



HAL
open science

La population réunionnaise : histoire d'une transition démographique

Albert Lopez

► **To cite this version:**

Albert Lopez. La population réunionnaise : histoire d'une transition démographique. Expressions, 1995, 07, pp.27-47. hal-02403820

HAL Id: hal-02403820

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02403820v1>

Submitted on 11 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LA POPULATION RÉUNIONNAISE : HISTOIRE D'UNE TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

Albert LOPEZ
IUFM de la Réunion

La transition démographique s'amorce à la Réunion dès le début des années 1930, mais ce n'est que 20 ans plus tard, avec la départementalisation, qu'elle s'amplifie et que se produisent de profonds changements comportementaux tant sur le plan de la fécondité que sur celui de la mortalité. La natalité culmine en 1952 avec un taux record de 51,3‰ tandis que la mortalité s'effondre et que le taux d'accroissement naturel passe par son maximum – 3,3% – en 1963. La ressemblance avec d'autres modèles de transition courte s'arrête là ; la transition démographique réunionnaise, depuis la fin des années 1970, s'attarde avec un croît de 1,6 à 1,8%, soit plus de trois fois celui de la Métropole et se complique par des effets de structure d'âges. Cette étude propose de retracer les grandes étapes de cette transition démographique et de dégager les traits les plus originaux du paysage démographique actuel :

- Une fécondité en légère, mais inéluctable baisse. Jamais un pays n'est passé en si peu de temps de la famille nombreuse – plus de 6 enfants par femme en 1967 – à la famille réduite – 2,4 aujourd'hui. La récente remontée des naissances – plus de 13 000 depuis 1988 et plus de 14 000 en 1991 et 1992 – s'explique par l'arrivée des classes d'âges nombreuses issues des années 1960 dans les âges à forte fécondité ; il faut retourner à 1971 pour retrouver de tels effectifs de naissances.

- Une très faible mortalité (5,3‰) qui a atteint vraisemblablement son déclin maximum compte tenu du vieillissement qui va s'accélérer. Si, qualitativement, elle se rapproche du modèle métropolitain, elle conserve cependant un certain nombre de spécificités (alcoolisme, suicides, traumatologie, pathologies héréditaires, etc.).

- Une surmortalité masculine des plus élevées du monde (environ 10 ans de différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes).

- Une forte montée en charge des adultes qui exerce une lourde pression sur la formation et sur l'emploi.

C'est donc un paysage démographique complexe qui caractérise la Réunion et qui résulte d'un télescopage de l'histoire et d'une évolution plus récente, moins perceptible, mais tout aussi fondamentale s'inscrivant dans la plus grande mobilité des populations et dans le brassage des comportements.

I. Une transition démographique attardée

A. Le cadre conceptuel de la transition démographique

Selon le modèle désormais bien connu de la transition démographique, elle est le passage d'un équilibre pré-transitionnel défini par une natalité et une mortalité élevées engendrant un très faible accroissement et une espérance de vie oscillant entre 20 et 40 ans, à un équilibre post-transitionnel caractérisé par une natalité, une mortalité et un accroissement faibles s'accompagnant d'une espérance de vie supérieure à 70 ans.

La transition démographique se définit par sa durée et par son amplitude qui conditionnent directement l'évolution numérique de la population durant cette transition. Sans viser l'analyse exhaustive du phénomène, on peut considérer trois grands modèles de transition démographique :

- Dans les pays développés d'Europe, cette transition s'est amorcée très tôt (fin XVIII^e à début XIX^e siècles) et a été longue (un à un siècle et demi), de faible amplitude (1,5 à 1,6% d'accroissement au cœur de la transition démographique). Elle a accompagné les grands bouleversements économiques, sociaux et culturels de la révolution industrielle.

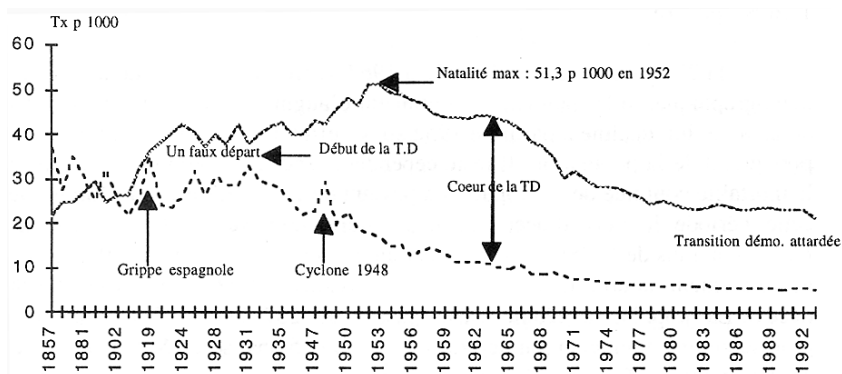
- Dans les pays en voie de développement, la transition démographique est récente (postérieure dans la plupart des cas, ou juste antérieure, à la 2^e guerre mondiale), donc courte, de forte amplitude (3 à 3,5%, voire 4% d'accroissement) et inachevée. La natalité qui atteint encore des niveaux élevés, combinée à une mortalité en baisse, continue de dégager un accroissement important de population. Dans ces pays, les transitions démographiques sont fragiles car elles n'ont pas été générées par des facteurs intrinsèques de développement et restent souvent placées sous l'influence d'une forte dépendance extérieure et/ou de ruptures d'équilibre interne.

- Dans le dernier modèle, dit accéléré, on rencontre des pays comme le Japon et de nombreux petits États (Singapour) souvent insulaires (Maurice, Réunion, Antilles ou îles du Pacifique) où des bouleversements économiques et politiques récents ont eu des ralentissements forts sur des populations à faible inertie. On y décèle des transitions démographiques courtes de 30 ou 40

ans à forte amplitude (3,4% pour la Réunion en 1963).

B. La transition démographique à la Réunion (figure ci-dessous)

Transition démographique



Jusqu'au début du XX^e siècle (1902), les décès restent supérieurs aux naissances. Le taux de mortalité, si l'on excepte les aléas climatiques et épidémiques, évolue peu et se maintient entre 25 et 35‰ durant la dernière moitié du XIX^e siècle tandis que la natalité, fortement grevée par un sex-ratio déséquilibré, se situe toujours en deçà. Le changement de tendance qui se produit dès 1902 est à mettre principalement en relation avec une fécondité dopée par un meilleur équilibre des sexes : les naissances de 1926 (au nombre de 7 557) sont de 65% supérieures à celles de 1902 (4 587). Cependant, le taux de mortalité, compris entre 25 et 30‰ jusqu'en 1931 (voire 32,9‰ en 1931), limite l'accroissement qui reste inférieur à 1 000 individus par an et c'est en ce sens que l'on peut parler d'un « faux départ » de la transition démographique.

À partir de 1931, se produit un brutal changement et les deux courbes de natalité et de mortalité se séparent de plus en plus nettement. On peut distinguer dans cette évolution quatre grandes périodes :

- Durant la première, allant de 1931 à 1952, la natalité « s'envole » et les naissances atteignent 13 231 en 1952, soit 75% de plus que celles de 1931 avec un taux de natalité record de 51,3‰. La mortalité, quant à elle, fléchit et passe, durant cette période, de 6 507 à 4 677 décès, ce qui représente une baisse de 28%. Le taux de mortalité, lui, amorce une chute encore plus spectaculaire en passant de 32,9 à 18,1‰. Cette phase introduit une dynamique

démographique nouvelle avec, pour la première fois dans l'histoire de la Réunion, un rapide essor de l'excédent naturel – 1 500 à 2 000 personnes à la fin des années 1920 à plus de 8 000 personnes au début des années 1950, ce qui représente un passage de 1 à 3% pour le taux d'accroissement annuel. La population s'accroît, durant cette étape, d'une vingtaine d'années, de 197 933 à 257 700 habitants, soit de 30% ou 1,26% par an.

- La deuxième phase, allant de 1952 à 1967, représente le cœur de la transition démographique. Si les naissances continuent d'augmenter jusqu'en 1965, le taux de natalité, lui, décline à partir de 1952 sous l'effet d'un rythme d'accroissement plus grand de la population. Il reste cependant supérieur à 40‰ tandis que la mortalité continue de s'effondrer en passant de 18,1 à 8,7‰. Durant toute cette période, le taux d'accroissement naturel dépasse 3% et l'excédent naturel moyen, plus de 10 000 personnes par an. Le record est atteint en 1965 avec un accroissement naturel de plus de 13 000 individus (16 869 naissances et 3 806 décès). La population réunionnaise passe de 257 700 à 392 900 habitants, ce qui représente une augmentation de plus de 52% en 15 ans, soit 2,85% par an. Cet accroissement, inférieur à accroissement naturel, est dû aux premiers courants migratoires encouragés (création du Bumidom en 1963).

- La troisième phase, comprise entre 1967 et 1980, débute par une chute des naissances. De 15 957 à 12 272 naissances, leurs effectifs enregistrent une diminution de 23%. Le taux de natalité continue de baisser et passe de 38,6 à 24,5‰. Le taux de mortalité fléchit de 8,7 à 6,5‰, ce qui entraîne conséquemment une chute de l'accroissement de 3 à près de 1,8%. L'accroissement de la population réunionnaise va considérablement se ralentir sous l'effet conjugué de la baisse des excédents naturels et de l'encouragement de l'émigration. De 392 900 en 1967 la population atteint 501 2* hab en 1980 ce qui représente un croît de 27,5% en 13 ans ou 1,89% par an.

- Enfin, la dernière phase se caractérise par la stagnation des variables jusqu'en 1992. De 1980 à 1992, le taux de natalité fluctue entre 23 et 24,5‰ et le taux de mortalité fléchit légèrement de 6,5 à 5,5‰. La transition démographique va, dès lors, se caractériser par un quasi-parallélisme des courbes dégageant un accroissement voisin de 1,8% durant cette période. Cette pause dans son évolution constitue une situation originale caractérisant une transition démographique attardée comme si la Réunion avait autant de mal à en sortir qu'elle en avait eu pour y entrer. Il s'agit là d'un modèle tout à fait spécifique entre les évolutions constatées dans les pays développés et celles des pays en voie de développement. La population passant de 501 200 à 597 828 au dernier recensement général de la population de 1990 enregistre une aug-

mentation de 19,3%, soit 1,77% par an.

II. LES FACTEURS EXPLICATIFS

A. L'effondrement de la mortalité

Le taux brut de mortalité a atteint aujourd'hui, avec 5,1‰ en 1993, l'une des valeurs les plus basses au monde et le taux de mortalité infantile talonne celui de Métropole. Leur chute est le résultat de la conjonction entre les effets cumulés d'une structure par âge jeune, d'une logistique de santé très performante et du développement de l'instruction et du niveau de vie des populations.

1. La mortalité générale et la mortalité infantile

a) La mortalité générale : une baisse spectaculaire

Évolution de la mortalité générale entre 1951 et 1993

	1951	1961	1971	1981	1993
Taux ‰	18,6	11,5	7,7	6,2	5,1
Variation (%)		-38,1	-33,0	-19,5	-17,7
Variation 1951-1993 (%)					-72,5

On constate que cette diminution de la mortalité se ralentit dans le temps. En effet, comme cela sera expliqué plus loin, la chute rapide des premières années est liée à l'élimination rapide des causes exogènes (maladies infectieuses et parasitaires).

Les gains de santé à tous les âges vont entraîner une hausse rapide de l'espérance de vie :

Période	1951-55	1963-67	1972-76	1981-82	1988-90
Espérance de vie	50,5 ans	59,3 ans	64,5 ans	68,7 ans	73,4 ans

b) La mortalité infantile : une des baisses les plus rapides au monde

En 1951, le taux de mortalité infantile était de 164,4‰, soit celui de la Métropole en 1900. Entre 1952 et 1954, les décès des 0-4 ans représentaient 55% du total des décès, et entre 1960 et 1962, encore plus de 46%. En 1971, le taux de mortalité infantile atteignait 47,8‰ et le retard n'était plus que d'une vingtaine d'années sur la Métropole qui accusait le même taux en 1952-53.

La moyenne 1990-91-92 – 6,8% – serait¹ même inférieure à celle de la Métropole – 7,3 – et s'établirait² à la troisième place mondiale après celles du Danemark et des Pays-Bas.

Évolution des composantes de la mortalité infantile (%)

	1951	1961	1971	1981	1991	Métr. 1991	IS*
Mortalité post-néonatale	119,2	65,1	16,1	5,0	3,2	3,8	0,84
Mortalité néonatale tardive	45,2	29,8	31,1	8,1	0,8	1,1	0,73
Mortalité périnatale	86,2	65,3	61,9	24,5	13,5	8,3	1,6
Mortinatalité	56,5	43,6	39,0	19,3	10,4	5,9	1,8
Accouchements à domicile (%)	77,4	73,5	39,7	7,6	1	1	

IS : indice de surmortalité par rapport à la Métropole.

On constate dans le tableau ci-dessus que l'essentiel des conquêtes de la mortalité infantile s'est produit contre la mortalité exogène. Depuis 1951, la mortalité post-néonatale (29 jours à un an) a été divisée par 37 et la mortalité néo-natale tardive (8 à 28 jours) par 56. Le recul de cette mortalité s'explique aisément par les premiers effets de la départementalisation consistant en une rapide éradication des maladies infectieuses et parasitaires, en particulier du paludisme, en l'amélioration des niveaux de vie, principalement de la nutrition et en un développement des infrastructures et des professions médicales. Ces composantes sont même passées aujourd'hui sous le niveau métropolitain avec des indices inférieurs à 1. Pour la mortalité périnatale et la mortinatalité, on constate que la diminution est restée faible jusqu'en 1971, et qu'elle s'est accélérée ensuite. Entre 1951 et 1991, la première a été divisée par 6,5 et la seconde par 5,5. Le niveau de cette mortalité endogène demeure beaucoup plus élevé qu'en Métropole avec des indices respectivement de 1,6 et 1,8. La persistance de cette causalité endogène reste liée à des aspects comportement-

1. Cette valeur est certainement à relativiser car il semble que l'on soit ici en présence d'erreurs dans l'enregistrement d'enfants nés vivants dans la rubrique des morts-nés.

2. *Idem.*

taux plus difficiles à faire évoluer (consanguinité, alcoolisme, complications intra-utérines résultant d'un non-suivi des grossesses et surtout à l'importance, jusqu'à ces dernières années, du nombre d'accouchements à domicile). Jusqu'en 1970, la mortalité infantile était si grande que l'espérance de vie à un an était plus élevée que celle que pouvait avoir un enfant à la naissance.

2. La transition épidémiologique

Pour les détails de la transition des causes de décès, on pourra utilement se reporter aux travaux suivants : *Infostat* de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ; Lopez, 1987 et 1989. Rappelons que la théorie de la transition épidémiologique a été formulée il y a un quart de siècle par Abdel R. Omran, épidémiologiste de l'École de Rochester (États-Unis), pour expliquer les modifications quantitative et qualitative de la mortalité accompagnant la transition démographique.

Ce chercheur met en évidence, dans la transition démographique et dans l'évolution temporelle de la mortalité, une lente modification des causes de décès. Celle-ci consiste dans le passage d'une mortalité dominée par les pathologies infectieuses, parasitaires et de carence à une mortalité dominée par les pathologies dégénératives, chroniques et comportementales (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies mentales, accidentalité, etc.). Ce bouleversement causal de la mortalité est responsable de son effondrement et donc de l'allongement de la vie.

Jusqu'en 1950, le paludisme était la principale cause de décès : 40,5% en 1903-1906, 38% en 1948. Son impact était d'autant plus grand qu'il intervenait le plus souvent sur des organismes carencés par une malnutrition chronique, exacerbée par les déséquilibres économiques générés par les cyclones et par les ravages de l'alcoolisme. Ces carences alimentaires persisteront jusqu'à une époque récente et seront l'une des causes principales de l'insuffisance du développement staturo-pondéral qui ajourne 31% des jeunes Réunionnais dans les conseils de révision en 1970 et qui motive 80% des rejets de candidatures par le Bureau pour le développement des migrations dans les départements d'outre-mer (Bumidom). Il faut ajouter à ce tableau, les parasitoses qui sont restées longtemps un grand problème de santé publique à la Réunion. En 1969, une enquête révélait que 95% des Réunionnais étaient parasités et que 84% étaient polyparasités.

Le paysage épidémiologique du début des années 1950 correspond, à quelques nuances près, à celui que connaissent aujourd'hui bon nombre de pays du tiers-monde en première phase de transition démographique qui se caractérise par une mortalité élevée (22,9‰ en 1950 à la Réunion) mais en

régression, encore fortement dépendante des conditions du milieu naturel, et où la jeunesse de la population et les conditions de vie, encore très attardées, favorisent peu l'émergence des pathologies dégénératives et comportementales.

De 1952 à nos jours, l'évolution de la mortalité s'est accompagnée d'un bouleversement complet des causes de décès comme en témoigne le tableau ci-dessous.

Évolution des causes de décès

	1931-32-33		1952-53-54		1981-82-83		1992		Métro 1992		I.S
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang	
Malad. Infect./parasit.	47,30	1	14	2	2,7	10	2,25	10	1,3	10	1,3
SIDA			0		0		0,51	14	0,8	12	0,3
Tumeurs mal. (y compris Leucémie)	0,04	9	1,7	9	12,8	2	16,34	2	27,6	2	0,8
Malad. endoc. nutrit. métabol. tr immu.			0,1		4,6	8	4,09	8	2,5	7	2,5
Troubles mentaux (sauf alcoolisme)					**		0,6	13	1,9	9	0,6
Alcoolisme			4,6	7	5,7	6	4	9	0,5	14	6,2
Malad. syst. nerv. et organes sens	1,60	5			3,1	9	4,24	7	2,1	8	1,6
Malad. appar. circulatoire	1,10	7	8	5	32,1	1	32,41	1	32,6	1	1,5
Malad. appar. respiratoire	10,90	3	11,5	3	7	5	8,08	4	7,2	4	1,8
Malad. appar. digestif	1,60	5	10,5	4	8,7	4	7,3	5	5	6	1,5
Malad. organes génito/urinaires	0,90	8	1,1	10	1,4	12	1,71	11	1,3	10	1,6
Affect. origine périnatale			5,8	6	2,1	11	0,96	12			1,3
Autres maladies			2,3		2,1		1,74		2		
Sympt. autres états morb. mal défin. ou ND	34,80	2	38	1	5,4	7	4,9	6	6,4	5	
Causes externes dont :	1,70	4	2,4	8	12,3	3	10,9	3	8,8	3	1,1
Accidents de la circulation			*				2,46		1,7		1,1
Suicides			*				3,42		2,2		1
Autres acc. et morts violentes			*				4,99		4,9		
TOTAL en %	100		100		100		100		100		
Moyenne annuelle des décès	6326		4369		3696		3347		521400		
Taux brut de mortalité en p 1000	32,0		16,4		8,4		5,4		9,1		
** compris dans alcoolisme											

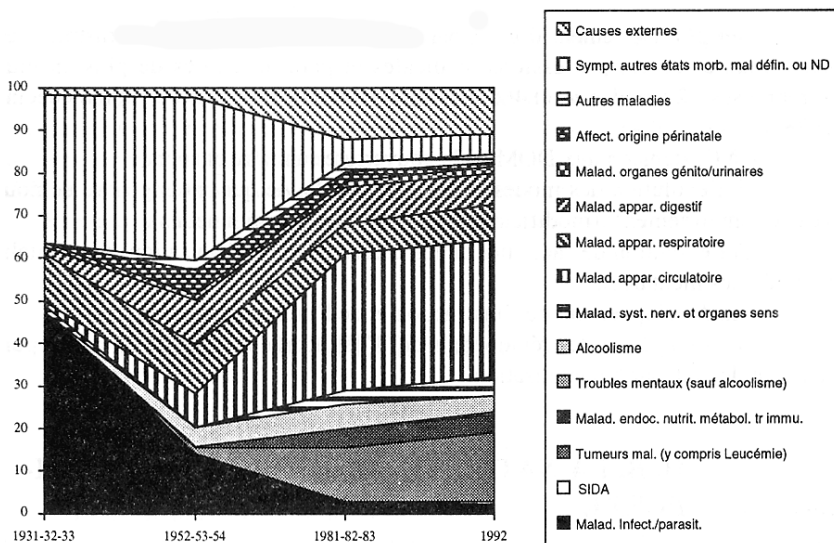
IS : indice de surmortalité Réunion/Métropole calculé à partir des taux standardisés.

Cette mutation des causes de décès a précipité la Réunion vers le modèle épidémiologique métropolitain. On peut observer tout d'abord l'énorme progrès réalisé par l'appareil médical qui se traduit par une baisse des causes mal définies et non déclarées. Les maladies infectieuses et parasitaires ne sont plus qu'un lointain souvenir et reléguées à la dixième place malgré l'ampleur récente du SIDA. Comme en Métropole, les maladies cardio-vasculaires sont passées à la première place avec un tiers des décès et les tumeurs, à la seconde avec une fréquence moins grande à la Réunion. Toujours comme en Métropole, les causes externes se sont hissées à la troisième place mais avec un

poinds plus inquiétant à la Réunion chez les jeunes pour les suicides et l'accidentalité routière. Enfin, il faut constater le rôle prédominant de l'alcoolisme à la Réunion qui est à la neuvième place avec une fréquence de décès six à sept fois plus importante qu'en Métropole (Lopez, 1986).

Si l'ordre des causes s'est rapproché de celui de la Métropole, il n'en est pas moins vrai que les taux standardisés pour chacune de ces causes, mesurant leur risque avec plus de pertinence, sont, pour la plupart, supérieurs à la Réunion. Il est à noter toutefois que, pour le SIDA et les cancers, les risques sont moins grands à la Réunion avec des indices de surmortalité respectivement de 0,3 et de 0,8.

Transition épidémiologique



Cette évolution est liée au formidable élan économique, social et culturel impulsé par la départementalisation et plus particulièrement :

- au développement d'un appareil de santé englobant des infrastructures performantes et des professions médicales et paramédicales de plus en plus nombreuses (29 médecins et 460 lits d'hôpitaux en 1946 ; plus de 1 000 médecins et 2 858 lits en 1994) ;

- à l'extension aux départements d'outre-mer (DOM) de la couverture sanitaire et sociale ;

- à l'évolution des modes et des niveaux de vie qui ont engendré de nouveaux comportements (modification des habitudes nutritionnelles) ;
- à l'évolution des activités et des cadres de vie (urbanisation, accidentalité, maladies mentales) ;
- au développement de l'instruction et de l'information ;
- à la longévité des Réunionnais qui s'est accrue de près de 25 ans depuis le début de la départementalisation.

B. La natalité : une évolution complexe

Depuis le début du siècle, la natalité n'a cessé d'augmenter : le taux de natalité jusqu'en 1952 et les naissances jusqu'en 1965. Depuis, il s'opère un reflux des indicateurs de fécondité.

1. L'influence de la structure par âge et par sexe

Nous ne nous attarderons pas sur le rôle du déséquilibre du sex-ratio. On peut simplement rappeler son importance avant 1902 et durant les phases de forte émigration encouragées par le Bumidom.

Il est plus facile de comprendre celui de la structure par âge influencée par les fluctuations de la natalité et secondairement par les migrations. Les manifestations les plus évidentes de ce phénomène peuvent s'illustrer par les exemples suivants:

- La forte baisse des naissances entre 1965 et 1981 s'explique par l'effet conjugué de deux facteurs : la diminution de fécondité qui sera vue plus loin et l'essor de l'émigration qui prive la Réunion de naissances qui se produisent en Métropole et de jeunes adultes célibataires, le plus souvent masculins, ce qui a eu pour effet de déséquilibrer le sex-ratio de ces classes d'âges les plus prolifiques.

- Depuis 1982, la reprise de natalité résulte de l'arrivée en âge de procréation des classes d'âges nombreuses des années 1960. La proportion des 20-34 ans, qui enregistrent habituellement la plus forte fécondité, passe de 23 à 27% entre 1982 et 1990. S'ajoute à cela l'arrêt des courants migratoires vers la Métropole. La fécondité déclinante ne suffit donc pas à compenser cet effet de structure.

2. L'influence de la fécondité

a) L'évolution de la fécondité

Elle est plus difficile à mesurer car elle relève des comportements humains, eux mêmes fortement influencés par une série de facteurs économiques, sociologiques, institutionnels, culturels, etc. Pour les États en phase post-transitionnelle ou en fin de transition démographique, l'observation montre qu'une évolution inéluctable a assuré le passage de la famille nombreuse à la famille restreinte.

Historiquement, la baisse de la fécondité s'est amorcée dès la fin des années 1950, certainement en réponse à l'effondrement de la mortalité infantile et suivant la théorie « des naissances de remplacement ». Cependant son niveau élevé – ISF voisin de sept enfants par femme en 1952 – a amené la Métropole à ne pas appliquer totalement la législation française en matière d'encouragement de la natalité (V^e Plan, 1966-1970) et à favoriser le développement des structures de planning familial par l'intermédiaire de l'AROF (Association réunionnaise d'orientation familiale, créée en 1966).

On constate dans le tableau ci-dessous une forte et régulière baisse de l'ISF jusqu'en 1986. Cette évolution semble ensuite marquer une pause avec même un léger redressement en 1988 et 1989. Malgré sa chute, l'ISF reste supérieur à 210 enfants pour 100 femmes, indice qui, on le sait, correspond au seuil de renouvellement de la population. Ce n'est plus le cas de la Métropole depuis 1974-75.

Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) à la Réunion (R.) et en Métropole (M.)

(nombre d'enfants pour 100 femmes, 1965-1993)

	65	70	75	80	82	84	86	88	89	90	91	92	93
R.	673	462	374	395	281	285	261	262	261	257	260	257	239
M.	283	247	193	194	191	181	184	182	181	180	177	173	165

Les facteurs explicatifs de la baisse de la fécondité sont liés à l'évolution économique et sociologique de la population réunionnaise et plus particulièrement à :

- la modification de la place de la femme dans la société (poursuite de la scolarisation, désir d'implication de plus en plus fort dans la vie active et publique, émancipation dans le couple, etc.) ;
- au bouleversement des rythmes et des genres de vie qui deviennent plus urbains et beaucoup plus tournés vers une société de loisirs et de consumma-

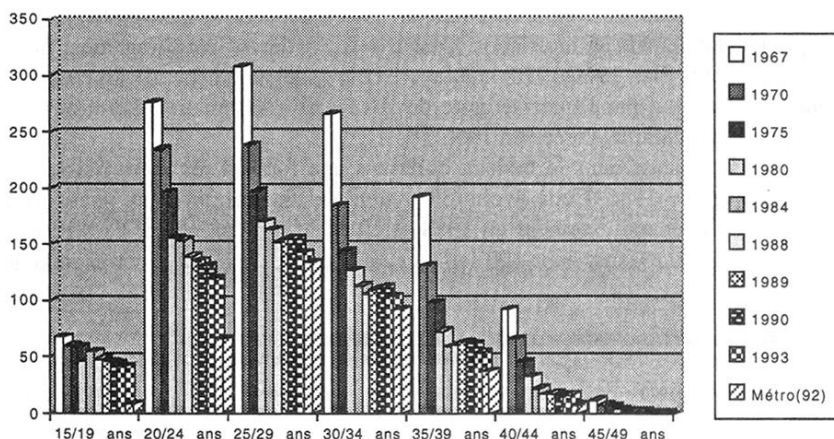
tion générant des attitudes plus individualistes et égocentriques ;

- au brassage des populations et de leurs comportements (modèle de la famille restreinte introduit par les Métropolitains vivant à la Réunion ou par les Réunionnais de retour au pays après un long séjour en Métropole).

b) La fécondité par âge

Les taux de fécondité par âge ont tous enregistré, comme on peut le constater sur la figure ci-dessous, une baisse jusqu'en 1990, à l'exception des 25-39 ans, classes d'âges sur lesquelles on reviendra par la suite. Cette diminution ne s'est pas faite avec la même intensité selon les classes d'âges : elle a été d'autant plus importante qu'elle affectait des femmes plus âgées.

Évolution des taux de fécondité par âge



Dans l'évolution de la fécondité réunionnaise, on peut retenir un certain nombre de traits originaux :

- Une fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) qui a faiblement décliné et qui reste élevée (l'écart s'est amplifié depuis 1975 avec la Métropole où le taux est aujourd'hui cinq fois plus faible). Les raisons tiennent à une scolarité plus courte qu'en Métropole et à des causes sociologiques complexes (dans certains milieux défavorisés, les maternités sont, pour les adolescentes, un moyen de s'affirmer socialement et/ou, éventuellement, de se soustraire à la famille).

- Chez les 20-24 ans, le taux a été divisé par 2,2 en 25 ans mais il est en-

core aujourd'hui 1,6 fois plus grand qu'en Métropole. Ces âges arrivent, comme en Métropole, en seconde position de forte fécondité après la classe d'âge des 25-29 ans.

- Entre 25 et 29 ans et 30 et 34 ans, la fécondité a été, pour ces deux classes d'âge, respectivement divisée par 2,2 et 2,7. Le taux de fécondité de la classe d'âge des 25-29 ans, la plus féconde, ne dépasse celui de la Métropole que de 10% et c'est donc à ces âges que les comportements sont les plus proches entre la Réunion et la Métropole. Le recul de la fécondité des 30-34 ans est en grande partie lié à la réduction de la taille de la famille.

- Les très fortes baisses qui ont affecté le 35-49 ans, soit respectivement une division pour ces trois classes d'âges quinquennales (35-39, 40-44 et 45-49) par 3,7, 6,5 et 16, sont les conséquences de l'abandon du modèle de la famille nombreuse.

Cette évolution vers la famille restreinte a abouti à un resserrement de la fécondité entre 20 et 34 ans : en 1965, ces âges concentraient, à la Réunion, 68% de la fécondité globale ; en 1990, 76%, et 86% en Métropole.

c) Une reprise de fécondité chez les 25-39 ans depuis 1988

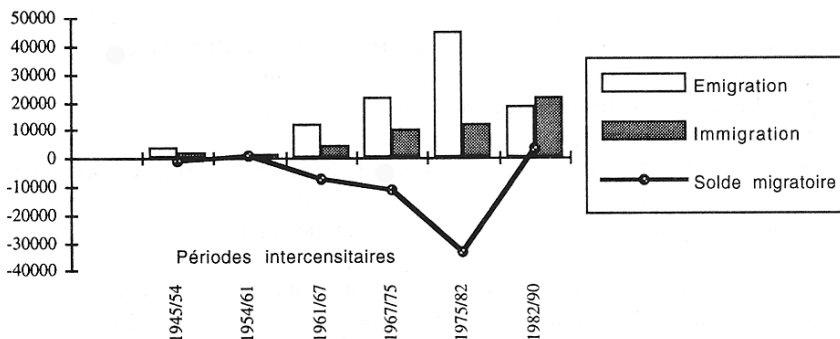
Comme on peut le constater sur la figure ci-dessus, 1988 marque une rupture d'évolution chez les 25-39 ans qui se caractérise par une hausse des taux de fécondité et ce phénomène s'observe également en Métropole. Il pourrait s'agir d'une modification du calendrier des naissances comme si celles-ci étaient différées dans les projets de famille. On peut penser que, dans le contexte de crise économique et d'incertitude qui a caractérisé ces dernières années, les femmes attendaient peut-être de se donner tous les atouts de formation et de réussite professionnelle avant d'envisager une maternité. Quelle sera la fécondité demain ? Le recul global de l'âge à la maternité, les comportements plus individualistes et tournés vers la famille réduite peuvent faire penser que cette évolution est sans retour, même si l'on a pu constater une pause entre 1986 et 1991. L'ISF de 1993, s'établissant à 239 enfants pour 100 femmes, semble marquer un nouveau décrochage et peut-être l'amorce d'une nouvelle tendance à la baisse.

C. Les migrations

Les courants d'émigration sont anciens et, durant la seconde moitié du XIX^e siècle et les premières années du XX^e qui ont correspondu à une période de très grand marasme, les Réunionnais ont été nombreux à tenter leur chance dans le nouvel Eldorado malgache. En 1925, les 3/4 des Français de Mada-

gascon étaient réunionnais et en 1954, ils étaient près de 24 000 à résider sur la Grande Île.

Évolution du solde migratoire à la Réunion



À partir du début des années 1960, la Métropole et les autorités locales s'inquiètent des déséquilibres naissants entre les possibilités d'emploi et la progression importante des jeunes. Le Bumidom, créé en 1963, avait pour objet « de contribuer à la solution des problèmes démographiques des DOM ». L'incitation et l'organisation de l'émigration par cet organisme générale, à partir du début des années 1960, un courant de plus en plus important :

- moins de 1 000 personnes par an jusqu'en 1964 ;
- de 1 000 à 3 000/an en 1965 et 1966 ;
- de 3 000 à 4 000/an de 1967 à 1970 ;
- plus de 4 000 à partir de 1971 ;
- entre 5 000 et 6 000 jusqu'au 1980.

Le solde migratoire intercensitaire (figure ci-dessus) devient négatif entre le recensement de 1961 et celui de 1982. La valeur la plus forte est atteinte entre 1975 et 1982 avec un solde négatif de 33 380 personnes. Ces courants se sont, par la suite, fortement ralentis, voire inversés, et le solde 1982-90 est, pour la première fois, depuis 1961, positif (+3000).

En effet, la période 1982-1990 a été marquée par l'essor de l'immigration comprenant les courants de retour de Réunionnais accompagnés de leurs enfants et dont les âges, compris entre 30 et 45 ans pour les premiers et 0 et 15 ans pour les seconds, ont quelque peu modifié, en 1990, la structure par âges de la pyramide 1982.

III. Les effets sur la structure par âge et par sexe

La rapidité de l'évolution des variables, les effets d'écho et le rôle des migrations sont aujourd'hui lourds de conséquences sur la structure de la population ainsi que sur son devenir.

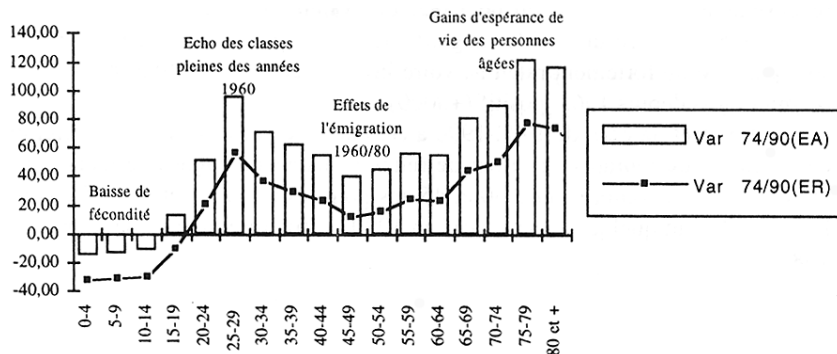
A. L'évolution des groupes d'âges

Alors que la population a augmenté de 25% environ entre 1974 et 1990 (8% entre 1974 et 1982 et 15,8% entre 1982 et 1990), cet accroissement, très inégal selon l'âge, a profondément modifié la structure de la population réunionnaise.

Évolution en % des grands groupes d'âges

	1967	1974	1982	1990
Moins de 20 ans	56,2	54,1	49,0	40
20-59 ans	38,3	39,9	44,1	51,4
60 ans et plus	5,5	6,0	6,9	8,6

Évolution de la structure par âge



Globalement, on constate une forte baisse des moins de 20 ans et une hausse des adultes et des vieux. La figure ci-dessous met en évidence avec plus de précision les aspects suivants :

- les moins de 15 ans ont fortement régressé en effectifs absolu et relatif entre 1974 et 1990 – surtout entre 1974 et 1982 – suite à la baisse des nais-

sances de la fin des années 1960 ;

- les 15-19 ans, s'ils ont continué à baisser en effectif relatif, ont légèrement progressé en effectif absolu.

Au-delà de 20 ans, l'évolution 1974-90 est toujours restée positive, mais avec les nuances suivantes :

- Pour les 25-39 ans, les gains d'effectifs 1974-82 sont importants mais ceux de 1982-90 le sont encore davantage. Pour l'ensemble de la période, ils sont supérieurs à 60% dans les trois classes d'âges quinquennales et frôlent même les 100% pour les 25-29 ans. Cette évolution résulte, bien sûr, de la natalité très élevée des années 1953 à 1967.

- Pour les plus de 65 ans, la croissance des effectifs 1974-90 est encore plus élevée que celle des âges précédents – plus de 80% – et 120% pour les « plus de 75 ans ». Il faut voir là le résultat des gains de santé autorisant une plus grande longévité des personnes âgées.

- Enfin, les effectifs des 40-54 ans sont ceux qui ont le moins progressé : moins de 60% et moins de 40% pour la classe d'âge 45-49 ans. L'émigration entre 1960 et 1980 en est ici la cause.

B. La surmortalité masculine

Elle est une des spécificités de la mortalité à la Réunion et se marque par une différence d'espérance de vie de près de dix ans entre les hommes et les femmes – l'une sinon la plus élevée au monde – qui n'a cessé de croître avec le développement économique et social de ce département d'outre-mer comme le montre le tableau ci-dessous :

Évolution de l'espérance de vie

	Sexe masc.	Sexe fém.	Ensemble	Écart
1951-55	47,5	53,4	50,5	5,9
1959-63	54,1	60,6	57,4	6,5
1963-67	55,8	62,4	59,3	6,6
1965-69	57,2	63,9	60,6	6,7
1972-76	60,6	68,4	64,5	7,8
1981-82	64,8	72,6	68,7	7,8
1983-87	65,6	75,1	70,2	9,5
1990	69,0	78,3	73,6	9,3

Ce phénomène résulte d'un repli inégal de la mortalité qui a profité davan-

tage aux femmes. Il a fait l'objet d'une analyse très détaillée à laquelle on pourra se reporter (Berg-Hamon et Lopez, 1989). En 1990, le taux de mortalité des hommes est de 6,3‰ alors que celui des femmes est de 4,3.

On se contentera ici d'en rappeler quelques grandes lignes. La forte mortalité des hommes est grevée :

- par des conditions de santé plus précaires héritées de l'avant-départementalisation et par un recours aux soins plus difficile (plus grande distance psychologique vis-à-vis d'une structure ou d'une profession médicale) ;

- par leur niveau d'activité plus élevé – 47,3% contre 28,5% pour les femmes en 1990 et 68,9% contre 21,4% en 1967 – et par l'exercice de métiers plus à risques (agriculture, bâtiment et travaux public, etc.) ;

- par des comportements à risques plus grands : chez les jeunes garçons avec l'accidentalité routière et les suicides, chez les adultes avec les maladies nutritionnelles et en particulier l'alcoolisme qui est la cause essentielle de la surmortalité des hommes, soit directement par les pathologies du tube digestif ou du système nerveux, soit indirectement par le biais de l'accidentalité routière ou au travail, de la criminalité ou de son association à d'autres pathologies.

On peut, pour simplifier, dire que les hommes réunionnais ont, ces dernières décennies, potentialisé tous les risques hérités des modes et des valeurs de la société créole et ceux introduits par la départementalisation.

La plus faible mortalité des femmes est liée à des comportements à risques réduits : elles sont moins actives, moins enclines aux pathologies nutritionnelles (alcoolisme, tabagisme, etc.). Une raison cependant fondamentale réside chez la femme dans son recours à des soins plus fréquents favorisés par ses maternités (suivi des grossesses) et par la préoccupation de la santé de ses enfants (PMI, pédiatre, etc.). On constate aujourd'hui une stagnation, voire un recul de l'écart d'espérance de vie qui peut s'expliquer, non pas par une prise de risques plus faible des hommes, mais plutôt, compte tenu de la récente émancipation de la femme réunionnaise, par un accroissement des risques chez ces dernières.

C. La pression sur la formation et l'emploi

Le *baby boom* d'une vingtaine d'années, qui a consisté, on l'a dit, en un rythme annuel supérieur à 13 000 naissances entre 1952 et 1975, mêle ses effets mécaniques à l'amélioration des taux de poursuite scolaire et des taux d'activité, faisant peser sur le système éducatif et sur l'emploi, depuis la fin des années

1970, de lourdes contraintes.

1. L'évolution des effectifs scolaires

Les effectifs du premier degré ont chuté entre 1974 et 1990 de près de 11 000 élèves. On constate cependant une augmentation depuis 1992-93 consécutive à la reprise de natalité de 1989. Les effectifs du second degré ont fortement progressé grâce à la fois à l'amélioration des taux de passage primaire/secondaire et au poids de ces classes d'âges, leur effectif ayant doublé entre 1974 (46 000) et 1994 (92 000). Ce sont surtout les effectifs universitaires qui ont connu les plus fortes hausses entre 1974 et 1990 liées au choc des classes pleines (+50% pour les 20-24 ans et près de 100% pour les 25-29 ans entre 1974 et 1990) et surtout à l'amélioration de la poursuite des études supérieures. L'effectif des étudiants, durant cette période, a été multiplié par cinq. Au nombre d'environ 10 000 étudiants en 1993-94, la population universitaire atteindrait 17 000 étudiants en l'an 2000.

2. Une forte pression sur l'emploi

	Population totale		Population active			Population active occupée			Chômeurs	
	Effect.	% d'ac.	Effect.	% d'ac.	dont F.	Effect.	% d'ac.	dont F.	Effect.	Taux
1974	480 200		133600		32,4	107 900		30,4	25 700	19,2
1982	515 800	7,4	173000	29,5	34,7	118 600	10,5	34,8	54 400	31,4
1990	597 800	15,9	233600	41,9	41,9	146 300	23,3	38,1	86 100	36,9

Alors que la population a progressé de 25% entre 1974 et 1990, la population active, elle, s'est accrue de 75%, et la population active occupée, de 35,5%.

Une récente étude faite par l'INSEE sur l'emploi montre que l'évolution de la population active dépend principalement de l'effet démographique et, secondairement, de l'effet des taux d'activité. Cette remarque est en fait moins vraie pour les femmes que pour les hommes, ces dernières s'étant portées plus massivement sur les demandes d'emploi durant ces quinze dernières années : leur taux d'activité a quasiment doublé entre 1967 et 1993.

Dans l'évolution de la population active, on remarque que l'accroissement annuel passe de 5 400 personnes entre 1974 et 1982, à 10 200 entre 1990 et 1993.

Évolution annuelle de la population active

	Accroissement total	Effet démographique	Effet des taux d'activité
1974-82			
Hommes	+ 2 900	+ 3 250	- 350
Femmes	+ 2 500	+ 1 300	+ 1 250
Ensemble	+ 5 400	+ 4 550	+ 850
1982-90			
Hommes	+ 3 000	+ 4 100	- 1 100
Femmes	+ 4 250	+ 2 000	+ 2 250
Ensemble	+ 7 250	+ 6 100	+ 1 150
1990-93			
Hommes	+ 4 400	+ 4 000	+ 400
Femmes	+ 5 800	+ 2 800	+ 3 000
Ensemble	+ 10 200	+ 6 800	+ 3 400

Ce quasi-doublement est en fait à nuancer en fonction des sexes : chez les femmes, ce rythme a été multiplié par 2,3 et chez les hommes par 1,5.

Entre 1974 et 1982, l'effet démographique chez les hommes est total ; les taux d'activité évoluent même faiblement à la baisse, alors que, chez les femmes, les effets sont également partagés. Durant les périodes 1982-90 et 1990-93, l'effet des taux d'activité chez les femmes dépasse largement l'effet démographique.

Enfin, cette forte pression des actifs face à un marché insuffisant de l'emploi a eu pour conséquence de développer la population des chômeurs principalement entre 1974 et 1990 où elle a été multipliée par trois. La Réunion possède aujourd'hui le triste record de France du taux de chômage le plus élevé : 38% des actifs.

Conclusion

En ce dernier demi-siècle, la Réunion a vécu, on vient de le voir, une partie accélérée de son histoire. La dynamique départementaliser a hâté la transition économique et sociale et, par là même, l'évolution de sa population. L'insularité, l'éloignement, la faible inertie démographique et certainement les politiques sociales ont contribué à rendre cette évolution tout à fait originale et beaucoup plus heurtée qu'en Métropole.

Cette évolution a précipité la transition démographique et, bien que ralentie sur sa fin, la population a atteint en 1990, 597 828 habitants. Sur la base

d'un accroissement annuel de 10 000 habitants environ – sans considérer l'immigration redevenue positive depuis 1982 –, elle peut être estimée à 650 000 habitants aujourd'hui. Bien qu'encore jeune par rapport à la Métropole, sa structure par âge évolue vers une plus grande maturité qui n'est pas sans conséquences aujourd'hui sur les formations et sur l'emploi. Les perspectives de population élaborées par l'INSEE en 1992 sur la base des tendances actuelles – solde migratoire de + 1 000, fécondité stable pour les 25-39 ans et fécondité déclinante pour les autres âges – situent la population réunionnaise à 714 000 habitants en 2000 et 768 000 habitants en 2005.

Enfin, ces mutations démographiques se sont accompagnées d'une forte densification humaine – plus de 250 habitants au km² – et de puissantes modifications dans la répartition spatiale des populations par une vidange des « hauts » et des espaces les plus isolés vers une ceinture urbanisée littorale qui groupe aujourd'hui, de Saint-Joseph à Saint-Benoit en passant par la côte ouest, près de 85% de la population et qui ne va pas sans poser de nombreux problèmes de gestion et d'équilibre de l'espace réunionnais.

Orientation bibliographique

- BERG-HAMON Christine et LOPEZ Albert (1989), « La mortalité à la Réunion », *Économie de la Réunion*, INSEE, n° 41, mai-juin.
 Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, *Bulletin d'informations sanitaires et sociales de la Réunion / DDASS*.
- FESTY Patrick (avec la collaboration de Christine Hamon) (1983), *Croissance et révolution démographique à la Réunion*, Paris, Institut national d'études démographiques / Presses universitaires de France, collection « Travaux et documents », cahier n° 100.
- LECOMPTE D. (1975), *La Population réunionnaise : problèmes actuels et perspectives pour l'an 2000*, Saint-Denis, Direction départementale de l'équipement, Groupe d'étude et de programmation.
- LOPEZ Albert (1986), « Alcools et alcoolisation à la Réunion », *Atelier de la géographie de la santé GEOS*, n° 6, août.
- LOPEZ Albert (1987), « Le rôle de la départementalisation dans les grandes conquêtes sanitaires et sociales à l'île de la Réunion », *Bulletin de l'association des géographes français*.
- LOPEZ Albert (1989), « La santé en transition à la Réunion de 1946 à 1986 : bouleversements et limites des conquêtes de la santé dans un DDOM », *Annuaire de géographie*, n° 546.
- SQUARZONI René (1986), « Le secteur de la santé à la Réunion. Une contribu-

tion importante à la transformation radicale d'un département d'outre-mer », *Analyse psychiatrique de la Réunion*.