

Modernité, mortalité

BEAUCOUP de débats portent aujourd'hui sur le concept de *modernité*, et d'abord sur les critères qui la définissent. Or les démographes ont un critère à proposer, et qui plus est un critère quantifiable : plus une société est « moderne », plus basse est la mortalité qui y sévit. Trois documents publiés en ce premier semestre de 1985 sont l'occasion de soumettre cette idée à l'épreuve des faits :

- l'INSEE publie d'importants et nouveaux résultats sur les différences de mortalité par catégories sociales [1] ;
- l'INED met à la disposition du public français une recherche internationale de l'U.I.E.S.P. consacrée à l'influence des politiques sociales et sanitaires sur l'évolution de la mortalité [2] ;
- le XIV^e Rapport sur la situation démographique de la France, présenté ce mois-ci au Parlement, a pour sujet spécial la mortalité [3].

Que l'on veuille opposer les sociétés modernes à celles d'Ancien Régime, ou les sociétés développées à celles « en développement », le niveau relatif de la mortalité générale apparaît comme critère de différenciation, après la mortalité infantile. On a l'habitude de le repérer par la *vie moyenne*, ou *espérance de vie à la naissance*, résumé commode des taux de mortalité par âge observés une année donnée. Mais cet indicateur ne rend pas fidèlement compte de la prodigieuse mutation induite par le développement. Une vie moyenne de 75 ans au lieu de 30 ans, ce n'est pas vraiment une durée de vie deux à trois fois plus longue, cette moyenne étant fortement affectée par la mortalité infantile ; c'est plutôt la survie presque générale jusqu'à la période féconde, ce qui abolit l'obsession de la procréation poussée aux limites physiologiques de l'espèce ; c'est surtout une expérience différente de la mort des autres, devenue plus rare, et plus concentrée sur les personnes âgées, au lieu d'être fréquente et frappant à tout âge. Même en se limitant à une comparaison à 40 ans de

distance, ces différences sont nettes : avec le régime de mortalité de l'immédiat avant-guerre, il y aurait eu en France, en 1981, 1 070 000 décès au lieu de 565 000 en réalité, face à 800 000 naissances ; et avec ce régime de mortalité, la moitié des décès survenaient avant 66 ans ; avec celui de 1981, avant 78 ans seulement, et l'autre moitié après cet âge (figure 1). L'expérience du deuil qui en résulte retentit certainement sur la mentalité collective, par exemple en termes de religiosité, d'inspiration artistique ou littéraire, de sens de la fatalité, de rapports entre les sexes et les générations, et il n'est pas absurde d'y voir un fondement de la « modernité » : serait moderne une société dont la plus grande partie des membres se considèrent comme immortels, et dans laquelle les décès précoces subsistant apparaissent comme des scandales intolérables.

On peut avancer d'autres arguments en faveur de ce lien étroit : ainsi le relatif retard de la France sur l'Angleterre tout au long du XIX^e siècle, l'aggravation de sa situation pendant

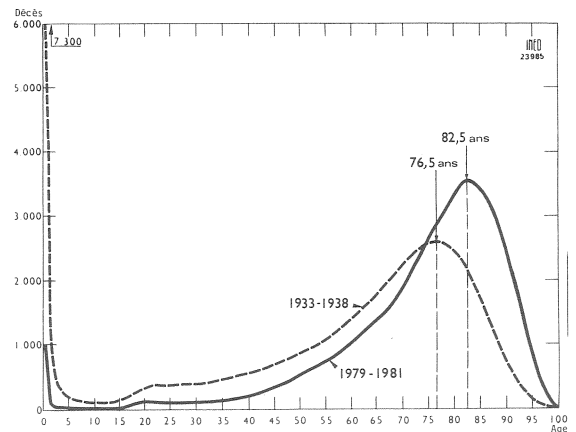


Figure 1. Répartition de 100 000 décès selon l'âge, d'après les tables de mortalité de 1933-38 et 1979-81 (deux sexes)

l'entre-deux-guerres (figure 2), ou les surprenants progrès du Japon devenu aujourd'hui, devant la Suède elle-même, le pays ayant la plus basse mortalité au monde.

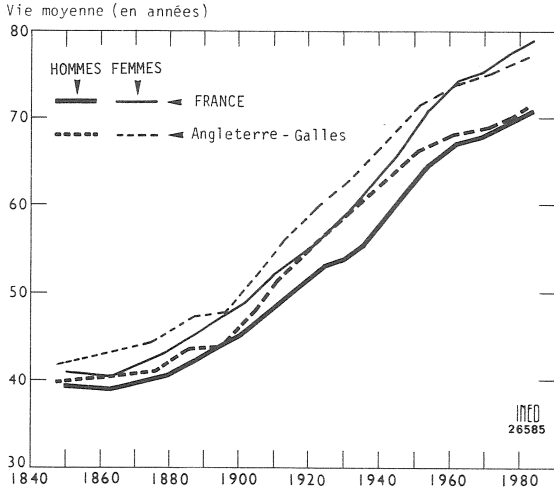


Figure 2. Vie moyenne 1850-1980

Mais alors, si la mortalité mesure convenablement le degré de modernité d'une société, quel sens donner à diverses anomalies qu'énumèrent Jacques Vallin et Alan Lopez dans leur présentation du cahier 108 de l'INED [4] :

— « certains pays en développement, tout en restant « pauvres », atteignent ou même dépassent l'espérance de vie de nombreux pays industriels » ;

— « certains pays industriels, et notamment l'Union soviétique, reculent » ;

— « l'inégalité sociale devant la mort est très importante dans les pays industriels où pourtant, en moyenne, des progrès considérables ont été accomplis » ;

— « cette inégalité semble résister à tous les systèmes de prise en charge collective des dépenses de santé » ;

— « l'écart entre les hommes et les femmes ne cesse de se creuser » ?

Un tour d'horizon mondial permet en tout cas d'identifier, en dehors du simple niveau de revenu, plusieurs facteurs pertinents, dont aucun ne saurait à lui seul être décisif.

— Le climat joue évidemment un rôle, expliquant aussi bien les bons résultats des pays scandinaves que les mauvais résultats des pays sahéliens et tropicaux ;

— la taille limitée d'une population est un facteur favorable à l'efficacité de politiques sanitaires, dont ont profité aussi bien de petits pays d'Europe (Danemark, Suisse...) que d'Asie (Sri Lanka, Taiwan, Israël), ou d'Amérique (Cuba, Costa Rica) [5] ;

— le régime alimentaire semble devoir être invoqué pour expliquer certains résultats ; en particulier les nourritures frugales issues de la pêche (Japon, Grèce, Portugal) semblent, à niveau de revenu égal, plus favorables que celles plus grasses issues de l'élevage (1) ;

— la combinaison de ces deux derniers facteurs expliquerait le caractère favorable de l'insularité :

— la concentration urbaine fournit certes un terrain favorable aux épidémies infectieuses, mais permet aussi la concentration des moyens hospitaliers et médicaux, et une lutte efficace contre la pollution des eaux et des aliments, si bien que les avantages l'emportent aujourd'hui sur les inconvénients, comme le montrent les remarquables succès de Hong Kong et de Singapour. De même en France, l'urbanisation est un facteur favorable pour les catégories aisées, défavorable pour les autres.

Le caractère disparate de ces facteurs souligne d'autant plus la complexité du choix d'une stratégie de lutte contre la mort qu'ils n'épuisent pas, et de loin, la question. Un pays ne peut évidemment modifier sa situation climatique, ni, autrement qu'à très long terme, la concentration géographique ou les habitudes alimentaires de sa population. En France, de nouveaux progrès passent manifestement par la réduction du retard flagrant du sexe masculin, ce qui renvoie d'abord, comme pour l'Union soviétique, à la lutte contre l'alcoolisme, ainsi qu'à celles contre les accidents de la route et les suicides. Malgré des progrès récents, la mortalité d'origine alcoolique et celle par accidents de la route reste aujourd'hui supérieure à celle des années 50, et celle par suicides est en forte hausse (43 % de 1976 à 1983) : il y a eu en 1983 autant de décès par suicides que par accidents de la route, 11 800 pour chacune de ces deux causes, avec dans les deux cas une importante prédominance du sexe masculin, mais une répartition par âge différente [3].

Le sexe masculin n'a pas seulement en France une vie moyenne nettement plus courte que le sexe féminin ; il a aussi une mortalité beaucoup plus dispersée, qu'on s'intéresse aux catégories sociales et professionnelles, aux niveaux de diplôme ou à l'état matrimonial. Ce résultat imprévu de la plus récente enquête de l'INSEE, qui étudiait pour la première fois la mortalité différentielle des femmes selon leur situation personnelle, et non plus seulement en tant qu'épouses [1], fournit un champ remarquable de comparaison. Les analystes sont en effet demandeurs de comparaisons portant sur des populations nombreuses. Dans cet esprit, un auteur [7] a cherché à comparer deux à deux Etats-Unis et Canada, Autriche et Angleterre, Belgique et Pays-Bas, Australie et Nouvelle-Zélande, Allemagne de l'Ouest et Allemagne de l'Est. Sa conclusion est que de meilleurs résultats semblent liés à une répartition plus égalitaire des ressources. Mais d'autres explications sont possibles et d'autres succès (Espagne, Grèce) semblent relever d'autres logiques.

(1) « Les consommations de viande, de lait, de beurre et d'œufs s'accroissent, celle de riz diminue. Mais le régime alimentaire des Japonais, fondé sur le riz bouilli, les légumes, le poisson salé et la soupe de soja, reste encore très loin des excès européens et nord-américains, et cette différence explique en partie la différence de mortalité » [6].

De même, l'excellente situation de la France, pour le sexe féminin et les nourrissons, serait liée à la couverture progressive, par la Sécurité sociale, de risques sanitaires de plus en plus étendus pour des catégories de plus en plus nombreuses, y compris les femmes enceintes, et plus généralement à l'importance des crédits accordés au secteur hospitalier, et au spectaculaire développement de la médecine d'urgence (SAMU). Dans cette hypothèse, les progrès de l'organisation sociale jouent un rôle inséparable de ceux de la médecine et de la biologie. Mais alors pourquoi les femmes en profitent-elles à ce point mieux que les hommes : si ceux-ci avaient eu à tout âge en 1981 la même mortalité que les femmes, il n'y aurait eu cette année-là que 158 000 décès masculins au lieu de 288 000 (taux de natalité 6 p. 1000 au lieu de 11 p. 1000) ? De plus, pourquoi les femmes profitent-elles de ces progrès plus également, malgré la variété de leurs situations, et leur inégale participation à l'activité professionnelle ? Seraient-elles, si l'on admet le lien proposé au début, plus modernes que les Français du sexe masculin ? Pourquoi le sexe faible est-il, de nos jours, chaque année davantage et tout spécialement en France, celui que la tradition continue à qualifier de fort ?

En 1793, Condorcet écrivait dans l'*Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain* (cité dans [8]) : « On sent que les progrès de la médecine préservatrice, devenus plus efficaces par ceux de la raison et de l'ordre social, doivent faire disparaître à la longue les maladies transmissibles et contagieuses, et ces maladies générales qui doivent leur origine aux climats, aux aliments, à la nature des travaux. Il ne serait

pas difficile de prouver que cette espérance doit s'étendre à presque toutes les autres maladies, dont il est vraisemblable que l'on saura un jour reconnaître les causes éloignées. Serait-il absurde maintenant de supposer que ce perfectionnement de l'espèce humaine soit regardé comme susceptible d'un progrès indéfini, qu'il doit arriver un temps où la mort ne serait plus que l'effet, ou d'accidents extraordinaires, ou de la destruction de plus en plus lente des forces vitales, et qu'enfin la durée de l'intervalle moyen entre la naissance et cette destruction n'a elle-même aucun terme assignable ? »

Michel Louis LÉVY

RÉFÉRENCES

- [1] « La mortalité des adultes », par Guy Desplanques, *Les collections de l'INSEE*, vol. D 102, 1985, 212 p., 110 F.
- [2] « La lutte contre la mort. Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité. » Edité par Jacques Vallin et Alan Lopez, avec la collaboration d'Hugo Rahm. Union internationale pour l'étude scientifique de la population. Colloque de Paris, 1983. INED, *Travaux et documents*, cahier n° 108, 1985. Diffusion PUF, 538 p., 90 F (une édition en anglais existe également).
- [3] « Quatorzième rapport sur la situation démographique de la France. » INED, juin 1985, 30 F. Sera reproduit ultérieurement dans la revue *Population*.
- [4] Présentation du cahier 108 [2]. *Population*, INED, mars-avril 1985, p. 347-355.
- [5] « Demografía y epidemiología en Costa Rica » Asociación demográfica costaricense. San José, 1985.
- [6] « Le cas du Japon », par Itsuzo Shigematsu et Hiroshi Yanagawa dans [2], p. 385-401.
- [7] « Politiques sociales et systèmes de santé : leurs effets sur la mortalité et la morbidité dans les pays développés », par Milton I. Roemer dans [2], p. 523-535.
- [8] « Perspectives d'avenir de la baisse de la mortalité dans le monde », par Jean Bourgeois-Pichat, *Bulletin démographique des Nations Unies*, n° 11-1978, p. 14.

VIENT DE PARAÎTRE

LA POPULATION FRANÇAISE DE A à Z

LES CAHIERS FRANÇAIS. N° 219, janvier-février 1985. Prix : 30 F.
La Documentation française, 31, quai Voltaire, 75340 Paris cedex 07.

LE CAHIER (72 pages)

La population de la France, c'est... (Michel Louis Lévy)
Population française... ou de la France ? (M. L.)

Photographie et mouvement de la population

Structure de la population (Roland Pressat)
Répartition géographique de la population (Monique LeFebvre)

La fécondité (Francisco Munoz-Perez)
La régulation des naissances (Henri Leridon)

La stérilité (Henri Leridon)
Les interruptions volontaires de grossesse (Henri Leridon)
La mortalité (Jacques Vallin)

Les accidents de la route (Marguerite Boucher)

Autour de la famille

Structure des ménages et des familles (Michel Villac)
Un nouveau modèle matrimonial (Jean-Paul Sardon)
La cellule familiale, le sentiment et la loi (Evelyne Sullerot)
La politique de l'enfance et de la famille (Michel Raymond)
Chronologie des mesures prises depuis mai 1981

Quelques problèmes économiques liés à la démographie

La population active (Isabelle Castéra)
Nouveaux profils de vie active (Jean-Claude Chesnais)
Les étrangers en France (Jean-Bernard Magestas, Yves Charbit)
Qu'est-ce qu'un étranger, au sens de la loi et du recensement ? (INSEE)

Combien d'étrangers ? (Marguerite Boucher)

Les enfants de migrants (Yves Charbit)

La politique gouvernementale depuis mai 1981 (Jean Massot)

Vieillesse et financement des retraites (Didier Blanchet)

Forces et faiblesses de la population française (interview de Gérard Calot par Marguerite Boucher)

LES NOTICES (40 pages)

1. *Séries longues* (Michel Louis Lévy, Dominique Paris)
Dynamique d'une population (Didier Blanchet)
2. *L'INSEE et les données démographiques* (Alain Lery)
3. *Les aides financières aux familles* (Bernard Guibert, Yolanda Yakubovitch, Michel Louis Lévy)
4. *Solidarité entre familles et collectivités* (Michel Louis Lévy)
Le coût de l'enfant (textes de l'INSEE et de la CNAF, montage de Jean-Claude Bocquet)
5. *La situation démographique du monde* (Léon Tabah)
6. *Glossaire* (Michel Louis Lévy)
7. *La population de l'Europe* (Alain Monnier)
9. *La population de l'Inde* (Roland Lardinois)
10. *La population de l'Égypte* (Philippe Fargues)

Ce cahier a été réalisé sous la direction de Marguerite Boucher (Documentation française).

La population de la Suisse (1)

L'évolution de la population de la Suisse présente de nombreuses caractéristiques communes avec celle des autres pays d'Europe centrale. Passée de 1,7 million en 1798 à 6,4 millions en 1982 (densité : 158 hab./km²), cette population a été multipliée par 3,8 en 184 ans (0,73 % par an en moyenne), croissance proche de celle de la plupart des pays de l'Europe occidentale. Elle fut marquée, avant la révolution industrielle, par une forte émigration, commune à beaucoup de régions de montagne (la mémoire collective se souvient des mercenaires et des bedeaux). Puis elle connut une première période de forte croissance avant la Première Guerre (+ 1,24 % par an entre 1900 et 1910), malgré le maintien du flux d'émigrants. De 1914 à 1945, c'est au contraire une période de dépression démographique, avec un taux de croissance de l'ordre de 0,4 % par an, malgré un certain retour au pays de Suisses, victimes de la crise économique mondiale. Tombée en dessous de 2 enfants par femme en 1930, la fécondité se redressa dès 1941, culmine autour de 2,6 en 1946 et en 1964, sans jamais être inférieure à 2,3 dans l'intervalle, analogie surprenante avec la France, soumise pourtant à de tout autres événements (guerre de 1940, absence et retour des prisonniers, guerre d'Algérie). Cette forte fécondité, renforcée par un fort afflux de travailleurs étrangers, notamment italiens, conduit de 1950 à 1970 à un taux de croissance de 1,45 % par an, le plus élevé d'Europe occidentale. La fécondité, comme ailleurs en Europe, s'abaisse à partir de 1965, retombe en dessous de 2 enfants par femme en 1971, puis se stabilise à un niveau très bas, proche de 1,5 enfant par femme à partir de 1976. Ce bas niveau justifie le titre de l'étude d'un groupe de démographes suisses, présidé par H.M. Hagmann. Ceux-ci passent

(1) D'après « Les Suisses vont-ils disparaître ? La population de la Suisse : problèmes, perspectives, politiques », Haupt, Berne, 1985.

en revue les principaux paramètres démographiques et un lecteur français n'est guère dépaycé.

La nuptialité baisse depuis 1962, et rapidement de 1971 à 1976 : il y a eu simplement stabilisation à cette date, à des niveaux correspondants à environ 40 % de célibataires par génération ; la divortialité a plus que doublé entre 1962 et 1981.

La mortalité est tombée à un des plus bas niveaux du monde, mais il y a eu montée simultanée de la surmortalité masculine : en 1978-79 l'espérance de vie était de 72,1 ans pour les hommes, de 78,7 ans pour les femmes (France : 70,0/78,1).

La population étrangère, passée par une pointe de 14,7 % de la population totale avant la Première Guerre (construction du réseau ferré) et retombée à 5,2 % au début de la Seconde, s'est fortement accrue à la faveur de la haute conjoncture des années 50 et 60 jusqu'à atteindre 16,8 % en 1974. Le fléchissement de l'emploi et diverses mesures restrictives ont réduit cette proportion à 14,5 % en 1982.

Le vieillissement de la population est net, comme dans les autres pays développés. Les proportions de 0-14 ans et de 65 ans ou plus sont passées de 31,0/5,8 en 1900 à 19,2/13,9 en 1980.

L'activité professionnelle des femmes croît fortement.

Sur deux points cependant, il y a une spécificité suisse :

— La structure fédérale de l'Etat a endigué toute velléité de concentration économique et politique, a empêché que le contraste ville-campagne soit trop prononcé, et a engendré le développement de plusieurs centres urbains dans le Plateau et le Jura. Zurich, Berne, Genève sont à la fois des capitales et des villes de province, et si la Suisse compte 60 % de citoyens, ceux-ci ne souffrent guère de cette relativement forte urbanisation.

— La population suisse se compose de divers groupes linguistiques et confessionnels. En 1980, 65 % de la population totale avait l'allemand pour langue maternelle, 18 % le français, 10 % l'italien. Si on se limite aux Suisses, ces proportions étaient 74 %, 20 %, 4 %. La proportion de francophones est un peu inférieure à ce qu'elle était au siècle

dernier. Toujours en 1980, les catholiques l'emportaient sur les protestants dans la population totale (48 et 44 %), mais ces proportions sont inversées dans la population suisse (44 et 50 %).

Les auteurs proposent, comme objectif, d'atteindre à terme une population plus ou moins stationnaire, avec le moins d'à-coups possible, ce qui implique de relever progressivement la fécondité jusqu'à retrouver les 2 enfants par femme, d'ici 2000. Comme objectif intermédiaire, ils souhaitent que le taux de natalité s'accroisse d'ici 1990 jusqu'à égaler l'inverse de l'espérance de vie ($1/76 = 13,1$ p. 1 000). Au lieu de 74 000 naissances, le premier objectif en représenterait aujourd'hui 101 000 et le second 84 000. Tout en observant que « la fécondité ne se décrète pas », les auteurs suggèrent :

— de créer un régime fédéral d'allocations familiales qui prendrait en considération la première et la deuxième naissance sur un pied d'égalité, et privilégierait fortement la troisième naissance, ainsi que les enfants d'âge préscolaire et scolaire, le tout étant financé par une cotisation salariale d'environ 4,5 %, dont 3 % à la charge des employeurs ;

— d'établir une imposition séparée qui traiterait d'une façon équivalente les couples mariés et non mariés, et favoriserait, au moins à titre symbolique, les familles de trois enfants ;

— de rendre plus sélective la politique d'aide au logement et de la maintenir sous responsabilité fédérale ;

— de faire financer l'assurance-maladie par le revenu familial et non plus par celui de chaque membre de la famille ;

— de valoriser le travail familial, d'instituer un congé parental non rémunéré, de développer le travail à temps partiel des deux sexes, d'assouplir les pratiques de mise à la retraite, de compter les charges familiales comme partie des cotisations de retraite...

« Ne pas dramatiser, ni moraliser, mais présenter les faits et faire participer : on n'élabore une telle politique « pour » la population mais « avec » et « par elle » est-il conclu. Ce vœu n'est évidemment pas réservé aux Suisses...

M. L.