

point de vue

De la médecine et de la démographie (2)

La démographie a beaucoup à voir avec la médecine. Or ces deux mondes ne se côtoient guère. (*Rev Med Suisse* 2012;8:1298). C'est bien cette vérité qui est rappelée dans le dernier numéro de *Population & Sociétés*, publication mensuelle de l'Institut national français d'études démographiques (Ined).¹ Ce bulletin d'informations est consacré à la «politique de population». En clair: existe-t-il ou pas des moyens de peser sur la démographie mondiale? Ce sujet essentiel est au programme de la Conférence mondiale des Nations Unies sur le développement durable (20-22 juin, Rio de Janeiro). Il est ici abordé par Jacques Vallin, démographe à l'Ined.

Le politique (dont on voit chaque jour un peu plus dramatiquement les étroites limites de l'action dans le champ économique) peut-il peser sur la démographie? Si oui, de quelle manière? Pour répondre, M. Vallin examine différents objectifs où la médecine est souvent très directement concernée.

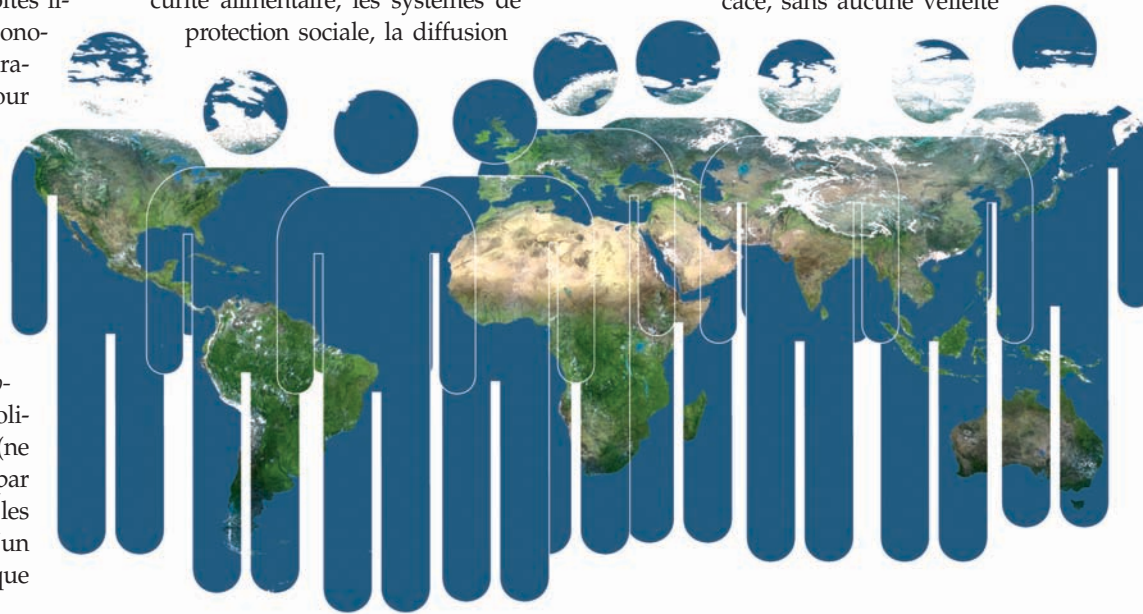
Réduire la mortalité. Faire reculer la *maladie et la mort*. C'est là un objectif universel qui est loin de venir spontanément à l'esprit lorsqu'il est question de *politique démographique*. Il faut dire ici que les politiques de santé n'ont jamais été (ne sont jamais véritablement) perçues par l'opinion publique (ni même par les responsables politiques) comme l'un des volets essentiels d'une politique

démographique. Ce sont pourtant historiquement bien elles qui ont permis aux sociétés modernes de s'affranchir, grâce à une lutte efficace contre la mortalité prématurée, de la nécessité de faire de nombreux enfants.

«Ne sommes-nous pour autant redevables qu'aux seules politiques de santé pour l'immense progrès réalisé? Certainement pas, du moins si l'on s'en tient strictement aux politiques dont sont expressément chargés les ministères de la Santé, estime M. Vallin. Mais assurément oui, si l'on y englobe toutes les actions collectives (publiques ou privées) qui y ont concouru, avec au moins en arrière-plan un but sanitaire, en particulier les politiques d'amélioration agricole et de sécurité alimentaire, les systèmes de protection sociale, la diffusion

de l'instruction, la lutte contre les inégalités, l'amélioration des conditions de vie, etc. Rien ne permet d'affirmer que toutes les interventions dans le domaine de la santé sont efficaces, mais il ne fait aucun doute que, tant au sens strict qu'au sens large, les politiques de santé sont d'une nécessité vitale.»

Limiter les naissances. A la différence de l'objectif précédent, celui-ci peut prêter à débat, à affrontement religieux ou philosophique. «La nécessité d'une intervention politique en vue de réduire la fécondité dans les pays où la croissance démographique est trop forte est plus discutable, surtout si on s'en tient à la notion étroite de programmes de limitation des naissances» estime le spécialiste de l'Ined. Selon lui, deux constats historiques suffisent à l'illustrer. D'une part, c'est en France, pays où le *catholicisme* réprovait sévèrement toute idée de contraception, que celle-ci s'est diffusée le plus tôt et le plus fortement, sous une forme archaïque (le *coït interrompu*) mais néanmoins efficace, sans aucune velléité



collective de modérer la croissance démographique. Les *pays protestants*, a priori plus ouverts à l'idée, n'y sont venus qu'un siècle plus tard, sans d'ailleurs que (là non plus) les pouvoirs publics soient jamais intervenus.

D'autre part, lorsqu'à partir des années 1950 et 1960, les pays riches ont pris peur face à la menace que constituait selon eux la croissance très rapide des pays pauvres du Sud, les trois pays du Maghreb ont pris des postures politiques extrêmement différentes. Dès le milieu des années 1960, la Tunisie a mis en place un programme doté de solides moyens et bénéficiant de l'appui technique et financier des Etats-Unis. L'Algérie a clairement pris le parti inverse, en dénonçant l'impérialisme néo-malthusien américain, arguant que seul le développement économique était susceptible de changer les comportements procréateurs. Le Maroc, enfin, a emprunté une voie médiane en décrétant la mise en place d'un programme, pour plaire aux Etats-Unis, mais sans moyens significatifs, de peur de se voir démographiquement dépassé par l'Algérie. «Résultat surprenant, à la fin des années 1990, ces trois pays musulmans avaient ramené leur taux de fécondité au voisinage de deux enfants par femme! La baisse a démarré un peu plus tard en Algérie et au Maroc qu'en Tunisie, mais elle y a aussi été plus rapide, observe M. Vallin. De plus, dans les trois pays, elle a autant été le fait d'une élévation considérable de l'âge au mariage que du développement de la contraception.»

Et puis, bien sûr, la Chine, ce pays où l'on peut affirmer que l'instauration d'un programme de limitation des naissances a été le principal facteur d'une réduction souhaitée de la fécondité. Reste une question: les méthodes imposées aux Chinois (strict contrôle du mariage, séparation des couples, suppres-

sion des allocations familiales en cas de second enfant et impôt supplémentaire pour le troisième, etc.) sont-elles compatibles avec les droits de l'Homme; où plus précisément avec l'idée *souvent messianique* que nous nous en faisons?

Encourager la natalité. Le poids du politique? La loi française de 1920 (qui réprimait pénalement l'avortement et interdisait la dif-

... il ne fait aucun doute que les politiques de santé sont d'une nécessité vitale ...

fusion d'informations sur la contraception) n'a guère eu pour effet que de contraindre les femmes à recourir de plus en plus à l'avortement clandestin dans des conditions désastreuses. A contrario, les dispositions législatives sur la libéralisation de la contraception puis sur la dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse n'ont provoqué ni rechute de la fécondité ni explosion du nombre d'avortements. Quant aux politiques, plus positives, d'aide aux familles après la Seconde Guerre mondiale, elles n'ont pas empêché la fécondité européenne de s'effondrer dans le dernier quart du XX^e siècle.

Paradoxes? «Finalement, la maîtrise de la fécondité dépend par-dessus tout de la volonté des couples, conclut M. Vallin. Contrarier de front cette volonté ne peut guère porter de fruits. Freiner ou inverser une tendance jugée inopportune n'est guère possible que dans le cadre de politiques d'ensemble modifiant le contexte dans lequel s'est forgée cette volonté.» A méditer, en relisant *Le Meilleur des Mondes*?

S'adapter aux changements démographiques. Pour le démographe de l'Ined, deux

conclusions s'imposent. D'une part, il est de bonnes et de mauvaises politiques de population, que ce soit du point de vue de leurs objectifs, des méthodes mises en œuvre ou de l'efficacité des mesures prises. Mais aussi utile soit-elle une politique de population *stricto sensu* risque fort de ne pas suffire à atteindre l'objectif assigné si elle ne s'insère pas dans un ensemble plus global de politiques économiques, sociales, culturelles, favorables aux changements de comportements individuels.

Force est donc, selon lui, de tirer une troisième conclusion: il peut être plus important de prendre les mesures susceptibles d'adapter nos sociétés et nos économies aux changements démographiques que de chercher à contrecarrer ces derniers. Tout le monde reconnaît aujourd'hui qu'il serait absurde de tenter de s'opposer au vieillissement démographique alors même que celui-ci nous a été imposé par la plus belle conquête de l'humanité: une espérance de vie de près de cent ans! «Inutile donc de chercher à faire remonter la fécondité au-dessus de deux enfants par femme, dit-il. Préparons-nous plutôt à accueillir dignement des cohortes de personnes âgées de plus en plus nombreuses.» La dignité *et* le nombre (croissant)? Un oxymore (ou presque).

(Fin)

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

1 Vallin J. Faut-il une politique de population? Population & Sociétés (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national français d'études démographiques) numéro 489, mai 2012.