de 1985, une autre période de croissance commence avec une légère inflexion en 1990.

TABLEAU 2
**Dépense sociale fédérale
par rapport au produit intérieur brut (PIB) 1980-1990**

Années	Total par habitant % PIB (en valeur de 1990)
1980	9,25
1981	10,10
1982	10,09
1983	9,39
1984	7,94
1985	8,84
1986	8,73
1987	9,63
1988	10,49
1989	10,78
1990	11,80

Sources : Dépenses sociales : bilans généraux de l'Union, FPAS, FINSOCIAL, FGTS, FAS.
Produit intérieur brut : Fondation IBGE.

On peut observer dans le tableau 2 que l'évolution de la dépense fédérale par rapport au produit intérieur brut croît dans les trois premières années de la décennie et décroît au cours des années 1983 et 1984. Elle recommence à augmenter jusqu'en 1990, en se situant au-dessus de 10 % du produit intérieur brut au cours de la période 1988-1990¹³. Parallèlement, la chute de la mortalité infantile s'accélère considérablement : de 88, au cours des années 1980, elle tombe au taux de 605 en 1990. Il faut supposer que ce comportement du taux de mortalité infantile peut correspondre à un changement des valeurs culturelles de la population.

13. En 1990, les principaux domaines absorbant des ressources furent la prévoyance et l'assistance sociale (50,7 %), la santé (19,9 %), l'éducation et la culture (12,2 %) et le travail (8,3 %), ce dernier étant la conséquence de l'augmentation des dépenses de l'assurance chômage. Les autres ressources (alimentation et nutrition, logement et assainissement de base) ont représenté ensemble 9 % des dépenses.

Plus encore, l'État, qui est le principal responsable des programmes d'universalisation des soins de santé, joue un rôle fondamental dans la diminution du taux de mortalité infantile. Il est certain que les campagnes publiques ont un principe, un caractère de service universel ; cela signifie surtout que les couches à faible revenu de la population profitent considérablement de ces programmes. Il en découle que l'accès aux services induit un changement dans les valeurs et les comportements culturels locaux des couches à faible revenu de la population à l'égard des systèmes de santé publique, surtout dans le domaine de la santé préventive.

Nous croyons que des mécanismes de conscientisation des populations se développent graduellement en ce qui concerne l'importance de la santé pour la qualité de vie. Cette prise de conscience s'effectue par l'internalisation, au niveau des familles, d'un ensemble de soins et de mesures de santé aux enfants. Cela constitue, selon nous, un changement de l'«ethos» de la société envers l'enfant. Il convient de souligner ici le rôle que joue l'État dans ce processus et d'insister sur son importance.

En outre, il faut relativiser la chute du taux de mortalité infantile, surtout en raison des profondes disparités régionales qui existent au Brésil. En 1980, par exemple, selon les évaluations directes rapportées par l'UNICEF, le taux de mortalité infantile était de 116/1 000 dans le Nord-Est et de 53,4/1 000 dans le Sud-Est. Au cours de la décennie, la tendance à la baisse du taux de mortalité infantile s'est généralisée à l'ensemble des trois principales régions du pays, sans que l'on assiste, cependant, à une diminution notable des disparités régionales. Signalons que la chute de ce taux survenue au cours de la décennie est attribuable à un ensemble de mesures de base prises par le pouvoir public en matière de contrôle médicosanitaire plutôt qu'à une amélioration de la situation socio-économique des populations. En voici quelques exemples : l'extension du réseau d'eau et d'égouts, surtout dans les régions du centre et du sud du pays ; l'implantation de programmes de réhydratation orale ; l'augmentation du nombre de vaccinations et l'amélioration de l'accès relatif à l'assistance médicale hospitalière. L'accès à des services essentiels, quoique influencé par le niveau de revenu de la famille, dépend en grande partie des mesures adoptées par le gouvernement, entre autres, les investissements du gouvernement dans le domaine social, l'efficacité des institutions publiques en général, les politiques de fourniture de services, telles que la gratuité ou l'exemption d'impôts à l'égard des couches défavorisées.

En même temps, au cours des années 1980, on a constaté au Brésil un net changement des causes de mortalité infantile. Au début de la décennie, les maladies infectieuses intestinales constituaient la principale

cause de mortalité, alors qu'à la fin de celle-ci, il y avait autant de cas d'infections respiratoires aiguës. La mortalité due à la diarrhée a diminué de façon radicale au cours de ces années, en raison, entre autres, des programmes de thérapie de réhydratation orale et d'allaitement maternel. Cependant, les taux élevés de mortalité infantile que l'on relève dans différentes régions du pays sont encore, dans une large mesure, la conséquence directe de cas de diarrhées évitables, étroitement liés à des facteurs de risque de nature socio-économique, particulièrement en ce qui concerne la nutrition.

Les modèles théoriques habituellement utilisés pour décrire les causes de malnutrition accordent un rôle de premier plan au revenu familial. Il est raisonnable de présumer ainsi que le revenu influe virtuellement sur tous les facteurs qui agissent sur la qualité de la nutrition infantile. Mais cette influence est loin d'être la seule : en effet, d'autres facteurs agissent sur l'état de malnutrition, comme l'accès de la population aux services essentiels de santé, d'éducation et d'hygiène publique. Sans minimiser l'effet du revenu sur les facteurs déterminants de l'état nutritionnel, l'accès aux services essentiels est capable d'améliorer cet effet. Cette amélioration peut être discrète comme en ce qui a trait à la présence de nourriture au foyer, peu affectée, en général, par les programmes gouvernementaux de distribution gratuite d'aliments. Le revenu peut cependant être décisif comme dans le cas des conditions environnementales (accès à des réseaux d'eau et d'égout), d'assistance à la santé (accès au réseau de base de santé) ou même des soins dispensés à l'enfant (accès des parents à l'éducation élémentaire et à l'éducation en santé)¹⁴.

Par ailleurs, pour les enfants de un à quatre ans, le profil de mortalité est différent : les infections respiratoires aiguës et les causes externes sont les principales causes de mortalité (voir le tableau 3). Dans ce groupe d'âge, on remarque plus clairement l'impact de l'extension de la couverture de la vaccination par une réduction de 12,9 % à 2,4 % de la mortalité due aux maladies évitables par immunisation.

Taux de fécondité générale

Ce taux qui mesure le nombre moyen d'enfants par femme d'âge fertile a aussi présenté des baisses au cours de la période d'analyse. Nous pouvons cependant percevoir, dans ce cas, deux moments distincts : en 30 ans, c'est-à-dire entre 1940 et 1970, le taux de fécondité générale passe de 6,26 % à 5,76 %. On a donc observé au cours de cette période une baisse systématique, même si cela se produisait à des niveaux relativement réduits.

14. Au sujet des facteurs influant sur les causes de malnutrition chez les enfants du Brésil, voir l'excellent texte de MONTEIRO *et al.* (1992).

TABLEAU 3
**Mortalité proportionnelle d'enfants de moins de 5 ans
 par groupe d'âge selon certaines causes de décès
 1979 et 1980**

Causes de décès	1979	1980
Enfants de moins de un an		
Infections intestinales	26,2	15,6
Maladies évitables par immunisation	2,1	0,5
Septicémie	5,4	9,7
Malnutrition	6,5	4,1
Infections respiratoires aiguës	16,9	13,9
Prématurité	7,5	7,2
Causes externes	0,5	1,0
Autres causes	34,9	48,0
Total	100,0	100,0
Enfants du groupe d'âge de 1 à 4 ans		
Infections intestinales	16,7	11,1
Maladies évitables par immunisation	12,9	2,4
Septicémie	2,4	3,6
Malnutrition	6,9	5,1
Infections respiratoires aiguës	26,5	24,5
Causes externes	9,4	18,3
Autres causes	25,2	35,0
Total	100,0	100,0

Source : Ministère de la Santé.

À partir de 1980, les taux tombent brusquement, passant de 4,35 % en 1980 à 3,30 % en 1990, selon les statistiques de l'UNICEF (1993). En résumé, dans la période considérée, c'est-à-dire entre 1940 et 1990, ce taux a été réduit de moitié, c'est-à-dire la probabilité que des enfants naissent au Brésil diminue pratiquement de 50 %. Il importe de souligner ici l'action de l'État, à laquelle s'ajoute l'action des organisations non gouvernementales, certaines d'entre elles étrangères, qui ont comme priorité la stérilisation de femmes, surtout celles de faible revenu. En plus de cet aspect, il faut souligner la circulation d'informations, nombre d'entre elles non officielles, sur le nombre considérable d'avortements pratiqués dans le pays, ce qui porte préjudice surtout aux femmes pauvres qui, n'ayant pas les moyens d'utiliser les services formels de santé, ont recours à d'autres services, qui semblent entraîner de nombreux décès de femmes enceintes. Il s'agit d'une question controversée, d'approche difficile étant donné le peu d'informations disponibles¹⁵. Les données plus récentes d'une étude de l'IBGE

15. Au cours des dernières années, des groupes féministes ont entrepris de représenter graphiquement ces données, mais nous n'avons pas connaissance d'un document terminé à cet égard.

(1989) montrent que parmi les femmes économiquement actives, âgées de 15 à 49 ans, 46,2% sont tombées enceintes au cours des cinq dernières années couvertes par l'étude, et 12,1% ont interrompu leur grossesse. Ce sont pour les femmes économiquement non actives que les pourcentages ont été les plus élevés : respectivement 53,9% et 15,5%. Le nombre d'avortements clandestins au Brésil est de l'ordre de 3 millions par année. En 1991, les séquelles de ces interruptions de grossesse ont entraîné 391 911 hospitalisations et ont constitué la dixième cause des hospitalisations enregistrées auprès de l'INSS (Institut national de sécurité sociale). Environ 11% des décès de mères sont dus à des avortements. La donnée la plus alarmante est peut-être celle qui concerne la mortalité des adolescentes : un décès sur cinq est dû à un avortement effectué dans des conditions dangereuses¹⁶.

Taux d'urbanisation

Ce taux montre le rythme du processus d'urbanisation du pays. On voit dans le tableau 1 deux colonnes : l'une est conforme aux données censitaires et l'autre qui montre la concentration des populations urbaines dans des villes de plus de 20 000 habitants. La première donnée révèle qu'à partir de 1940, le Brésil a connu un processus d'urbanisation accéléré : en 1940, selon l'IBGE, 31% de la population brésilienne était urbaine, alors qu'en 1990, ce taux était passé à 75%. Si, à partir de la seconde colonne, nous considérons que cette population qui s'urbanise est concentrée surtout dans les régions de plus de 20 000 habitants, nous pouvons en déduire que nos processus d'urbanisation se caractérisent par une concentration effective dans un nombre réduit de régions. Sous un autre aspect, nous pouvons même avancer l'hypothèse que cette population qui s'urbanise se concentre surtout dans les métropoles et les grandes capitales du Brésil¹⁷. Si nous voulons poser une autre hypothèse, nous pouvons supposer que les taux d'urbanisation accélérée et alliés à la baisse de la mortalité infantile sont à la base de la problématique infantile dans le pays telle que celle-ci se présente depuis les dernières années. D'une part, le processus d'urbanisation, observé au cours de deux décennies d'exclusion sociale et de compressions salariales, a signifié l'urbanisation de la pauvreté et, par conséquent, sa plus grande visibilité. D'autre part, l'urbanisation et la baisse du taux de mortalité infantile semblent liées : bien que la grande majorité de la population pauvre ait difficilement accès à l'infrastructure

16. Voir l'article de la sénatrice Eva BLAY, publié le 28 septembre 1993 dans le quotidien *A Folha de São Paulo*.

17. Le texte du professeur Vilmar FARIA, « Cinquenta anos de urbanização no Brasil » (Cinquante ans d'urbanisation au Brésil), publié dans la revue du CEBRAP, constitue une excellente source de données sur cette question.

sociale, les conditions en milieu urbain sont, tout compte fait, plus salubres qu'en milieu rural. Mais cette affirmation positive ne doit pas susciter un optimisme exagéré ; en fait, les familles qui reçoivent jusqu'à la moitié du salaire minimum par habitant sont affectées par la majorité des problèmes relevés chez les enfants et les adolescents. Pour tout dire, la situation est alarmante : seulement 19,8 % d'entre eux disposent d'égouts sanitaires appropriés, 28,4 % ont de l'eau potable dans leur maison et 27,4 % jouissent du service de cueillette des ordures. Pour avoir une idée de la gravité de la situation, ce contingent représente environ 58 % du total des enfants et des adolescents au Brésil.

Toujours selon les données de l'UNICEF (1993), nous pouvons constater que malgré les différences régionales du niveau de développement au Brésil, les différences des taux de mortalité suivant la scolarité de la mère sont beaucoup plus marquées et systématiques que celles que l'on observe en fonction des contrastes géographiques. Dans chacune des régions, le taux de mortalité est le plus élevé chez les enfants de femmes analphabètes, et diminue à mesure qu'augmente le niveau d'instruction de la mère.

Nos études montrent que la baisse du taux de mortalité infantile et celle du taux de fécondité générale n'ont pas entraîné une amélioration absolue des conditions matérielles de vie. Les enfants se sont concentrés dans les grandes villes, devenant plus visibles, dévoilant une profonde inégalité sociale. Ce constat nous amène à formuler l'hypothèse suivante : la problématique actuelle des enfants au Brésil n'a pas changé par rapport à celle des décennies antérieures ; elle est seulement plus visible à cause de leur urbanisation croissante.

Espérance de vie à la naissance

Au Brésil, cet indice a suivi une évolution assez raisonnable, c'est-à-dire que la durée de vie a augmenté. De 1940 à 1990, la durée moyenne de vie est passée de 40,07 à 66 ans. Bien qu'elle n'ait pas encore atteint le niveau des pays développés, elle augmente constamment.

Les jeunes de la population totale

Les données relevées par l'institut PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Recherche nationale par échantillonnage de domiciles) et présentées dans le rapport de l'UNICEF (1993) indiquent qu'au cours de la décennie 1980, la population d'enfants et de jeunes a diminué au Brésil. L'analyse précédente réalisée à partir du tableau 1 attribue surtout

ce phénomène à la conjonction de deux facteurs : d'une part, le déclin de la fécondité et, d'autre part, comme conséquence, la prévention et le traitement des maladies au sein de la population, grâce aux progrès technologiques.

Mais, toujours selon les données de l'UNICEF, la comparaison entre le Brésil et les autres pays fait également ressortir la proportion considérable de jeunes par rapport à la population totale du pays. À l'échelle mondiale, selon les évaluations, les moins de 15 ans représentent 34 % de la population totale¹⁸. En Afrique, continent à population essentiellement jeune, ce pourcentage est de 45 %. En Amérique latine, celui du Brésil est à peu près égal à ceux de l'Uruguay, du Chili, de l'Argentine et de Cuba, ces pays ayant des pourcentages de jeunes par rapport à l'ensemble de la population relativement inférieurs. L'institut PNAD a évalué qu'en 1989, au Brésil, la population âgée de 0 à 17 ans représentait 41 % de la population totale.

TABLEAU 4
Les 0 à 17 ans au Brésil :
pourcentage total et répartition selon leur lieu de domicile
(urbain ou rural)

Années	Brésil	Urbain	Rural
1981	44,7	42,2	50,7
1983	44,0	41,6	49,9
1986	42,6	40,4	48,0
1987	42,1	40,0	48,0
1988	41,6	39,5	47,6
1989	41,3	39,3	47,3

Source : PNAD.

Ces données illustrent un fait qui, bien que relatif, peut être considéré au moins stimulant pour un pays à population majoritairement urbaine : la population jeune du Brésil se concentre surtout dans les régions rurales. Rappelons que les améliorations en matière de qualité de vie au Brésil (voir le tableau 1) ont surtout été le fait des populations urbaines. Citons, par exemple, les innombrables campagnes de prévention dans le domaine de la santé publique et même le développement d'une certaine infrastructure de services collectifs disponibles dans les zones urbaines mais presque inexistantes dans les zones rurales. Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne les tendances, les données semblent indiquer une inversion lente et graduelle de la part majoritaire de la population infantile rurale par rapport à l'ensemble des enfants et des adolescents du pays.

18. Ces données, relatives à 1987, sont celles de l'ONU. À ce sujet, voir le document de l'IBGE (1989).

Les données disponibles sur la distribution régionale de la population jeune à travers le pays semble confirmer l'hypothèse selon laquelle les régions pauvres se caractérisent par un grand nombre d'enfants dans la population totale. Au Brésil, le Nord-Est présente la plus grande concentration d'enfants et d'adolescents (47,5 % en 1989), immédiatement suivi par le Nord (47,0 %), puis par le Centre-Ouest (43,0 %), par le Sud (39,0 %) et par le Sud-Ouest, qui a la plus faible concentration de jeunes au pays (37,3 %). Les études sur l'alimentation des enfants au Brésil jugent plausible l'hypothèse selon laquelle l'accès très limité de la population du Nord et du Nord-Est à des services essentiels explique en partie, indépendamment du revenu, les mauvaises conditions alimentaires de ces régions par rapport au Centre-Sud du pays¹⁹.

L'institut PNAD estime qu'en 1989 la population totale du Brésil était de 144 293 110 habitants ; les enfants et les adolescents, au nombre de 54 614 103, représentaient 41 % de ce total. Les groupes d'âge les plus importants au sein de la population de jeunes étaient celui des 7-14 ans (27 509 374), suivi par celui des 0-6 ans (23 133 083), comme le montre le tableau 5 ci-dessous.

TABLEAU 5
**Nombre et pourcentage des enfants et des adolescents
par rapport à la population totale du Brésil**

Population totale	144 293 110	100,0
Entre 0 et 17 ans	59 614 103	41,0
Entre 0 et 6 ans	23 133 083	16,0
Entre 7 et 14 ans	27 509 374	19,0
Entre 15 et 17 ans	8 971 643	0,006

Source : IBGE (1989).

QUELQUES DÉDUCTIONS DÉCOULANT DE L'ANALYSE PRÉSENTÉE

Dans l'analyse que nous venons de présenter, nous avons essayé de brosser un tableau de la réalité brésilienne qui ne soit pas trop alarmiste, surtout en ce qui a trait aux enfants en bas âge. Il ne s'agit pas d'une vision naïve d'une personne cherchant à dorer la pilule, mais du reflet de la diversité des conditions qui prévalent dans notre réalité sociale. Ce qui ressort des données est que notre population infantile subit actuellement un processus de diminution relative par rapport au total de la population.

19. Voir à ce sujet l'étude de MONTEIRO *et al.* (1992).

Au Brésil, la concentration de revenu est l'une des plus restrictives du monde. Il s'agit d'une économie complexe comprenant à la fois des secteurs gardant des vestiges d'une société sous-développée et des secteurs productifs tout à fait intégrés au marché mondial, vivant au rythme du processus que l'on nomme « la mondialisation ». Lorsque nous considérons les données globalement, nous sommes souvent portés à ne voir que l'aspect dramatique des processus sociaux. Or, le taux de pauvreté (familles vivant avec un revenu inférieur à 60 dollars américains) au Brésil a diminué, le pourcentage passant d'environ 45 % de la population à environ 27 % au début des années 1990²⁰.

Cette caractéristique cyclique des niveaux de pauvreté est directement associée à la dynamique de l'économie : pendant les périodes de croissance, le nombre de personnes qui échappent à la misère augmente considérablement ; pendant les périodes de crise, c'est celui des personnes dites à « faibles revenus » qui augmente. C'est ainsi que l'on a assisté à une réduction notable de la pauvreté au cours des années 1970. La décennie 1980, marquée par la crise monétaire, n'a pas connu de croissance, et le revenu s'est détérioré. Mais malgré ce climat négatif, plusieurs conditions sociales et nombre d'aspects de l'infrastructure ont connu des améliorations. Dans un récent article publié dans le quotidien *A Folha* du 26 juin 1994, Sérgio Abranches affirme que la réalité « construit » divers types de pauvreté, qui exigent des mesures diverses dans le cadre des actions de l'État.

- Il y a une *pauvreté urbaine* quant aux possibilités d'emploi, qui touche des personnes capables de travailler mais qui n'en ont pas la possibilité. Ces personnes sont absorbées quand survient une reprise de la croissance au moyen de simples politiques d'« orientation ».
- Il y a une *pauvreté conjoncturelle* de personnes qui ont perdu un emploi et qui peuvent le récupérer dès que l'économie du pays va mieux.
- Il y a une *pauvreté irréductible*, qui affecte les personnes déjà incapables, que ce soit par manque de formation ou pour des raisons de santé, de vivre par leurs propres moyens. Ces personnes ont besoin d'assistance directe gratuite.

L'éradication de la pauvreté est possible à condition que l'on adopte certains principes, à savoir la croissance, la stabilité et le coût social. Ces observations sont pour nous importantes surtout parce que ce sont les enfants qui souffrent le plus cruellement des impacts de cette situation. À l'entrée précoce des enfants sur le marché du travail s'ajoute, dans les

20. Voir à ce sujet l'étude de MONTEIRO *et al.* (1992).

milieux les plus pauvres, l'insuffisance de revenu des adultes, qui entraîne des taux de mortalité infantile accrus.

Cela nous conduit finalement à la problématique de la croissance démographique dans le pays. Celle-ci est tombée à 1,6 %, ce qui constitue l'une des baisses les plus rapides du taux de croissance de la population du monde. Les études officielles insistent sur le fait que la chute du taux de croissance de la population est due à la pratique sans restrictions de l'avortement et à la stérilisation massive. La stérilisation s'est répandue dans tout le pays, surtout au Nordeste. Le pays compte aujourd'hui 49 millions de femmes d'âge fertile (entre 14 et 49 ans), dont neuf millions ont été stérilisées. Devant ce chiffre, les spécialistes tendent à affirmer que la stérilisation constitue la principale méthode contraceptive utilisée par les femmes brésiliennes, avant la pilule, la vasectomie, le stérilet ou les préservatifs. Le taux de naissance de nos enfants s'inscrit, par conséquent, dans une réalité en mutation, et c'est sur les tendances qui en découlent que nous devons réfléchir. Entre la pauvreté d'opportunité, la pauvreté conjoncturelle et la pauvreté irréductible, plusieurs mécanismes d'articulation s'établissent et méritent un examen plus approfondi.

Il convient aussi d'insister sur le « mimétisme » qui caractérisait la société brésilienne, et sur le décalage qui existait entre les pays européens qui ont adopté des politiques néolibérales au cours de la décennie 1970 ou de la moitié des années 1980. Au Brésil, ces politiques n'ont été mises en pratique de façon intégrée que vers la fin de la décennie 1980, et le discours produit en faveur du néolibéralisme a fini par faire élire les derniers candidats à la présidence qui le défendaient.

Il s'agit de questions qui montrent la nécessité d'établir analytiquement une articulation avec des processus externes pour que nous soyons en mesure de comprendre nos limites. Dans le cas européen, par exemple, le processus de privatisation a avancé à grands pas, surtout dans le domaine de l'infrastructure économique. Mais en ce qui concerne les conquêtes en matière de politiques sociales, qui touchent 100 % de la population, il est extrêmement difficile de changer les règles. En ce moment coexistent en effet la stratégie libérale, sortie des moules du capitalisme typique de la première moitié de notre siècle, et la stratégie néolibérale, qui cherche à donner à l'État un caractère de « neutralité » face aux rapports qui existent entre le Capital et le Travail. Tel est le grand « enjeu » [en français dans le texte] de la politique de l'État en cette fin de siècle. Cette situation met également en évidence le fait que l'altération du modèle sociétal est une tâche difficile, politiquement compliquée.

Dans le cas du Brésil, dont la population a des « droits de cité » multiples, il semble être moins problématique de travailler avec ce modèle. La

population urbaine organisée passe au peigne fin toutes les mesures en matière de politiques d'emploi et de revenu, elle participe au jeu politique complexe qui se déroule entre l'État et les entreprises. Mais tel n'est pas le cas pour les secteurs qui dépendent des politiques « assistencialistas », domaine dans lequel l'État règne en maître absolu, adoptant et modifiant les mesures, selon le bon vouloir de sa bureaucratie. C'est sur cet aspect que la recherche doit se poursuivre.

Bibliographie

- ARIÈS, PHILIPPE (1981). *História Social da Criança e da Família* (Histoire sociale de l'enfant et de la famille), 2^e édition, Rio de Janeiro, Guanabara.
- BOSI, Alfredo (1992). *Dialética da Colonização* (Dialectique de la colonisation), Companhia das Letras.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1991). « As Três Políticas do Welfare State » (Les trois politiques de l'État-providence), *Revista Lua Nova*, vol. 24, septembre, 85-116.
- INSTITUT BRÉSILIEN DE GÉOGRAPHIE ET DE STATISTIQUE (IBGE) [1992]. *Crianças e Adolescentes : Indicadores Sociais* (Enfants et adolescents : indicateurs sociaux), vol. 4, Rio de Janeiro, IBGE.
- INSTITUT BRÉSILIEN DE GÉOGRAPHIE ET DE STATISTIQUE (IBGE) [1989]. *Crianças e Adolescentes : Indicadores Sociais* (Enfants et adolescents : indicateurs sociaux), vol. 3, Rio de Janeiro, IBGE.
- FOLHA DE SÃO PAULO (1993). 28 septembre et 3 octobre.
- LAUVIER, P. (1984). *Les politiques sociales dans les sociétés industrielles (de 1800 à nos jours)*, Paris, Editora Economica.
- MARSHALL, T. H. (1988). *Cidadania e Classe Social: Leituras sobre a cidadania*, MI, Fundação Projeto Rondon, Brasília.
- MONTEIRO, O. A., BENÍCIO M. D'A. et N. C. GOUVEIA (1992). « Saúde e Nutrição das Crianças Brasileiras no Final da Década de 80 » (Santé et alimentation des enfants brésiliens à la fin des années 80), dans *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil* (Profil statistique des enfants et des mères au Brésil), UNICEF, JNAM, Rio de Janeiro, IBGE, Département de statistique et d'indicateurs sociaux, 19-40.
- NUNES, Brasilmar F. (1994). « Notas Sobre Política Social e seus Indicadores » (Notes sur les politiques sociales et leurs indicateurs), *Sesi: Caderno Técnico*, n° 18, 32-43.
- NUNES, Christiane G.F. (1993). *Cidadania e Cultura: O Universo das Empregadas Domésticas* (« Droit de cité » et culture : l'univers des travailleuses domestiques), Thèse de doctorat, Brasília, Université de Brasília, texte miméographié.
- UNICEF (1993). *O Progresso das Nações* (Le progrès des nations), Londres.
- SCHWARZ, Roberto (1988). *Ao Vencedor as Batatas* (Au vainqueur, les pommes de terre), São Paulo, Livraria Duas Cidades.
- WCEFA (1993). « Meeting Basic Learning Needs: A Vision for the 1990s », dans *Background Document, World Conference on Education for All*, Jontien, Thaïlande, 1993.