

Le Congrès international de la population à Manille

DU 9 au 16 décembre 1981 se tient à Manille (Philippines) le Congrès international de la population, organisé par l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP). Cette importante manifestation a lieu en principe tous les quatre ans ; la précédente s'était tenue à Mexico en août 1977 (1). Environ 600 démographes du monde entier sont attendus, venant de pays connaissant des situations démographiques infiniment variées, qu'il s'agisse des niveaux de développement, des systèmes politiques, des références religieuses et idéologiques. Ce grand rassemblement témoigne en quelque sorte de l'unité du genre humain, confronté à des problèmes démographiques ô combien différents, mais s'analysant en un même langage scientifique. Cette universalité sera d'ailleurs soulignée par la participation, pour la première fois depuis de longues années, de démographes de Chine populaire. En revanche, si une active participation est attendue de spécialistes d'Europe de l'Est, il faut regretter la discrétion de ceux de l'Union Soviétique (2).

Comme le fait remarquer Ronald Lee (Berkeley, Californie) : « la démographie, en tant que domaine de la connaissance, a beaucoup évolué depuis trente ans. De nouveaux rapprochements ont été opérés avec d'autres sciences sociales. Les ordinateurs ont rendu banales certaines difficultés de calcul. Le nombre de pays couverts par les recensements s'est beaucoup accru. De nombreuses enquêtes ont rassemblé beaucoup de données sur les attitudes et comportements. L'enquête mondiale sur la fécondité (3) en est un exemple

impressionnant ». Cette accumulation de connaissances permet de *décrire* les phénomènes démographiques mondiaux de façon relativement assurée. Mais d'une certaine façon, elle rend encore plus difficile leur compréhension. A titre d'exemple, nous rendons compte de l'évolution des idées dans deux domaines fondamentaux de la démographie, la fécondité et la mortalité (4). *Population et Sociétés* utilisera ultérieurement d'autres matériaux rassemblés pour le Congrès de Manille.

Tendances de la fécondité dans les pays en développement

Le schéma général de la « transition démographique » s'est singulièrement compliqué. On sait que ce terme désigne « le processus par lequel une société passe d'un régime démographique caractérisé par une forte mortalité associée à une forte fécondité, à un régime où une faible fécondité et une faible mortalité se font plus ou moins équilibre » (5). L'idée généralement admise était que la baisse de la mortalité, consécutive aux progrès de l'hygiène et de la prévention médicale, provoquait plus ou moins rapidement une baisse de la fécondité, par l'intermédiaire de phénomènes sociologiques résumés par la formule « le développement est le meilleur contraceptif ». Nous devons maintenant renoncer à l'idée « mécanique » selon laquelle, en l'absence de pratiques antinatales, il existerait un régime de la fécondité commun à l'ensemble des pays en développement. En 1977, l'indicateur de fécondité de Singapour était le même qu'en France (1,87 enfant par

(1) Voir « Un Congrès mondial de démographie au Mexique » par Henri Leridon, *Population et Sociétés*, n° 106, octobre 1977.

(2) Les débats feront l'objet d'Actes publiés par l'UIESP ; des comptes rendus seront publiés dans *Population*.

(3) Voir p. 2.

(4) Nous empruntons à l'allocution d'ouverture du président de l'UIESP, Ansley Coale (Princeton, New Jersey), l'essentiel de l'argumentation qui suit.

(5) « La transition démographique en Occident », *Population et Sociétés*, n° 127, septembre 1979.

L'ENQUÊTE MONDIALE SUR LA FÉCONDITÉ

Au cours de la Conférence de Manille, plusieurs séances examineront ou utiliseront les résultats des enquêtes effectuées dans le cadre du programme international « Enquête mondiale sur la fécondité » (EMF) (World Fertility Survey, WFS). Le projet a été lancé en 1972 par l'Institut international de statistique, en collaboration avec les Nations Unies et l'UIESP. Le but en est de déterminer les niveaux actuels (et, si possible, les tendances) de la fécondité dans les divers pays du monde, et d'en analyser un certain nombre de déterminants. Pour ce faire, il a été proposé à tous les pays de réaliser une enquête par sondage, représentative au plan national et permettant des comparaisons internationales.

Pour les pays en développement, le financement en est principalement assuré par le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), l'agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), et divers gouvernements. Les enquêtes ont été coordonnées par le personnel permanent de l'EMF, à Londres, et ont été effectuées selon des modalités très voisines d'un pays à l'autre. Pour les pays européens, la coordination a été principalement assurée par la Commission économique pour l'Europe, à Genève, et les enquêtes ont été organisées sous la seule responsabilité et avec le seul financement des instances nationales concernées (gouvernements, instituts de statistique...). Leur comparabilité est donc moins assurée, d'autant que l'objectif premier du programme EMF, qui était de déterminer le niveau de la fécondité était déjà atteint plus facilement par d'autres voies (analyse de l'état civil, bien

tenu dans les pays développés, mais inexistant ou incomplet dans les autres).

43 pays en développement ont participé au programme. Leur population totale approche le milliard d'habitants, sur un total d'environ 3 à 3,5 milliards. Deux grands pays sont, en effet, absents : la Chine (avec laquelle des négociations sont encore en cours) et l'Inde, où des enquêtes similaires ont été réalisées dans un certain nombre d'Etats. Si l'on met de côté ces deux pays, la participation a été assez forte en Asie (avec en particulier l'Indonésie, le Bangladesh, le Pakistan, les Philippines...), en Afrique au Nord du Sahara (Egypte, Tunisie, Maroc...), en Amérique centrale (Mexique) et dans la Caraïbe, un peu moins forte en Amérique du Sud (manquent notamment le Brésil et l'Argentine), et faible en Afrique sub-saharienne (malgré les enquêtes du Nigéria et du Kenya). Plus de la moitié des rapports nationaux ont déjà été publiés, et de nombreuses synthèses partielles ont été faites, en particulier à l'occasion de la Conférence qu'a organisée l'EMF à Londres en juillet 1980.

La participation des régions développées a été relativement plus forte : 22 pays, représentant plus 700 millions d'habitants sur environ un milliard. L'absence la plus notable est celle de l'Union Soviétique, les autres pays socialistes ayant largement participé. La France a effectué une enquête en 1978 sur le territoire métropolitain, et une en Guadeloupe et Martinique en 1976. Les principaux résultats de la première ont été publiés par l'INED dans Population, n° spécial, 1979 et ceux de l'enquête « Antilles » dans Travaux et Documents, cahier n° 89, 1980.

H. L.

femme). A Cuba, en Corée du Sud et en Chine populaire la fécondité dans les années 1970 était inférieure à celle des Etats-Unis dans les années 1950. Mais simultanément dans d'autres pays, la fécondité est voisine des valeurs maximales jamais observées : 8 enfants par femme au Kenya, en Afghanistan, 7 ou plus en Afrique tropicale, au Bangladesh, au Pakistan, au Maroc, au Honduras.

La chute de la fécondité a été incroyablement rapide dans plusieurs pays : il n'a fallu que 20 ans à Taïwan pour passer de 6,2 enfants par femme à 2,7, alors que la même diminution avait pris 45 ans à la Russie d'Europe, 88 ans aux Etats-Unis et plus d'un siècle à la plupart des pays d'Europe. D'autres chutes rapides ont été observées après la Deuxième guerre au Japon et plus récemment en Corée du Sud, à l'Ile Maurice, au Costa Rica.

Inversement, plusieurs populations attirent l'attention par leur haute fécondité persistante. La première est l'Inde, où le taux de natalité s'est abaissé de 44 ‰ dans les années 1950 à 42 dans les années 60, 37,2 en 1970-72 et 33,3 en 1976-78. Cette lente diminution est bien inférieure à celle escomptée et contraste avec les résultats obtenus en Chine populaire, où le taux de

natalité semble maintenant être inférieur à 20 ‰.

Une autre population à haute fécondité est celle des Républiques soviétiques d'Asie centrale. Ceci est d'autant plus surprenant que le niveau d'éducation s'est beaucoup amélioré, et que la mortalité y est relativement basse. On manque d'information pour analyser le phénomène. Mais on ne peut manquer de le rapprocher de ce qu'on constate dans beaucoup de pays musulmans.

Cependant des baisses modérées ont été observées en Indonésie, aux Philippines, en Bolivie, au Pérou, au Guatemala, au Venezuela, et aussi en Egypte et en Tunisie, pays musulmans. Des baisses plus importantes ont été observées en Thaïlande, au Sri Lanka, en Malaisie, en Colombie, probablement au Brésil et au Mexique, et aussi en Turquie.

Quand on analyse ces phénomènes, il est fondamental de bien distinguer les effets des comportements de *nuptialité* et ceux de *fécondité dans le mariage*. Partout où l'âge au mariage est très précoce (âge moyen au premier mariage des femmes inférieur à 19 ans), l'augmentation de cet âge est un puissant facteur de baisse de la fécondité générale. Mais il arrive

QU'EST-CE QUE L'UIESP ?

La première Association internationale des démographes a été créée en 1928, sous le nom d'Union Internationale pour l'étude scientifique des problèmes de population. Le premier président fut l'Américain Raymond Pearl (1879-1940) pionnier de la biométrie. En 1937, le Français Adolphe Landry (1874-1956), philosophe, économiste et démographe, par ailleurs sénateur, plusieurs fois ministre de la III^e République, en fut élu Président. Les débats de cette époque furent troublés par les prétentions scientifiques des idéologues de l'Allemagne nazie, qui conduisirent Adolphe Landry à dissoudre l'Association pendant l'Occupation.

Il la remit sur pied en 1947 sous son nom actuel, en fut réélu président, puis président d'honneur en 1949. Les présidents successifs furent ensuite Liebman Hersch (Suisse), Frank Lorimer (Etats-Unis), Alfred Sauvy (France), Dolfe Vogelink (Yougoslavie), Chidambara Chandrasekaran (Inde), Carmen Miro (Panama). Le président actuel est Ansley Coale (Etats-Unis). A l'issue du Congrès de Manille, il fera place à Mercedes Concepcion (Philippines).

En 1963, l'Union comptait environ 600 membres, de 60 nationalités distinctes ; elle en a aujourd'hui plus de 1 500 dont 230 femmes, d'environ 100 nationalités. Environ 1 000 sont ressortissants de pays développés, environ 500 de pays en développement.

Le financement de l'Union est assuré par les cotisations de ses membres et les subventions d'une vingtaine de gouvernements nationaux, de plusieurs organisations internationales dont le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population et l'UNESCO, et enfin de diverses Fondations. Ses travaux sont édités par Ordina Editions (Belgique).

que la fécondité dans le mariage *augmente* simultanément et compense cet effet (c'est le cas du Kenya). Ce phénomène paradoxal paraît être lié à l'abandon relatif des coutumes d'allaitement prolongé et/ou d'abstinence sexuelle, donc au raccourcissement des intervalles entre naissances. Un autre facteur pourrait être la diminution de la stérilité liée à l'amélioration des conditions sanitaires. A l'inverse c'est l'extension des pratiques de contraception, y compris la stérilisation chirurgicale, et d'avortement qui détermine ou non la baisse de la fécondité dans le mariage. Les paramètres agissant sur la fécondité, et notamment ceux d'ordre culturel, sont donc plus nombreux qu'on le croyait il y a trente ans.

La lutte contre la mort

De même, l'idée est répandue que la baisse de la mortalité — mesurée par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance — est intimement liée à l'évolution du niveau de vie de la population — mesuré par le revenu par habitant. Les observations disponibles montrent qu'à progrès médicaux égaux, ce lien est loin d'être absolu : comme le fait observer Ansley Coale, « *ce n'est pas strictement l'élévation du revenu qui détermine celle de l'espérance de vie dans un pays pauvre. L'important, c'est d'étendre les services de santé, d'améliorer la nutrition et d'approvisionner en eau et en nourriture non contaminées toutes les catégories de la population. C'est aussi d'élever le niveau d'instruction de manière que les pratiques simples d'hygiène soient comprises et suivies* ».

Une augmentation sensible de l'espérance de vie a été observée entre les années 1950 et 1970 dans la plupart des pays en développement. Mais une hiérarchie peut être dressée en pre-

nant comme référence une projection faite en 1956. Parmi les réussites meilleures que celles alors envisagées, les cas du Mexique, de Porto Rico ou du Costa Rica peuvent être associés à la croissance économique. Mais ceux de Cuba, du Sri Lanka (Ceylan) et de la Chine populaire sont à rapprocher plutôt des progrès dans l'éducation, la santé et la nutrition.

D'importants pays, tels que la Colombie, la Turquie et l'Égypte, ont obtenu une baisse sensible de la mortalité, mais inférieure à celle envisagée, probablement du fait d'une urbanisation excessive. La Thaïlande et les Philippines sont dans une situation ressemblant à celle de la Turquie, et les pays d'Afrique du Nord à celle de l'Égypte, avec un plafonnement relatif quand l'espérance de vie atteint 60 ans.

Toutes ces expériences ne peuvent qu'être utiles aux pays où l'espérance de vie est encore inférieure à 50 ans, ce qui semble être le cas de nombreux pays d'Afrique noire, de l'Afghanistan, du Bangladesh et du Pakistan, du Népal et peut-être de l'Indonésie. Des progrès peu coûteux pourraient être atteints, selon M. Coale, par des programmes de « réhydratation orale » (*ORT, Oral Rehydration Therapy*), récemment mis au point, et qui obtiennent de bons résultats contre les différentes formes de diarrhées. Les succès de la biologie laissent également espérer des progrès dans la productivité agricole.

Dans les pays développés, des gains supérieurs à 10 ans d'espérance de vie ont été obtenus entre la Deuxième Guerre et les années 70.

Mais là encore des hiérarchies peuvent être dressées. En règle générale, les résultats obtenus pour le sexe féminin sont bons, ceux obtenus pour le sexe masculin sont décevants. Le Japon a obtenu des succès remarquables, dépassant

tous ceux qui avaient pu être envisagés, et le rythme de progrès ne s'est pas ralenti dans la période récente, au contraire de ce qui a été observé dans la plupart des pays d'Europe, de l'Ouest et de l'Est. Dans les années 70, l'espérance de vie a même baissé en Union Soviétique.

Pour l'instant un objectif ambitieux mais raisonnable pour les pays développés serait d'atteindre une espérance de vie de 84 ans pour les femmes et de 76 ans pour les hommes. Comme

les maladies infectieuses ont été vaincues pour l'essentiel, et que les progrès médicaux butent sur les maladies de dégénérescence (tumeurs et cardiopathies), l'étude de l'influence de l'environnement et du comportement individuel sur la mortalité semble être plus prometteuse. Pré-tendre dépasser ces niveaux supposerait de nouvelles découvertes biologiques fondamentales, qui réduiraient la mortalité aux âges élevés.

M. L.

REPÈRES

Le point sur la contraception en France

L'enquête réalisée par l'INED avec l'aide de l'INSEE en 1978 avait montré qu'à l'époque, parmi l'ensemble des femmes âgées de 20 à 44 ans, 28 % utilisaient la pilule, 9 % le stérilet, 6 % une méthode de contraception locale (principalement le préservatif), et 25 % une autre méthode (retrait, température...). Les 32 % restants étaient constitués essentiellement de femmes non concernées — au moins temporairement — par la contraception : femmes enceintes, femmes cherchant à concevoir, femmes stériles naturellement ou à la suite d'une opération, femmes n'ayant pas de relations sexuelles. On avait alors évalué à 3 % la proportion de femmes de 20 à 44 ans « exposées au risque » de concevoir alors qu'elles ne le souhaitent pas (1).

Il est plus habituel de calculer les proportions d'utilisatrices des diverses méthodes sur l'ensemble des femmes d'âge reproductif, de 15 à 49 ans. Sur 100 femmes âgées de 15 à 49 ans, environ 35 à 40 ne sont pas concernées par la contraception pour les raisons évoquées ci-dessus. Sur les 60 à 65 restantes, 22 utilisaient la pilule en 1978, 7 le stérilet, et 26 une autre méthode contraceptive. Finalement, entre 5 et 10 % de l'ensemble des femmes étaient au risque d'une grossesse non désirée, par absence totale de contraception. L'écart avec le chiffre de 3 % cité ci-dessus est principalement dû au cas des jeunes femmes de 15 à 19 ans.

D'après l'évolution des ventes de produits contraceptifs, on peut es-

timer à 24 % la proportion d'utilisatrices de la pilule en 1980, et à 10 % celle des porteuses de stérilet — cette dernière méthode étant en progression rapide — soit 34 utilisatrices d'une méthode moderne de contraception pour 100 femmes de 15-49 ans. Le gain serait donc de 5 points (34 contre 29) entre 1978 et 1980. Mais on ne sait dans quelle mesure ce gain s'est fait aux dépens de la proportion des femmes utilisant une autre méthode, ou aux dépens de celle des femmes n'en utilisant aucune.

Vers 1978, la proportion de femmes utilisant la pilule ou le stérilet (29 %) était supérieure en France à celle constatée aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, au Danemark ou en Finlande, proche de celle de la Belgique, et inférieure à celle des Pays-Bas et surtout de la Suède (plus de 40 % dans ce dernier pays). Aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et au Danemark, toutefois, la stérilisation contraceptive tenait déjà une place très importante.

H. L.

ERRATUM

Tous les pays du monde (1981)

Dans le tableau publié dans le n° 150 de *Population et Sociétés*, les superficies de l'Allemagne de l'Est, de la Bulgarie et de la Hongrie sont erronées (les chiffres répètent ceux du paragraphe précédent). Il faut lire, comme indiqué dans *Population et Sociétés*, n° 143 :

	Superficie milliers km ²
Allemagne de l'Est	108
Bulgarie	111
Hongrie	93

« POPULATION » N° 6, 1981 SOMMAIRE

Alain GIRARD et Louis ROUSSEL : *Dimension idéale de la famille, fécondité et politique démographique. Nouvelles données dans les pays de la C.E.E. et interprétation.*

France MESLÉ et Jacques VALLIN : *La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ?*

Marie-Hélène CAZES : *Les échanges matrimoniaux chez les Dogons de Tabi. Absence d'effet statistique global des unions dites « préférentielles ».*

Gérard BOUCHARD, Patrick BRARD et Yolande LAVOIE : *FONEM : Un code de transcription phonétique pour la reconstitution automatique des familles saguenayennes.*

Francisco MUÑOZ-PEREZ : *Douze ans d'avortement légal en Angleterre-Galles.*

Michel FORSÉ : *Les réseaux de sociabilité dans un village.*

ÉDITIONS DE L'INED Derniers titres parus

●
L'ARGENT DES IMMIGRÉS
Revenu, épargne et transferts de huit nationalités immigrées en France
sous la direction de
J.-P. Garson et G. Tapinos
« Travaux et documents »
n° 94

Broché : 60 F - Diffusion P.U.F.

● TECHNIQUES D'ANALYSE EN DÉMOGRAPHIE HISTORIQUE

par Louis Henry
Relié : 75 F - Diffusion PUF

(1) Voir « Les pratiques contraceptives en France (1978) ». *Population et Sociétés*, n° 120, janvier 1979.