

Éditeur scientifique

**Frédéric Sandron**

# La population réunionnaise

## Analyse démographique

# La population réunionnaise

Analyse démographique

# La population réunionnaise

## Analyse démographique

*Éditeur scientifique*  
Frédéric SANDRON

**IRD Éditions**

INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Paris, 2007

Préparation éditoriale, coordination, fabrication  
Corinne Lavagne

Mise en page  
Bill Production

Maquette de couverture  
Michelle Saint-Léger

Maquette intérieure  
Pierre Lopez, Catherine Plasse

Correction  
Yolande Cavallazzi

### **Couverture**

illustration réalisée d'après une photo de F.Taglioni/IRD  
« Le marché de Saint-Paul ; île de la Réunion »

La loi du 1<sup>er</sup> juillet 1992 (code de la propriété intellectuelle, première partie) n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article L. 122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans le but d'exemple ou d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1<sup>er</sup> de l'article L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon passible des peines prévues au titre III de la loi précitée.

© **IRD, 2007**

ISBN : 978-2-7099-1629-5

# Sommaire

## **Introduction**

La question de la population à la Réunion ..... 7  
Frédéric Sandron

## Chapitre 1

**Dynamique de la population réunionnaise (1663-2030)** ..... 27  
Frédéric Sandron

## Chapitre 2

**Natalité, fécondité et comportements reproductifs** ..... 43  
Didier Breton

## Chapitre 3

**La mortalité : évolution et structure** ..... 73  
Magali Barbieri, Christine Catteau

## Chapitre 4

**Les migrations : formes et implications sur le marché du travail** ..... 127  
Franck Temporal

## Chapitre 5

**Nuptialité : mariage et nouvelles formes d'union** ..... 169  
Didier Breton, Bénédicte Gastineau

## Chapitre 6

**Projections de population à l'horizon 2030** ..... 193  
Jean-Marc Lardoux

## **Conclusion**

Perspectives démographiques ..... 205  
Frédéric Sandron

**Les auteurs** ..... 216



# Introduction

## La question de la population à la Réunion

*Frédéric SANDRON*

Traiter des questions démographiques à la Réunion présente un double intérêt. Le premier est d'analyser une situation démographique originale comparative-ment à celles des pays connaissant un développement économique similaire. Le second est de fournir des données et des analyses à des décideurs qui s'intéressent de près aux questions de population. En effet, c'est là une caractéristique de l'île de la Réunion que cette attention particulière portée à la démographie par les acteurs politiques et institutionnels. Dans un contexte international où la grande majorité des pays n'ont jamais eu de véritable politique démographique, ce fait est suffisamment rare pour que nous lui consacrons cette introduction.

Dans une première partie, nous tenterons de cerner la thématique démographique à travers les déclarations mais aussi les actions concrètes entreprises par les pouvoirs publics. De cette manière, chemin faisant, nous essaierons de montrer quelle perception ont les décideurs des questions démographiques et la manière dont elles ont été traitées – l'ampleur des actions entreprises étant à nos yeux le meilleur indicateur de l'importance qu'on leur accorde. Le point de vue retenu est que, de longue date, la démographie réunionnaise a été « organisée ». Dans une deuxième partie, nous proposerons quelques explications justifiant une telle considération pour la question de la population à la Réunion. Parmi elles, citons d'ores et déjà la taille modeste du territoire, son caractère insulaire, les positions idéologiques de certains de ses dirigeants ainsi que les rapports entretenus avec la métropole. Enfin, nous présenterons dans une dernière partie la structure de l'ouvrage, qui est découpé de manière classique selon les phénomènes démographiques majeurs.

## Une démographie organisée

Entendons-nous d'abord sur le terme « organisation ». Si un individu décide de partir travailler dans un autre pays sans aucune aide, il s'agit d'une migration spontanée ; s'il existe une structure qui le prend en charge pour ses démarches administratives, qui lui paie le billet d'avion et l'aide à trouver un emploi, alors la migration devient organisée. De la même manière, une femme ou un couple qui décide de limiter sa descendance peut le faire spontanément et individuellement en se procurant des méthodes contraceptives diverses. En revanche, si les pouvoirs publics mènent des campagnes de sensibilisation en faveur de la contraception, s'ils permettent d'accéder gratuitement aux moyens contraceptifs et s'ils assortissent le tout d'aides et de mesures fiscales en fonction du nombre d'enfants, alors il s'agit d'une véritable politique de population. Bien sûr, la frontière n'est pas toujours claire pour dire ce qui est du ressort d'une politique démographique *stricto sensu* et de celui d'une politique connexe ayant des effets sur les variables démographiques. Sans entrer dans ce débat, ce qui nous intéresse ici est davantage de montrer la volonté récurrente de réguler la dynamique de la population, que ce soit dans un objectif démographique, économique ou politique<sup>1</sup>.

### Peuplement et migration

La volonté de réguler la population apparaît dès l'installation des premiers habitants au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle, lorsque les autorités locales mais aussi le Roi de France décident que l'île Bourbon doit devenir une colonie de peuplement afin d'en faire un établissement de commerce (CORNU, 1976 ; HAMON, 1982). Avec le développement de la culture du café au XVIII<sup>e</sup> siècle, puis de celle de la canne à sucre au XIX<sup>e</sup>, la croissance de la population sera davantage le fait de l'apport massif d'esclaves que celui d'une dynamique naturelle. La croissance démographique issue de l'immigration se poursuit encore après l'abolition de l'esclavage, et au cours de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, la croissance est assurée par le recrutement de travailleurs engagés volontaires, venus d'Inde pour la plupart. Cette migration, volontaire ou forcée, obéit à des impératifs économiques de court terme, et ce sont les autorités locales en concertation avec les grands propriétaires terriens qui en régulent les flux.

Pendant cette période, le sex ratio penche très largement en faveur des hommes<sup>2</sup>, signe majeur d'une démographie « artificielle ». On ne peut évidem-

1. Nous ne traiterons pas ici de la politique de santé mise en place par les pouvoirs publics après la départementalisation en 1946. Malgré ses effets extrêmement positifs sur la réduction de la mortalité, elle n'est pas un levier d'action démographique comme le sont les politiques migratoires ou de planification familiale. En effet, si les pouvoirs publics peuvent décider de favoriser ou de limiter l'émigration par rapport à l'immigration, s'ils peuvent encourager ou freiner la natalité, il est seulement possible de viser une réduction de la mortalité. En ce sens, on ne peut pas considérer qu'une politique de santé ait une véritable action régulatrice démographique. Nous verrons en revanche dans le premier chapitre son influence sur la dynamique de la population réunionnaise.

2. Chez les esclaves, qui représentent les deux tiers de la population, on compte trois hommes pour une femme à l'époque du recrutement massif, et deux hommes pour une femme entre l'interdiction de la traite et l'abolition de l'esclavage, c'est-à-dire entre 1817 et 1848 (VAXELAIRE, 2003 a).

ment pas parler de véritable politique démographique, mais d'une politique de gestion de la population destinée à pourvoir rapidement les besoins en main-d'œuvre que nécessite une économie agricole peu mécanisée. La ligne d'horizon de ces recrutements est très courte, et les interdictions de faire venir des immigrants succèdent aux incitations. Par exemple, en 1846, le gouverneur Bazoche autorise la venue d'un millier de cultivateurs chinois à titre d'essai. Une fois le quota atteint, cette immigration est interdite (EVE, 1999). En 1880, après avoir recruté des dizaines de milliers de travailleurs volontaires, l'île se trouve en pleine récession économique, et le gouvernement met alors un terme à toute immigration (HAMON, 1982). Au contraire, on songe désormais à installer des Réunionnais dans les pays voisins. En 1897, Galliéni envoie officiellement douze familles à Madagascar (ISNARD, 1953), et si ce nombre est négligeable, la crainte de la surpopulation pointe déjà dans certains esprits<sup>3</sup>. Au début du xx<sup>e</sup> siècle, les autorités administratives de la Réunion favorisent et financent de nombreux départs vers Madagascar, l'Indochine ou la Nouvelle-Calédonie.

La crainte de la surpopulation est de courte durée puisque la Première Guerre mondiale et la grippe espagnole entraînent des pertes humaines terribles. Alors que le cours de la canne est à son sommet en 1921, il n'y a pas assez de travailleurs pour la récolter. La question est tellement importante que le Conseil général s'en saisit et un accord est passé avec Madagascar pour l'envoi de 3000 habitants du pays Antandroy. Le sens des flux migratoires s'inverse donc. Cette expérience, qui se déroulera assez mal<sup>4</sup>, sera néanmoins renouvelée avec de nouvelles modalités en 1927, mais sans guère plus de réussite et le recrutement de travailleurs malgaches cessera en 1930. Un dernier accord sera passé avec le gouvernement anglais de Maurice pour envoyer 500 adultes venus de l'île Rodrigues en août 1933. Là encore, le béri-béri et les mauvais traitements dont se plaignent les travailleurs mauriciens les incitent à repartir au cours des années suivantes.

Dans le second quart du xx<sup>e</sup> siècle, les naissances deviennent supérieures en nombre aux décès. C'est la première fois dans l'histoire de l'île que la dynamique naturelle prend l'ascendant sur la croissance par immigration. Après une transition démographique que nous aurons l'occasion de présenter dans le premier chapitre, la peur n'est plus de manquer de bras, mais d'en avoir trop. En conséquence, les pouvoirs publics vont chercher dès lors des solutions pour inciter les Réunionnais à émigrer.

Depuis le milieu du xx<sup>e</sup> siècle, plusieurs expériences encourageant l'émigration ont été tentées, de plus ou moins grande ampleur, avec plus ou moins de bonheur. Chronologiquement, c'est d'abord vers Madagascar que les pouvoirs publics décident de favoriser le départ de familles réunionnaises. C'est l'une des recommandations du rapport PELLIER (1955 : 229), dans lequel il est

3. ISNARD (1953 : 626) parle de cette émigration vers Madagascar ou les Comores comme d'un « réflexe à la surpopulation ».

4. Problèmes de santé, d'insertion sociale, mauvais traitements, délinquance, etc.

stipulé que « la situation démographique, dès à présent, appelle une solution d'urgence, d'autant plus que son évolution normale en permet de prévoir une aggravation rapide et accélérée ». La solution doit être recherchée « dans une émigration importante vers des territoires ayant des ressources potentielles et une population insuffisante. Madagascar présente ces conditions et semble un territoire d'accueil tout désigné » (PELLIER, 1955 : 232). Pellier met en avant les nombreux échecs de l'émigration individuelle, dus à l'absence de qualification et de capital des migrants. Il insiste en revanche sur la nécessité de favoriser une immigration collective, organisée et encadrée<sup>5</sup> et souhaite donner beaucoup plus d'envergure à une expérience en cours depuis 1952 dans la région de la Sakay<sup>6</sup>. Située dans les Hautes Terres malgaches, cette région a en effet été choisie pour l'installation de colons réunionnais sur des terres agricoles. Babetville y sera créée, en honneur au député Raphaël Babet, instigateur du projet. En 1959, ce sont 139 familles de la Réunion qui sont présentes dans la Sakay. Le projet est délaissé en 1961 à l'Indépendance de Madagascar, mais les dernières familles ne quitteront la région qu'en 1977 sous la pression des autorités et de la population malgaches.

Une autre émigration impulsée par les pouvoirs publics, peu importante quantitativement mais représentative d'une politique de population volontariste, a été l'envoi en métropole, et plus particulièrement dans le département de la Creuse, de pupilles de la Nation originaires de la Réunion<sup>7</sup>. Cette politique, dont le nom officiel est « politique départementale de migration des pupilles » a apparemment été surtout active dans les années 1960, même si elle s'est poursuivie dans les années 1970.

On peut faire mention aussi des incitations pour les jeunes femmes réunionnaises à se rendre dans des départements du centre de la France pour y épouser des agriculteurs. Allant au-delà de la seule migration, puisqu'il s'agit aussi de la sphère matrimoniale, ce dispositif particulier est révélateur d'une immixtion de la sphère publique dans celle traditionnellement dévolue au privé<sup>8</sup>.

Bien que d'orientation à première vue moins démographique, la politique menée dans le domaine du service militaire consistant à envoyer en métropole les Réunionnais a permis le départ de plusieurs dizaines de milliers de jeunes. Des mesures spéciales leur étaient destinées, ils pouvaient par exemple rester cinq ans en métropole après leur service tout en conservant la prise en charge par l'État de leur trajet de retour. Ils bénéficiaient aussi d'aides pour le regroupement.

5. Cette tâche est dévolue au Bureau d'étude pour le développement agricole dans les territoires d'outre-mer (BDPA), qui est une société d'État. À son origine, on associe le nom de deux ministres de la France d'outre-mer : Jean Letourneau et François Mitterrand (WEBER, 1994).

6. Pour une étude complète, on pourra se référer à DE PALMAS (1996).

7. On manque de chiffres précis sur le nombre d'enfants concernés. GAUVIN (1996) parle de 300 enfants entre 1966 et 1971, BERTILE (2000) avance le même chiffre pour la période 1967 à 1971, BEVEN BUNFORD (2002 a) mentionne 201 départs pour la seule année 1966 et BEVEN BUNFORD (2002 b) indique que plus de 1 500 enfants ont été envoyés en métropole sur une période de vingt ans.

8. Sur ce sujet, MARIE et TEMPORAL (2001 : 14) écrivent que « les choix individuels même les plus intimes n'échappent pas aux effets structurants des dynamiques collectives et institutionnelles ».

pement familial et de la possibilité d'effectuer des stages de formation dans certains secteurs de l'industrie ou du BTP (BERTILE, 1996).

Mais la grande opération d'émigration organisée est incontestablement celle mise en place en 1963 par le Bureau pour le développement des migrations intéressant les départements d'outre-mer (Bumidom). À la suite du rapport PELLIER (1955), le Haut Comité consultatif de la population et de la famille dans les DOM préconise la création d'une structure dont le rôle serait de lutter contre le surpeuplement en favorisant l'émigration d'une partie de la population en âge de procréer (HAMON, 1982). Le Bumidom, créé par arrêté ministériel du 26 avril 1963, a officiellement « pour objet de contribuer à la solution des problèmes démographiques intéressant les DOM » (LECOMPTE, 1975 : 89). Sa mission est d'informer et d'aider par un ensemble de mesures financières et administratives les travailleurs et leur famille qui souhaitent s'installer en métropole. Cette structure vient à point nommé pour créer un fort courant migratoire vers la métropole de la part d'une population qui n'avait aucun réseau migratoire ni communauté d'accueil sur lesquels s'appuyer. En effet, avant les années 1960, seuls quelques militaires et quelques étudiants font le trajet Réunion-métropole. Le succès du Bumidom est indéniable en termes démographiques eu égard aux objectifs affichés. Entre 1967 et 1974, 95 % des candidats à l'aventure migratoire s'adressent au Bumidom (Insee, 1987) et on estime à 37 473 le nombre de Réunionnais qui ont profité de ses services de 1963 à 1981 (BERTILE, 1992). Un tiers des Réunionnais nés en 1954 ont quitté l'île (CARDE, 1996). Cette action publique a été renforcée en outre par la politique de certaines grandes entreprises du secteur privé qui, à l'instar de ce qu'elles faisaient au Maghreb, ont recruté massivement des travailleurs réunionnais à destination de la métropole. Des sociétés comme Michelin ou Simca avaient des agents et des bureaux recruteurs à la Réunion (CHANE-KUNE, 1996).

En 1981, sur fond de chômage progressant, le gouvernement met un frein à cette politique d'émigration. Le Bumidom laisse la place à l'Agence pour l'insertion et la promotion des travailleurs originaires d'outre-mer (ANT), tandis que l'incitation à l'émigration fait place à une politique d'insertion des migrants en métropole. À nouveau, depuis 1991, les pouvoirs publics ont mis en place des dispositifs informatifs et financiers axés sur la mobilité, et non plus sur la migration, signifiant par là que les départs et les séjours en métropole, ou ailleurs, étaient non définitifs mais devaient être considérés comme des périodes d'acquisition de diplômes et de qualification professionnelle. Dans le cadre de la coopération décentralisée, il existe aussi des accords sur l'immigration entre la Région Réunion et le Québec par exemple.

### **Planification familiale**

L'autre composante d'une véritable politique démographique à la Réunion est celle entreprise dans les années 1960 pour réduire la fécondité. Nous parlons ici de politique démographique, et trois raisons nous incitent à le faire :

primo, il existe à la Réunion des mesures spécifiques, différentes voire opposées à celles prônées en métropole dans le domaine démographique ; secundo, les moyens financiers et humains mis dans les actions démographiques sont très importants et dénotent une volonté politique forte ; tertio, il existe un faisceau d'explications qui éclairent cette politique globale, nous y reviendrons dans la partie suivante. En ce sens, nous rejoignons donc la thèse de JOURDAIN (1978 : 81) qui écrit : « Officiellement, il n'existe pas de programme visant à limiter les naissances en fonction d'objectifs précis, néanmoins cette dénégation fréquemment répétée par les dirigeants locaux ne saurait faire illusion : les nombreuses recommandations officielles ainsi que les mesures adoptées à ce sujet ont un but essentiellement malthusien. »

Dans un contexte national d'inquiétude face au dépeuplement, les politiques démographiques sont entièrement dans l'esprit de la loi de 1920 encore en vigueur qui interdit la publicité pour toute limitation des naissances. À la Réunion, le contre-pied est pris avec une série de mesures et de créations d'organismes qui vont favoriser la baisse de la natalité<sup>9</sup>. En 1962, l'Association réunionnaise d'éducation populaire (Arep) a pour mission d'informer les femmes et les couples sur le thème de la limitation des naissances. Affichée comme catholique, cette association va opérer un premier travail de sensibilisation, aidant ainsi à rendre acceptable pour une partie de la population la limitation des naissances<sup>10</sup>. Mais pour beaucoup, la contraception et la régulation des naissances sont encore un sujet tabou (MARTINEZ, 2001).

C'est dans ce contexte que naît en 1966 l'Association réunionnaise d'orientation familiale (Arof) qui sera le bras armé de la politique de la planification familiale de l'île, sous l'impulsion du docteur Pierre Lagourgue, qui par ailleurs a été président du Conseil général de 1967 à 1982. Pendant plusieurs années, seuls les médecins généralistes, peu nombreux, et l'Arof sont aptes à délivrer des moyens contraceptifs. L'Arof propose des consultations médicales gratuites et met à disposition des contraceptifs modernes. Alors que la métropole encourage dans les années 1960 la natalité en indexant les prestations familiales sur le nombre d'enfants, la Réunion crée le Fonds d'action sociale obligatoire (Faso) qui assure le financement de l'Arof. Le Faso est lui-même alimenté par une partie du montant des allocations familiales, avec comme objectif de « diminuer les effets natalistes des prestations familiales en finançant des actions collectives » (BERTILE, 1992).

Cette politique de limitation des naissances a été la plus active dans les années 1960 et 1970. La baisse de la natalité survenue au cours de ces deux décennies a par la suite rendu ses prérogatives moins impérieuses et la politique de l'Arof s'est vue réorientée au début des années 1980 vers des actions en

9. Sur la planification familiale, on pourra consulter MORLAS et al. (1992), JOURDAIN (1978), CARDE (1996), CATTEAU ET CATTEAU (1999).

10. Dans son célèbre ouvrage, ARIËS (1971) montre que dans l'histoire de la limitation des naissances en France, les mentalités sont le facteur déterminant quant à l'utilisation de techniques contraceptives. Ces dernières sont « impensables » ou bien « acceptables » selon les époques, c'est-à-dire selon le système de pensée en vigueur.

faveur de la planification familiale moins « militantes », selon les termes de MORLAS et *al.* (1992), dans la mesure où le travail d'information et de sensibilisation avait atteint pleinement ses objectifs.

## Pourquoi la démographie occupe-t-elle une place si importante à la Réunion ?

L'ensemble des mesures énumérées précédemment indique l'importance de la question démographique et de ses enjeux à la Réunion. Le Plan Monnet, chargé de moderniser et de relancer l'économie française, parle en 1946 de l'île comme d'un « pays surpeuplé dont l'économie est dominée par la production sucrière » (DE PALMAS, 1996). Le rapport FINANCE (1948 : 8) avait lui aussi tiré la sonnette d'alarme de la surpopulation en 1948 et on pouvait y lire : « Il est donc nécessaire d'établir un plan mûrement réfléchi d'émigration réglementée, coordonnée, soit vers Madagascar, soit vers certaines régions peu peuplées de l'A-OF, soit vers l'Océanie ». Pour ce qui est de la politique démographique qui sera mise en œuvre quelques années plus tard, WEBER (1994 : 94) parle de « vrai plan d'ensemble ». La politique en trois volets élaborée pour les DOM en 1958-1959 par Max Soulin, Secrétaire général des DOM, comporte en effet un volet économique (développement des investissements) et deux autres volets d'ordre démographique (la planification familiale et l'émigration de travail). BERTILE (1992 : 261) parle quant à lui de « politique démographique cohérente » mise en place dans les années 1960. MARIE et TEMPORAL (2001 : 12), dans le cas de la politique d'émigration, évoquent un « volontarisme institutionnel durable ».

Dans les années 1960, au moment où est édifié le plan le plus ambitieux, les préoccupations autour de la question démographique ne sont pas nouvelles – en témoigne un échange de notes datant des années 1950 entre le préfet et différents services relevant de son autorité qui montre le souci du surpeuplement et de la forte pression démographique dont est victime la Réunion (DE PALMAS, 1996). Plusieurs textes officiels sur les dangers de la surpopulation sont produits entre 1955 et 1976 (JOURDAIN, 1978). Le préfet Philip écrit en 1956 dans la revue *Marchés coloniaux du Monde* un article au titre évocateur : « Le problème réunionnais est d'abord d'ordre démographique ». Beaucoup d'hommes politiques multiplient les déclarations à ce sujet. En 1963, Roger Payet, président du Conseil général, déclare au préfet Diefenbacher : « Vous arrivez à un moment où une démographie démentielle contraint tous ceux qui ont une responsabilité quelconque dans ce pays à se pencher sur un problème chaque jour plus inquiétant. » (LINQUETTE, 1999). Pierre Lagourgue, président du Conseil général, affirmait que la Réunion courrait vers de graves problèmes si l'on ne faisait rien pour limiter l'augmentation de la population

(VAXELAIRE, 2003 b). Dans cette décennie 1960, la démographie est présentée comme « le problème numéro un de la Réunion » (BERTILE, 1996 : 11) ou comme « la cause de tous les maux » selon le Parti socialiste (1992 : 88). De fortes personnalités politiques comme Michel Debré, élu député de la Réunion en 1963, vont mettre un accent particulier sur la question démographique. DEBRÉ (1974 : 18) écrit à ce propos que derrière la formule administrative classiquement employée selon laquelle la démographie aux Antilles et à la Réunion « pose un problème », se cache une « angoisse profonde ». Il insiste sur le fait que « pour l'île de la Réunion, son grand problème, son premier problème est celui de sa démographie » (1974 : 33). « L'approche des 500 000 habitants puis leur dépassement marquent un fait social, économique, politique que l'on peut résumer, en langage ordinaire, par une formule simple : la cote d'alerte, pour la Réunion, est dépassée. » (1974 : 37). La conclusion en découle d'elle-même : « Le temps de l'insouciance en matière de population est révolu. L'avenir de la Réunion exige – c'est vraiment la priorité – une politique démographique globale. Ne pas mettre l'accent sur cette exigence vraiment fondamentale, c'est se condamner à l'échec, un échec dramatique pour tous. » (1974 : 46).

Une autre figure politique, Paul Vergès, président de la Région Réunion, s'intéresse aussi de très près à la question démographique. Dans son ouvrage *D'une île au monde* (1993), le premier chapitre est intitulé : « Démographie et égalité : l'avenir avance en silence ». On peut y lire : « Cette augmentation de population sur un territoire restreint nous pose des défis difficiles à relever en matière de logement, d'emploi, de formation et entraîne de multiples agressions, écologiques, culturelles dont nous voyons déjà les traces » (1993 : 45). Dans une réunion devant les présidents des comités de bassin, les vice-présidents, les présidents de commissions et conseillers, il place d'emblée la question démographique « comme étant l'élément central de la réflexion sur l'aménagement du territoire » (*Le Journal de l'île*, 2002, p. 11). Ou encore : « Dans l'esprit du législateur, dans les départements et régions d'outremer, le Conseil régional doit se préoccuper surtout de l'avenir du pays et si nous essayons de scruter cet avenir, il est évident que l'élément fondamental qui intervient et qui interviendra de plus en plus dans nos décisions, c'est celui de la démographie. » (VERGÈS, 2001 : 17).

On pourrait également citer des extraits du programme du Parti socialiste réunionnais (1992), dont le chapitre 5 s'intitule : « Un problème démographique d'une exceptionnelle gravité ». On y parle d'une Réunion en « voie de surpeuplement absolu » (p. 83) et de la nécessité de favoriser l'émigration pour « lutter contre la démographie galopante et le chômage » (p. 86). Dans un récent atlas de la Réunion, le Conseil général débute son texte par : « La Réunion doit se préparer à accueillir un million d'habitants à l'horizon 2025. » (Université de la Réunion, Insee, 2003, p. 6). Le Conseil économique social et régional, dans une étude prospective à l'horizon 2020, pose la question démographique en ces termes : « Nous sentons tous aujourd'hui, à la Réunion, que la démographie

commence à poser des difficultés. Mais cela reste informel, certes prégnant, mais il n'y a pas d'indicateurs fiables. Assurément, les prévisions de l'Insee et le recensement font penser à une réelle tension, mais qu'en est-il vraiment ? Dans la vie de tous les jours on constate une diminution de notre degré de liberté, de l'agressivité, des encombrements interminables, des classes surpeuplées, des mouvements migratoires qui paraissent de moins en moins maîtrisés, des rejets des autres. Puis aussi des terrains à bâtir de plus en plus rares, des logements qui manquent, une nature qui s'abîme... Pourtant, la Réunion paraissait épargnée et la surpopulation ne semblait pas un problème.» (CESR, 2002 : 14).

Ces déclarations et citations n'auraient pas beaucoup de sens à être énumérées ici si elles n'émanaient pas de personnalités et d'institutions qui possédaient un réel pouvoir de décision. Pierre Lagourgue, Raphaël Babet, Michel Debré, Paul Vergès, le Bumidom, le Conseil général, tous ont prouvé par leurs actions leur volonté d'organiser la dynamique démographique de la Réunion. Voyons maintenant quelles raisons justifient un tel engouement réunionnais pour la chose démographique.

### **Une tradition française**

En tant que département français, la Réunion est dépositaire d'une tradition française. En effet, la question de la population passionne scientifiques et politiciens français depuis plusieurs siècles. Au XIX<sup>e</sup> siècle, ce sont surtout les rapports entre population et colonisation qui occupent le devant de la scène. En ce qui concerne les guerres, la démographie est également avancée comme la cause des défaites de 1870 et de 1914, souvent imputées à un nombre de soldats trop restreint<sup>11</sup>. Les pertes humaines engendrées entre 1914 et 1918, auxquelles il faut ajouter celles de 1919 à la suite de la grippe espagnole, ont abouti en France à la législation de 1920 faisant interdiction de toute publicité sur la contraception et l'avortement dans le but de repeupler le pays. L'intérêt de la France pour la gestion de sa démographie est visible aussi dans la création d'un ministère de la Population en 1945 ainsi que dans la mise en place de longue date d'une politique familiale forte (HOARAU, 2002). CALOT *et al.* (1976) mettent en avant cette particularité française d'une politique démographique « active » et « de longue période ». Faut-il attribuer ce fait à une autre particularité française, la baisse sensible de la fécondité dès le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle ?

Il est intéressant de voir que la vision démographique de Paul Vergès s'inscrit en partie dans cette mouvance scientifique et politique française qui a depuis longtemps considéré qu'il existait des règles gouvernant la dynamique de la population et que le politique pouvait constituer un levier d'action sur ces dernières. « Il n'est pas possible que la matière obéisse aux lois de la physique

11. « La crise démographique dont la France a souffert pendant tout le cours du XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle est la première des causes des retards de notre économie, des tensions de notre société, et des épreuves militaires qui ont failli nous emporter. » (DEBRÉ, 1974 : 37-38).

et de la chimie, que les astres obéissent à la gravitation universelle et que, seules, les sociétés humaines échappent à des lois. Une masse humaine est une force et cette force agit selon des lois. [...] C'est là que l'action des hommes, dans la recherche de ces lois et dans leur action politique, doit pouvoir influencer leur vie sociale et le mouvement de l'histoire. Voilà la marge proprement humaine dans laquelle doit jouer notre libre arbitre, à la différence de l'animal qui subit le déterminisme naturel.» (VERGÈS, 1993 : 41).

### **Une fécondité vraiment élevée**

On peut considérer que l'inquiétude contemporaine (depuis la décennie 1990) en matière démographique survient alors que la fécondité ne baisse plus depuis plusieurs années et que l'immigration est supérieure à l'émigration. Dans les années 1950, c'était surtout le niveau de la fécondité qui était pointé du doigt. Que l'on en juge, avec un taux de natalité de 51 pour mille en 1952, un indice synthétique de fécondité de l'ordre de 7 enfants par femme et un taux de croissance proche de 3,5 %, la fécondité de la Réunion, alors entrée dans le processus de départementalisation depuis 1946, restait proche du maximum physiologique (JOURDAIN, 1978 ; CATTEAU et CATTEAU, 1999). Certains auteurs comparent ces taux avec ceux des populations les plus célèbres parmi les démographes, les Huttérites des années 1920 ou les Canadiens français au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, qui affichent les taux de fécondité connus les plus élevés (HAMON, 1982 ; JOURDAIN, 1978). Si l'on confronte cette fécondité très élevée à une mortalité en forte baisse, le différentiel aboutit à des taux de croissance naturels de la population supérieurs à 3 % par an dans les années 1950 et 1960. Ces taux aboutissent au doublement de la population en une vingtaine d'années. En termes de taux de croissance démographique, il est incontestable que ceux-ci ont été véritablement très élevés à cette époque, voire parmi les plus élevés du monde. WIDMER (2005 : 55) n'hésite pas à parler dans cette situation de « pression démographique » pour l'île de la Réunion.

### **Des considérations économiques, sociales et politiques**

Un point fondamental, à notre avis, de la politique démographique réunionnaise réside dans ses liens avec les préoccupations économiques et sociales. Si la situation économique de la Réunion a fondamentalement changé en passant en quelques décennies d'une économie agricole à une économie de services, ce bouleversement s'est évidemment accompagné de transformations sociales importantes. La croissance du PIB en volume observée depuis les années 1970, et estimée en moyenne annuelle à 5 %, s'est accompagnée d'une montée du chômage qui avoisine les 40 % en 2000 (ROCHOUX, 2004). Depuis la départementalisation, les tensions sociales, potentielles ou réelles, créées par cette situation d'exclusion économique d'une partie de la population ont souvent été analysées en termes démographiques. En clair, l'émigration était vue comme une solution à la montée en nombre de ceux qu'on appelle aujourd'hui « les exclus de la croissance ».

La démographie est donc à la fois la cause des problèmes économiques et sociaux, dans la mesure où entrent sur le marché du travail plus d'individus que ne sont créés de postes<sup>12</sup>, mais elle est aussi la solution. Au début des années 1950, Paul Guézé, président du syndicat des commerçants de la Réunion, résume bien cet état d'esprit dans son article « L'émigration, espoir d'un équilibre social et économique satisfaisant à la Réunion » (1951). BERTILE (2000) parle quant à lui de la politique d'émigration incitative des années 1960 comme de la création d'une « soupape de sécurité ». Entre 1955 et 1976, JOURDAIN (1978) cite plusieurs textes officiels (Rapport du Haut Comité consultatif de la population et de la famille, Mission sénatoriale, président du Conseil général, préfet) dont on peut résumer l'idée essentielle de la manière suivante : tout progrès économique et social sera absorbé par la croissance démographique. Les recommandations qui s'ensuivent sont toutes orientées vers l'impérieuse nécessité de limiter les naissances et/ou de favoriser l'émigration.

Cette orientation économique et sociale des politiques démographiques de la Réunion est encore plus évidente lorsqu'on observe finement les populations qu'elles visent. Les 139 familles envoyées en 1959 à Madagascar pour peupler la région de la Sakay sont issues majoritairement de la commune de Cilaos (HAMON, 1982). Les enfants réunionnais envoyés dans la Creuse venaient surtout des foyers de Hell-Bourg et de la Plaine des Cafres, mais aussi de familles défavorisées (WEBER, 1994). Familles défavorisées, familles des Hauts, il s'agit d'un ensemble homogène d'un point de vue économique et social. Enfin, on peut aussi s'intéresser aux dates auxquelles les politiques d'émigration sont activées ou réactivées. C'est après les émeutes urbaines de 1991 qu'est mis en place le dispositif d'aide à la « mobilité-formation ». Selon les termes de MARIE et TEMPORAL (2001 : 12), « il s'agit à la fois de réduire le déséquilibre entre l'offre et la demande sur le marché du travail et de prévenir les crises sociales et politiques ». CHANE-KUNE (1996 : 215-216) fait le parallèle entre la politique contemporaine d'émigration et celle préconisée dès le XVIII<sup>e</sup> siècle d'envoyer vers les Seychelles ou Rodrigues la partie de la population blanche qui s'est prolétarisée. Il écrit que « la migration est depuis longtemps considérée comme une donnée indissociable de la situation socio-économique réunionnaise ».

Un paramètre supplémentaire à prendre en compte ici est l'aspect politique du débat sur la question démographique. Les mesures prises dans les années 1960 et la création du Bumidom s'inscrivent sur fond de débat sur l'autonomie mené par le Parti communiste réunionnais. « Aucune question, surtout à cette époque, n'est apolitique. C'est surtout vrai pour la migration », écrit MARTINEZ (2001 : 75). BEVEN BUNFORD (2003 : 3) partage la même analyse et met l'accent sur le caractère politique de l'envoi des pupilles en métropole : « Dans le climat politique agité de l'époque, envoyer des enfants en métropole, c'est affirmer l'identité française de la Réunion. S'y opposer, c'est devenir partisan de l'autonomie. »

12. Cette analyse consistant à comparer le nombre d'individus entrant sur le marché du travail et le nombre de postes créés une année donnée à ses limites sur lesquelles nous reviendrons dans la conclusion de cet ouvrage.

## Insularité et capacité de charge

« Le paradis, c'est l'île idyllique que nous portons dans nos rêves d'enfants, d'adolescents et d'adultes. L'enfer c'est aussi cette île, ce monde surpeuplé aux limites spatiales incontournables : le radeau de la méduse », écrit MANGLOU (1992 : 1064), alors président du Conseil économique et social régional de la Réunion. La métaphore qu'il emploie est couramment reprise dans de nombreuses analyses en termes de « capacité de charge ». Ce concept est issu de l'écologie, il désigne le nombre d'espèces et le nombre d'individus qu'un territoire donné peut supporter. Dans le domaine de la population humaine, la tentation d'utiliser ce concept apparaît d'autant plus grande que le territoire auquel il s'applique est exigü et isolé. On retrouve cette argumentation très fréquemment dans le cas réunionnais, par exemple dans le rapport PELLIER (1955 : 203) : « L'effectif de la population, dans l'état actuel de sa structure économique et sociale, est déjà très élevé par rapport aux ressources de l'île. [...] En général, la population qui vit de l'agriculture a un niveau de vie réduit que l'accroissement de la population tend encore à amenuiser. »

Que ce soit dans la littérature scientifique ou dans les discours des décideurs, l'utilisation des notions de « surpeuplement » ou de « population maximale » est généralement associée à certaines caractéristiques de la Réunion : son insularité, la petitesse de son territoire, son éloignement de la métropole<sup>13</sup>, la saturation de l'espace agricole et l'impossibilité d'augmenter les superficies cultivées<sup>14</sup>, l'absence de ressources minières et énergétiques, la faiblesse de son marché économique<sup>15</sup>. Toutes ces variables constitueraient des freins à la croissance de la population, ou tout au moins la limiteraient à un moment ou un autre. Les chiffres avancés pour définir un seuil d'alerte de population sont souvent symboliques, ce sont des chiffres ronds, et la perspective du million d'habitants sur l'île est agitée comme un chiffon rouge. Même le célèbre démographe Alfred Sauvy qui a forgé la notion de « surpopulation relative »<sup>16</sup> pouvait parler de « surpeuplement absolu » dans le cas d'îles comme Java, Maurice ou la Réunion.

13. Depuis 1989, la Communauté européenne a créé la notion de « Région ultra-périphérique » (RUP), dont fait partie la Réunion.

14. « "Il n'y a de richesses que d'hommes". Cette affirmation est une grande vérité. Comme toute vérité, elle est relative. Il faut mesurer l'importance de la population avec les ressources dont elle peut disposer. Une terre insuffisamment peuplée n'apporte pas au bien-être et à la promotion de chacun ce qu'elle pourrait donner. Trop d'hommes sur une terre inféconde et rétive mène à la misère et au désarroi. » (DEBRÉ, 1974 : 33).

15. « Le rapport entre la capacité de produire et le nombre d'habitants n'est pas un rapport fixe. Les variations sont grandes. Il est capital de savoir que même en développant à l'extrême la solidarité française, l'île est trop peuplée pour connaître durablement une croissance du niveau de vie. » (DEBRÉ, 1974 : 31).

16. « Il y a surpeuplement, de façon générale, lorsqu'on constate un excès d'hommes par rapport à un besoin déterminé. Par exemple, si 40 élèves sont dans une salle d'école prévue pour 25, on dit que cette salle est surpeuplée. Le surpeuplement étant une notion relative, on peut toujours juger qu'il y a soit un excès d'hommes, soit une insuffisance de l'élément en question. Dans l'exemple précédent, on peut dire qu'il y a trop d'élèves ou bien que la salle est trop petite. Ces deux jugements, en apparence égaux, suggèrent des solutions bien différentes : réduction du nombre des hommes ou accroissement de l'élément insuffisant » (SAUVY 1963, p.299). DE PALMAS (1996, p.7) s'étonne de l'importance accordée dans les documents administratifs des années 1950 à la surpopulation et choisit de rester neutre quant à la relation entre population et développement : « En réalité, le problème démographique réunionnais ne doit pas masquer toutes les difficultés de l'île au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et, en fin de compte, ce visage d'une région surpeuplée que présentait la Réunion allait de pair avec ses ressources, ses infrastructures qui étaient insuffisantes. [...] Tous ces éléments en s'additionnant faisaient ainsi paraître flagrante la disproportion entre les ressources de l'île (et ses équipements) et le nombre de ses habitants qui semblait alors trop élevé ».

## Des intérêts convergents

Dans l'étude des facteurs influençant les migrations, il est habituel de considérer les effets répulsifs («push») dans les zones de départ<sup>17</sup> et les effets attractifs («pull») dans les zones d'arrivée<sup>18</sup>. C'est pourquoi étudier la politique démographique de la Réunion sans se soucier de celle de la France dans son ensemble constituerait une lacune. Du point de vue de la France, les mesures démographiques prises à la Réunion sont en effet utiles à la fois pour le département et pour la métropole. Il n'est pas anodin de constater que la création du Bumidom a lieu durant une période de forte croissance économique et donc de demande accrue de main-d'œuvre dans de nombreux bassins d'emploi en France. Comme nous l'avons déjà vu, les services publics français et les grandes entreprises ont à cette époque favorisé des recrutements massifs de travailleurs non qualifiés, particulièrement dans les pays du Maghreb. Les DOM-TOM ont été eux aussi l'objet de convoitises en ce sens, et leurs migrants ont fréquemment occupé des emplois peu qualifiés dans les services publics, emplois inaccessibles aux étrangers. Il est possible aussi que les migrants des DOM-TOM aient eu la préférence sur ceux de l'étranger de la part des décideurs politiques, c'est par exemple la position de Michel Debré telle que l'analyse GAUVIN (1996). En termes d'intégration, il a été souvent remarqué que les migrants réunionnais se révélaient assez discrets, et peu regroupés en communauté (CHANE-KUNE, 1996).

Les décennies 1960 et 1970 sont aussi celles de la baisse de fécondité et de l'exode rural dans l'ensemble de l'Hexagone. Les pupilles de la Nation réunionnais ont été envoyés dans la Creuse, dans le Gers, en Lozère, départements considérés alors comme sous-peuplés (BEVEN BUNFORD, 2002 a). Les jeunes femmes réunionnaises allaient dans ces mêmes départements pour chercher un conjoint. L'envoi de migrants réunionnais en métropole fournissait donc une population supplémentaire mais pouvait aussi être perçu comme un moyen d'augmenter la fécondité générale, puisque la natalité des Réunionnaises est à cette époque bien plus élevée que celle des métropolitaines.

Il est à ce titre intéressant de noter la versatilité des points de vue sur la question démographique : MARTINEZ (2001) rappelle que Michel Debré est nataliste en métropole et anti-nataliste à la Réunion<sup>19</sup>. Dans une étude sur une époque plus reculée (1840-1870), CHARBIT (1981) montre comment les économistes libéraux pouvaient être favorables au contrôle des naissances de la classe ouvrière, dont la pauvreté était perçue comme un danger social potentiel, et en même temps favorables à une fécondité élevée dans la perspective de faciliter par une forte émigration la colonisation des territoires annexés. Au

17. Pauvreté, famine, guerre, manque de terre agricole, etc.

18. Possibilité d'emploi, de logement, de soins, attrait du milieu urbain, etc.

19. « Quand comprendra-t-on que les possibilités de la France sont encore immenses et "l'optimum de population" loin d'être atteint ? Pour l'avenir de la patrie, une génération d'hommes et de femmes doit laisser après elle une génération plus nombreuse. [...] Le même thème doit être repris à la Réunion. La situation de départ est inversée, donc les moyens différents, mais l'objectif est le même. L'équilibre entre les hommes et leur terre natale doit être rétabli. » (DEBRÉ, 1974 : 38).

final, au gré des idéologies et des intérêts économiques et politiques à défendre, c'est le rôle secondaire de la place de la population en elle-même qui est mis au jour. Dans cette perspective, il serait intéressant d'examiner plus en détail l'hypothèse émise par DE PALMAS (1996 : 208) selon laquelle l'envoi de migrants réunionnais à Madagascar pour peupler la région de la Sakay n'était qu'une sorte de « projet-pilote » destiné à mettre en place une vaste politique française de peuplement des territoires sous tutelle, et ce à contre-courant du contexte international de décolonisation. On retrouve une idée similaire chez VERGÈS (1993 : 45) qui décrit les politiques d'émigration et de « régulation autoritaire des naissances » des années 1960 comme « une expérience de laboratoire à la Réunion ».

Depuis la concrétisation de la décentralisation, le poids de la dialectique État-périphérie s'est amenuisé et aujourd'hui la vision politique s'ouvre vers d'autres pays. La Région Réunion a pris de nombreux contacts avec d'autres pays européens, avec l'Afrique du Sud, Madagascar ou le Québec (BERTILE, 2000). Depuis longtemps, soucieux de maintenir son poids démographique, économique et identitaire au Canada, le Québec facilite l'entrée sur son territoire de travailleurs francophones. En mai 1999, le directeur des services d'immigration québécois a fait passer des examens de sélection à Saint-Denis pour recruter des travailleurs réunionnais (VALÉAMA, 1999). En mars 2003, une délégation québécoise est venue signer un accord de coopération facilitant l'entrée, le séjour et la formation de jeunes Réunionnais au Québec. Quand Paul Vergès évoque la « situation très fragile, sur un plan économique et social, notamment du fait de la transition démographique » de la Réunion, Micheline Baril, directrice des services d'immigration du Québec en France, parle quant à elle du « déficit démographique alarmant » du Québec et de son « manque de main-d'œuvre » (LINQUETTE, 2003).

## **Bilan**

Dans cet exposé de la manière dont les pouvoirs publics se sont emparés de la question démographique à la Réunion, nous ne voudrions pas faire croire au lecteur qu'ils ont pu façonner pour autant de manière précise et à leur bon vouloir le comportement démographique de la population. Dans l'histoire des sociétés, seules des politiques démographiques très coercitives ont eu des résultats spectaculaires face à des populations rétives, que ce soit en matière de réduction de la fécondité ou bien de déplacements massifs d'individus. Les politiques incitatives ne sont efficaces quant à elles que si elles répondent à une demande, exprimée plus ou moins explicitement mais néanmoins présente.

En termes purement démographiques, on peut dire que les objectifs de la politique de population ont été globalement atteints à la Réunion. La fécondité a largement chuté, la transition démographique a été particulièrement rapide, l'émigration en métropole a été massive. Les années 1960-1970 sont qualifiées ainsi par SQUARZONI (1992 : 742) du « temps de l'action et des

succès démographiques ». Quelques facteurs peuvent expliquer les raisons de ce succès. D'abord, la volonté politique a été générale au fil des années et il en ressort une cohérence interne. Comme le mentionne MARTINEZ (2001 : 15), pour un ensemble de raisons qu'il serait trop long de présenter ici, « à la Réunion, nombre d'enjeux, en apparence insurmontables, sont solubles en grande partie dans la volonté politique affirmée de changement ». Une de ces raisons fondamentales, et ce sera notre deuxième point, est que ces décisions ont été mises en œuvre avec des moyens financiers conséquents. Le Bumidom a été une opération très lourde, quant au programme de limitation des naissances, JOURDAIN (1978 : 11) mentionne dans sa thèse que son application a été intensive et que l'« objectif démographique défendu par les principales autorités locales a été appuyé par un soutien financier important des Institutions publiques ». Enfin, nous l'avons déjà mentionné, ce programme incitatif répondait sans aucun doute à une demande sociale et il a joué un rôle de catalyseur ou d'accélérateur (MORLAS *et al.*, 1992) dans la modification des comportements démographiques.

Ces succès des années 1960 et 1970 ont été tels que l'on peut dire avec SQUARZONI (1992) que la décennie 1980 a mis quelque peu à l'écart la question de la population, à la fois parce qu'on croyait que la transition démographique touchait à sa fin mais aussi parce politiquement, avec les nouvelles responsabilités accordées aux collectivités territoriales, il était devenu flou de savoir qui avait en charge la responsabilité de la question démographique. De plus, la baisse des tarifs aériens et les réseaux réunionnais en métropole enfin constitués ont autorisé une migration plus spontanée (BERTILE, 1996). Ce n'est qu'après le recensement de 1990, une fois que les attributions ont été enfin affectées et qu'a été atteint le chiffre de 600 000 habitants, que la population est redevenue une préoccupation majeure à la Réunion.

## Présentation de l'ouvrage

De par l'importance des enjeux énumérés ci-dessus, il nous a paru nécessaire de proposer un nouvel ouvrage de synthèse sur l'ensemble des phénomènes démographiques à la Réunion, couvrant la période des vingt-cinq dernières années, puisque l'ouvrage de FESTY et HAMON (1983) traite de ces événements jusqu'au début des années 1980. Pour des raisons qu'il serait trop long d'étudier ici, la plupart des études démographiques réalisées à la Réunion sont le fait de spécialistes d'autres disciplines qui amènent un éclairage important mais ne disposent pas toujours de la panoplie technique des démographes. C'est pourquoi le choix a été fait pour cet ouvrage de ne présenter que des contributions de démographes, complétant ainsi utilement les analyses de population plus qualitatives déjà existantes.

Le premier chapitre « Dynamique de la population » (Frédéric Sandron) constitue en quelque sorte une contextualisation des autres chapitres. Si ces derniers portent tout d'abord très largement sur une période couvrant les années 1980 jusqu'à aujourd'hui, le choix de ce chapitre liminaire sur une période plus longue se justifie pour trois raisons. Primo, par analogie avec le concept mécanique éponyme, le phénomène que l'on appelle « inertie démographique » rend compte de la difficulté voire de l'impossibilité de brusques variations de trajectoire dans la croissance naturelle de la population. Cela signifie plus simplement que la croissance démographique actuelle et celle d'un futur proche sont inscrites en grande partie dans la dynamique passée. Expliquer cette dernière donne donc des informations précieuses pour la dynamique contemporaine. Secundo, la croissance démographique est un produit de l'histoire. À travers la description de la dynamique de la population sur le long terme, nous aurons ainsi l'occasion de nous pencher sur des événements historiques, socio-économiques et culturels qui permettront de mieux comprendre les phénomènes démographiques actuels et l'attention qui leur est portée par les décideurs. Enfin, il existe en démographie une théorie, fondée sur l'observation, appelée la théorie de la « transition démographique ». L'examen de la dynamique de la population réunionnaise sur le long terme à l'aune de cet outil méthodologique sera l'occasion de nous pencher sur cette fécondité réunionnaise qui tarde à rejoindre le niveau de celui observé dans nombre de pays au développement économique similaire.

La fécondité est étudiée ensuite en détail par Didier Breton dans le second chapitre. Cette fécondité encore élevée est le moteur d'une croissance démographique naturelle qui va devoir dans le futur être accompagnée d'investissements massifs en termes de création d'infrastructures et de logements. Outre le modèle général qui a guidé la baisse de la fécondité depuis les années 1970, de nombreux paramètres sont étudiés pour proposer une étude fine des mécanismes en jeu. Parmi les plus importants, on peut mentionner le distinguo fait entre deux sous-populations ayant des modèles de fécondité distincts. Selon les termes de l'auteur, la « fracture reproductive » est ainsi à l'image de la « fracture sociale ». Une autre comparaison est proposée au niveau international, et curieusement la structure des taux de fécondité par âge réunionnaise se rapproche de celle de plusieurs pays d'Amérique latine. Si les processus socio-économiques qui ont présidé à cette situation ont comporté des similitudes, il y a aujourd'hui plutôt divergence, et la question qui se pose dorénavant est la suivante : dans quelles conditions le modèle réunionnais peut-il rejoindre le modèle métropolitain ? Une réflexion prospective est menée en ce sens et si des réponses sont déjà en train de se dessiner, d'autres variables restent totalement incertaines.

Magali Barbieri et Christine Catteau étudient la mortalité générale à la Réunion dans le troisième chapitre. Elles disposent à cet effet de données récentes et livrent une connaissance fine sur l'évolution contemporaine de la mortalité. En termes d'espérance de vie, il est montré comment subsistent de fortes disparités entre les communes, jusqu'à six ans entre Cilaos et Petite-Île.

Un autre point marquant est le maintien d'un écart considérable de plus de huit ans entre les espérances de vie féminine et masculine. Les données de mortalité sont ensuite analysées en fonction des sexes, des âges et selon les causes de décès. Les profils de mortalité par âge comme par cause sont très semblables à ceux observés dans les pays industrialisés et les points saillants permettant dans le futur de prolonger la baisse de la mortalité sont mis en évidence : mortalité infantile, conduites à risque de la part des jeunes hommes, diabète féminin. Il est préconisé aussi dans ce chapitre de cibler encore davantage les campagnes de prévention, en termes d'âge mais aussi selon un critère géographique, puisque les populations des cirques et des Hauts sont les plus isolées des systèmes de soins et de l'information afférente.

La migration est un sujet sensible à la Réunion. Franck Temporal y consacre le quatrième chapitre et dans une annexe méthodologique montre la difficulté technique de bien quantifier le phénomène migratoire. Une étude critique des sources existantes y est proposée (recensement, état civil, trafic des passagers). Les difficultés ne sont pas seulement d'ordre quantitatif mais aussi conceptuel ; en raison de son isolement et étant un département français, le flux privilégié des migrations entre la Réunion et la métropole s'apparente à la fois à des migrations internes et internationales. Après un bilan chiffré, la situation des immigrants à la Réunion est analysée selon le critère de l'accès à l'emploi, de même que la situation des migrants réunionnais en métropole et celle des Réunionnais de retour à la Réunion. Ces différents flux ont contribué à inverser le solde migratoire réunionnais, positif depuis les années 1980 alors que les deux décennies précédentes avaient connu des départs massifs.

Dans le cinquième chapitre, Didier Breton et Bénédicte Gastineau s'attachent à analyser l'évolution de la nuptialité. Depuis longtemps peu enclins à se marier, les Réunionnais ont accentué cette tendance au cours des dernières décennies, puisque la nuptialité diminue et l'âge au mariage augmente. Mais cela ne signifie pas pour autant que le modèle réunionnais est celui du ménage à un seul individu, puisqu'on observe au contraire une pérennité du couple comme mode de vie majoritaire. La transformation majeure est simplement celle qui autorise la cohabitation sans officialiser cette union par un mariage. Ainsi, la période de cohabitation est de plus en plus longue, ce qui se traduit par des mariages au sein desquels l'âge des époux recule sans cesse. C'est le plus souvent à l'occasion d'une naissance que le couple décide de se marier, bien que cela n'ait rien d'automatique. La relation entre ces nouveaux modes de cohabitation et la situation socio-économique des individus est évoquée et reste une piste de choix pour expliquer les récentes tendances de la nuptialité.

Dans le sixième chapitre, Jean-Marc Lardoux s'intéresse au futur de la population réunionnaise. À partir d'hypothèses sur la fécondité et les migrations, plusieurs scénarios sont élaborés et intégrés dans un modèle de projection de population dont les résultats sont analysés à l'horizon 2030. Si le vieillissement

de la population est inéluctable, l'incertitude sur le nombre de naissances et sur les soldes migratoires demeure, et les scénarios extrêmes donnent des fourchettes assez larges, de 860 000 à 1 120 000 habitants en 2030. Si l'on s'en tient au scénario central qui maintient le solde migratoire des années 1990 et qui fait tendre la fécondité des femmes réunionnaises vers celle des métropolitaines, le chiffre du million d'habitants sera atteint peu avant 2030.

Enfin, en guise de conclusion, quelques thèmes démographiques importants pour les années à venir seront discutés (Frédéric Sandron). En tirant parti de l'expérience d'autres pays, la question de la fin de la transition démographique sera posée, ainsi que celle des nouveaux flux migratoires, qu'ils soient dirigés des pays voisins de la zone océan Indien vers la Réunion ou bien concernant les futurs diplômés réunionnais dont les compétences pourront être valorisées à l'étranger dans un contexte international de pénurie de travailleurs très qualifiés. Enfin, quelques réflexions seront proposées sur les modifications induites par la croissance démographique, que ce soit en termes d'emploi, de vieillissement, de logement, d'équipement public ou encore d'aménagement du territoire. « L'âge d'or démographique » que va connaître la Réunion sera peut-être un atout à saisir, renversant la perspective généralement perçue comme négative de la croissance démographique de l'île.

\*\*\*

Plusieurs collègues démographes ont bien voulu se pencher sur un ou plusieurs chapitres de cet ouvrage, améliorant ainsi très significativement sa qualité globale. Nous remercions vivement pour leur lecture attentive et leurs pertinents commentaires Christine Catteau (Drass, Réunion), Yves Charbit (université Paris-V), Maria Cosio-Zavala (université Paris-X), Patrick Festy (Ined), Jean-Marc Lardoux (Insee, Réunion) France Meslé (Ined) et Véronique Petit (université Paris-VIII). Nous tenons à remercier aussi Jean-Marc Lardoux pour son aide précieuse quant à la mise à disposition de données statistiques, ainsi que Jean Gaillard, directeur régional de l'Insee-Réunion, pour son aimable autorisation de reproduire un article paru dans la revue *Économie de la Réunion*.

## Bibliographie

**ARIÈS P.,**

1971 – *Histoire des populations françaises*. Paris, Points Seuil, 413 p.

**BERTILE W.,**

1992 – « Développement économique et fécondité à La Réunion ». In Conseil général : *Fécondité et insularité*, Actes du colloque, Saint-Denis de la Réunion, tome 1 : 257-264.

**BERTILE W.,**

1996 – « L'émigration réunionnaise en métropole. Un enjeu primordial ». In Bertile W., Lorraine A., Collectif Dourdan : *Une communauté invisible. 175 000 Réunionnais en France*, Paris, Karthala : 9-42.

**BERTILE W.,**

2000 – *La Réunion, Département français d'outre-Mer, Région Européenne Ultra-périphérique*. Thèse de doctorat d'État, université de la Réunion.

**BEVEN BUNFORD J.-B.,**

2002 a – Les archives cachées de la Creuse. *Journal de l'île*, 16 septembre, disponible sur le site web du *Journal* « www.clicanoo.com », 6 p.

**BEVEN BUNFORD J.-B.,**

2002 b – Enfants de la Creuse : les deux raisons oubliées du transfert des Réunionnais. *Journal de l'île*, 23 décembre, disponible sur le site web du *Journal* « www.clicanoo.com », 6 p.

**BEVEN BUNFORD J.-B.,**

2003 – Enfants de la Creuse : les témoins parlent. *Journal de l'île*, 29 avril, disponible sur le site web du *Journal* « www.clicanoo.com », 6 p.

**CALOT G., GIRARD A., LERIDON H.,**

1976 – « Rapport au gouvernement : l'effet des mesures de politique démographique sur l'évolution de la fécondité ». *In : Natalité et politique démographique*, Travaux et Documents, Cahier n° 76, Paris, Ined, 162 p.

**CARDE E.,**

1996 – *Relations entre évolution sanitaire et transition socio-culturelle à la Réunion*. Mémoire de DEA, université d'Aix-Marseille III, 296 p.

**CATTEAU P., CATTEAU C.,**

1999 – « Révolution épidémiologique et démographique à La Réunion ». *In* : Maestri E., éd. : *1946 : La Réunion, Département. Regards sur La Réunion contemporaine*, Paris, L'Harmattan : 73-84.

**CESR,**

2002 – *Enjeux et défis de la Réunion à l'horizon 2020*. Conseil économique et social régional, Région Réunion, Saint-Denis de la Réunion, 106 p.

**CHANE-KUNE S.,**

1996 – *La Réunion n'est plus une île*. Paris, L'Harmattan, 363 p.

**CHARBIT Y.,**

1981 – *Du malthusianisme au populationnisme. Les économistes français*

*et la population 1840-1870*. Paris, Ined, Travaux et Documents, Cahier n° 90, 308 p.

**CORNU H.,**

1976 – *Paris et Bourbon. La politique française dans l'océan Indien*. Travaux et Mémoires de l'Académie des Sciences d'Outre-Mer, Nouvelle Série, n° 4, Paris, 50 p.

**DEBRÉ M.,**

1974 – *Une politique pour la Réunion*. Paris, Plon, 222 p.

**DE PALMAS J.,**

1996 – *Une réponse au surpeuplement de la Réunion : la Sakay*. Mémoire de maîtrise, université de la Réunion, 252 p.

**EVE P.,**

1999 – *Naître et mourir à l'île Bourbon à l'époque de l'esclavage*. Paris, Saint-Denis de la Réunion, L'Harmattan/université de la Réunion, 202 p.

**FESTY P., HAMON C.,**

1983 – *Croissance et révolution démographiques à la Réunion*. Paris, Ined, Travaux et Documents, Cahier n° 100, 116 p.

**FINANCE J.,**

1948 – *Rapport sur le département de la Réunion*, 66 p.

**GAUVIN G.,**

1996 – *Michel Debré et l'île de la Réunion (1959-1967)*. Paris, L'Harmattan, 341 p.

**GUÉZÉ P.,**

1951 – L'émigration, espoir d'un équilibre social et économique satisfaisant à la Réunion. *Marchés coloniaux*, 10 novembre, p. 2983.

**HAMON C.,**

1982 – *La population de Cilaos (Réunion) de 1850 à 1974. Étude de démographie historique*. Thèse de doctorat, EHESS, université Paris-V, 376 p.

**HOARAU S.,**

2002 – Les familles nombreuses. *Document*, n° 42, Observatoire du Développement de la Réunion, Saint-Denis, 57 p.

**Insee,**

1987 – Vingt ans de migration organisée sur la Métropole. Insee, *Économie de la Réunion*, 29 : 4-9.

**ISNARD H.,**

1953 – La Réunion : problèmes démographiques, économiques et sociaux. *Revue de Géographie Alpine*, 41 (4) : 607-628.

**JOURDAIN A.,**

1978 – *Baisse de la fécondité et planification familiale à l'île de la Réunion*. Thèse de doctorat, université de Rennes, 281 p.

**LECOMPTE D.,**

1975 – *La population réunionnaise. Problèmes actuels et perspectives pour l'an 2000*. Département de la Réunion, Direction départementale de l'équipement, Groupe d'étude et de programmation, Saint-Denis de la Réunion, 220 p.

*Le Journal de l'île*, 2002, 30 novembre.

**LINQUETTE P.,**

1999 – La Réunion dans le siècle : le 7 juin 1963 naît le Bumidom. *Journal de l'île*, 14 janvier, disponible sur le site web du *Journal* « [www.clicanoo.com](http://www.clicanoo.com) », 3 p.

**LINQUETTE P.,**

2003 – Un mariage d'intérêt entre la Réunion et le Québec. *Journal de l'île*, 4 mars, disponible sur le site web du *Journal* « [www.clicanoo.com](http://www.clicanoo.com) », 3 p.

**MANGLOU T.,**

1992 – « Les enjeux économiques et sociaux ». In Conseil général : *Fécondité et insularité*, Actes du colloque, Saint-Denis de la Réunion, tome 2 : 1064-1072.

**MARIE C.-V., TEMPORAL F.,**

2001 – Une émigration très encadrée par les institutions. Insee, *Économie de la Réunion*, 109 : 12-14.

**MARTINEZ P. F.,**

2001 – *Géopolitique de la Réunion*. Océan Éditions, Saint-André, La Réunion, 281 p.

**MORLAS G., PAUGAM C., VERHILLE L.,**

1992 – « Un bilan de la planification familiale à La Réunion. L'AROF : une expérience originale ». In Conseil général : *Fécondité et insularité*, Actes du colloque, Saint-Denis de la Réunion, tome 2 : 777-823.

**Parti socialiste,**

1992 – *La Réunion. Agir pour l'an 2000*. Fédération du parti socialiste de la Réunion, Saint-Denis, 233 p.

**PELLIER J.,**

1955 – « La situation démographique de la Réunion ». In : *Rapport sur la population de la Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion*, Rapport du Haut-Comité consultatif de la population et de la famille : 157-235.

**ROCHOUX J.-Y.,**

2004 – « Croissance économique et chômage à La Réunion en 2020 : perspectives et politiques ». In Maurin A., Montauban J.-G., Vellas F., éd. : *L'enjeu du développement économique insulaire*, Sedes : 31-74.

**SAUVY A.,**

1963 – *Théorie générale de la population. I- Économie et Croissance*. Paris, PUF, 3<sup>e</sup> édition, 761 p.

**SQUARZONI R.,**

1992 – « Protection sociale et fécondité à La Réunion ». In Conseil général : *Fécondité et insularité*, Actes du colloque, Saint-Denis de la Réunion, tome 2 : 738-746.

**Université de la Réunion-Insee,**

2003 – *Atlas de la Réunion*, 143 p.

**VALÉAMA J.,**

1999 – Emplois : au Québec, on embauche... *Journal de l'île*, 18 mai, disponible sur le site web du *Journal* « [www.clicanoo.com](http://www.clicanoo.com) », 2 p.

**VAXELAIRE D.,**

2003 a – *Le grand livre de l'histoire de la Réunion*. Vol. 1, Orphie, 349 p.

**VAXELAIRE D.,**

2003 b – *Le grand livre de l'histoire de la Réunion*. Vol. 2, Orphie, 352 p.

**VERGÈS P.,**

1993 – *D'une île au monde*. Paris, L'Harmattan, 320 p.

**VERGÈS P.,**

2001 – « Intervention ». In Département de la Réunion, 2001, actes des *Journées de la Démographie*, 21-23 novembre : 17-23.

**WEBER A.,**

1994 – *L'émigration réunionnaise en France*. Paris, L'Harmattan, 447 p.

**WIDMER I.,**

2005 – *La Réunion et Maurice*. Paris, Ined, Travaux et Documents, Cahier n° 155, 291 p.

# Dynamique de la population réunionnaise (1663-2030)

Frédéric SANDRON

L'histoire du peuplement et de la croissance de la population à la Réunion est bien documentée, notamment par des travaux d'histoire ou de démographie historique. Les données sur des périodes anciennes, même entachées d'erreurs, d'incomplétude ou d'imprécision, permettent une reconstitution dans les grandes lignes de la dynamique de la population depuis le début du peuplement en 1663.

Les sources de la démographie historique sont les registres paroissiaux, l'état civil et les nombreux recensements effectués par les autorités à des fins fiscales ou militaires<sup>1</sup>. Dès les premiers temps de l'occupation humaine de l'île Bourbon, des listes nominatives furent ainsi dressées par la Compagnie des Indes, dont les résultats sont jugés fiables eu égard au petit nombre d'habitants. À partir de 1730, obligation est faite par « Déclaration du Roy » de procéder annuellement à un dénombrement afin de prélever l'impôt. Sur cette base, la période 1730-1848 est relativement bien renseignée. En 1848, les opérations de collecte deviennent du ressort des mairies, qui avaient alors tout intérêt à gonfler les chiffres pour bénéficier des avantages administratifs et financiers alloués par le Gouvernement local. Pour assainir cette situation, il fut décidé en 1873 que les recensements seraient dorénavant effectués par le Service des Contributions Directes.

En 1946, la départementalisation ouvre la voie à un appareil statistique performant. Les recensements sont désormais assis sur des méthodes robustes.

1. Sur les sources statistiques, on pourra consulter : PELLIER (1955), LECOMPTE (1975), HAMON (1982), RALLU (1998), EVE (1999), TEMPORAL (2000).

Cependant, les bulletins du recensement de 1946 étaient remplis par les habitants eux-mêmes, et on peut considérer que ce n'est qu'en 1954, avec l'appui technique de l'Insee, que le premier recensement moderne a vu le jour à la Réunion. Pour la période post-départementalisation, on dispose aussi des données de l'état civil moderne, des chiffres de comptage aux frontières ainsi que de données issues d'enquêtes démographiques ponctuelles ou régulières menées par l'Insee, la Drass, etc.

À partir des données précédentes, après une brève description du mode de croissance de la population réunionnaise sur le long terme, nous rappellerons les mécanismes démographiques à l'œuvre dans la forte augmentation de la population au cours des cinquante dernières années. Nous verrons que cette multiplication par 2,8 du nombre des habitants entre 1954 et 2004 s'est faite dans le contexte d'une importante modernisation socio-économique, ce qui s'inscrit dans un schéma courant de la transition démographique.

## Du peuplement au début de la transition

Ce qui caractérise avant tout la dynamique de la population réunionnaise sur le long terme est l'importance de sa croissance par apport extérieur de main-d'œuvre. De manière très visible à la Réunion, la démographie est en effet intimement liée à l'économie, c'est-à-dire à la production agricole de l'île, et cela est encore vrai en 1946. Nous allons retracer à grands traits cette histoire commune entre l'économie et la démographie, afin de mieux lire et interpréter l'évolution de la population depuis les origines (fig. 1).

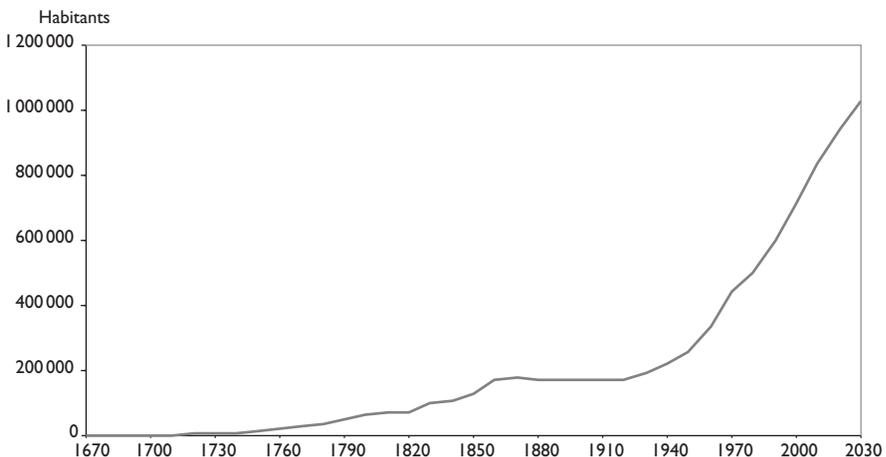


Fig. 1

Évolution de la population depuis l'origine du peuplement.

Sources : Insee, LECOMTE (1975), HAMON (1982), MARTINEZ (2001), Lopez (web).

La première période (1663-1715) est celle durant laquelle la Compagnie des Indes a assigné à l'île Bourbon le rôle de ravitailler les navires sur la Route des Indes. Le peuplement est réalisé par l'envoi de quelques colons métropolitains, officiers et aventuriers, cantonnés vers Saint-Paul et Sainte-Suzanne. La production agricole est tournée vers l'autosubsistance et vers les cultures vivrières destinées aux navigateurs. Les conditions naturelles sont très bonnes pour que la population se multiplie rapidement, comme cela a été le cas dans des contextes similaires où les ressources alimentaires sont abondantes. Pour preuve, MARTINEZ (2001 : 43) mentionne que les 36 premières habitantes de l'île Bourbon (14 Malgaches, 12 Indoportugaises, 10 Françaises) ont eu plus de 7000 descendants à la troisième génération, ce qui correspond, compte tenu de la mortalité infantile, à environ 8-9 enfants par femme. Mais sur l'ensemble de la population, d'une part le sex ratio est largement en faveur des hommes, que ce soit parmi les hommes libres ou parmi les esclaves, d'autre part il n'y a aucune incitation chez les esclaves à la procréation. En 1715, Bourbon est peuplée d'environ 1500 habitants.

À partir de 1715, l'introduction du café, qui devient la culture principale de l'île, va être accompagnée d'un recrutement massif de colons et surtout d'esclaves. En termes de peuplement, un front pionnier se constitue à partir de Saint-Paul et dès 1740, l'ensemble des basses pentes sur les zones côtières est occupé par les cultures caféières et par la population (SIMON, 2003). Cette ère du café (1715-1815) verra un équilibre du sex ratio parmi la population libre et le début d'une croissance naturelle notable. En revanche, parmi les esclaves, c'est-à-dire pour 75 % de la population totale, on compte jusqu'à deux hommes pour une femme (EVE, 1999). La croissance démographique globale reste donc modérée, faite en partie d'une croissance naturelle pour une minorité de la population et d'une croissance par immigration pour la majorité de la population. Au total, l'île compte en 1815 quelque 68000 habitants.

Une longue période économique, initiée en 1815 et qui se prolongera jusqu'à la départementalisation en 1946, est celle de la canne à sucre. Durant la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, la rentabilité de cette culture destinée à approvisionner la métropole aboutit à un nouveau recrutement massif d'esclaves, malgré l'interdiction de la traite en 1817. On estime que 45000 esclaves furent introduits à cette date en une vingtaine d'années, à comparer aux 80000 pour l'ensemble du XVIII<sup>e</sup> siècle (MARTINEZ, 2001). Ensuite, l'abolition de l'esclavage en 1848 a eu comme conséquence la libération de 62000 esclaves et a été suivie du recrutement d'un nombre à peu près équivalent de travailleurs salariés en majorité venus d'Inde, que l'on appelait les « engagés ». Dans les années 1860, cet afflux massif de population porte le nombre d'habitants à environ 175000.

La période la plus sombre de l'histoire démographique et économique de la Réunion a duré plus d'un demi-siècle, entre les années 1865 et 1919. Ouverture du canal de Suez détournant les navires de la Réunion, concurrence internationale, baisse des cours du sucre, plantations de canne atteintes par un

parasite, cyclones à répétition, épidémies et maladies (choléra, typhus, tuberculose, paludisme, variole, tétanos, fièvre typhoïde) ; une impressionnante conjonction de facteurs défavorables a paupérisé une grande partie de la population et a été à l'origine d'une mortalité infantile et générale en forte hausse. À cela se sont ajoutés les retours d'une partie des engagés dans leur pays et une forte émigration vers Madagascar. Du point de vue démographique, le résultat est une diminution nette de population pour plusieurs années successives, et au total une stagnation de la population entre 1865 et 1919.

Ces événements et cette chronologie sont retranscrits dans la figure 1. On peut y lire une croissance démographique extrêmement faible dans les premières décennies du peuplement de l'île Bourbon, une croissance modérée durant le cycle du café, une importante progression de la population entre 1820 et 1860, une stagnation démographique de crise jusqu'aux années 1920. Nous allons maintenant nous pencher plus précisément sur la croissance sans précédent de la population réunionnaise survenue à partir du milieu du xx<sup>e</sup> siècle.

## La transition démographique

Fondé sur l'observation de nombreux pays, le schéma de la transition démographique postule que les populations passent d'un modèle de croissance démographique dans lequel la mortalité et la natalité sont élevées à un autre modèle dans lequel la mortalité et la natalité sont faibles. L'espérance de vie dans le modèle pré-transitionnel est de l'ordre de 20 à 40 ans, tandis qu'elle est supérieure à 70 ans dans le modèle post-transitionnel. Ces deux modèles correspondent chacun sur le long terme à des taux de croissance modérés, inférieurs à 1 % par an. En général, c'est la mortalité qui baisse en premier, suivie ensuite par la natalité. Ce décalage est à l'origine d'une forte croissance de la population pendant le déroulement de la transition puisque le taux de croissance naturelle est la différence entre le taux de natalité et le taux de mortalité. Le schéma théorique est présenté dans la figure 2.

Dans la réalité, ce schéma général se décline sous de nombreuses variantes dont les paramètres principaux sont l'intensité de la baisse de la mortalité et de la natalité, le décalage temporel entre les deux et la durée globale du processus. Des questions se posent : que se passe-t-il après la fin de la transition ?<sup>2</sup> Quelles sont les variables sociales, économiques, historiques, politiques, etc., qui expliquent les modalités d'une transition démographique particulière ? Dans cette optique, le cas de la Réunion est très intéressant, car

2. Cette question renvoie à une autre plus pragmatique, puisqu'il s'agit de la pérennité même d'une population, ou tout au moins de sa place dans le jeu international : comment faire face à une fécondité qui, durablement, n'assure pas le renouvellement des générations ?

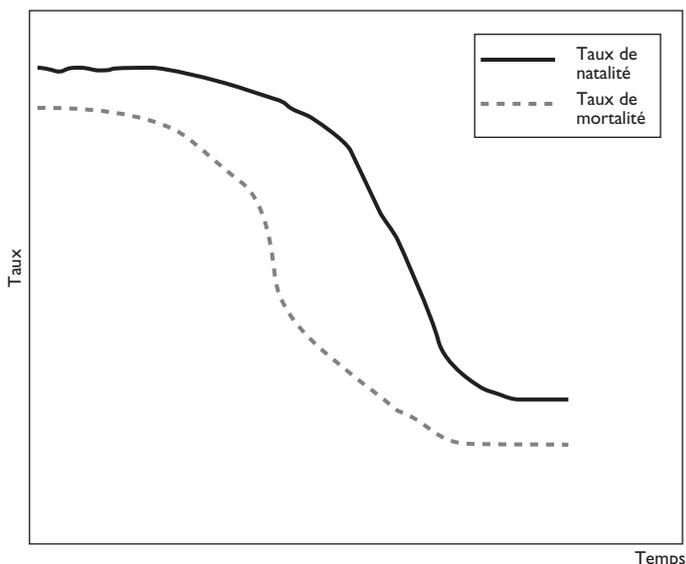


Fig. 2  
Schéma théorique de la transition démographique.

si le schéma central de sa transition démographique est « standard », sa phase finale présente des caractéristiques originales dans le contexte d'un pays développé<sup>3</sup>. Son début aussi d'ailleurs est atypique à certains égards, dans la mesure où l'on a observé des signes annonciateurs de la transition mais qui ne se sont pas vraiment concrétisés, comme nous allons le voir.

### La croissance naturelle

C'est seulement à partir de 1921 que les naissances à la Réunion sont systématiquement en excès sur les décès. Pour autant, la mortalité ne faiblit pas de manière significative avant le début des années 1930. Cette première baisse survenue dans les années 1930 va être contrecarrée dans la décennie 1940 par le blocus maritime qu'a connu l'île pendant la Seconde Guerre mondiale, puis par les difficultés d'approvisionnement qui plongent les habitants dans une sous-alimentation chronique, et enfin par les effets dévastateurs de plusieurs cyclones. En 1946, la mortalité infantile est supérieure à 150 pour mille et l'espérance de vie inférieure à 50 ans. Malgré tout, la population augmente de 30 % entre 1930 et 1950<sup>4</sup>.

La situation à partir des années 1950 est toute différente. La baisse de la mortalité va enfin présenter un caractère rapide et irréversible. Après la dernière

3. Sur la transition démographique à la Réunion et sur la dynamique de la population depuis la départementalisation, on pourra consulter : COHEN (1971), FESTY et HAMON (1983), HAMON et CATTEAU (1986), CATTEAU *et al.* (1992), HOAREAU (1994), LOPEZ (1995), BERTILE (2000), MARTINEZ (2001), LARDOUX (2002), ACTIF et MARTINEZ (2003). Le lecteur pourra se référer à ces sources pour une description des modalités concrètes de la transition démographique (âge au mariage, contraception etc.) qui ne seront pas abordées ici.

4. MARTINEZ (2001) parle de la période 1930-1950 comme d'un « préambule » à la transition démographique. LOPEZ (1995) évoque une « amorce » de la transition en 1930 qui s'amplifie en 1950.

grande crise occasionnée par le cyclone de 1948, la fécondité va pour sa part augmenter sous l'effet d'une diminution des pathologies dans le domaine de la santé de la reproduction. Il est en effet habituel, dans le schéma de la transition démographique, de constater, grâce aux progrès de l'hygiène et de la médecine, une progression des taux de natalité durant quelques années avant qu'ils n'amorcent une baisse. Cette baisse va survenir après un pic du taux de natalité à 51 pour mille en 1952, chiffre rarement atteint dans d'autres pays.

La période 1952-1967 est celle qui est au cœur du schéma de la transition démographique, et c'est celle qui suscite le plus de craintes chez les responsables politiques, puisque les taux annuels de croissance naturelle de la population sont compris entre 2,9 % et 3,5 %. Ces taux très élevés<sup>5</sup> sont le résultat du différentiel entre une mortalité en forte régression et une natalité en faible régression.

Après 1967, la mortalité continue de baisser mais son niveau est déjà faible et les progrès enregistrés deviennent moins spectaculaires. En revanche, la fécondité va diminuer fortement, et au total le taux de croissance de la population diminue par rapport à la période précédente, tout en restant important. On peut estimer qu'au début des années 1980, les courbes de natalité et de mortalité évoluent de manière parallèle, marquant ainsi classiquement la fin de la transition démographique (fig. 3).

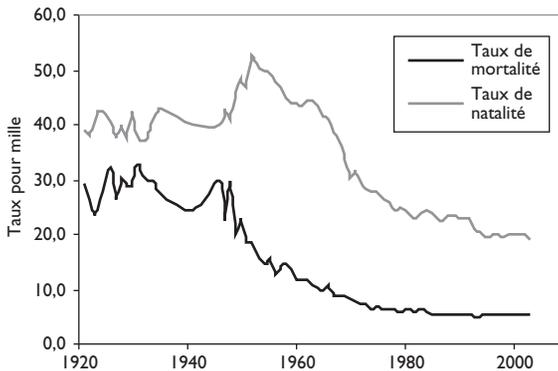


Fig. 3

Évolution des taux de natalité et de mortalité (1921-2003).

Sources : FESTY et HAMON (1983) ; Lopez (web) ; Insee.

Mais quand nous avons évoqué *supra* la spécificité de la phase finale de la transition démographique de la Réunion, nous faisons référence implicitement à la difficulté de décréter la fin même de cette transition. En effet, outre le parallélisme des deux courbes de natalité et de mortalité, le critère exigé pour cela est que la croissance naturelle annuelle de la population soit en deçà d'un certain seuil, généralement porté à 1 %. Or, depuis une vingtaine d'années, bien qu'en diminution régulière, elle reste comprise entre 1,8 et 1,4 %.

5. L'effectif d'une population soumis à un taux de croissance annuel de 3,5 % double en vingt ans.

Ce maintien d'un taux de natalité relativement élevé n'est pas seulement affaire de structure de la population, car l'indice synthétique de fécondité, qui est un indicateur indépendant de cette structure, est estimé à 2,43 enfants par femme en 2003 (TER, 2004), valeur similaire à celle de 1999 et supérieure à celle de 1996 qui était de 2,26 enfants par femme. Un autre critère usité pour énoncer la fin de la transition porte d'ailleurs sur la valeur de l'indice synthétique de fécondité qui doit atteindre le seuil de remplacement des générations, c'est-à-dire environ 2,10 enfants par femme. Il y a là une vraie question sur la nature de ce plateau démographique, qui sera évoquée dans le chapitre 2 et sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre conclusif<sup>6</sup>.

Si l'on considère la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, qui est celle qui a connu à la fois la transition démographique et des recensements de population fiables, on peut dresser un bilan de l'importance de l'accroissement démographique à travers les résultats de ces recensements (tabl. 1).

Tableau I  
Population lors des recensements (1954-1999)

Année de recensement	Population
1954	274 400
1961	349 300
1967	416 500
1974	476 700
1982	515 800
1990	597 800
1999	706 300

Sources : Insee, recensements.

En 2004, la population est estimée à 763 200 habitants (TER, 2004). Entre 1954 et 2004, la population réunionnaise a donc été multipliée par 2,8. Même si l'on peut considérer que la transition n'est pas complètement achevée, on peut comparer la valeur de ce « multiplicateur transitionnel »<sup>7</sup> à celui de l'ensemble des pays développés, qui est de l'ordre de 4, et à celui des pays en développement qui sera de l'ordre de 8 (CHESNAIS, 1986). Cette faible valeur est d'autant plus remarquable que la transition démographique de la Réunion s'est faite récemment, et que dans ce cas les transitions sont plus courtes et plus hautes que celles des pays européens qui, elles, se sont étalées sur des durées beaucoup plus longues. C'est généralement seulement dans ce dernier cas que le multiplicateur est faible, égal par exemple à 2 dans le cas de la France pour une transition qui s'étale sur plus de 150 ans. À l'opposé, certains pays africains connaîtront une multiplication par 15 de leur population.

6. « L'analyse de la transition démographique de La Réunion laisse penser que l'île est en fin de transition mais que celle-ci n'est peut-être pas terminée » (Insee, 2002 : p. 11). WIDMER (200 : 5, p. 219) estime que la fin de la transition pourrait survenir « d'ici les vingt prochaines années ».

7. Désigne formellement la valeur par laquelle l'effectif de la population pré-transitionnel a été multiplié pour aboutir à l'effectif post-transitionnel.

Dans le cas réunionnais, la croissance démographique globale jugée relativement faible pour une transition courte et haute est liée au faible décalage temporel entre la baisse de la mortalité et celle de la fécondité ainsi qu'à la baisse extrêmement rapide de la fécondité. À moins d'un maintien de la fécondité à un niveau supérieur au seuil de renouvellement des générations pendant plusieurs décennies, ce qu'aucun élément d'analyse ne peut justifier, la progression de la population réunionnaise au cours de sa période de transition sera bien moins importante que dans presque tous les autres pays de la planète. Cela relativise le terme « d'explosion démographique », qu'on ne devrait utiliser, comme le suggère LÉVY (1986), que dans le cas des pays dont le multiplicateur est au moins égal à 10.

### La structure par âge

Logements, infrastructures, établissements scolaires, marché de l'emploi etc., nombreux sont les secteurs de la vie économique et politique à s'intéresser aux évolutions démographiques. Cela est d'autant plus vrai que sous l'effet de la transition démographique, c'est aussi la structure par âge de la population qui se modifie et donc la nature des besoins et les postes de consommation. Le tableau 2 indique la proportion croissante des classes d'âge actif, issues des générations nombreuses nées dans les années 1960. On remarque aussi la progression de la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus, passant de 5 à 10 % entre 1954 et 1999, progression qui va se poursuivre dans les années à venir.

Tableau 2  
Évolution de la répartition (en %) de la population par groupe d'âges (1954-1999)

	0-19 ans	20-59 ans	60 ans et +
1954	52,1	42,6	5,3
1961	54,0	40,7	5,3
1967	56,3	38,4	5,3
1974	54,1	39,9	6,0
1982	49,0	44,0	7,0
1990	40,0	51,4	8,6
1999	36,2	53,8	10,0

Sources : Insee, recensements.

La figure 4 illustre la transformation de la pyramide des âges au cours du temps. En 1954, elle est très large à sa base, typique des pyramides des pays occidentaux de l'époque pré-transitionnelle ou des pays en développement au milieu du xx<sup>e</sup> siècle. En 1990, elle se contracte mais la base reste encore large sous l'impulsion d'une natalité qui ne décroît plus, tandis que la part des personnes âgées, bien qu'en augmentation, reste modeste comparativement aux pays européens. Enfin, dans le scénario central des projections de population de l'Insee (voir chapitre 6), la pyramide réunionnaise à l'horizon 2030 ressemble globalement à celle de la métropole actuelle.

Dynamique de la population réunionnaise (1663-2030)

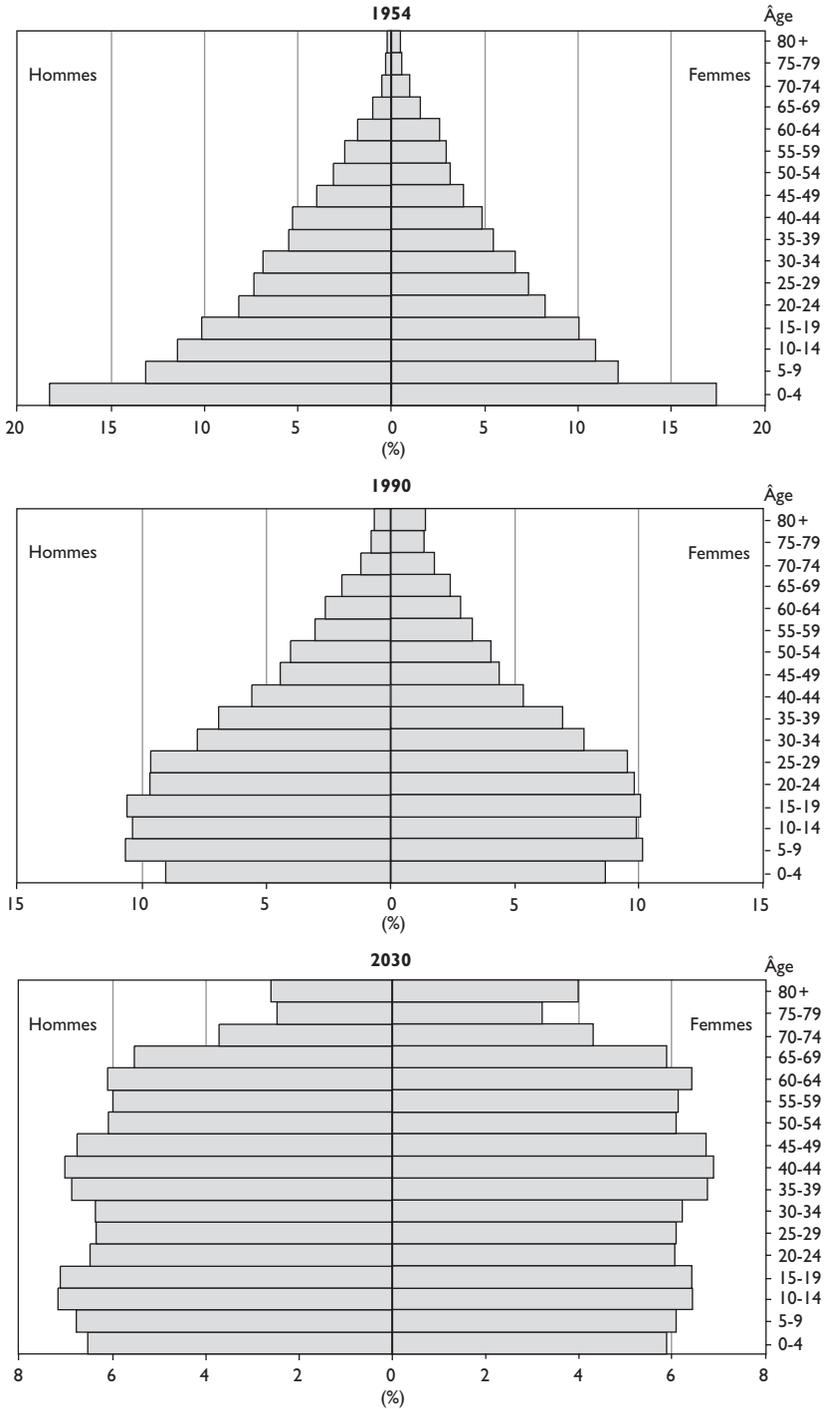


Fig. 4

Pyramides des âges en 1954, 1990, 2030 (projection : scénario central).

Source : Insee.

## Le poids de la migration

Nous avons insisté sur la dynamique naturelle de la population, sans mentionner la croissance issue de la migration. Il est vrai que quantitativement, la grande majorité de la croissance de la population réunionnaise au cours de la transition démographique est inhérente à sa croissance naturelle (tabl. 3).

Tableau 3  
Solde naturel et solde migratoire dans la croissance de la population (1954-1999)

	1954- 1961	1961- 1967	1967- 1974	1974- 1982	1982- 1990	1990- 1999
Excédent naturel annuel moyen	+10 838	+12 446	+10 246	+9 060	+9 750	+10 234
Solde migratoire annuel moyen	-138	-1 246	-1 646	-4 173	+500	+1 822
Taux d'accroissement annuel moyen (%)	3,5	3,0	2,0	1,0	1,9	1,9
Dont taux croissance naturelle annuel moyen (%)	3,5	3,3	2,3	2,0	1,8	1,6
Dont solde migratoire annuel moyen (%)	0,0	-0,3	-0,3	-1,0	0,1	0,3

Sources : Insee, recensements, état civil.

Alors que pendant 250 ans, la migration avait été le moteur de la croissance démographique de l'île, la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle ne voit pas d'apports migratoires notables. C'est pendant l'organisation de l'émigration en métropole à travers le Bumidom, au cours de la période 1967-1974, que le rôle de l'émigration est le plus fort puisqu'elle participe, négativement, à hauteur de 20 % de la croissance totale entre les deux recensements. En soustrayant une partie de ses jeunes adultes à la population réunionnaise, cette émigration a eu des répercussions sur la natalité, mais les migrations du point de vue purement quantitatif occupent au total une place nettement moins importante que la dynamique naturelle dans le schéma de la transition démographique.

## Transition et modernisation socio-économique

S'il est des transitions démographiques dont les facteurs explicatifs sont difficiles à cerner, le schéma dans lequel s'inscrit celle de la Réunion est assez limpide dans ses grandes lignes. Les mutations de la démographie réunionnaise peuvent être expliquées par la théorie de la « modernisation socio-économique ». Celle-ci stipule que dans une société où l'enfant participe par son travail à l'économie domestique et où il demeure le seul soutien à ses parents lors de leurs vieux jours, où les femmes sont peu instruites et ont un

statut social défavorisé, où la mortalité infantile est forte, une fécondité élevée est le meilleur garant d'assurer la survie et la pérennité de la famille. Inversement, lorsque l'enfant coûte davantage qu'il ne rapporte, quand la sécurité face aux aléas de la vie est prise en charge par un système d'assurance-maladie et de retraite, quand on acquiert la quasi-certitude que le nourrisson qui naît atteindra l'âge adulte, alors le statut de l'enfant change et il n'est plus nécessaire de maximiser la fécondité dans un tel contexte. Dans ce schéma de la modernisation socio-économique, les variables indicatrices du développement d'une société sont en même temps celles qui jouent dans le sens d'une baisse de la mortalité et de la fécondité. Développement socio-économique et transition démographique sont donc indissociablement liés à travers un ensemble de variables, parmi lesquelles on peut citer la scolarisation, l'instruction, l'urbanisation, les progrès en matière d'hygiène, l'accès à un système de soins performant, l'amélioration de la condition de la femme<sup>8</sup>, l'existence d'institutions de sécurité sociale, d'assurance et de retraites, des revenus plus élevés, l'émergence d'une classe moyenne.

C'est précisément ce que va apporter la départementalisation à la Réunion à partir de 1946<sup>9</sup>. À cette date, l'économie de l'île reste encore largement dominée par la culture de la canne à sucre et toutes les infrastructures existantes sont conçues pour servir le secteur primaire, qui emploie deux actifs sur trois. Seulement 8 % des logements sont construits en dur, 10 % ont l'eau courante (mais pas pour autant potable) et 12 % l'électricité. On ne compte que deux lycées sur l'ensemble du territoire. Dans les années 1940, les conditions de vie des Réunionnais sont encore très liées aux phénomènes naturels et au cycle des saisons. Le cyclone de 1948 a occasionné 165 décès, chassé de chez elles 15 000 personnes, porté la mortalité infantile à 230 pour mille et dévasté les champs de canne. Le rythme des naissances et des décès, comme dans toutes les sociétés rurales traditionnelles, est très influencé par le calendrier agricole. De même, les effectifs scolaires sont plus importants en décembre qu'en septembre, après que les enfants ont participé à la coupe de la canne à sucre (CARDE, 1996). À cette époque, l'île est loin de la métropole que l'on rejoint alors en avion en pas moins de quatre jours, avec une quinzaine d'étapes.

Dans le domaine de la santé, le bilan est aussi désastreux. En 1946, rappelons que la mortalité infantile est supérieure à 150 pour mille et l'espérance de vie inférieure à 50 ans. On compte seulement 29 médecins généralistes, 3 chirurgiens, 9 dentistes, 17 pharmaciens, aucun médecin spécialiste. Le rapport FINANCE (1948) dénonce une insuffisance notoire de médecins, l'indigence des cinq petits établissements hospitaliers, la quasi-inexistence d'un service d'hygiène et l'absence de moyens de transport sanitaire. Signe des temps,

8. Accès à la scolarisation, participation à la vie active, prise de décision au sein du couple.

9. Pour un ensemble de raisons inhérentes à la reconstruction de la France après la Seconde Guerre mondiale et à sa préoccupation face aux derniers conflits coloniaux, les moyens mis à disposition de la départementalisation seront surtout conséquents à partir de 1960.

l'élite réunionnaise constituée des grands propriétaires terriens, qui est pourtant la seule à avoir accès au système de santé local, se dirige vers Madagascar ou Maurice pour consulter des médecins spécialistes. La Réunion au temps de la départementalisation a une structure épidémiologique proche de celles des pays en développement, c'est-à-dire que les causes de mortalité principales sont liées aux maladies infectieuses et parasitaires ainsi qu'aux maladies provoquées par les carences alimentaires. Le paludisme est responsable de 40 % des décès, le rachitisme et le bérubéri y sont toujours présents (CATTEAU et CATTEAU, 1999).

Au cours de la seconde moitié du <sup>xx</sup>e siècle, cette situation va changer rapidement sous l'effet d'un ensemble de mesures prises en matière d'infrastructures routières, d'adduction d'eau potable, d'électrification, de construction de logements, d'écoles, d'hôpitaux, de création d'un système de soins moderne, de la sécurité sociale, de structures hospitalières pour les accouchements, etc<sup>10</sup>. Cette politique volontariste marque la fin d'une société agricole. En l'espace d'une cinquantaine d'années, les indicateurs de la situation socio-économique de la Réunion sont tout simplement passés de ceux d'un pays en développement à ceux d'un pays développé (tabl. 4).

*Tableau 4*  
*Évolution de quelques indicateurs de développement socio-économique entre 1946 et 1996*

	<b>1946</b>	<b>1996</b>
Part de la population active dans le secteur primaire	65 %	2 %
Taux d'urbanisation	20 %	86 % (1999)
Nombre de lycées*	2	24 (1997)
Nombre de bacheliers dans l'année*	43	4 600
Proportion de logements en dur	8 %	98 % (1999)
Nombre de médecins pour 1 000 habitants	0,14	1,74
Proportion de logements ayant l'électricité	12 %	99 %
Proportion de logements ayant l'eau courante	10 %	97 %
Nombre d'enseignants dans le second degré*	100	6 514 (1997)
Espérance de vie	48 ans	74,6 ans
Mortalité infantile	160 ‰	6,5 ‰
Nombre de voitures pour 1 000 habitants	5	260 (1994)
Kilomètres de routes bitumées	131	2 724 (1994)
Nombre de téléphone pour 1 000 habitants	10	333

\* Pour comparer ces chiffres, mentionnons que la population entre 1946 et 1996 a été environ multipliée par 3.  
Sources : diverses

En matière d'hygiène, de conditions sanitaires et de santé, les progrès ont été spectaculaires. De manière concomitante à la transition démographique, la

10. Pour une histoire du développement de la Réunion, on pourra consulter par exemple : MAESTRI (1999) ; VAXELAIRE (2003).

Réunion a accompli sa transition épidémiologique (CARDE 1996 ; CATTEAU et CATTEAU, 1999), signe d'une évolution imputable au développement socio-économique au sens large. Selon l'expression de SQUARZONI (1986 : 2), cette transformation de la société réunionnaise après la départementalisation constitue « une des plus spectaculaires mutations pacifiques du globe ». L'injection massive de ressources financières et humaines a ainsi créé un environnement particulièrement propice à une baisse rapide de la mortalité qui a été ensuite suivie par une baisse rapide de la fécondité. Malgré les réticences initiales<sup>11</sup>, les aspirations à un nouveau modèle de société, en partie importé par les métropolitains et les Réunionnais de retour, ont eu vite fait de bousculer les mentalités. Le programme de planification familiale, et en particulier l'accès facile et gratuit à la contraception, a constitué un élément facilitateur et accélérateur pour cheminer vers la famille restreinte (JOURDAIN, 1978). Au recensement de 1999, seulement 9 % des ménages affichent une taille supérieure ou égale à six personnes.

## Conclusion

Au cours de sa transition démographique, la population réunionnaise a battu quelques records. Elle présentait dans les années 1950 un taux de natalité extrêmement élevé pour connaître aussitôt une baisse de la natalité parmi les plus rapides au monde. L'indice synthétique de fécondité a lui aussi chuté de manière vertigineuse de 7,0 à 2,8 enfants par femme en moins de trente ans (1953 à 1982). Quant à elle, la mortalité a enregistré une régression spectaculaire. Les indicateurs, indépendants de la structure par âge de la population, que sont la mortalité infantile et l'espérance de vie ont connu des améliorations jamais enregistrées ailleurs auparavant. Dans son ensemble, la transition démographique de la population réunionnaise a été parmi les plus rapides du monde, et elle s'est appuyée sur un développement socio-économique, rapide lui aussi, à l'instar de Singapour, Hong-Kong et Maurice. Cette histoire a façonné le paysage démographique contemporain de l'île dont l'une des caractéristiques est de présenter une fin de transition relativement longue. On peut se demander alors si elle est un épiphénomène ou pas dans le schéma général de la transition démographique. Examiner cette question, c'est-à-dire s'interroger aussi sur le devenir de la population réunionnaise, nécessite une connaissance approfondie des phénomènes démographiques des vingt-cinq dernières années, ce qui est l'objet des chapitres qui suivent.

11. « L'application immédiate des lois Neuwirth et Weil dans les DOM, et à la Réunion en particulier, résultait de la volonté des Pouvoirs Publics de réduire la natalité dans un département pauvre à l'avenir économique incertain. Il n'existait pas, à l'époque, contrairement à la Métropole, de revendications féminines locales à ce niveau. Jusque-là, les pratiques contraceptives et abortives à la Réunion étaient peu fréquentes, la morale sociale et religieuse venant renforcer la conviction que la femme a, en priorité, une fonction maternelle. » (LEFÈVRE et PASQUET, 1988 : 11).

## Bibliographie

- ACTIF N., MARTINEZ P.,**  
2003 – « La transition démographique ». In université de la Réunion, Insee : *Atlas de la Réunion* : 44-45.
- BERTILE W.,**  
2000 – *La Réunion, Département français d'outre-Mer, Région Européenne Ultra-périphérique*. Thèse de doctorat d'État, université de la Réunion.
- CARDE E.,**  
1996 – *Relations entre évolution sanitaire et transition socio-culturelle à la Réunion*. Mémoire de DEA, université d'Aix-Marseille III, 296 p.
- CATTEAU P., CATTEAU C.,**  
1999 – « Révolution épidémiologique et démographique à La Réunion ». In Maestri E., éd. : *1946 : La Réunion, Département. Regards sur La Réunion contemporaine*, Paris, L'Harmattan : 73-84.
- CATTEAU C., COLLIEZ J.-P., ORY C.,**  
1992 – « Transition démographique et fécondité à la Réunion : situation et perspectives ». In Conseil général : *Fécondité et insularité*, Actes du colloque, Saint-Denis de la Réunion, tome 1 : 89-131.
- CHESNAIS J.-C.,**  
1986 – *La transition démographique. Étapes, formes, implications*. Paris, Ined, Travaux et Documents, Cahier n° 113, 580 p.
- COHEN G.,**  
1971 – *Contribution à l'étude des problèmes démographiques à l'île de la Réunion*. Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine Cochin-Port-Royal, 54 p.
- EVE P.,**  
1999 – *Naître et mourir à l'île Bourbon à l'époque de l'esclavage*. Paris, Saint-Denis de la Réunion, L'Harmattan/université de la Réunion, 202 p.
- FESTY P., HAMON C.,**  
1983 – *Croissance et révolution démographiques à la Réunion*. Paris, Ined, Travaux et Documents, Cahier n° 100, 116 p.
- FINANCE J.,**  
1948 – *Rapport sur le département de la Réunion*. 66 p.
- HAMON C.,**  
1982 – *La population de Cilaos (Réunion) de 1850 à 1974. Étude de démographie historique*. Thèse de doctorat, EHESS, université Paris-V, 376 p.
- HAMON C., CATTEAU P.,**  
1986 – *La Réunion : une histoire démographique exceptionnelle*. Communication présentée au colloque de la Société de Gérontologie, 2 juillet.
- HOAREAU N.,**  
1994 – *L'évolution récente des mouvements naturels de population à la Réunion*. Mémoire de DEA, option géographie, université de la Réunion.
- Insee,**  
2002 – Tendances de la fécondité. Insee, *Économie de la Réunion*, 113 : 11-22.
- JOURDAIN A.,**  
1978 – *Baisse de la fécondité et planification familiale à l'île de la Réunion*. Thèse de doctorat, université de Rennes, 281 p.
- LANDRY A.,**  
1934 – *La révolution démographique : études et essai sur les problèmes de population*. Paris, Sirey.
- LARDOUX J.-M.,**  
2002 – La transition démographique s'attarde. Insee, *Économie de la Réunion*, 113 : 14-15.
- LECOMPTE D.,**  
1975 – *La population réunionnaise. Problèmes actuels et perspectives pour l'an 2000*. Département de la Réunion, Direction départementale de l'équipement, Groupe d'étude et de programmation, Saint-Denis de la Réunion, 220 p.

- LEFEVRE F., PASQUET C.,**  
1988 – Fécondité et familles à la Réunion.  
Situation et dynamique.  
*Études et Synthèses*, ODR,  
Saint-Denis de la Réunion, 32 p.
- LÉVY M.-L.,**  
1986 – Les transitions démographiques.  
Ined, *Population et Sociétés*, 207, 3 p.
- LOPEZ A.,**  
1995 – La population réunionnaise :  
histoire d'une transition démographique.  
La Réunion, *Expressions*, 7 : 27-47.
- LOPEZ A.,**  
*Le peuplement et l'histoire  
de la Réunion*,  
[www.reunion.iufm.fr/CD20%Lopez](http://www.reunion.iufm.fr/CD20%Lopez)
- MAESTRI E., éd.,**  
1999 – 1946 : *La Réunion, Département.  
Regards sur La Réunion contemporaine.*  
Paris, L'Harmattan, 635 p.
- MARTINEZ P.,**  
2001 – « La transition démographique  
à la Réunion ». In Département  
de la Réunion, Actes du Colloque *Journées  
de la démographie*, 21-23 novembre : 43-51.
- PELLIER J.,**  
1955 – « La situation démographique  
de la Réunion ». In : *Rapport sur la population  
de la Guadeloupe, Martinique, Guyane  
et Réunion*, Rapport du Haut-Comité  
consultatif de la population et de la famille :  
157-235.
- RALLU J.-L.,**  
1998 – Les catégories statistiques utilisées  
dans les DOM-TOM depuis le début  
de la présence française.  
*Population*, vol. 3 : 589-608.
- SIMON T.,**  
2003 – « Les étapes du peuplement ».  
In université de la Réunion,  
Insee : *Atlas de la Réunion* : 42-43.
- SQUARZONI R.,**  
1986 – Quarante ans de  
départementalisation. Une révolution  
pacifique. Insee, *Économie de la Réunion*,  
23 : 2-9.
- TEMPORAL F.,**  
2000 – *Analyse des catégories statistiques  
utilisées à la Réunion*. Mémoire de DEA  
de sciences sociales, université Paris-V.
- TER,**  
2004 – *Tableau économique de la Réunion*.  
Saint-Denis de la Réunion, Insee, 219 p.
- VAXELAIRE D.,**  
2003 – *Le grand livre de l'histoire  
de la Réunion*. Vol. 2, Orphie, 352 p.
- WIDMER I.,**  
2005 – *La Réunion et Maurice*. Paris, Ined,  
Travaux et Documents,  
Cahier n° 155, 291 p.



# Natalité, fécondité et comportements reproductifs

Didier BRETON

## Introduction

La Réunion figure dans les quinze premiers départements français pour le nombre de naissances et dans les deux premiers pour le nombre de naissances de mères de moins de 20 ans. De tous les départements français, seule la Guyane a un taux brut de natalité et un indice synthétique de fécondité supérieurs. L'analyse de l'évolution de la natalité et de la fécondité de la Réunion est essentielle pour au moins trois raisons :

- la première est que la natalité est le moteur de la dynamique démographique de l'île. Les trois quarts de l'accroissement annuel de la population (1,7 % entre 2002 et 2003 contre 0,5 % en métropole) s'expliquent par un solde naturel élevé. Selon les scénarios de projections de l'Insee, la population dépassera le million d'individus entre 2015 et 2030 (ACTIF *et al.*, 2002). Or le développement socio-économique de l'île et l'aménagement de son territoire dépendent très fortement de l'accroissement de sa population ;
- la deuxième raison est qu'à travers l'étude de l'évolution de sa fécondité apparaissent tous les bouleversements de la société de ce département d'outre-mer : le rôle et les formes de la famille, le statut et la condition de la femme, le développement de la scolarisation, l'apparition et le développement de nouvelles formes d'unions, le changement de la structure de l'emploi ;

– la troisième raison est que l'on observe à la Réunion une sorte de « fracture reproductive » à l'image de la « fracture sociale » que connaît l'île. Une partie de la population adopte un comportement reproductif conforme à celui observé en métropole (allongement de la durée des études, développement de l'activité féminine entraînant une réduction de la fécondité et un recul de l'âge à la maternité) et une autre partie modifie peu son comportement (sortie précoce du système scolaire suivie d'une mise en union et d'une fécondité précoces). Ce second groupe correspond souvent à la population des couches les plus modestes de la société réunionnaise, tirant une bonne part de ses ressources financières d'allocations et autres revenus de subsistance. Ces deux populations existent en métropole mais dans des proportions non comparables.

Nous traitons dans ce chapitre de l'évolution générale de la natalité, de la fécondité et des comportements reproductifs de 1965 à nos jours. La décennie 1990 fait l'objet d'une analyse plus détaillée de la fécondité par âge, par rang ou selon l'état matrimonial des parents. Nous montrons qu'après la « révolution démographique » des années 1960 et 1970, le modèle réunionnais poursuit sa mutation sans jamais converger vers le modèle métropolitain. Les comparaisons nationales et internationales ne font que souligner les spécificités du modèle de fécondité réunionnais.

L'amélioration de la scolarisation et de l'éducation sexuelle des jeunes femmes seront des paramètres décisifs pour l'évolution des indices dans les prochaines années. Une des inconnues est le comportement qu'adopterait la population en cas de détérioration, ou du simple maintien, des conditions actuelles du marché de l'emploi, l'un des plus déprimés de France et d'Europe.

## Évolution de la natalité

### **De plus en plus de naissances, mais une natalité stable depuis 1995**

Au début des années 1990, on enregistrait à peine 12 000 naissances annuelles domiciliées à la Réunion. C'est le niveau le plus faible du quart de siècle passé mais le nombre de naissances varie de manière assez irrégulière. Après le creux observé au milieu des années 1990, la reprise est assez forte et le nombre annuel de naissances dépasse 14 000 unités depuis 1999. Cette reprise du nombre de naissances ne s'accompagne cependant pas d'une reprise de la natalité (fig. 1). Le taux brut de natalité, après une période de très forte baisse entre 1955 et 1980 (de 50 pour mille à 25 pour mille) diminue petit à petit pour se stabiliser ces dernières années à un niveau proche de vingt naissances pour mille habitants, bien au-dessus des indices des départements métropolitains (entre 12 pour mille et 15 pour mille).

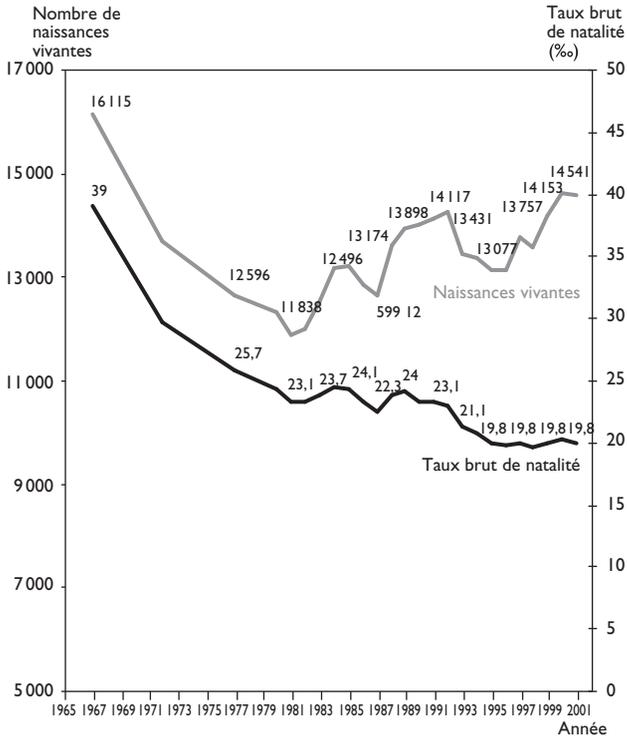


Fig. 1  
 Évolution du nombre de naissances vivantes et du taux brut de natalité.  
 Île de la Réunion (1965-2001).  
 Sources : état civil – Estimations locales de population

### Sexe, saisonnalité et condition à la naissance des enfants

Entre 1950 et 1980, le rapport de masculinité approchait sans jamais l'atteindre le seuil référence de 105 naissances masculines pour 100 naissances féminines. Ce seuil est quasiment atteint en 2000 (104,9). La « sous-natalité masculine » observée historiquement à la Réunion ne semble plus être une réalité en 2000 (fig. 2) à moins qu'il ne s'agisse plus simplement d'une amélioration des déclarations et de l'enregistrement des bulletins d'état civil.

La saisonnalité des naissances, autre spécificité de longue date de la natalité de l'île, disparaît également au fil des années. Dans la société post-départementalisation, à dominante agricole, l'hiver austral était le moment privilégié pour les naissances. Elles s'étaient de juillet à octobre avec un pic en août et septembre. Ces naissances correspondaient à des conceptions durant la période creuse du travail agricole, celui de la canne à sucre principalement. Le rythme de vie suivait alors celui des récoltes. En 1979, la saisonnalité des naissances s'était déjà radicalement modifiée, la période des naissances s'étalant du mois de février à celui de juillet, avec un pic en avril et mai, mois de l'automne austral. Depuis, la saisonnalité varie peu et son amplitude diminue fortement. L'indice journalier de naissances est quasi constant sur l'année (fig. 3) :

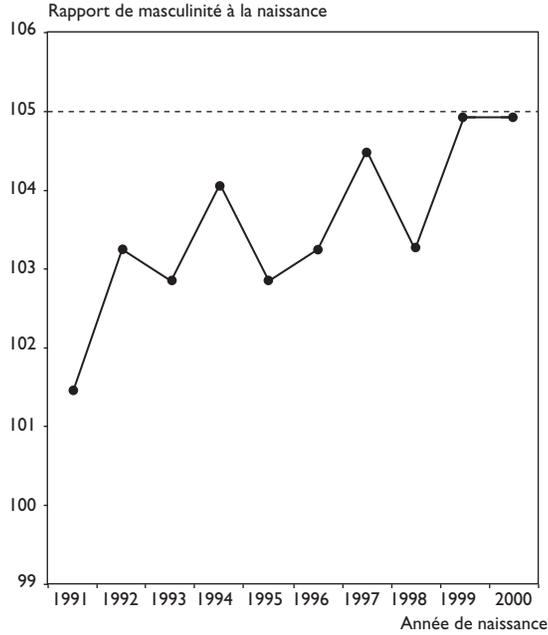


Fig. 2  
Évolution du rapport de masculinité à la naissance. Île de la Réunion (1970-2000).  
Source : état civil



Fig. 3  
Évolution de la saisonnalité des naissances. Île de la Réunion (1952-2000).  
Sources : 1991-2000, état civil – 1952-1955 et 1979, FESTY et HAMON (1983)

le calendrier scolaire se substitue à celui des récoltes mais son influence est moindre. À l'inverse de la Martinique et la Guadeloupe, où l'on observe encore une forte saisonnalité des naissances (pic des naissances entre septembre et janvier), à la Réunion elle a quasiment disparu et elle est même désormais moins prononcée qu'en métropole.

L'endroit où les femmes accouchent est la troisième spécificité réunionnaise qui disparaît. Comme en métropole, les naissances ont désormais exclusivement lieu en milieu médicalisé. Les accouchements effectués à domicile, qui représentaient près de 30 % des naissances au début des années 1970, sont désormais négligeables.

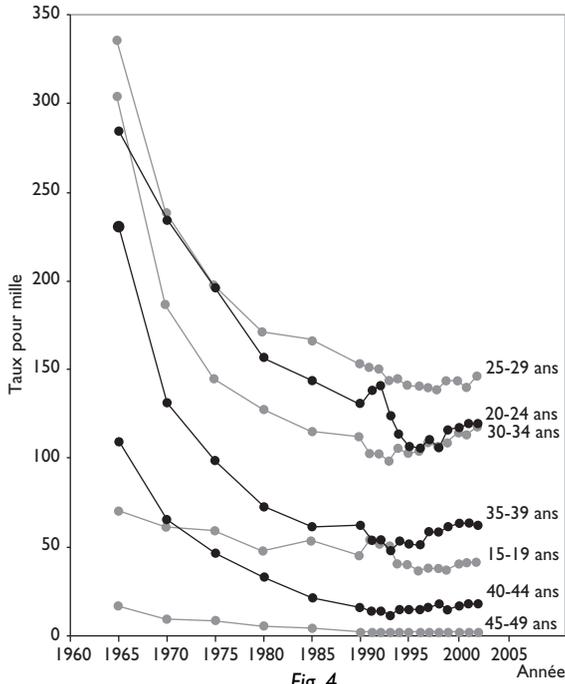
Plus de 98 % des naissances déclarées à la Réunion durant la décennie 1990 sont le fait de femmes de nationalité française, principalement natives de l'île. La part des naissances des natives de la métropole croît cependant significativement : elle est de 9,5 % en 1999 et 2000 contre 5,8 % en 1991 et 1992. Cela s'explique principalement par le solde migratoire positif observé sur la décennie.

Enfin, la condition sanitaire des nouveau-nés est moins favorable qu'en métropole. À la Réunion, le taux global d'enfants nés avec un poids insuffisant est plus important que dans tous les autres départements métropolitains : 11,9 % contre 7,1 % en métropole entre 1996 et 2000 (BUISSON, 2003). Cette précarité sanitaire des nouveau-nés s'expliquerait principalement par le mauvais état de santé relatif des Réunionnaises : problèmes d'alcoolisme, de diabète et d'hypertension plus fréquents qu'en métropole (BARBIERI et CATTEAU, 2003). Le taux de naissances multiples est légèrement inférieur à la Réunion : 2,1 % contre 2,9 % en métropole entre 1996 et 2000. Le recours moins important aux techniques de procréation médicalement assistée est un des facteurs explicatifs.

## Évolution de la fécondité

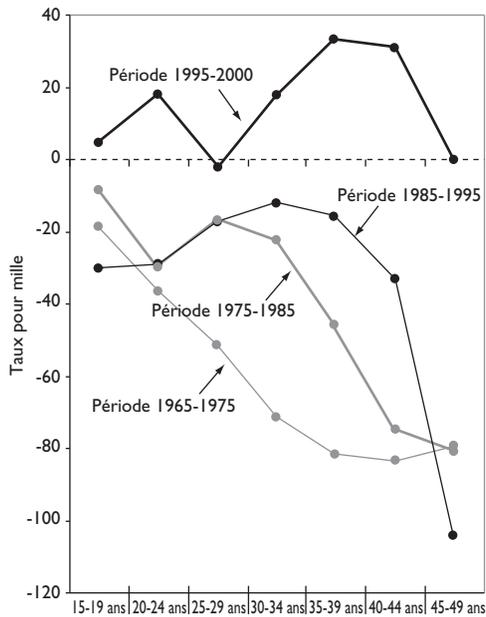
### **Fécondité par âge : encore élevée avant 25 ans**

L'évolution de la fécondité suit celle de la natalité. Après la forte baisse observée durant la décennie 1960, les taux de fécondité par âge ont poursuivi leur baisse à un rythme nettement moins soutenu jusqu'au milieu des années 1990. Entre 1996 et 2001, la tendance s'est inversée et les taux de fécondité ont augmenté à tous les âges de manière assez inattendue (fig. 4 et 5). Comment expliquer cette remontée ? Une première hypothèse serait celle d'un problème de collecte : une sous-estimation du nombre de femmes d'un groupe d'âge entraînerait mécaniquement une augmentation du taux concerné. Les autres hypothèses avancées n'ont pas davantage été explicitement démontrées



Évolution des taux de fécondité par âge. Île de la Réunion (1970-2002).

Sources : Insee, état civil



Variation annuelle moyenne des taux de fécondité par âge selon les périodes. Île de la Réunion (1965-2000).

Sources : Insee, état civil

(LARDOUX et TEMPORAL, 2002). On peut d'abord y voir un effet de la reprise économique observée à partir de 1998, ce qui sous-entend un effet positif d'une conjoncture économique favorable sur la réalisation du projet fécond des couples. On peut aussi supposer une augmentation parmi les femmes les plus jeunes de la proportion de celles choisissant de devenir autonomes financièrement par la maternité, qui procure souvent à la fois un statut social et des prestations familiales. Au-delà de 30 ans, l'hypothèse d'un rattrapage des naissances est la plus vraisemblable.

Les taux de fécondité ont été maximaux à la Réunion au milieu de la décennie 1960. La chute a été particulièrement forte entre 1965 et 1975, notamment au-delà de 30 ans sous l'effet combiné de la disparition progressive des familles nombreuses et du maintien d'un jeune âge à la première naissance. Entre 1965 et 2002, la baisse des taux est de 85 % au-delà de 40 ans, de 73 % pour les 35-39 ans, de 62 % pour les 30-34 ans, de 58 % pour les 25-29 ans, 61 % pour les 20-24 ans et de « seulement » 43 % pour les taux de 15-19 ans.

Quelles que soient l'année et la génération, la fécondité est maximale entre 20 et 29 ans. Avant 20 ans, la fécondité diminue très peu depuis trois décennies, le

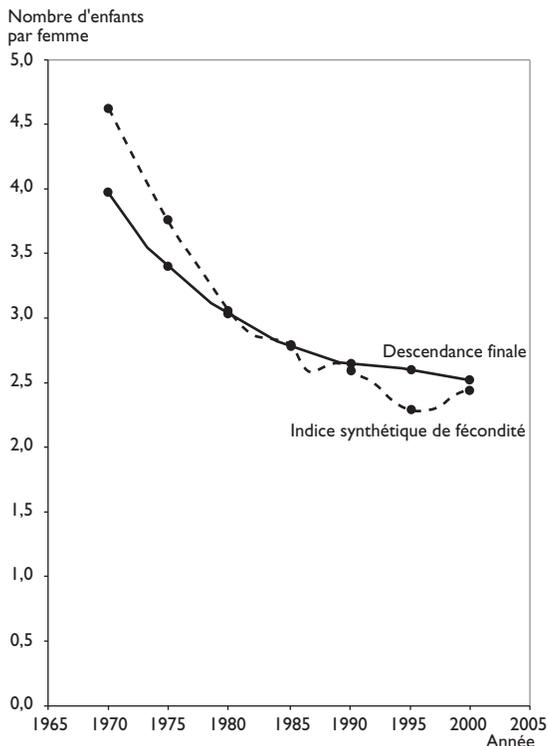


Fig. 6

Évolution de l'indice synthétique de fécondité et de la descendance finale. Île de la Réunion (1965-2002).

Sources : Insee, état civil

taux de fécondité restant proche de 40 pour mille. Environ une Réunionnaise sur cinq met au monde un enfant avant 20 ans (en supposant que toutes les naissances avant 20 ans sont des naissances de rang 1). Les jeunes Réunionnaises nées en 1985 auront eu en moyenne 0,8 naissance avant leur 25<sup>e</sup> anniversaire. Cette précocité de la fécondité demeure une des spécificités du modèle réunionnais. La stabilité du taux de fécondité des 15-19 ans signifie qu'une proportion stable de la population féminine continue à avoir un premier enfant très tôt dans sa vie reproductive. Cette partie de la population ne semble pas concernée par la transition de la fécondité radicale observée dans l'île.

L'indice synthétique de fécondité (obtenu par sommation des taux de fécondité par âge d'une même année) surestimait la descendance finale (obtenue par sommation des taux de fécondité d'un même groupe de générations) jusqu'au début des années 1980 du fait du raccourcissement du calendrier des naissances (dû à la disparition des naissances de rang très élevé). Durant la décennie 1990, la tendance s'est inversée, et les deux courbes convergent vers 2,5 enfants par femme (fig. 6).

### Des changements à partir des générations 1970

La combinaison longitudinale des taux quinquennaux de fécondité donne une estimation de la descendance finale et de l'âge moyen à la maternité dans des générations médianes<sup>1</sup>. Dans la génération médiane 1973, la descendance finale devrait être de 2,5 enfants par femme et l'âge moyen à la maternité de 28,2 ans si les taux de fécondité par âge observés en 2002 se maintenaient dans le futur (tabl. 1).

Tableau 1  
Évolution de la fécondité dans les générations. Île de la Réunion – générations 1933-1978

Génération médiane	Descendance finale	Âge moyen à la maternité
1933	5,6	28,5
1943	4,5	27,8
1948	3,5	26,5
1953	3,1	26,8
1958	2,8	27,0
1963	2,6	27,4
1968	2,6	27,6
1973	2,5	28,2
1978	2,5	28,2

Sources : Insee, état civil, prolongement des taux  
Hypothèse : maintien des taux observés en 2002

1. Les taux de fécondité à 15-19 ans mesurés en 1990, à 20-24 ans en 1995 et 25-29 ans en 2000 sont tous relatifs au groupe de générations 1971-1975, correspondant à la génération médiane 1973.

Un changement du profil de fécondité se dessine à partir des générations 1966-1970 (fig. 7). Ce sont les premières générations au sein desquelles la baisse de la fécondité avant 30 ans est compensée par une hausse des taux au-delà de 30 ans. La fécondité des femmes nées après 1970 sera nettement plus concentrée entre 25-29 ans, voire 25-34 ans, et non 20-29 ans comme pour les générations 1956-1965.

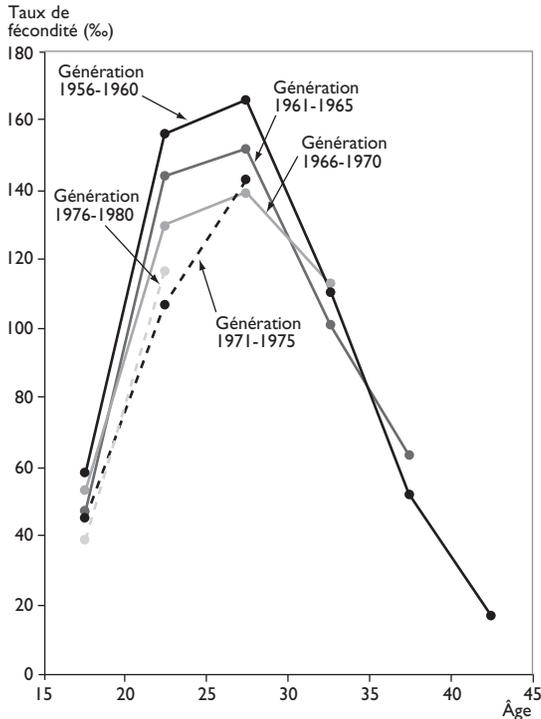


Fig. 7  
Taux de fécondité par âge dans les générations. Île de la Réunion (1956-1980).  
Sources : Insee, état civil, recensement

Les taux de fécondité provisoires pour l'année 2003 fournis par l'Insee confirment cette tendance : les taux de fécondité entre 25 et 34 ans se maintiennent au niveau de 2002, alors qu'ils baissent avant 25 ans et après 34 ans (Insee, 2004).

### La fécondité par rang : rarement moins de deux enfants

Pour étudier la fécondité par rang de naissance, nous avons utilisé, quand cela était possible, les fichiers d'état civil<sup>2</sup> ou, dans le cas contraire, les données de l'Enquête Famille réalisée à la Réunion en 1997.

2. Pour certaines années, le rang est très mal renseigné voire totalement absent, c'est le cas de 1994 à 1997.

L'analyse de la fécondité par rang repose sur le calcul de probabilités d'agrandissement «  $a_n$  » et de l'âge moyen à la naissance des enfants de chaque rang («  $a_n$  » se lit comme la probabilité pour une femme ayant eu «  $n$  » enfants d'en avoir un «  $n+1$  »<sup>e</sup>). Le calcul de ces indices est relatif soit à une période (analyse transversale), soit à une cohorte (analyse longitudinale).

La probabilité d'agrandissement du moment<sup>3</sup> d'avoir un troisième enfant varie très peu depuis trente ans. En revanche, celle d'avoir une naissance supplémentaire après une 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> diminue plus sensiblement. Ces probabilités conservent cependant de très fortes valeurs, puisque dans les conditions observées en 1993-1996, les probabilités  $a_3$  et  $a_4$  approchent 50 % (tabl. 2).

Tableau 2  
Probabilité d'agrandissement du moment. Île de la Réunion (1970 -1996)

Probabilité d'avoir un enfant supplémentaire quand on a :	Période 1969-1970	Période 1979-1980	Période 1993-1996
0 enfant		(*)	0,93
1 enfant		(*)	0,85
2 enfants	0,75	0,70	0,64
3 enfants	0,71	0,51	0,46
4 enfants	0,67	0,64	0,45
5 enfants	0,64	0,59	0,39

Sources : Enquête Famille Réunion-1997 pour la période 1993-1996 ; état civil pour les périodes 1969-1970 et 1979-1980 ; (FESTY et HAMON, 1983)  
(\*) le calcul de  $a_1$  n'a pas été possible pour les périodes plus anciennes du fait de l'absence de déclaration du rang pour de nombreuses naissances.  
Dans leur très grande majorité, il s'agit de fécondité de rang I.

### Une infécondité faible et un maintien du troisième enfant dans les générations récentes

Les estimations de la fécondité par rang dans les générations<sup>4</sup> montrent d'abord que la proportion de femmes ayant exactement trois enfants devrait rester forte (proche de 40 % dans la génération 1967-1971) et que si de moins en moins de Réunionnaises ont un quatrième enfant, la proportion devrait être encore proche de 20 % dans les générations 1967-1969. D'autre part, l'infécondité est faible et le modèle de l'enfant unique ne se développe pas dans l'île. Moins d'une femme sur cinq des générations 1937 à 1971 a un seul enfant ou pas d'enfant du tout. L'infécondité sera proche de 7 % dans les générations 1967-1971, près de deux fois moins forte que les estimations réalisées pour la métropole (tabl. 4).

3. Obtenue par combinaison de quotients de fécondité par durée écoulée depuis la naissance précédente. Cela ne peut se faire dans la période récente qu'à partir des données de l'Enquête Famille, compte tenu de l'absence presque systématique du rang dans les fichiers d'état civil des années 1994 à 1997. Les probabilités d'agrandissement et l'âge à la naissance de rang «  $n$  » sont ceux d'une cohorte fictive.

4. Pour la méthode et le détail des résultats, cf. BRETON (2004 b).

L'âge moyen à la première naissance recule lentement à partir de la génération 1967. Il reste cependant beaucoup plus jeune qu'en métropole et devrait être proche de 24 ans pour les femmes nées entre 1967 et 1971 contre 23,2 ans vingt générations plus tôt. En revanche, l'âge moyen aux naissances de rangs 2 et « 3 et plus » recule plus fortement dans ces générations ; il passerait de 25,8 ans à 28,2 ans et de 28,0 à 31,7 ans pour les enfants de rangs 2 et 3 (BRETON, 2004 b).

### Des naissances de plus en plus souvent hors mariage

La fécondité « légitime », c'est-à-dire observée au sein d'un mariage, a joué dans le passé un rôle important dans l'évolution de la fécondité générale à la Réunion. Le pic de fécondité au début des années 1960 s'expliquait principalement par un rajeunissement de l'âge au mariage combiné à une quasi-absence de contraception à l'intérieur du mariage (FESTY et HAMON, 1983). À cette époque, 80 % des naissances avaient lieu au sein d'un couple marié.

En 2001, 62,4 % des naissances sont des naissances hors mariage, la composante légitime de la fécondité est inférieure à 50 % depuis plus de quinze ans et cette proportion décroît chaque année (tabl. 3). L'écart se réduit lentement avec la Martinique (65 % de naissances hors mariage en 2000), la Guadeloupe (68 %) et la Guyane (82 %), trois départements où la fécondité hors mariage est historiquement élevée. L'illégitimité<sup>5</sup> est désormais une caractéristique domienne.

Tableau 3  
Proportion de naissances hors mariage. Île de la Réunion (1962-2001)

Années	1962	1967	1972	1977	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Proportion des naissances hors mariage (%)</b>	20,0	20,4	27,5	33,0	35,5	47,1	52,7	56,1	57,2	57,9	59,3	59,9	59,3	62,4

Source : état civil

Entre 1991 et 2000, le taux d'illégitimité augmente à la Réunion dans des proportions à peu près semblables à tous les âges (fig. 8-a). La proportion de naissances hors mariage varie sous l'effet de l'âge, du rang de naissance et de la génération des femmes (fig. 8 b) :

– quel que soit le rang de naissance, la proportion est maximale aux jeunes âges, elle décroît ensuite pour atteindre un minimum qui varie selon le rang de naissance (27 ans pour le rang 1 et 37 ans pour le rang « 3 et plus ») avant d'augmenter à nouveau (fig. 8 b). Cet effet de l'âge doit être nuancé, puisque les personnes les plus âgées appartiennent à des générations pour lesquelles la légitimité était plus importante ;

5. Terme classique utilisé par les démographes pour qualifier les naissances hors mariage si l'on se réfère à tous les dictionnaires de démographie, tant celui multilingue édité par l'USSP en 1981 que celui édité par Pressat en 1980. Ce terme peut paraître aujourd'hui quelque peu désuet, notamment quand l'illégitimité est le statut majoritaire des naissances. Nous utilisons ici également la dénomination de naissance ou fécondité hors mariage.

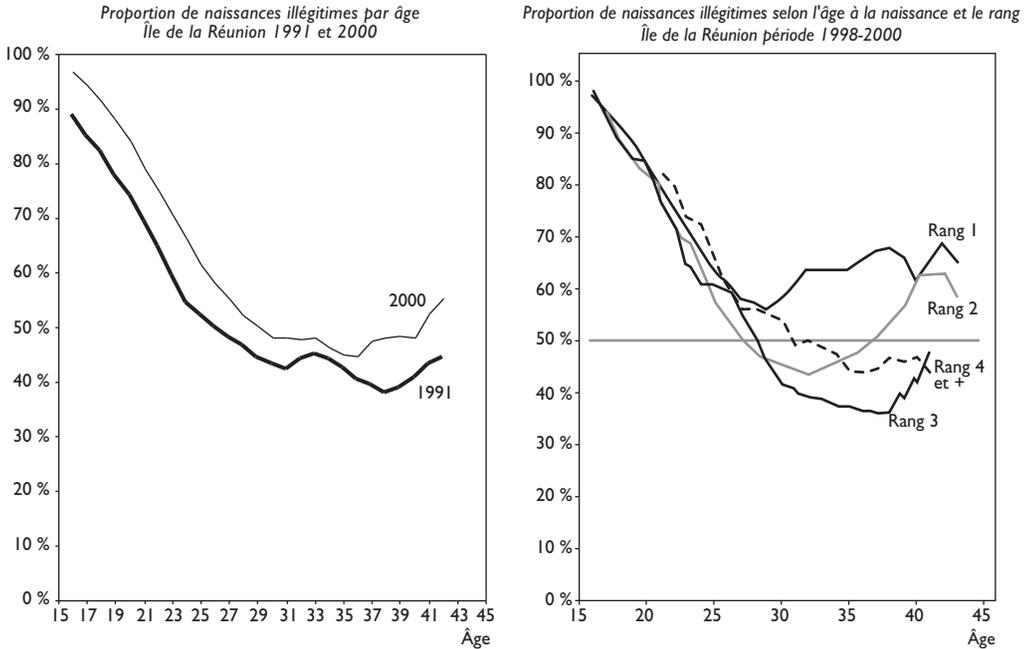


Fig. 8

Naissances hors mariage selon l'âge de la mère à la naissance et le rang de naissance.

Source : état civil

– jusqu'à 27 ans, le rang de naissance joue très peu sur la proportion de naissances hors mariage. Au-delà, le niveau d'illégitimité est toujours plus élevé pour les naissances de rang 1. À 38 ans, 36 % des naissances de rang 3 sont enregistrées hors mariage contre 68 % des naissances de rang 1 au même âge. Se mettre en union avant 25 ans et avoir un enfant puis se marier avant de constituer le reste de sa descendance est un modèle courant à la Réunion (BRETON, 2004 a).

Le mariage demeure le cadre privilégié des naissances de rang « 3 et plus » pour les mères âgées de plus de 30 ans. En revanche, les femmes, peu nombreuses, qui retardent l'arrivée du premier ou deuxième enfant au-delà de 35 ans, ont majoritairement cet enfant hors mariage. Ce groupe de femmes concernées est probablement relativement homogène : une même cause (culturelle, économique, sociale...) expliquant à la fois une fécondité tardive et le fait de vivre en union libre. Les renseignements fournis par l'état civil ne permettent pas de vérifier le profil de ces femmes. L'exploitation de l'Enquête Famille de 1997 serait une solution mais on ne dénombre dans l'enquête que trop peu de naissances de rang 2 observées entre 1994 et 1996 de mères âgées de plus de 35 ans (17 cas).

Une partie des naissances hors mariage sont des naissances d'enfants naturels non reconnus par le père. Durant la période 1998-2000, la proportion

d'enfants non reconnus par leur père varie selon l'âge de la mère à la naissance : de 17 % à 16 ans à 6,0 % à 40 ans. Ces proportions surestiment nettement la réalité, puisqu'une partie des non-reconnaisances sont en réalité dues à des erreurs ou des omissions volontaires ou involontaires dans les déclarations d'état civil.

## Approches géographiques

### Comparaison entre communes : convergences des indices

Pour étudier la fécondité dans les communes, nous calculons des taux de fécondité par âge en 1999, année du dernier recensement général de population. Ces résultats sont confrontés à ceux existant avant 1980 (FESTY et HAMON, 1983) et ceux calculés pour la décennie 1990 (TEMPORAL, 2002).

La Réunion compte vingt-quatre communes aux profils économiques, géographiques et ethniques<sup>6</sup> contrastés. Les différences sont importantes entre, par exemple, les communes du sud de l'île, à dominante agricole, peu dynamiques économiquement, les cirques de Salazie et Cilaos, territoires enclavés, ou enfin les communes du Nord, véritables pôles économiques de l'île, où coexistent des populations aisées et d'autres plus précaires.

Au milieu des années 1970, la relation entre l'âge moyen à la naissance et l'indice synthétique de fécondité (ISF) était positive : plus l'indice synthétique de fécondité était fort, plus l'âge moyen était élevé. Certaines communes avaient déjà entamé leur transition démographique, et l'âge moyen à la naissance avait mécaniquement diminué du fait de la disparition des naissances de rang élevé. La dispersion des ISF était à cette époque relativement importante : de 5,8 enfants par femme et 29,4 ans d'âge moyen à la maternité pour Cilaos contre respectivement 2,9 enfants par femme et 28,2 ans dans la commune de Petite-Île.

En 1999, les écarts entre les communes ont nettement diminué et la relation entre l'âge moyen à la fécondité et l'ISF s'est plutôt inversée : c'est dans les communes où l'indice synthétique est le plus fort que la fécondité est la plus précoce. C'est le cas des communes de Sainte-Rose, Salazie, Saint-Benoît, Le Port et Saint-André. À l'opposé, les communes de Saint-Denis, Étang-Salé, Les Avirons allient des indices synthétiques faibles à un calendrier relativement tardif (fig. 9).

À partir des indices observés sur les trois périodes 1965-1969, 1972-1976 et 1991-2000, on peut découper les communes en quatre groupes :

6. « Au sein des "outre-mers", la Réunion est le seul exemple d'une société très métissée, avec toutefois quelques nuances socio-historiques qui sont un héritage historique. L'île regroupe des populations d'origines variées qui proviennent de l'aire indiano-océanique (« Cafres » d'Afrique, Malgaches, « Malabars » de l'Inde, Chinois, « Z'arabes » indo-pakistanaï) exception faite des « Z'oreils » de métropole » (BOCK *et al.*, 1998 : 26).

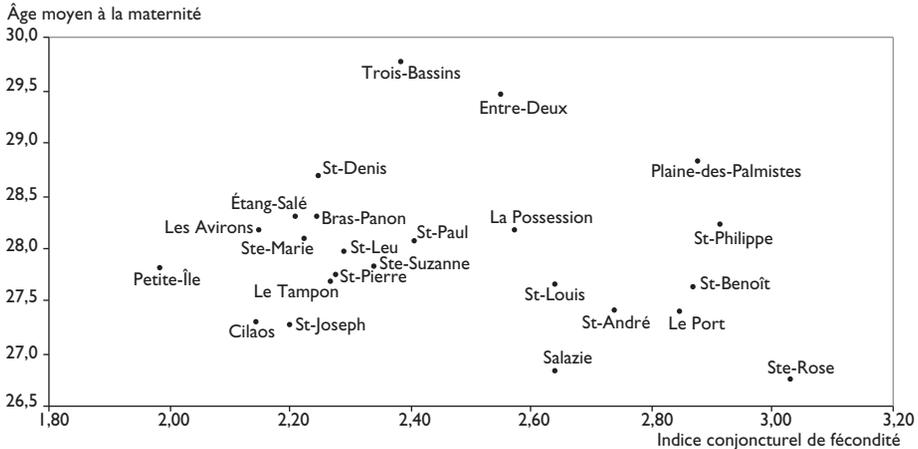


Fig. 9  
 Âge moyen à la maternité et indice synthétique de fécondité dans les communes réunionnaises (1999).

Sources : état civil, Recensement général de la population

– les communes de *Petite-Île*, de *Entre-Deux*, du *Tampon*, de *Saint-Denis*, de *Saint-Pierre*, de *Saint-Joseph* et des *Aviron*s ont au cours des trois périodes des indices synthétiques de fécondité relativement faibles. La commune de *Petite-Île* se démarque très fortement, elle a les indices les plus faibles sur chacune des trois périodes ;

– les communes de *La Possession*, *Sainte-Rose*, *Saint-Benoît*, *Saint-Leu*, *Salazie*, *Saint-Paul* et *Saint-André* ont à l’opposé des indices relativement élevés durant les trois périodes ;

– d’autres communes ont connu un changement radical de classement relatif. C’est le cas de *Cilaos* qui était la commune la plus féconde encore en 1972-1976 et qui sur la décennie 1990 figure parmi les communes les moins fécondes. Les communes de *Sainte-Marie* et de *Trois-Bassins* connaissent la même évolution, mais dans une plus faible ampleur. À l’inverse, dans les communes du *Port*, d’*Étang-Salé* et *Plaine-des-Palmistes*, l’indice synthétique de fécondité a une valeur relativement plus forte que la moyenne du département ;

– le dernier groupe de communes est constitué de celles dont la position relative est inchangée et reste moyenne : *Sainte-Suzanne*, *Saint-Louis*, *Saint-Philippe* et *Bras-Panon*.

Cette classification très sommaire et volontiers simplificatrice n’a qu’une vocation descriptive. Une approche explicative devrait intégrer au moins les structures économiques et culturelles de ces communes.

### Comparaison avec la métropole : encore de fortes différences

La baisse de la descendance finale des générations réunionnaises se poursuit, mais à un rythme lent, alors qu’en métropole une stabilité se dessine, légèrement en dessous du seuil de renouvellement. Le décalage dans les générations les plus récentes s’explique entièrement par la fécondité avant 25 ans (fig. 10).

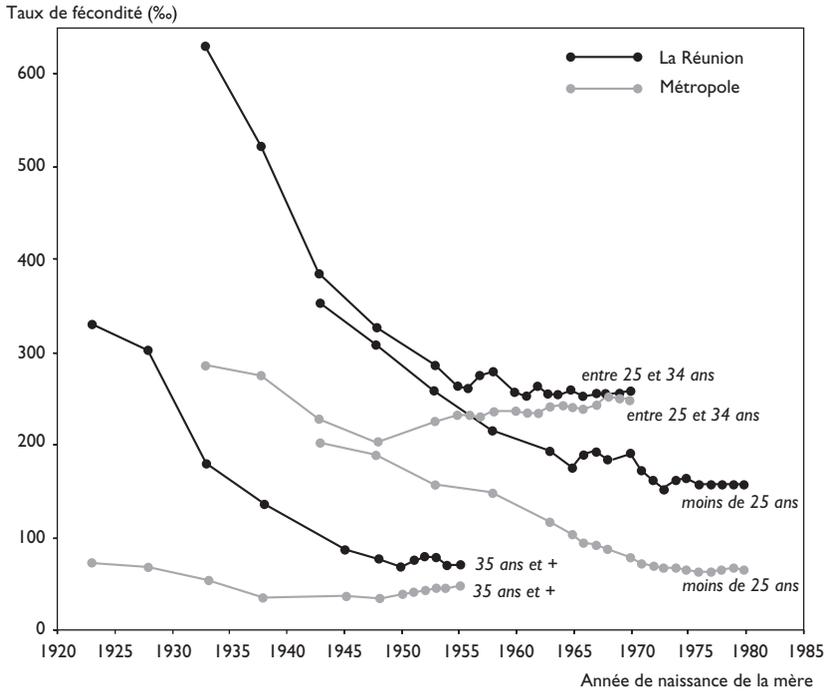


Fig. 10

Taux de fécondité par âge dans les générations. Île de la Réunion – Générations 1945-1980.  
Source : état civil

Mais peut-on envisager un jour une convergence ? Cette convergence proviendrait plus probablement d'une baisse de la fécondité à la Réunion que d'une augmentation en métropole, où la fécondité est actuellement une des plus fortes d'Europe. La baisse de la fécondité à la Réunion vers le seuil de renouvellement dépendra de l'évolution de la fécondité avant 25 ans, du niveau de l'infécondité dans les générations futures et de l'évolution des proportions de femmes qui auront plus de trois enfants. Or :

- nous avons montré précédemment la stabilité de la fécondité entre 15-19 ans autour de 40 pour mille ; seuls les taux entre 20 et 24 ans amorcent ces trois dernières années une timide baisse ;

- l'infécondité est depuis près de dix ans proche de 7 % à la Réunion, alors qu'elle croît doucement en France et devrait avoisiner les 13 % dans les générations 1969 (tabl. 4) ;

- on estime qu'à la Réunion un peu moins de 60 % des femmes nées en 1969 devraient avoir un troisième enfant (BRETON, 2004 b) contre seulement 30 % des métropolitaines nées en 1968 (PRIoux, 2002), soit moitié moins.

Même si à terme l'écart du niveau de fécondité peut être inférieur à 0,5 enfant par femme entre la Réunion et la métropole, il faudrait des bouleversements rapides et spectaculaires dans l'une ou l'autre zone pour aller plus loin dans la convergence. Il en est de même pour l'âge moyen à la fécondité, et tout particulièrement l'âge moyen au premier enfant. L'hypothèse d'un arrêt du

Tableau 4  
Répartition des femmes selon le nombre final d'enfants nés vivants (%).  
Île de la Réunion – Métropole – Générations 1949-1969

	Générations					
	La Réunion			France métropolitaine		
	1949	1959	1969	1950	1960	1968
Pas d'enfant	8	7	7	10	11	13
1 enfant	9	10	11	20	18	18
2 enfants	22	25	25	40	40	40
3 enfants	20	31	38	20	22	21
4 enfants et plus	41	27	19	10	10	8
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Sources : pour la Réunion, BRETON (2004 b), Enquête Famille Réunion-1997 ;  
pour la métropole, TOULEMON et MAZUY (2001), PRIOUX (2002), état civil

recul de l'âge moyen à la première naissance est vraisemblable en métropole au regard des dernières tendances. En revanche, le recul de l'âge moyen à la première naissance à la Réunion est encore très léger. L'accélération de cette baisse dépend principalement du niveau de développement économique et social de l'île. Les conditions actuelles des jeunes Réunionnaises sur le marché de l'emploi<sup>7</sup> et le marché scolaire<sup>8</sup> sont nettement plus mauvaises qu'en métropole. Ces situations vont dans le sens d'un maintien d'un écart important du niveau de fécondité avant 25 ans. Cela est d'autant plus vrai si la maternité procure une relative autonomie financière ainsi qu'un statut social pour ces jeunes femmes.

Cette comparaison souligne le décalage encore important entre l'île de la Réunion et la métropole. Le cadre juridique, institutionnel et politique de l'île est identique à celui de la métropole, les risques travail, famille, santé et vieillesse y sont couverts de la même manière (le montant du RMI dans les départements d'outre-mer est notamment aligné sur la métropole depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002). *Les raisons du décalage sont donc plutôt d'origine culturelle, économique, sociale ou, plus précisément, elles procèdent d'une utilisation différente du cadre juridique, institutionnel ou politique.*

## Comparaisons internationales

Prenons maintenant comme référence la zone géographique d'appartenance de la Réunion : l'océan Indien. Seule l'île Maurice présente les condi-

7. 57,6 % des femmes de 15-24 ans sont au chômage au sens du BIT en 2003 contre 24 % en métropole.

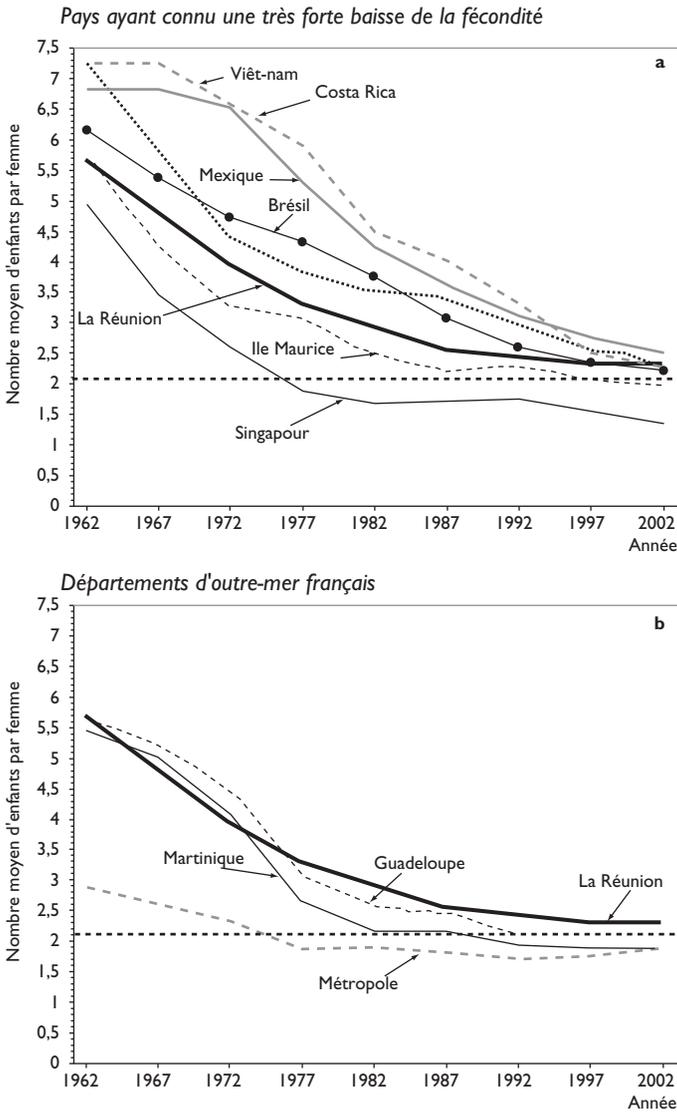
8. En 1999, les taux de scolarisation des femmes étaient à 19 ans, 22 ans et 24 ans respectivement de 68 %, 21 % et 10 % à la Réunion contre 82 %, 44 % et 23 % en métropole. Parmi celles sorties du système scolaire à 19 ans, 22 ans et 24 ans, respectivement 54 %, 36 % et 37 % sont sans diplôme à la Réunion contre 33 %, 14 % et 12 % en métropole.

tions d'une éventuelle comparaison. Cette île a connu un peuplement assez similaire à celui de la Réunion, et sa composition ethnique est relativement proche. Les contrastes sont toutefois encore très importants ; citons entre autres le poids de la population rurale (moins de 15 % à la Réunion contre plus de 40 % à l'île Maurice), des modèles de développement économique très différents ou encore deux histoires coloniales sous influence différente. Qu'en est-il des comportements féconds observés dans les deux îles ? Ils sont sur quelques points très proches. L'évolution des indices synthétiques de fécondité est presque parallèle, même si l'indice mauricien est constamment inférieur sur les quarante dernières années (fig. 11 a). En 2000, la somme des taux de fécondité par âge était d'un peu plus de 0,5 enfant plus élevée à la Réunion. La totalité de cette différence est due à la fécondité après 25 ans. Avant, les indices sont quasiment identiques. Les jeunes générations réunionnaises auraient-elles des comportements proches de leurs voisines mauriciennes, alors que les générations les plus anciennes se comporteraient davantage comme leurs compatriotes de métropole ? Cette conclusion est certainement trop simpliste. À la Réunion, l'augmentation des taux au-delà de trente ans est déjà le signe d'une récupération des naissances « non eues » entre 20 et 29 ans, alors qu'à l'île Maurice ce phénomène de récupération ne pourrait avoir lieu que dans les prochaines années.

Éloignons-nous maintenant de l'océan Indien. FESTY et HAMON (1983) comparaient au début des années 1980 la rapide baisse de la fécondité réunionnaise à celles observées ailleurs au Costa Rica, à Taïwan et Singapour. La fécondité de ces trois pays a connu dans les décennies 1980 et 1990 des destins très contrastés. Dans les deux pays asiatiques, la baisse a continué et les indices synthétiques de ces dernières années sont très nettement inférieurs au seuil de renouvellement des populations. L'urbanisation et le développement économique considérable de ces deux pays les ont fait basculer vers un régime de basse fécondité. La Thaïlande et plus encore Hong Kong présentent des tendances similaires.

L'évolution de la fécondité au Costa Rica durant les années 1980 et 1990 a été nettement plus lente que celle observée dans les pays asiatiques, à l'image de la situation réunionnaise. Au début des années 2000, les indices synthétiques du Costa Rica sont identiques à ceux de la Réunion. D'autres pays d'Amérique latine partagent cette évolution, c'est le cas par exemple du Brésil et du Mexique<sup>9</sup> (figure 11 a). Comme nous allons le voir, les mécanismes de la baisse sont assez similaires dans les deux zones géographiques. En revanche, il est probable que les deux modèles évoluent dans des directions différentes.

9. L'indice synthétique de la Réunion est également assez proche des indices uruguayens, argentins et chiliens, mais ces trois pays n'ont pas connu la chute brutale observée à la Réunion. D'autre part, tous les pays d'Amérique latine n'ont pas adopté un régime de fécondité modérée. En Bolivie, Colombie, au Paraguay, Guatemala, Nicaragua ou Honduras, les indices synthétiques dépassent 4 enfants en moyenne par femme.



**Fig. 11**

*Évolution de l'indice synthétique de fécondité 1962-2002.*

Source : Nations unies, *World Population prospects, Revision 2004*, <http://esa.un.org/unpp/>

(La Guyane n'apparaît pas compte tenu de l'évolution atypique de l'indice synthétique dans ce département et du maintien d'un niveau de fécondité particulièrement élevé au début de la décennie 2000)

À la Réunion comme en Amérique latine, c'est une nuptialité quasi universelle et précoce conjuguée à une baisse de la mortalité et une absence totale de contrôle des naissances dans le mariage qui expliquaient le niveau extraordinairement élevé de la fécondité atteint dans les années 1960. À partir de la fin des années 1960, la croissance économique et l'urbanisation associée à cette croissance, ainsi que la diffusion massive, rapide et volontariste des

moyens de contraception ont provoqué une baisse de la fécondité rapide et radicale<sup>10</sup>. Les flux migratoires de populations ont également contribué à cette transition rapide. Les migrants en provenance de métropole pour la Réunion et du vieux continent pour l'Amérique latine ont en effet très souvent conservé le comportement de leur zone de provenance.

Les contextes des deux zones géographiques sont actuellement fort différents. Les clivages urbain/rural (notamment au Mexique) et la pauvreté déterminent le niveau de la fécondité dans de nombreux pays d'Amérique latine. Ces phénomènes n'ont pas de réel équivalent à la Réunion. Certes, la concentration des richesses est plus forte à la Réunion qu'en métropole, mais la situation est incomparable avec celle observée en Amérique latine. Les conséquences de la précarité économique sont différentes dans l'un et l'autre modèle. À la Réunion, l'État assure les risques travail, famille, santé et vieillesse de tous les individus. Les populations les plus démunies sont assurées d'un revenu minimum d'existence grâce au système d'aides sociales. Avoir des enfants n'est donc pas incompatible avec une situation de non-emploi durable, voire définitif. À l'inverse, la quasi-absence d'aides sociales dans les pays d'Amérique latine conduit à un phénomène de « malthusianisme de pauvreté » (COSIO-ZAVALA, 2000). Les populations les plus pauvres réduisent petit à petit leur descendance, conscientes de leur impossibilité matérielle à pouvoir éduquer convenablement ces enfants. Une précarisation des jeunes générations semble maintenir le fort niveau de la fécondité dans le modèle réunionnais, tandis qu'elle contribuerait à sa baisse en Amérique latine.

Comparons enfin l'évolution de la fécondité réunionnaise avec celle des deux autres départements d'outre-mer ayant connu une forte chute de leur fécondité : la Guadeloupe et la Martinique (fig. 11 b et 12). La fécondité de ces deux départements est également plus élevée qu'en métropole et ils partagent les mêmes spécificités que la Réunion : une « illégitimité » forte et une fécondité plus précoce. La fécondité avant 30 ans y est toutefois plus faible qu'à la Réunion, et la convergence avec la métropole pourrait, si elle se produit un jour, y être plus rapide.

Toutes ces comparaisons ont comme principal intérêt de souligner le caractère atypique du modèle réunionnais, sous forte influence métropolitaine mais qui conserve une fécondité élevée aux jeunes âges, en héritage de ses comportements passés ou encore comme reflet d'une adaptation de la population à un cadre juridique et politique spécial. Mais quel peut être l'avenir de ce modèle ? Est-ce que la précocité de la fécondité réunionnaise se maintiendra dans les années à venir ? C'est ce que nous allons maintenant chercher à comprendre et analyser.

10. Notons que le développement « massif » de la stérilisation comme moyen de limitation des naissances définitif et radical observé, par exemple, au Brésil et au Mexique n'a pas eu d'équivalent à la Réunion. Des stérilisations sont et ont été pratiquées mais dans des proportions très nettement inférieures. La stérilisation de femmes ayant eu leurs enfants à un jeune âge explique en partie la baisse des taux de fécondité au-delà de 30 ans dans certains pays d'Amérique latine (CARVALHO FERREIRA et al., 1997).

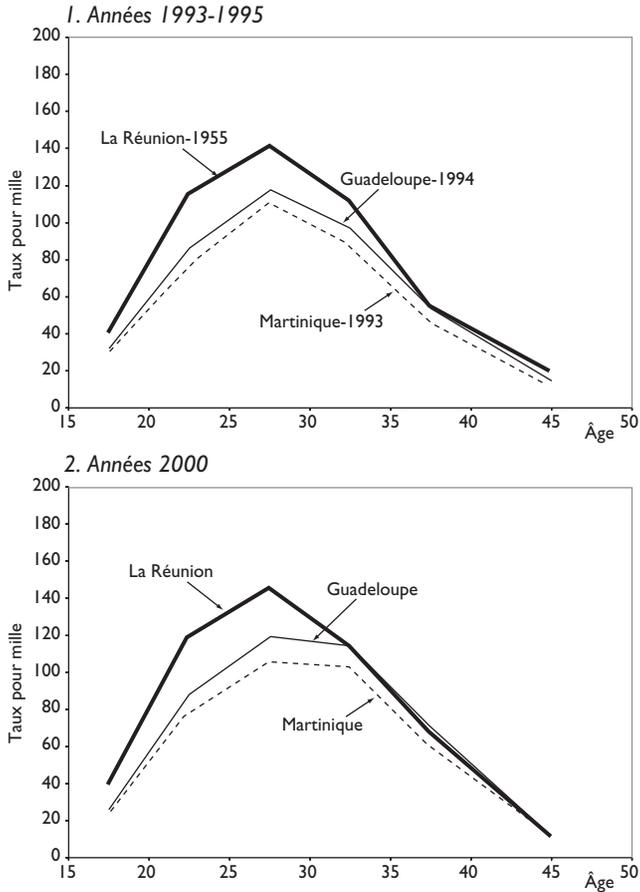


Fig. 12  
Évolution des taux de fécondité par âge.

Sources : 1993, 1994 et 1995 : RALLU (1997) ; 2000 : estimation à partir des données Insee

## Quel avenir pour la fécondité réunionnaise ?

### La descendance souhaitée : un indicateur des comportements futurs ?

L'Enquête Famille de 1997 a été l'occasion d'interroger les femmes sur la descendance qu'elles souhaitaient. Elles répondaient en donnant un nombre maximum d'enfants souhaités (au plus combien d'enfants ?) et un nombre minimum (au moins combien d'enfants ?). Nous ne nous intéressons qu'aux réponses des femmes les plus jeunes au moment de l'enquête, selon leur âge et leur descendance atteinte au moment de l'enquête. La descendance finale souhaitée, calculée à partir des déclarations de femmes, est ainsi de 2,1 enfants par femme née en 1980, alors qu'elle était de 3,1 pour celles nées en 1950 (CHEVALIER, 2000). Cette descendance finale souhaitée ne doit pas s'interpréter

comme ce que sera la descendance finale dans les générations futures. En effet, si la mémoire fait défaut dans les enquêtes rétrospectives, la capacité à anticiper le futur et mener à bien son projet de fécondité est encore plus hasardeuse. Ces déclarations permettent toutefois d'anticiper des tendances d'évolution générale de la fécondité dans les jeunes générations.

Ces déclarations donnent également des éléments de ce que pourrait être la fécondité par rang dans l'avenir. Selon les déclarations des femmes les plus jeunes, l'infécondité devrait rester très faible à la Réunion : en 1997, 3,4 % des femmes âgées de 20-24 ans déclaraient ne vouloir aucun enfant et seulement 1,9 % de celles âgées de 15-19 ans. De même, le modèle de l'enfant unique recueille à peine 10 % des réponses, tout comme celui des familles nombreuses (au moins 4 enfants<sup>11</sup> - tabl. 5). Les réponses sont très concentrées sur des familles de 2 et 3 enfants. Les valeurs maximales déclarées par les femmes des générations 1973 à 1982 indiquent une descendance souhaitée comprise entre 2,3 et 2,4 enfants par femme. Les 5 % de femmes âgées de 15-19 ans ayant déjà un enfant déclarent une descendance souhaitée légèrement inférieure (2,1 contre 2,4).

Tableau 5  
Descendance souhaitée déclarée au moment de l'Enquête Famille de 1997

	Âge atteint l'année de l'enquête	0 enfant	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants et plus	Descendance finale souhaitée
<b>Au plus</b>	15-19 ans/G 1978-1982	1,9 %	8,1 %	57,9 %	22,2 %	9,9 %	2,4
	20-24 ans/G 1973-1977	3,4 %	7,4 %	60,7 %	19,8 %	8,7 %	2,3
<b>Au moins</b>	15-19 ans/G 1978-1982	1,9 %	14,0 %	65,4 %	13,6 %	5,1 %	2,1
	20-24 ans/G 1973-1977	4,5 %	12,9 %	65,7 %	13,6 %	3,3 %	2

Source : Enquête Famille Réunion-1997

Lorsque l'on demande à ces jeunes femmes quels sont les avantages à avoir une famille nombreuse, les femmes sans enfant âgées de 15-19 ans et celles âgées de 20-24 ans, qu'elles aient ou non déjà un enfant, répondent de la manière suivante (tabl. 6)<sup>12</sup> :

Tableau 6  
Avantages d'une famille nombreuse. Île de la Réunion – générations 1973-1982

		Aucun avantage	Entraide familiale	Statut social	Financier
15-19 ans/G 1978-1982	<b>Avec enfant</b>	58 %	25 %	46 %	20 %
	<b>Sans enfant</b>	76 %	34 %	32 %	10 %
20-24 ans/G 1973-1977	<b>Avec enfant</b>	79 %	21 %	24 %	11 %
	<b>Sans enfant</b>	77 %	29 %	28 %	11 %

Source : Enquête Famille Réunion-1997

11. À la question : « quelle est la taille d'une famille nombreuse ? », les femmes de moins de 25 ans répondaient en moyenne en 1997 : 4,1 enfants.

12. La somme est supérieure à 100 % car il s'agissait d'une question fermée à choix multiples avec trois réponses possibles.

- 75 % d'entre elles n'y voient aucun avantage ;
- entre 20 % et 35 % renvoient à des notions d'entraide familiale (soutien dans la vieillesse, solidarité des grandes familles, aides dans le travail, affection, compagnie) ;
- entre 20 % et 30 % évoquent des notions de statut social et représentation culturelle (statut social, obligations religieuses et/ou sociales, fierté, affirmation de soi, postérité, patronyme) ;
- 10 % d'entre elles avancent des raisons financières (allocation de jeune parent, réductions d'impôts).

Les adolescentes âgées de 15-19 ans ayant déjà un enfant évoquent plus souvent des avantages d'ordre financier (20 %) et surtout près d'une sur deux (46 %) y voit le moyen d'accéder à un statut social. À la question des désavantages à avoir une famille nombreuse (tabl. 7) :

- 25 % répondent qu'il n'y en a aucun ;
- entre 50 % et 60 % y voient des inconvénients financiers (coûts et frais financiers) ;
- près de 40 % évoquent des problèmes d'éducation des enfants et de temps à leur consacrer (problèmes d'encadrement, problèmes de discipline, contraintes pour les parents, augmentation de la charge de travail ;
- entre 75 % et 80 % déclarent être préoccupées par leur avenir et celui de leurs enfants (inquiétudes sur l'avenir, problèmes de couple, maladie, mort, chômage).

Les adolescentes âgées de 15-19 ans ayant déjà un enfant répondent de manière assez similaire aux autres, elles sont toutefois nettement moins nombreuses à ne voir aucun avantage à avoir une famille nombreuse.

Tableau 7  
Désavantages d'une famille nombreuse. Île de la Réunion – générations 1973-1982

		Aucun désavantage	Financier	Éducation	Avenir incertain
15-19 ans/G 1978-1982	<b>Avec enfant</b>	10 %	61 %	48 %	80 %
	<b>Sans enfant</b>	24 %	53 %	44 %	74 %
20-24 ans/G 1973-1977	<b>Avec enfant</b>	24 %	59 %	45 %	78 %
	<b>Sans enfant</b>	23 %	62 %	47 %	78 %

Source : Enquête Famille Réunion-1997

Ces déclarations des jeunes Réunionnaises sur leur intention de fécondité et leur jugement sur le modèle d'une famille nombreuse devront être confrontées aux comportements féconds réels de ces générations dans les années à venir. Les décalages entre intention et réalité peuvent être importants. Ces déclarations montrent cependant que la famille conserve un sentiment d'adhésion fort dans la population des jeunes Réunionnaises, à condition de limiter sa descendance à 2 voire 3 enfants. Très rares sont celles souhaitant une famille à enfant unique ou n'avoir aucun enfant. La concentration de la taille de la famille, déjà perceptible, devrait se confirmer.

Voyons maintenant quels rôles jouent et devraient jouer dans l'avenir les facteurs classiquement étudiés pour expliquer le passage d'un régime de forte fécondité à celui d'une fécondité modérée : le niveau d'éducation, l'activité féminine et la diffusion des moyens de contraception moderne.

## L'éducation

La scolarisation est désormais universelle à la Réunion, et la durée des études s'allonge au fil des générations. Alors que près d'une femme sur cinq nées en 1940 déclare ne jamais avoir été scolarisée, la quasi-totalité (plus de 97 %) de celles nées dans les années 1960 sont allées à l'école. Dans ces mêmes générations, l'âge à la sortie du système scolaire passe de 14,4 ans à 18,1 ans. L'amélioration de la scolarisation des femmes s'accompagne d'un accès croissant au marché de l'emploi. Le taux d'activité des femmes, qui était un peu supérieur à 25 % en 1954, a quasiment doublé pour atteindre 50,4 % lors du dernier recensement général de la population (1999).

Quel que soit l'âge, plus le niveau d'étude atteint est élevé, plus la descendance atteinte est faible (tabl. 8). Les femmes des générations 1968-1972 dont le niveau atteint ne dépasse pas celui du collège avaient en moyenne 1,9 enfant contre 1,2 pour celles scolarisées jusqu'au lycée. L'allongement des études à la Réunion et l'augmentation du niveau scolaire devraient mécaniquement faire augmenter l'âge à la première naissance et peut-être faire diminuer la descendance des femmes.

Tableau 8

Descendance atteinte en 1997 suivant l'âge et le niveau d'étude. Île de la Réunion  
(en italique : effectif compris entre 15 et 30 personnes ; en gras effectif supérieur à 50 personnes)

Âge en 1997	Aucun	Primaire	Collège	Lycée	Supérieur	Total
15-19 ans /G 1978-1982			0,1	0,0	0,0	0,1
20-24 ans /G 1973-1977			1,1	0,4	0,1	0,5
25-29 ans /G 1968-1972		2,5	1,9	1,2	0,5	1,4
30-34 ans /G 1963-1967		2,8	2,5	1,7	1,4	2,1
35-39 ans /G 1958-1962		3,2	2,6	2,3	2,0	2,5
40-44 ans /G 1953-1957	3,4	3,5	2,9	2,3	2,1	3,0
45-49 ans /G 1948-1952	3,6	4,2	3,3	2,4	2,1	3,4
50-54 ans /G 1943-1947	5,3	4,1	3,1	2,2	1,8	3,7
55-59 ans /G 1938-1942	4,7	4,6	2,8	2,7	2,5	4,2

Source : Enquête Famille Réunion-1997

Nous avons pu mettre en évidence, grâce à l'Enquête Famille de 1997, l'effet décisif de la date de sortie du système scolaire dans l'histoire reproductive des jeunes Réunionnaises (BRETON, 2004 b). La descendance atteinte un an et quatre ans après la sortie du système scolaire augmente entre 1980 et 1990, et

cela quel que soit l'âge à la sortie du système scolaire. Les motifs de l'arrêt des études changent sur cette période : l'échec scolaire, le manque de motivation pour les études sont désormais davantage évoqués, tandis que celui de l'entraide familiale disparaît quasiment (BRETON, 2004 b).

### La situation professionnelle

Quel que soit l'âge au moment de l'enquête, les femmes au foyer sont celles dont la descendance atteinte est la plus forte (tabl. 9). À l'opposé, la descendance atteinte des femmes actives est toujours nettement inférieure à celle des femmes au foyer et des femmes au chômage. La différence est particulièrement forte aux âges jeunes puisque les femmes au foyer de 20-24 ans ont une descendance atteinte quatre fois supérieure à celle des femmes actives de la même tranche d'âge. Ce rapport vaut 2,6 pour les 25-29 ans. La forte liaison entre situation professionnelle et fécondité ne renseigne en rien sur le sens de cette liaison. L'inactivité peut être un facteur favorisant, ou la conséquence de la forte fécondité.

L'accès au marché de l'emploi et l'amélioration de la scolarisation des femmes mesurent le changement du statut de la femme dans la société réunionnaise durant les trente dernières années. Le déficit avec la métropole sur ces deux points demeure toutefois très important. Le taux de chômage des Réunionnaises âgées de 15 à 24 ans était de 57,6 % en 2003 contre 24 % en métropole. Une partie des jeunes Réunionnaises qui terminent actuellement leurs études peuvent, face à un marché de l'emploi totalement saturé, choisir d'investir dans la sphère familiale plutôt que professionnelle. Cela sera d'autant plus vrai si elles sont en situation d'échec scolaire et que l'arrivée d'un enfant leur assure un statut social.

Tableau 9

Descendance atteinte en 1997 suivant la situation professionnelle des femmes. Île de la Réunion  
(en italique : effectif compris entre 15 et 30 personnes ; en gras effectif supérieur à 50 personnes)

Âge en 1997	Situation professionnelle de la femme à la date de l'enquête				
	Étudiante	Active	Au chômage	Femme au foyer	Autre inactive
15-19 ans /G 1978-1982	<b>0,01</b>		<b>0,2</b>	<i>0,6</i>	
20-24 ans /G 1973-1977	<b>0,02</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>1,4</b>	
25-29 ans /G 1968-1972		<b>0,8</b>	<b>1,5</b>	<b>2,2</b>	
30-34 ans /G 1963-1967		<b>1,6</b>	<b>2,2</b>	<b>2,6</b>	
35-39 ans /G 1958-1962		<b>2,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	
40-44 ans /G 1953-1957		<b>2,5</b>	<b>3,1</b>	<b>3,5</b>	
45-49 ans /G 1948-1952		<b>2,8</b>	<b>3,1</b>	<b>4,5</b>	<i>3,0</i>
50-54 ans /G 1943-1947		<b>2,9</b>	<b>3,4</b>	<b>4,7</b>	<i>3,1</i>
55-59 ans /G 1938-1942		<b>3,7</b>	<b>4,3</b>	<b>5,2</b>	<b>3,2</b>

Sources : Enquête Famille Réunion-1997 – Enquête DEMO 97

## Une contraception encore mal maîtrisée et un recours accru à l'avortement

Les Réunionnaises, quel que soit leur âge, connaissent toutes au moins un moyen de contraception. La connaissance de la pilule et du préservatif dépasse les 95 % à tous les âges de la vie reproductive, celle du stérilet toujours 90 %. Si les moyens de contraception sont universellement connus, sont-ils massivement utilisés ? Leur pratique est-elle maîtrisée ? Le taux d'utilisation des moyens de contraception à la Réunion, notamment aux plus jeunes âges, accuse un retard très important avec la métropole. Seulement 32,2 % des jeunes femmes âgées de 18-19 ans déclaraient en 1997 utiliser un moyen contraceptif contre plus de 65 % en métropole. À peine une femme sur deux âgée de 20-24 ans déclarait utiliser un moyen contraceptif contre près de trois sur quatre en métropole. La sous-utilisation comparée à la métropole est vraie à tous les âges (tabl. 10 et 11).

Tableau 10  
Utilisation des moyens contraceptifs suivant l'âge (%). Île de la Réunion – 1997

	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	18-44 ans
Pilule	23,5	41,5	51	48	35	24	39
Stérilet	0,5	2,1	10	15	19	21	12
Préservatif	7,2	4,0	3	3	3	2	4
Autres	1	0	3	3	6	6	4
<b>Total</b>	<b>32,2</b>	<b>47,6</b>	<b>67</b>	<b>69</b>	<b>63 %</b>	<b>53</b>	<b>59</b>

Source : Enquête Famille Réunion-1997

Tableau 11  
Utilisation des moyens contraceptifs suivant l'âge (%). Métropole – 1994-2000

	18-19 ans		20-24 ans		25-29 ans		30-34 ans		35-39 ans		40-44 ans		18-44 ans	
	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994
Pilule	54	68	58	57	51	44	43	33	32	28	21	46	41	
Stérilet	0	1	3	8	8	18	15	28	28	30	26	16	16	
Préservatif	9	9	5	8	5	8	5	6	6	7	4	8	5	
Autres	0	1	4	4	5	2	6	8	6	6	15	4	7	
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>79</b>	<b>70</b>	<b>77</b>	<b>69</b>	<b>72</b>	<b>69</b>	<b>75</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>66</b>	<b>74</b>	<b>69</b>	

Sources : Ined-Insee, Enquête ESFE 1994, Ined-Inserm, enquête Cocon 2000

Cette sous-utilisation, notamment chez les plus jeunes Réunionnaises, est le reflet d'une carence d'éducation sexuelle tant dans la sphère publique (principalement l'école<sup>13</sup>) que privée (la famille). Une enquête récente sur la violence

13. L'éducation sexuelle est obligatoire au collège. Elle est concentrée en une seule heure durant la classe de quatrième et près de 30 % des collégiés ne bénéficient pas de cet enseignement (« l'éducation sexuelle fait une percée timide », titrait un article de presse du 9 juin 2004, *Le journal de l'île de la Réunion*).

envers les femmes (JASPARD *et al.*, 2004) le confirme. La sous-utilisation de la contraception ainsi que le manque d'information et d'éducation sexuelle des jeunes Réunionnaises expliquent aussi le recours croissant aux interruptions volontaires de grossesses (IVG) des très jeunes femmes. La Drass de la Réunion estimait à 35,6 pour 100 femmes le taux d'IVG des moins de 20 ans en 1996. Il semblerait que l'IVG devienne un recours de plus en plus « systématique » en cas d'échec de la contraception (CATTEAU, 2001).

Dans l'Enquête Famille de 1997, les réponses des jeunes femmes ayant eu un enfant avant 20 ans montrent que nombre de ces grossesses précoces relèvent cependant davantage d'« actes manqués » que de réels échecs contraceptifs (l'issue de ces derniers étant l'avortement). De nombreuses femmes déclarent avoir voulu cette naissance ou tout simplement « ne pas y avoir pensé » (BRETON, 2004 b.). En menant à terme leur grossesse, ces jeunes Réunionnaises (plus d'une sur six dans les générations 1972-1976) entrent dans le monde adulte. Dans la majorité des cas, ces naissances ont lieu au sein d'une union déclarée. Ces résultats sont conformes à ceux d'un travail plus qualitatif réalisé dans l'île au début des années 1990, qui montrait à la fois l'homogénéité de cette population et son hétérogénéité (SQUARZONI, 1992). L'homogénéité prévalait quant à leur origine sociale : jeunes mères majoritairement d'origine populaire, avec un faible niveau de formation initiale (BEP ou moins), inactives tant après qu'avant la naissance et sujettes à une endogamie sociale très forte. L'hétérogénéité portait en revanche principalement sur la situation d'union des jeunes femmes au début de la grossesse, leur expérience sexuelle, la taille de leur fratrie et l'histoire reproductive et matrimoniale de leur mère. Cette étude montrait enfin que pour plus d'un tiers d'entre elles, ces grossesses correspondaient à une fécondité choisie et raisonnée conformément à leur propre modèle familial.

## Conclusion

La fécondité et les comportements reproductifs à la Réunion évoluent encore : l'âge à la première naissance commence à reculer et les familles de plus de quatre enfants sont de plus en plus rares. Le mariage n'est plus le cadre privilégié des naissances, tout du moins de celles de rang un et deux. Ces évolutions sont partagées par la majorité des communes et une meilleure maîtrise de la contraception chez les plus jeunes femmes ainsi qu'un accès plus large des femmes au marché de l'emploi devraient, *a priori*, accélérer encore le processus de transition démographique commencé il y a plus de trente ans.

Toutefois, une « fracture reproductive » se dessine petit à petit. Cette fracture suit celle de la société réunionnaise, dans laquelle les écarts se creusent de plus

en plus entre une population en situation de totale dépendance financière et une population active dont le comportement ressemble de plus en plus à celui observé en métropole.

De tous les départements français, après le cas très particulier de la Guyane française, c'est à la Réunion que la fécondité entre 15 et 24 ans est la plus élevée. Une partie de la population continue à avoir des enfants très tôt. Les explications de cette spécificité sont multiples. La possibilité d'accéder rapidement à des aides sociales, notamment avant l'âge légal d'ouverture de droit au RMI (25 ans) en est une souvent avancée. Il serait cependant abusif et simpliste d'affirmer que la motivation première des jeunes mères est d'ordre purement financier. En revanche, le système d'aides sociales contribue au maintien d'une fécondité précoce et relativement élevée dans l'île puisqu'il rend compatible la constitution d'une famille et une situation de non-emploi durable.

L'amélioration du niveau d'éducation moyen ne fera diminuer la fécondité dans l'île que si les futures générations plus diplômées parviennent à capitaliser leur formation sur un marché de l'emploi actuellement saturé. Les pouvoirs publics pourraient choisir d'inciter très fortement à la migration vers la métropole, mais les expériences passées dans ce domaine n'ont pas forcément été concluantes et la migration pour le travail ne fait pas « rêver » de nombreux jeunes Réunionnais, diplômés ou non.

Les traitements des données de l'Enquête Famille 1997 sous-entendent que de nombreuses naissances précoces sont assimilables à des « actes manqués » ou tout du moins à des choix par défaut. À cette présomption s'ajoutent les témoignages du personnel socio-éducatif des établissements scolaires qui évoquent un fort désir de maternité chez les adolescentes. Une nouvelle enquête, si elle est mise en place, devra traiter ces notions de désir d'enfants et d'actes manqués, toutes deux relatives à la représentation et au rôle de l'enfant pour de nombreuses jeunes Réunionnaises aujourd'hui en échec scolaire ou, tout du moins, dont l'espoir d'une insertion et d'un accomplissement par le travail est presque nul.

## Bibliographie

**ACTIF N., LARDOUX J.M., MEKAOUI J.,**  
2002 – La population en 2030. Insee,  
*Économie de la Réunion*, 112 : 11-22.

**BARBIERI M., CATTEAU C.,**  
2003 – L'évolution de la mortalité infantile  
à la Réunion depuis 50 ans.  
*Population*, 58 (2) : 229-252.

**BOCK M., CALMONT A., GODARD H.,  
de VASSOIGNE C.,**  
1998 – « Pluriethnicité, métissage et  
identité nationale ». In GODARD H., éd. :  
*Les Outre-mers*, vol. 13 de la série  
« Atlas de France »,  
GIP Reclus/La Documentation française,  
Montpellier, Paris : 26-30.

- BOUSQUET O., CHEVALIER F., MARIE C. V., MEKAOUI J., TEMPORAL F.,**  
2001 – Migrants de retour. Insee, *Économie de la Réunion*, 109 : 11-22.
- BRETON D.,**  
2001 – Les Réunionnaises ont encore leur premier enfant très tôt. Insee, *Économie de la Réunion*, 108 : 8-10.
- BRETON D.,**  
2004 a. – Mise en couple et naissances dans les unions à la Réunion. Une approche longitudinale. *Espace, Populations, Sociétés*, 2 : 237-252.
- BRETON D.,**  
2004 b – « Fécondité et naissances précoces dans un département d’Outre-Mer. Comparaisons entre l’île de la Réunion et la métropole ». In Lefevre C., Filhon A., éd. : *Histoires de familles, histoires familiales*, Cahiers de l’Ined, n° 156 : 149-174.
- BUISSON G.,**  
2003 – Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 : Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. Drees, *Études et Résultats*, n° 225, 8 p.
- CARVALHO FERREIRA DE C. E., WALDVOGEL B.,**  
1997 – *La nouvelle face du Brésil : la modernisation et ses disparités*. Ined, Travaux et Documents, Cahier n° 139 : 79-91.
- CATTEAU C.,**  
2001 – *État de santé, offre de soin à la Réunion*. Dress, Document de travail, Série statistique, n° 20, 33 p.
- CHEVALIER D.,**  
2000 – De la famille idéale à la famille réelle. Insee, *Économie de la Réunion*, 106 : 8-10.
- COSIO-ZAVALA M.,**  
2000 – « Singularité et modalité des transitions de la fécondité en Amérique latine ». In Pillon M., Guillaume A., éd. : *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Paris, IRD Éditions, coll. Colloques et Séminaires : 21-33.
- FESTY P., HAMON C.,**  
1983 – *Croissance et révolution démographique à la Réunion*. Paris, Ined, Travaux et Documents, n° 100, 116 p.
- Insee,**  
2004 – *Tableau économique de la Réunion (TER) 2004-2005*. 219 p.
- JASPARD M., POURETTE D., WIDMER I.,**  
2004 – *Approche sociologique des violences envers les femmes : comparaison Île de la Réunion – Métropole – aspects quantitatifs et qualitatifs*. Séminaire « Les lundis de l’Ined », 28 juin, 23 p.
- LARDOUX J. M. TEMPORAL F.,**  
2002 – Tendances de la fécondité. Insee, *Économie de la Réunion*, 113 : 11-22.
- PRIOUX F.,**  
2002 – L’évolution démographique récente en France. *Population*, 57 (4-5) : 691-732.
- RALLU J. L.,**  
1997 – La population des départements d’outre-mer. *Population*, 52 (3) : 699-730.
- SQUARZONI R.,**  
1992 – « Grossesses et maternité chez les adolescentes de 15-19 ans à la Réunion ». In Actes du Colloque international *Fécondité et insularité* : 585-594.
- TEMPORAL F.,**  
2002 – Un enfant de moins pour les femmes qui travaillent. *Économie de la Réunion*, 113 : 18-20.
- TOULEMON L., MAZUY M.,**  
2001 – Les naissances sont retardées mais la fécondité reste stable. Ined, *Population*, 4 : 611-644.

## Annexe I – Enquête Famille Réunion 1997

Il s'agit d'une enquête rétrospective conçue et réalisée par l'Insee Réunion en collaboration avec l'Ined. Ce sont 4 500 femmes âgées de 15 à 64 ans (1/50) qui ont été interrogées entre novembre et décembre 1997. L'Enquête Famille est un des volets de l'enquête DEMO97, enquête la plus importante jamais réalisée à la Réunion, portant sur 20 000 ménages. L'Enquête DEMO97 suit un plan de sondage stratifié à deux degrés (1<sup>er</sup> degré : l'îlot ; 2<sup>e</sup> degré : le logement – critères de stratification : zones éparses, zones urbaines, grands immeubles, petits immeubles). Administré par un réseau d'enquêteurs, le questionnaire de l'Enquête Famille Réunion est sensiblement plus détaillé que le questionnaire métropolitain. Il répond aux standards internationaux fixés par le programme mondial des enquêtes DHS (*Demographic and Health Surveys*), tout en étant cohérent avec les enquêtes Ined-Insee sur les situations familiales de 1986 et 1994.

*Le questionnaire de l'Enquête Famille 1997 est disponible en ligne à l'adresse suivante : [http://www-ehf.ined.fr/questionnaires/français/Quest\\_reunion.pdf](http://www-ehf.ined.fr/questionnaires/français/Quest_reunion.pdf)*

## Annexe 2

Taux de fécondité par âge (pour mille).  
Île de la Réunion – 1955-2002

Année	Âge							Indice conjoncturel de fécondité
	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	
1955	61	264	350	322	244	127	21	6,9
1960	67	266	326	288	213	106	11	6,4
1965	70	284	334	302	230	110	16	6,7
1970	60	235	238	185	131	66	8	4,6
1975	58	196	197	144	98	46	7	3,7
1980	47	156	170	127	73	33	4	3,1
1985	53	144	166	114	61	21	3	2,8
1990	44	130	152	111	62	16	1	2,6
1991	53	138	150	101	54	14	1	2,6
1992	51	141	149	101	54	14	1	2,6
1993	50	124	143	97	48	12	1	2,4
1994	39	113	144	105	53	15	1	2,4
1995	39	107	140	101	52	15	1	2,3
1996	36	106	140	103	51	15	1	2,3
1997	37	111	139	108	58	16	1	2,4
1998	37	106	137	106	58	18	1	2,3
1999	36	116	143	107	62	15	1	2,4
2000	39	117	143	113	63	17	1	2,5
2001	40	119	138	112	63	18	1	2,5
2002	40	111	148	115	66	19	1	2,5
2003 (provisoires)	38	105	148	115	64	17	1	2,4

Source : Insee

# La mortalité : évolution et structure

*Magali BARBIERI  
Christine CATTEAU*

## Introduction

Dans ce chapitre, nous présentons l'évolution récente de la mortalité et des causes de décès à la Réunion<sup>1</sup>. Après un bref historique de l'évolution passée, déjà amplement étudiée par d'autres auteurs, nous nous concentrerons sur la période la plus récente, dont les caractéristiques sont encore mal connues. Nous avons plus particulièrement examiné la situation actuelle en termes de structure par âge et par cause des décès, en la replaçant, dans la mesure du possible, dans le cadre de son évolution passée. Compte tenu des données disponibles, cette approche nous est en effet apparue comme la plus susceptible de contribuer à la compréhension des tendances en cours. Une meilleure connaissance des pathologies impliquées dans la mortalité de chaque grand groupe d'âges est par ailleurs indispensable à la conception de politiques et de programmes de santé efficaces.

### **Sources d'information**

L'évolution de la mortalité et de la structure par âge et par cause des décès à la Réunion nous est connue grâce à deux sources de données, qui sont l'état civil et la statistique des causes de décès. Ces deux types de données sont

1. Cette étude n'aurait pu se réaliser sans les données que nous ont diligemment transmises Jean-Marc Lardoux (Direction régionale de l'Insee à la Réunion), d'une part, et toute l'équipe du Cépид-DC (Inserm), d'autre part. Qu'ils en soient remerciés ici, de même que France Meslé (Ined) pour ses précieux conseils.

recueillies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour l'état civil, par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) pour les causes de décès.

### *L'état civil*

L'enregistrement des décès, comme celui des autres événements de l'état civil, à savoir naissances et mariages, suit les mêmes règles à la Réunion qu'en métropole depuis 1951. Dès le début, et contrairement à la situation observée dans les autres DOM, la qualité des données est apparue excellente, avec une très bonne couverture et une grande précision des informations (FESTY et HAMON, 1983). Les dernières informations disponibles sont celles qui concernent l'année 2002.

Les données de l'état civil permettent de connaître le nombre de décès et leur date exacte de survenue, ainsi qu'un certain nombre de caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée, au premier rang desquelles figure l'âge, indispensable pour construire la plupart des indicateurs démographiques classiques de mortalité, comme l'espérance de vie à la naissance ou le taux de mortalité infantile.

L'analyse de ces informations a par le passé donné lieu à un premier travail sur l'évolution de la mortalité pour la période centrée autour des recensements de 1954, 1967 et 1974 (FESTY et HAMON, 1983). Ce travail a été en partie poursuivi autour du recensement de 1990 par une étude spécifiquement consacrée à la mortalité à la Réunion publiée plus récemment (MICHEL *et al.*, 1995). Nous nous attacherons plus particulièrement ici à décrire la situation actuelle, laissant aux lecteurs intéressés par le détail des tendances antérieures le soin de recourir à ces publications.

### *Les causes de décès*

Les causes médicales de décès, outil essentiel de compréhension des processus menant à la mort, font l'objet d'une statistique régulière établie par l'Inserm depuis 1981 à la Réunion, selon une procédure identique à celle mise en œuvre en France métropolitaine à partir de 1968. La codification des causes de décès suit les règles de la *Classification internationale des maladies* définie par l'Organisation mondiale de la santé. Les statistiques annuelles de décès par cause nous ont été fournies pour le département de la Réunion par le Service d'information sur les causes médicales de décès de l'Inserm (ou SC8) pour toutes les années, de l'origine (1981) jusqu'à 1999 incluse.

L'ouvrage de MICHEL *et al.* (1995) précédemment cité présentait les résultats d'une première exploitation de ces statistiques pour la période 1988-1992. Les analyses que nous proposons s'intéressent à l'évolution de la mortalité et de ses causes entre 1981-1983 et 1997-1999, les deux périodes extrêmes pour lesquelles les données sont disponibles, mais les résultats présentés le sont de manière à permettre la comparaison avec ceux de l'étude de 1995.

# Évolution de la mortalité générale

## Caractéristiques de l'espérance de vie à la naissance

Les statistiques de l'état civil permettent de calculer des taux de mortalité par âge en rapportant les décès enregistrés une année donnée dans chaque groupe d'âges à l'effectif de la population de ces mêmes groupes d'âges en milieu d'année. Parce que le nombre d'habitants à la Réunion est faible et que la mortalité est un événement devenu rare, les fluctuations aléatoires des taux de mortalité par année d'âge sont fortes d'une année de calendrier à l'autre. Pour limiter l'effet de ces fluctuations, nous avons regroupé les décès par groupes d'âges décennaux, en distinguant toutefois la mortalité de la première année et celle à 1-4 ans, et pour des périodes pluri-annuelles. Les taux de mortalité par âge sont utilisés pour construire des tables comportant une série d'indicateurs, dont l'espérance de vie à chaque âge.

### *Une décélération des progrès*

L'ouvrage de FESTY et HAMON (1983) présentait des tables de mortalité pour plusieurs périodes entre 1951-1955 et 1972-1976. Ces travaux ont montré comment l'amélioration du contexte sanitaire et social de l'île de la Réunion à partir du milieu du XX<sup>e</sup> siècle a engendré une augmentation spectaculaire de l'espérance de vie à la naissance. La progression a été particulièrement impressionnante au cours des années 1950 et 1960, avec presque un an de vie gagné par année de calendrier, si bien que, tandis que l'espérance de vie atteignait seulement 50 ans pour les deux sexes au début des années 1950, l'indicateur s'établissait déjà à près de 65 ans au milieu des années 1970 (tabl. 1). L'analyse du rythme d'évolution montrait des gains particulièrement importants en début de période et un ralentissement des progrès par la suite.

Les données les plus récentes nous ont permis de poursuivre cette étude jusqu'à la période 1998-2002. Les résultats montrent un prolongement des tendances passées, avec le ralentissement de plus en plus marqué des gains. L'espérance de vie à la naissance s'est ainsi accrue d'à peine une année par décennie depuis le début des années 1980. Tandis que des progrès sensibles étaient encore enregistrés entre le milieu des années 1970 et le milieu des années 1980, avec une hausse de l'espérance de vie des deux sexes de 65 ans en 1972-1976 à 73,5 ans en 1985, les gains ont été très faibles depuis, l'espérance de vie n'atteignant encore que 74,5 ans en 1995 et 75,4 ans en 2002 (dernier chiffre connu).

### *De fortes disparités intercommunales*

Sans doute plus préoccupant encore, les différences d'état de santé entre les populations des 24 communes de l'île sont très marquées. À partir des données d'état civil et de recensement qui nous ont été fournies par l'Insee-Réunion au niveau communal, nous avons pu calculer les indicateurs de mortalité présentés dans le tableau 2 (voir aussi fig. 1 et 2). Les estimations sont réalisées pour une longue période (1992-2002) afin de limiter les variations aléatoires

Tableau I  
Évolution de l'espérance de vie par sexe à la Réunion de 1951-1955 à 2002

Période	Hommes	Femmes	Ensemble	Gain moyen annuel en année par rapport à la période/année précédente
1951-1955	47,5	53,4	50,4	–
1959-1963	54,1	60,6	57,4	0,9
1965-1969	57,2	63,9	60,6	0,5
1972-1976	60,6	68,4	64,5	0,6
1981-1982	64,8	72,6	68,7	0,6
1983-1985	65,3	74,3	73,5	1,9
1986-1987	66,2	76,0	73,5	0,0
1989	67,6	77,2	72,3	-0,5
1990	68,8	78,2	73,5	1,2
1993	68,7	78,1	73,4	0,0
1995	70,3	78,7	74,5	0,5
1996	70,4	78,8	74,6	0,1
1997	70,5	78,9	74,7	0,1
1998	70,6	79,0	74,8	0,1
1999	70,8	79,1	75,0	0,2
2000	70,9	79,3	75,1	0,1
2001	71,0	79,5	75,2	0,1
2002	71,2	79,6	75,4	0,2

Source : Insee-Réunion

engendrées par les faibles effectifs de décès dans les plus petites communes. Tandis que le taux de mortalité infantile avait déjà été estimé pour chaque commune par FESTY et HAMON (1983) pour une période ancienne (1972-1976), c'est la première fois que sont publiées les espérances de vie à la naissance au niveau des circonscriptions locales. En effet, ces auteurs ne disposaient des informations nécessaires au calcul de cet indicateur que pour deux communes, celles de Saint-Denis et de Salazie. La comparaison ne peut donc porter que sur ces deux circonscriptions pour l'espérance de vie.

La comparaison avec les années 1970 montre que, pour la mortalité infantile, toutes les communes ont bénéficié de l'amélioration générale des conditions d'hygiène, des niveaux de vie et de l'accès aux soins de santé observée au niveau du département. Les taux variaient en 1972-1976 entre 20 et 50 pour mille environ (les extrêmes s'établissant à 19,7 pour mille à Petite-Île et 51,5 pour mille à Salazie) contre 4 à 11 pour mille en 1992-2002 (de 3,9 pour mille à Étang-Salé à 11,2 pour mille dans la Plaine-des-Palmistes). Les variations demeurent toutefois de même amplitude, avec un rapport de 1 à 2,5 pour les taux extrêmes

Tableau 2  
Taux de mortalité infantile et espérance de vie à la naissance par sexe et par commune.  
La Réunion, 1992-2002.

N° de commune	Commune	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
		Mortalité infantile p. mille	Espérance de vie à la naissance	Mortalité infantile p. mille	Espérance de vie à la naissance	Mortalité infantile p. mille	Espérance de vie à la naissance
401	Les Avirons	9,3	73,1	8,5	81,5	8,9	77,1
402	Bras-Panon	5,1	71,3	5,3	78,7	5,2	74,9
403	Entre-Deux	7,9	72,1	8,6	83,0	8,2	77,3
404	L'Étang-Salé	5,8	72,4	1,8	82,5	3,9	77,2
405	Petite-Île	8,2	74,0	4,8	81,4	6,5	77,6
406	La Plaine-des-Palmistes	6,0	71,5	17,0	81,0	11,2	76,1
407	Le Port	5,7	70,1	4,4	78,6	5,1	74,3
408	La Possession	8,3	70,5	5,0	79,2	6,6	74,7
409	Saint-André	6,1	69,6	4,4	79,0	5,3	74,2
410	Saint-Benoît	5,4	69,5	5,4	78,7	5,4	73,9
411	Saint-Denis	6,1	71,8	5,2	80,6	5,7	76,4
412	Saint-Joseph	9,8	70,7	11,0	80,4	10,4	75,3
413	Saint-Leu	8,1	72,1	3,1	80,3	5,7	76,0
414	Saint-Louis	9,6	71,0	6,7	80,6	8,2	75,7
415	Saint-Paul	6,5	72,2	5,9	79,9	6,2	75,9
416	Saint-Pierre	10,4	70,1	7,2	78,5	8,8	74,3
417	Saint-Philippe	14,1	72,5	4,5	81,8	9,6	77,0
418	Sainte-Marie	6,8	72,4	2,2	78,8	4,5	75,4
419	Sainte-Rose	6,9	69,2	5,4	78,3	6,1	73,3
420	Sainte-Suzanne	4,9	69,3	6,1	78,7	5,5	73,8
421	Salazie	10,8	67,5	8,3	78,9	9,6	72,6
422	Le Tampon	6,1	72,4	4,8	80,8	5,4	76,5
423	Les Trois-Bassins	7,5	71,5	7,3	80,7	7,4	76,0
424	Cilaos	14,0	66,1	7,0	77,5	10,7	71,5
<b>Total</b>		<b>7,2</b>	<b>71,2</b>	<b>5,6</b>	<b>79,9</b>	<b>6,5</b>	<b>75,5</b>

Source : Insee-Réunion

au milieu des années 1970 et de 1 à presque 3 pour la période la plus récente. Le classement des communes a cependant beaucoup évolué au cours du temps. En effet, en 1972-1976, celles situées à l'ouest de l'île paraissent davantage protégées que celles de l'est, que l'on retrouvait plus fréquemment

dans le groupe des plus fortes mortalités. Ces disparités étaient à l'époque expliquées par des facteurs de risque environnementaux liés à la topographie, au climat ou à des particularités culturelles, alimentaires ou d'hygiène notamment. Aujourd'hui, ce sont les communes les plus isolées (la Plaine-des-Palmistes, Salazie, Saint-Joseph, Saint-Philippe et Cilaos) qui se caractérisent par les plus fortes proportions de décès infantiles. Ces communes, les plus éloignées géographiquement des services de santé, sont aussi celles qui ont conservé le style de vie le plus traditionnel associé à une fécondité relativement élevée. La population de ces communes est en outre la plus concernée par les problèmes de précarisation économique avec des taux de chômage et des proportions de bénéficiaires du RMI qui figurent parmi les plus élevés de l'île (CATTEAU *et al.*, 2004).

Les différentiels intercommunaux observés pour l'espérance de vie à la naissance sont également très importants en 1992-2002, avec un écart de plus de 6 ans entre les communes caractérisées par les indicateurs extrêmes (71,5 ans à Cilaos contre 77,6 ans à Petite-Île). Si les communes les plus enclavées sont, comme pour la mortalité infantile, les plus défavorisées en terme d'état de santé général (Salazie et Cilaos tout particulièrement), les autres communes ne montrent pas de forte corrélation entre la proportion de décès avant un an et l'espérance de vie à la naissance. Le contraste est particulièrement frappant en ce qui concerne les communes situées au nord-est (entre Sainte-Suzanne et Sainte-Rose), qui se caractérisent par des niveaux de mortalité infantile relativement faibles, avec des taux variant entre 5 et 6 pour mille, mais dont les espérances de vie à la naissance figurent parmi les plus basses (entre 73 et 74 ans) après les communes du centre de l'île, enclavées dans des cirques, déjà citées. Globalement, les communes du sud du département se situent à un niveau plutôt faible tant sur un indicateur que sur l'autre, tandis que les communes situées à l'ouest et au nord (à partir d'Étang-Salé et jusqu'à



Fig. 1  
Taux de mortalité infantile, 1992-2002.

Fig. 2  
Espérance de vie à la naissance, 1992-2002.

Sainte-Marie) sont plutôt favorisées. L'avantage marqué de ces dernières est le reflet des meilleures conditions économiques et de la densité relative du réseau de soins de santé qui y sont observées. Inversement, l'Est se caractérise, comme les communes du centre, par une dégradation économique qui se traduit notamment par une forte proportion de faibles revenus et par une prévalence élevée de retard scolaire des enfants (CATTEAU *et al.*, 2004).

### *Une surmortalité masculine très marquée*

Comme dans tous les pays développés, les femmes vivent plus longtemps que les hommes en moyenne à la Réunion. Sur l'île, l'écart entre les deux sexes est toutefois particulièrement élevé (tabl. 3). La différence d'espérance de vie entre les deux sexes était inférieure à 6 ans au début des années 1950. Elle a par la suite progressivement augmenté pour atteindre 7 ans vers 1970, puis 8 ans au début des années 1980, 9 ans en 1983-1985 et un maximum de près de 10 ans en 1986-1987, pour diminuer ensuite jusqu'à 8,5 ans environ en 1995. Elle se maintient depuis à ce niveau, encore considérable selon les critères internationaux (VALLIN, 2002). La surmortalité masculine est, comme le montre l'analyse au niveau communal (tabl. 2), associée au mauvais état de

Tableau 3  
Écart des espérances de vie par sexe, Réunion et France métropolitaine  
de 1951-1955 à 2002

Période	Écart absolu (Métrop.-Réunion)		Écart relatif (en % de la Réunion)		Différence F-H	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Réunion	Métropole
1951-1955	16,7	16,7	35,2	31,3	5,9	5,9
1965-1969	10,2	10,9	17,8	17,1	6,7	7,4
1981-1982	5,2	5,2	8,0	7,2	7,8	7,8
1983-1985	5,9	5,0	9,0	6,7	9,0	8,1
1986-1987	5,1	3,3	7,7	4,3	9,8	8,0
1989	4,9	3,4	7,2	4,4	9,6	8,1
1990	3,8	2,6	5,5	3,3	9,4	8,2
1993	4,6	3,4	6,6	4,3	9,4	8,2
1995	3,5	3,2	5,0	4,1	8,4	8,1
1996	3,6	3,1	5,1	3,9	8,4	7,9
1997	4,1	3,4	5,7	4,3	8,4	7,8
1998	4,2	3,4	5,9	4,3	8,4	7,7
1999	4,2	3,4	5,9	4,3	8,3	7,5
2000	4,3	3,4	6,1	4,3	8,4	7,5
2001	4,5	3,4	6,3	4,3	8,5	7,4
2002	4,4	3,3	6,2	4,1	8,4	7,3

Sources : Insee-Réunion pour la Réunion, Direction générale de l'Insee pour la France métropolitaine

santé général de la population. En effet, ce sont les communes dont la mortalité générale est la plus élevée, à savoir, comme nous venons de le voir, les communes enclavées d'Entre-Deux, de Salazie et de Cilaos, qui se caractérisent par les écarts d'espérance de vie les plus forts entre les sexes (autour de 11 ans). Ce sont aussi ces communes qui affichent la plus grande mortalité pour des causes associées à une forte consommation d'alcool (CATTEAU *et al.*, 2004). Les écarts les plus faibles (autour de 7-8 ans) sont inversement observés en règle générale parmi les communes les plus favorisées (Petite-Île, Saint-Paul, Sainte-Marie, Saint-Leu, Avirons). La corrélation n'est toutefois pas systématique dans la mesure où un faible niveau de mortalité générale est parfois associé à un fort différentiel par sexe (à Étang-Salé en particulier). Il est probable que des facteurs culturels viennent ici inverser les risques, comme par exemple des comportements protecteurs pour les femmes.

### *Un écart à nouveau croissant avec la métropole*

L'écart avec la métropole, référence naturelle en termes de politiques de santé et de programmes sanitaires, s'est réduit au même rythme que la lutte contre la mortalité progressait, soit très vite pendant la première période, beaucoup plus lentement par la suite. La différence d'espérance de vie à la naissance entre les deux territoires atteignait plus de 15 ans au début des années 1950 (tabl. 3). Elle s'est réduite à 10 ans dès la fin des années 1960, puis à 5 ans à la fin des années 1980. Elle a atteint son point le plus bas, à peine plus de 3 ans, en 1990, avant d'augmenter légèrement pour fluctuer autour de 3,8 à 4 ans depuis la seconde moitié des années 1990. La Réunion est aujourd'hui le département français qui se caractérise par le plus faible niveau d'espérance de vie à la naissance, tant pour les hommes que pour les femmes. Pour ces dernières, l'île est concurrencée par la Guyane, dont le niveau est exactement le même (79,3 ans), selon les estimations les plus récentes de l'Insee (BEAUMEL *et al.*, 2003). Les femmes des autres départements antillais ont une espérance de vie nettement supérieure, qui atteint 81,1 ans à la Guadeloupe et 81,7 ans à la Martinique. En ce qui concerne le sexe masculin, la Réunion est très significativement distancée par les autres DOM. Tandis que l'espérance de vie des hommes atteignait seulement 70,9 ans en 2000, elle était de 71,7 ans en Guyane, 74,5 ans en Guadeloupe et 75,2 ans à la Martinique. Une réserve s'impose toutefois dans ces comparaisons : l'état civil pourrait en effet être de qualité inégale, voire inférieure, dans les départements antillais, si bien qu'une partie au moins de ces différences pourrait tenir plus à des problèmes de sous-déclaration relative dans ces derniers qu'à une réelle infériorité de la Réunion en matière de santé. L'écart de celle-ci avec la France métropolitaine ne fait toutefois aucun doute.

Si les deux sexes sont concernés, ce sont surtout les hommes qui, à la Réunion, peinent à rattraper leurs co-citoyens de la métropole. Depuis les années 1980 en effet, l'écart entre les espérances de vie à la naissance des deux territoires a toujours été supérieur pour le sexe masculin car la différence dans la durée de vie moyenne entre les deux sexes, pourtant considérable en France comparée aux autres pays développés, est toutefois inférieure au niveau atteint à la Réunion.

L'écart entre l'île et la métropole est depuis quelques années proche de 4,5 ans pour les hommes contre 3,4 ans pour les femmes. La surmortalité masculine observée à la Réunion est bien l'une de ses caractéristiques les plus remarquables. Pour mieux comprendre cette situation, il est nécessaire d'examiner plus en détail les composantes de la mortalité générale, en termes de structure par âge et par cause de décès. Pour ce faire, nous avons combiné l'information fournie par l'Insee d'une part, par l'Inserm d'autre part. La réunion des deux types de données permet d'estimer la contribution de chaque groupe d'âges et celle de chaque type de maladies aux progrès de l'espérance de vie. Nous les examinerons successivement.

### Les caractéristiques réunionnaises de la mortalité par sexe et âge

Les quotients de mortalité représentent la proportion des personnes décédant entre un âge  $x$  et un âge  $x+n$  parmi l'ensemble des personnes vivantes à l'âge  $x$ . Ils correspondent à la probabilité de décéder entre deux anniversaires successifs. Nous avons calculé la série des quotients de mortalité pour chaque groupe d'âges et pour chacun des deux sexes à partir des données de l'état civil pour les périodes 1981-1983, 1988-1992 et 1998-2002<sup>2</sup>. Les résultats de nos calculs sont illustrés par les figures 3 a et 3 b.

La structure par âge de la mortalité à la Réunion est globalement proche de celle observée dans les pays développés, avec une baisse des quotients entre les périodes infantile (première année) et juvénile (quatre années suivantes), le minimum étant atteint pendant cette dernière période, puis une augmentation régulière à partir de cinq ans (fig. 3 a et 3 b.). Dans sa forme générale, ce schéma est le même pour les deux sexes et il n'a pas évolué sensiblement au cours des vingt dernières années. Toutefois, des variations intéressantes apparaissent lorsque l'on examine ces courbes plus en détail.

En premier lieu, l'évolution n'a pas été régulière au cours de la période considérée. Tandis qu'entre la période 1981-1983 et la période 1988-1992, les progrès les plus importants ont été ceux réalisés pour la première année de vie, le quotient de mortalité infantile se réduisant de 11,5 à 7 pour mille chez les garçons et de 10 à 6 pour mille chez les filles, soit une baisse de 40 pour cent, la mortalité infantile est demeurée remarquablement stable au cours des dix années suivantes.

La mortalité à 1-4 ans a connu une évolution inverse avec une relative stabilité du quotient entre 1981-1983 et 1988-1992, notamment chez les filles, et une baisse significative entre 1988-1992 et 1998-2002, de 40 pour cent chez les garçons et de 50 pour cent chez les filles.

2. Les quotients ont été calculés par les méthodes démographiques classiques présidant à la construction des tables de mortalité. Ainsi, par exemple, pour les quotients de la période 1981-1983, nous avons d'abord calculé des taux en rapportant les décès qui se sont produits dans chaque groupe d'âges au cours des trois années 1981, 1982 et 1983, au nombre de personnes dans le groupe d'âges considéré en milieu de période (mi-1982). Puis, à partir des taux ainsi calculés, nous avons reconstitué la table de mortalité complète, y compris la série des quotients de mortalité, pour cette période. Le lecteur peut par exemple se reporter au manuel de PRESSAT (1985) pour plus de détails sur cette technique.

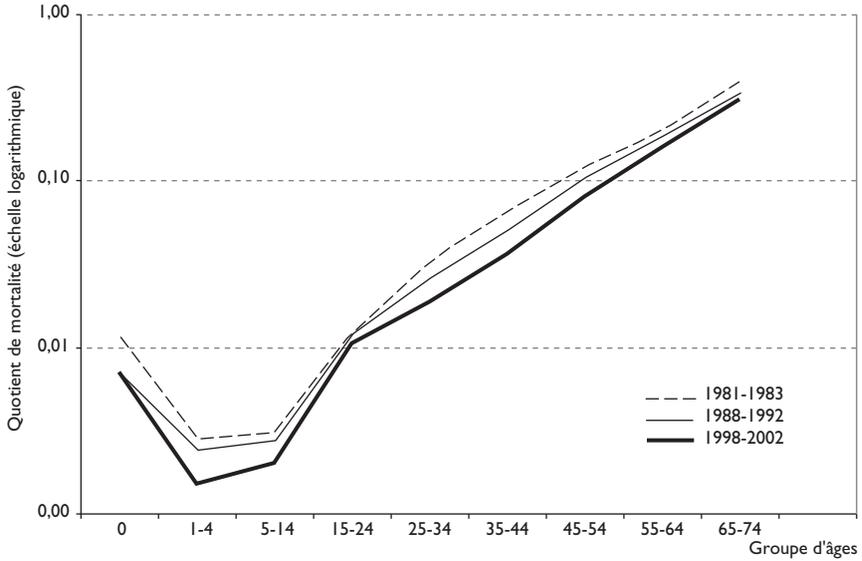


Fig. 3 a  
Quotients de mortalité par âge à la Réunion. Sexe masculin.

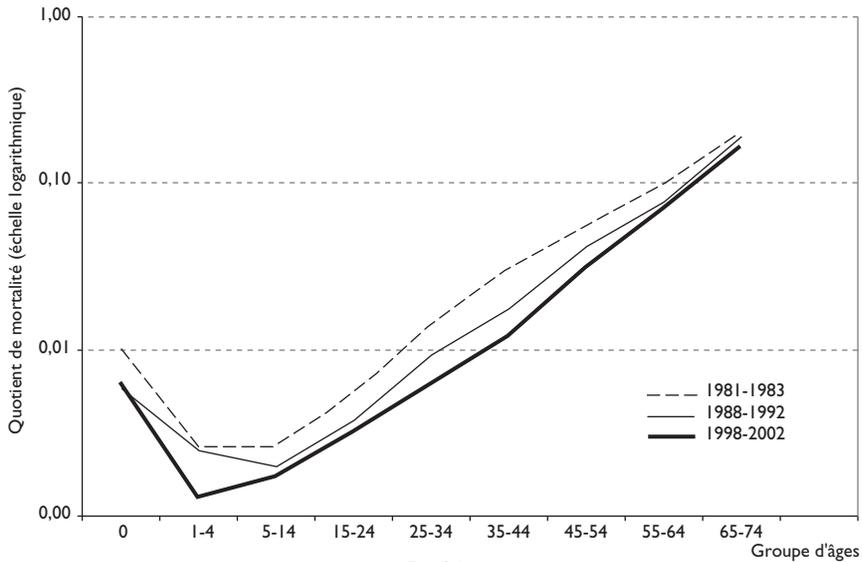


Fig. 3 b  
Quotients de mortalité par âge à la Réunion. Sexe féminin.

En ce qui concerne les autres groupes d'âges, la progression a été à peu près régulière entre 1981-1983 et 1998-2002. Elle est particulièrement marquée à 25-44 ans, les jeunes adultes bénéficiant d'une baisse des quotients d'environ 45 pour cent chez les hommes et de près de 60 pour cent chez les femmes. C'est à partir de 55 ans qu'elle a été la plus faible pour les deux sexes, mais quand même supérieure à 20 pour cent sur l'ensemble de la période. En revanche, chez les hommes uniquement, c'est à 15-24 ans que la mortalité a le

moins progressé avec une baisse des quotients de seulement 16 pour cent entre 1981-1983 et 1998-2002.

La différence entre les taux par âge des hommes et des femmes reflète en partie cette évolution. Si les différences sont faibles pendant l'enfance, particulièrement au cours des premières années, l'écart maximal est celui observé entre 15 et 40 ans, avec un rapport de 1 à 3 entre les quotients féminins et masculins (fig. 4). Il est même supérieur à 3,5 à 20-24 ans. À partir de 40 ans, l'écart diminue progressivement, tout en demeurant presque jusqu'à la fin supérieur à celui observé avant l'âge de 15 ans. Toutefois, parce que la mortalité est globalement faible avant 40 ans comparée à celle des groupes d'âges ultérieurs, la différence de plus de 8 ans observée entre les espérances de vie des hommes et des femmes à la Réunion s'explique moins par les écarts de mortalité à 15-39 ans qu'à 40-64 et 65 ans et plus. Ces trois groupes d'âges contribuent, respectivement, pour 15, 45 et 40 pour cent de la différence d'espérance de vie entre les sexes, les écarts observés avant 15 ans contribuant pour moins de 1 pour cent à cette différence.

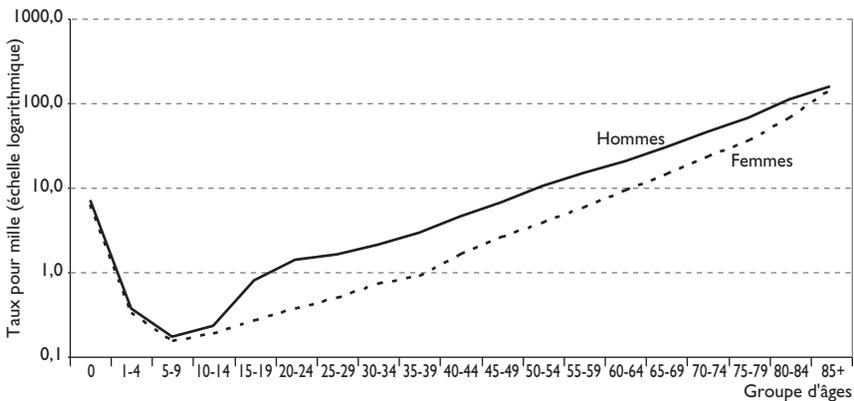


Fig. 4

Taux de mortalité par groupe d'âges quinquennal et par sexe à la Réunion (1998-2002).

Source : Insee-Réunion

Comme l'indique la figure 5, la surmortalité masculine observée à la Réunion n'est pas sensiblement différente dans sa structure par âge de celle observée ailleurs, et notamment en France métropolitaine, où l'écart maximum entre les sexes caractérise le groupe des 20-29 ans. La surmortalité masculine est cependant plus marquée à ces âges à la Réunion et elle demeure importante entre 30 et 45 ans, alors même qu'elle se réduit en métropole, avec des rapports variant de 1 à 2 plutôt que de 1 à 3 dans l'île, entre femmes et hommes. À partir de 45 ans et jusqu'à 70 ans, l'écart tend à se réduire à la Réunion alors qu'il augmente régulièrement en métropole, si bien que le rapport entre les sexes n'est plus que de 1 à 2 dans l'île au lieu de 1 à 2,5 en métropole. Pour les derniers groupes d'âges (après 75 ans) comme pour les premiers (avant 15 ans), l'ampleur des écarts entre les sexes est à peu près la même sur les deux territoires.

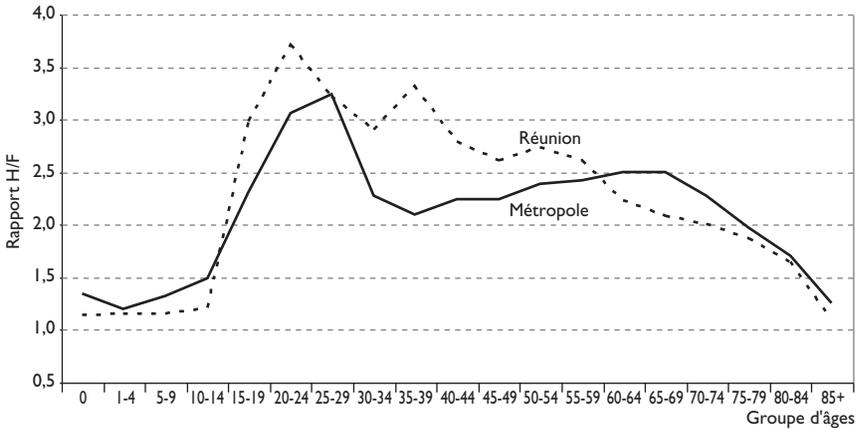


Fig. 5  
 Rapports de surmortalité masculine selon l'âge à la Réunion (1998-2002) et en métropole (2000).  
 Source : Insee-Réunion

## Causes de décès

Les taux de mortalité par cause et par groupe d'âges calculés pour chaque sexe à partir des décès répartis entre les 105 principaux chapitres et sous-chapitres de la liste abrégée correspondant à la 9<sup>e</sup> *Classification internationale des maladies* (CIM9), fournis par l'Inserm, à partir, d'une part, des décès, et, d'autre part, des populations estimées au premier janvier de chaque année, fournies par l'Insee-Réunion, sont présentés en annexe, pour la période 1997-1999 (derniers chiffres connus).

### Méthodologie

Les taux bruts ont été calculés en rapportant le nombre de décès à chaque âge et pour chaque cause à la population moyenne de la Réunion en milieu de période des deux sexes pour les taux sexes réunis, masculine pour les taux masculins et féminine pour les taux féminins (tableaux annexes A1, A2 et A3). Les taux de mortalité par cause présentés et discutés dans le reste de ce chapitre ne sont toutefois pas ces taux bruts, mais des taux comparatifs. L'utilisation de taux comparatifs permet en effet, comme le terme l'indique, de comparer l'état de santé de deux populations ou son évolution au cours du temps pour une même population, indépendamment des changements ou différences de structure par âge. Ainsi, par exemple, la baisse de la fécondité observée depuis plusieurs décennies à la Réunion produit un vieillissement de la population. Compte tenu de la concentration des décès dans les groupes d'âges élevés, ce vieillissement suffit à produire une augmentation de la mortalité générale au cours du temps, qu'il convient de prendre en compte pour mesurer l'évolution, *a priori* favorable, de l'état de santé de la population à

chaque âge. Le recours aux taux comparatifs permet non seulement d'estimer l'amélioration des conditions sanitaires au sein d'une même population, mais également de comparer l'état de santé de deux populations dont la répartition par âge diffère, hommes et femmes par exemple, ou Réunion et France métropolitaine comme nous le ferons ci-dessous.

Outre les taux correspondant à la période 1997-1999, nous avons également calculé pour la Réunion les taux par cause et groupe d'âges pour deux autres périodes (1981-1983 et 1989-1991) afin d'examiner l'évolution de la structure de la mortalité au cours des vingt dernières années. Toutefois, faute de place, nous nous contenterons de les citer en référence sans en présenter le détail en annexe<sup>3</sup>. Par ailleurs, compte tenu de la faiblesse des effectifs de décès dans cette petite population, nous ne discuterons que des principales causes de mortalité. Sauf dans des cas très particuliers, nous ne commenterons pas les taux qui correspondent à moins de 35 décès annuels pour chaque sexe, car ils sont soumis à de fortes fluctuations aléatoires.

Enfin, le souci de comparaison mentionné à propos des taux comparatifs nous a par ailleurs amené à répartir proportionnellement les décès du chapitre « Symptômes, signes et états morbides mal définis » entre les autres chapitres au sein de chaque groupe d'âges. Les décès de ce chapitre sont ceux dont la cause est inconnue ou trop vague pour les classer ailleurs. Ce type de causes évolue en fonction des pratiques de diagnostic et de codage, introduisant des variations non aléatoires entre les classifications par cause des décès au cours du temps ou entre territoires. La répartition proportionnelle n'est certes pas idéale mais, en l'absence de renseignements précis sur les pratiques d'enregistrement propres à chaque service, elle est la plus appropriée. L'éclatement des décès de cause mal définie entre les autres rubriques de la classification a été fait pour chacune des trois périodes considérées (1981-1983, 1989-1991 et 1997-1999). Le taux de mortalité comparatif pour ce chapitre représentait respectivement 5, 7 et 6,5 pour cent du taux comparatif toutes causes à chacune de ces périodes.

### **La croissance rapide des maladies de dégénérescence**

Parmi les 16 grands chapitres de la CIM, six représentent 90 pour cent des décès. Le tableau 4 montre la part de chaque chapitre dans le taux toutes causes, sexes réunis et la figure 6 l'illustre pour les six principales causes de décès. Le tableau montre le poids très modeste des maladies infectieuses et parasitaires (qui représentent moins de 2 pour cent de l'ensemble), phénomène caractéristique des pays ayant achevé leur transition épidémiologique, cette révolution sanitaire à long terme qui fait passer un pays d'un régime de mortalité caractérisé par la prépondérance de ce type de pathologies à un régime où elles ont presque totalement disparu et où dominent les maladies dites dégénératives.

3. Nous invitons le lecteur intéressé à se reporter à d'autres publications pour trouver le détail des taux par cause pour des périodes antérieures (MICHEL *et al.*, 1995 notamment).

Tableau 4  
Taux comparatifs\* par chapitre et par sexe et part de chaque chapitre  
dans la mortalité toutes causes (en %), 1997-1999

Principales causes de décès	Taux pour 100 000				Part en pourcentage		
	Hommes	Femmes	Sexes réunis	Rapport H/F	Hommes	Femmes	Sexes réunis
Maladies infectieuses et parasitaires	26,9	13,3	19,2	2,01	1,9	1,6	1,8
Tumeurs	317,3	132,3	207,6	2,40	22,3	16,0	19,3
Maladies endocriniennes de la nutrition, du métabolisme, troubles immunitaires	64,3	69,3	68,8	0,93	4,5	8,4	6,4
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	5,6	3,7	4,4	1,54	0,4	0,4	0,4
Troubles mentaux	48,3	17,2	32,0	2,81	3,4	2,1	3,0
Maladies du système nerveux et des organes des sens	32,4	22,6	27,2	1,43	2,3	2,7	2,5
Maladies de l'appareil circulatoire	490,4	350,9	410,7	1,40	34,5	42,6	38,1
Maladies de l'appareil respiratoire	208,0	88,4	134,4	2,35	14,6	10,7	12,5
Maladies de l'appareil digestif	70,9	52,1	61,3	1,36	5,0	6,3	5,7
Maladies des organes génito-urinaires	23,7	16,7	18,9	1,42	1,7	2,0	1,8
Complications de la grossesse, accouchement, suites de couches	0,0	1,0	0,5	0,00	0,0	0,1	0,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	4,1	5,7	5,2	0,72	0,3	0,7	0,5
Mal. du système ostéo-articulaire, des muscles, du tissu conjonctif	2,0	1,8	1,9	1,11	0,1	0,2	0,2
Anomalies congénitales	0,6	1,4	1,0	0,44	0,0	0,2	0,1
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	1,2	1,0	1,1	1,17	0,1	0,1	0,1
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	126,5	47,2	84,0	2,68	8,9	5,7	7,8
Toutes causes	1 422,3	824,5	1 078,3	1,72	100,0	100,0	100,0

\* La population de référence est celle de la France métropolitaine, sexes réunis, au recensement de 1990.

Sources : Cépi-DC, Inserm pour les décès par cause, Insee-Réunion pour la population réunionnaise, Insee pour la population de France métropolitaine.

Note : les chapitres utilisés sont ceux définis par le Cépi-DC à l'exception du chapitre « Symptômes, signes et états morbides mal définis » dont les décès ont été répartis proportionnellement entre les autres chapitres.

De fait, à la Réunion comme dans tous les pays industrialisés, les deux plus grandes causes de mortalité sont aujourd'hui les maladies de l'appareil circulatoire (presque 40 pour cent de l'ensemble) et les tumeurs (20 pour cent). Parmi les premières dominent les maladies vasculaires cérébrales, les cardiopathies ischémiques et les insuffisances cardiaques. En ce qui concerne les cancers, les plus meurtriers sont ceux de l'appareil digestif, ceux de la trachée, des bronches et du poumon.

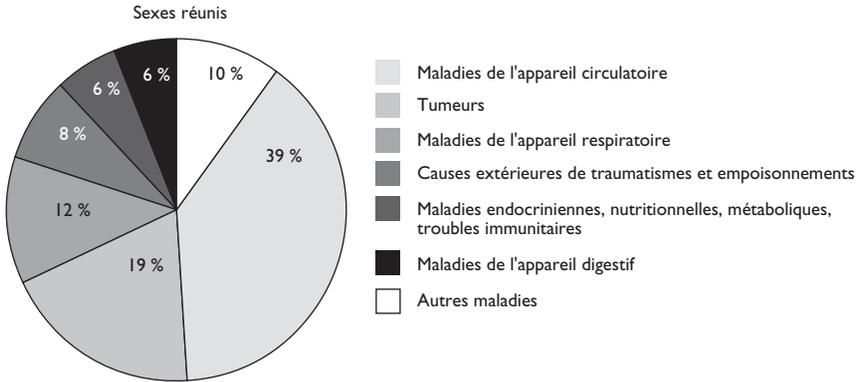


Fig. 6  
Principales causes de décès à la Réunion, 1997-1999 (répartition proportionnelle des taux comparatifs).

La prédominance de ces deux groupes de causes résulte d'une évolution récente contrastée. En effet, tandis que les taux comparatifs de mortalité par maladies cardio-vasculaires n'ont cessé de diminuer entre 1981-1983 et 1997-1999, avec une baisse qui atteint 30 pour cent, les tumeurs ont au contraire tendance à augmenter, de plus de 10 pour cent, entre les deux périodes. Notons toutefois que cette augmentation se concentre sur les années 1980 et que, si aucun progrès notable n'est observé dans la lutte contre les cancers au cours des années 1990, on n'observe en revanche plus de dégradation mais une stabilité, voire un léger recul, des taux comparatifs pour ce chapitre.

Viennent ensuite, dans le classement des grandes causes de décès, à parts égales, soit autour de 10 pour cent pour chacun des deux chapitres, les morts violentes (accidents de la circulation et suicides essentiellement) et les maladies de l'appareil respiratoire (pneumonies, broncho-pneumonies et bronchites chroniques surtout). Tandis que le premier type de causes a enregistré un recul significatif au cours des vingt dernières années, avec une baisse du taux comparatif qui atteint plus de 20 pour cent entre 1981-1983 et 1997-1999, les maladies de l'appareil respiratoire ont au contraire eu tendance à augmenter un peu entre 1981-1983 et 1989-1991 et à se stabiliser par la suite.

Enfin, les maladies endocriniennes et de la nutrition, les maladies de l'appareil digestif et les troubles mentaux représentent 6 à 3 pour cent de l'ensemble. Par contraste avec le premier type de pathologies, qui ne montre pas d'évolution significative à la baisse, les maladies de l'appareil digestif et les troubles mentaux enregistrent un recul très marqué depuis vingt ans, contribuant aux progrès de l'espérance de vie à la naissance. La baisse des taux comparatifs pour ces deux groupes de causes atteint en effet plus de 45 pour cent entre 1981-1983 et 1997-1999. Les autres chapitres (8 pour cent de l'ensemble) contribuent chacun pour moins de 3 pour cent au taux de mortalité toutes causes.

Toutes ces informations peuvent être utilement résumées par une représentation graphique montrant la contribution de chaque groupe d'âges et, au sein de chaque groupe d'âges, de chaque type de pathologies, aux progrès de

l'espérance de vie au cours des deux décennies passées (fig. 7) selon une technique développée et encore récemment améliorée par Andreev<sup>4</sup> (ANDREEV, 1982 ; ANDREEV *et al.*, 2002). Ce graphique indique quelle a été l'importance des variations entre groupes d'âges et en terme de structure par cause de décès pour expliquer l'évolution de la mortalité entre 1981-1983 et 1997-1999. L'examen de ces variations permet de mieux apprécier le poids de chaque groupe d'âges et de chaque type de pathologies et leur contribution, mesurée en nombre d'années de vie gagnées ou perdues, dans l'évolution de l'espérance de vie.

La figure 7 montre ainsi clairement le rôle joué par le recul de la mortalité pendant la première année de vie ainsi que l'importance des progrès réalisés à partir de 35 ans, avec des gains qui atteignent presque un an pour chaque groupe d'âges décennal au-delà de cet âge. Toutefois, à partir de 75 ans, une partie des gains engendrés par le recul de certaines causes de décès sont annulés par les pertes dues à d'autres causes, telles que les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire. Le graphique montre que c'est la lutte contre les maladies de l'appareil circulatoire qui a contribué le plus aux progrès de l'espérance de vie au cours des vingt dernières années, en particulier aux âges élevés pour lesquels la contribution de cette seule pathologie a fait gagner presque un an de vie à la population réunionnaise sur un total de presque 5 ans.

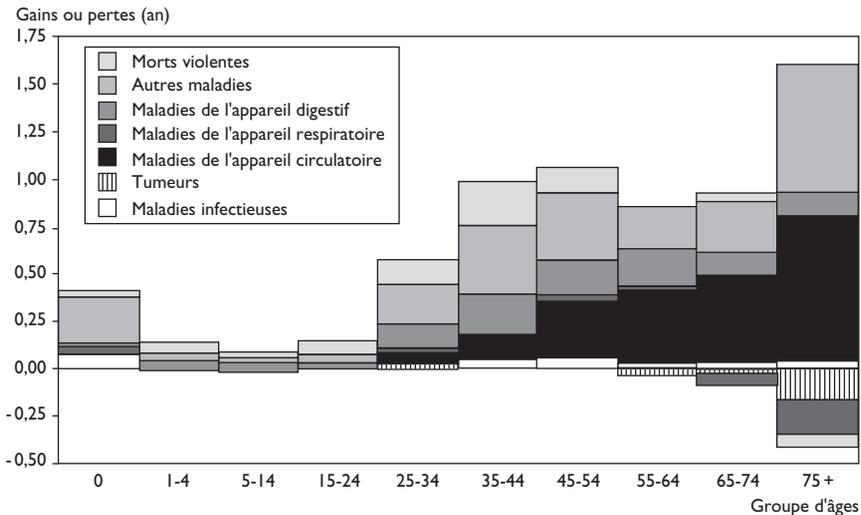


Fig. 7  
Contributions de l'évolution de la mortalité par âge et par grand groupe de causes aux différences de l'espérance de vie des deux sexes entre 1981-1983 et 1997-1999. Département de la Réunion.

Sources : Inserm Cépi-DC, Insee-Réunion et Direction générale de l'Insee.

4. La méthode d'Andreev a pour objectif de décomposer la contribution de chaque groupe d'âges ou de chaque groupe de causes de décès à la différence entre deux espérances de vie (pour un même pays à deux points dans le temps ou pour deux pays) à partir d'un algorithme unique dont les différents éléments sont calculés par itération. La méthode est complexe et nous conduirait à des développements qui ne nous paraissent pas appropriés ici. Nous invitons donc les lecteurs intéressés à se reporter aux références citées.

## Des écarts généralisés entre hommes et femmes

Les six groupes de maladies les plus meurtriers chez les hommes le sont aussi chez les femmes, mais le classement n'est pas tout à fait le même, comme le montre le tableau 4 dans lequel sont présentés les taux comparatifs de mortalité par cause et par sexe et la part de chacun des 16 grands chapitres de la CIM9 à la mortalité générale pour la période 1997-1999. Les trois premières causes de décès sont les mêmes pour chacun des deux sexes, à savoir les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire. Leur part représente environ 70 pour cent du taux comparatif toutes causes tant chez les hommes que chez les femmes. Examinons ces causes l'une après l'autre dans le détail.

### Maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires figurent en tête et prédominent tout particulièrement chez les femmes (près de 45 pour cent de l'ensemble contre 35 pour cent chez les hommes). Compte tenu de la mortalité générale beaucoup plus faible des femmes, le taux correspondant à ce premier type de pathologies est cependant beaucoup moins élevé chez ces dernières que chez les hommes, soit 3,5 contre presque 5 pour 1 000. La figure 8<sup>5</sup> montre quelles affections de l'appareil

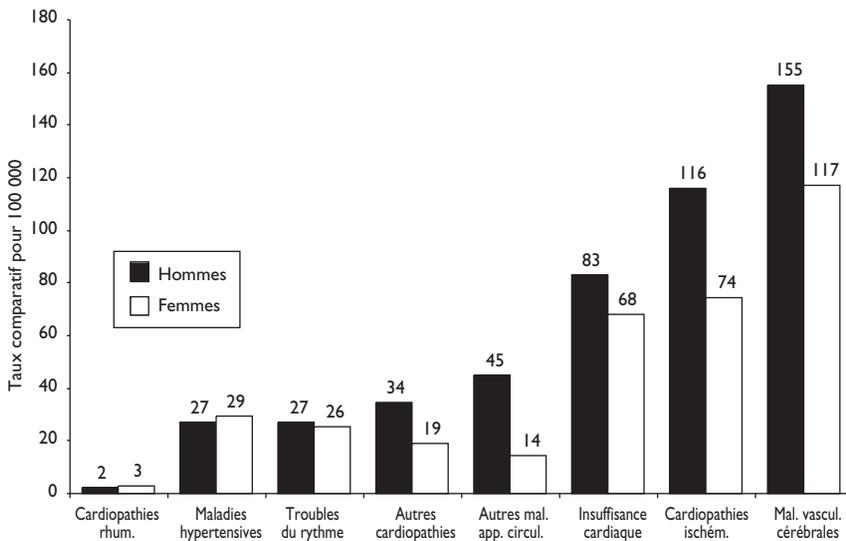


Fig. 8

Taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe.  
Département de la Réunion, 1997-1999.

Population de référence : population de la France métropolitaine des deux sexes au recensement de 1990  
Sources : Inserm Cépi-DC pour les décès par cause, Insee-Réunion pour la population

5. Les taux comparatifs de mortalité par cause et par sexe permettent d'éliminer l'effet de la structure d'âge : pour ce calcul nous avons choisi de prendre comme population de référence celle de la métropole en 1990, sexes confondus, ce qui permet une comparaison entre les sexes et avec la France métropolitaine.

circulatoire sont particulièrement responsables de l'écart entre les sexes. À l'exception des cardiopathies rhumatismales, des maladies hypertensives et des troubles du rythme cardiaque, qui représentent de toutes façons une faible part de ce chapitre, toutes les causes contribuent à creuser l'écart entre les hommes et les femmes. En valeur absolue, la différence est particulièrement importante pour les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales, avec 40 points d'écart entre les taux comparatifs pour ces deux chapitres.

### **Cancers**

Deuxième grande cause de décès, les cancers sont, comme les maladies de l'appareil circulatoire, beaucoup moins meurtriers pour les femmes que pour les hommes. En 1997-1999, le taux comparatif est presque trois fois plus élevé pour ces derniers que pour les premières. L'écart entre les sexes s'est considérablement creusé entre 1981-1983 et 1997-1999. En effet, si le taux comparatif est resté remarquablement stable chez les femmes, il a beaucoup augmenté (de près de 30 pour cent) chez les hommes entre les deux premières périodes et n'a que très faiblement reculé (de 6 pour cent) entre les deux dernières, si bien que le rapport entre le taux masculin et le taux féminin s'est accru de 2 à 2,5 entre 1981-1983 et 1997-1999.

La part des différentes rubriques de ce chapitre, à la fois dans l'évolution des taux pour chaque sexe et dans les différences entre les sexes, est beaucoup plus fragmentée qu'en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires. L'illustration graphique étant donc peu informative, nous ne l'avons pas utilisée ici. Chez les hommes dominent les cancers dus au tabac et à l'alcool (tumeurs malignes de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et de la vessie), dont les taux comparatifs sont presque quatre fois plus élevés que chez les femmes. La mortalité pour ce type de tumeurs est restée très stable pour ces dernières entre 1981-1983 et 1997-1999 mais elle a fluctué assez fortement chez les hommes au cours de cette période : le taux s'est d'abord accru, de plus de 25 pour cent entre 1981-1983 et 1989-1991, puis il a diminué de 12 pour cent au cours de la décennie suivante. Sont également significatifs les taux comparatifs de mortalité par tumeurs malignes de la prostate. Ces taux ont presque doublé en moins de vingt ans.

Chez les femmes dominent les cancers du sein et de l'utérus ainsi que, comme chez les hommes, les tumeurs malignes de l'appareil digestif et les cancers liés à la consommation de tabac (trachée, bronches et poumon), mais la mortalité associée à ces pathologies est loin d'atteindre un niveau aussi élevé que pour ceux-ci : à l'exception des cancers de l'appareil digestif, dont le taux comparatif s'établit autour de 0,5 pour 1 000, les taux féminins ne dépassent pas 0,15 à 0,2 pour 1 000, alors que les taux masculins dépassent 0,3 pour 1 000 pour trois types de tumeurs et s'approchent de 1 pour les cancers de l'appareil digestif.

Même si la période d'observation est courte, elle correspond à la Réunion à une évolution considérable des équipements et des moyens humains, et à une amélioration de la prise en charge et du diagnostic de la maladie cancéreuse,

de plus en plus précoce<sup>6</sup>. Cela nous conduit à rester prudent dans l'interprétation d'évolutions qui pourraient résulter moins de changements réels de l'état de santé des populations que de l'amélioration de la déclaration et de la qualité des données utilisées. Les écarts selon le sexe sont toutefois d'une telle ampleur que, même s'il convient de nuancer leur ordre de grandeur, leur existence ne fait pas de doute.

### Maladies de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire, qui constituent la troisième cause de décès pour les hommes comme pour les femmes, présentent un écart presque aussi élevé, soit du simple au double, entre les sexes. Les pneumonies et broncho-pneumonies et les bronchites chroniques représentent la plus grosse part du taux comparatif pour ce chapitre, en particulier chez les hommes, soit 80 pour cent contre 65 pour cent chez les femmes. La différence entre les sexes est particulièrement marquée pour les bronchites chroniques (fig. 9), avec un taux comparatif presque quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes mais, comme pour d'autres maladies liées au tabac (cancers de la trachée, des bronches et du poumon par exemple), la mortalité pour cette pathologie a tendance à s'accroître chez celles-ci alors qu'elle marque plutôt un léger recul chez les hommes.

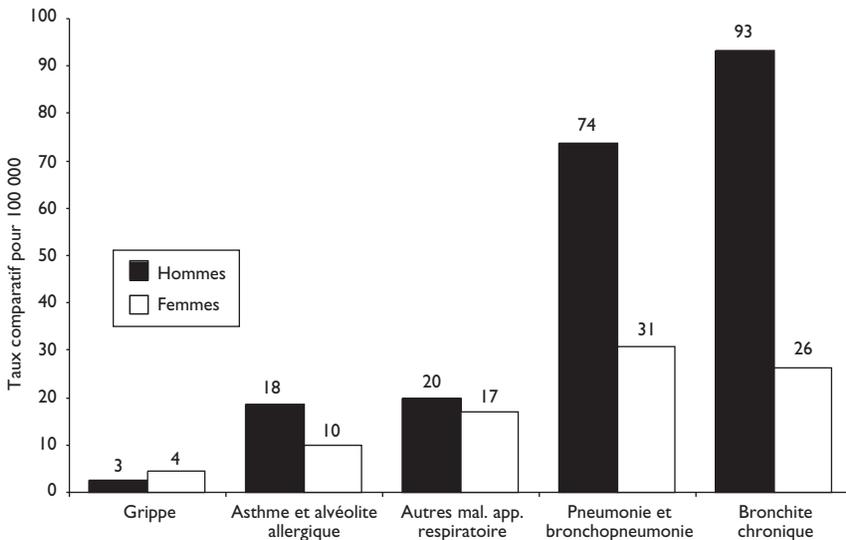


Fig. 9

Taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire selon le sexe.  
Département de la Réunion, 1997-1999.

Population de référence : population de la France métropolitaine des deux sexes au recensement de 1990

Sources : Inserm Cépi-DC pour les décès par cause, Insee-Réunion pour la population

6. C'est ce que l'on peut notamment constater grâce à l'existence d'un registre du Cancer, mis en place par le Conseil général de la Réunion dans les années 1980.

### Morts violentes

Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnement constituent le quatrième chapitre fortement associé aux différentiels de mortalité entre les sexes pour la période actuelle à la Réunion. Le rapport des taux comparatifs pour ce type de pathologie est proche de 3 pour 1 en faveur des femmes. Toutes les pathologies regroupées dans ce chapitre se caractérisent par des écarts considérables entre les sexes, avec des rapports de l'ordre de 2 à 3, toujours au détriment des hommes (fig. 10). Les plus marqués sont ceux qui concernent les accidents de la circulation, avec des taux comparatifs plus de quatre fois supérieurs chez ceux-ci que chez les femmes, et les suicides, avec un écart à peine moindre. Comme les empoisonnements accidentels, les homicides et les morts violentes indéterminées quant à l'intention qui appartiennent à ce même chapitre, les décès par suicides sont fréquemment liés, directement ou indirectement, à la consommation d'alcool. La différence de mortalité pour toutes ces causes reflète la forte différenciation de cette pratique selon le sexe. Les décès induits par la consommation de boissons alcoolisées ne se limitent toutefois pas à ce chapitre mais s'étendent aux troubles mentaux et aux maladies digestives (cirrhoses).

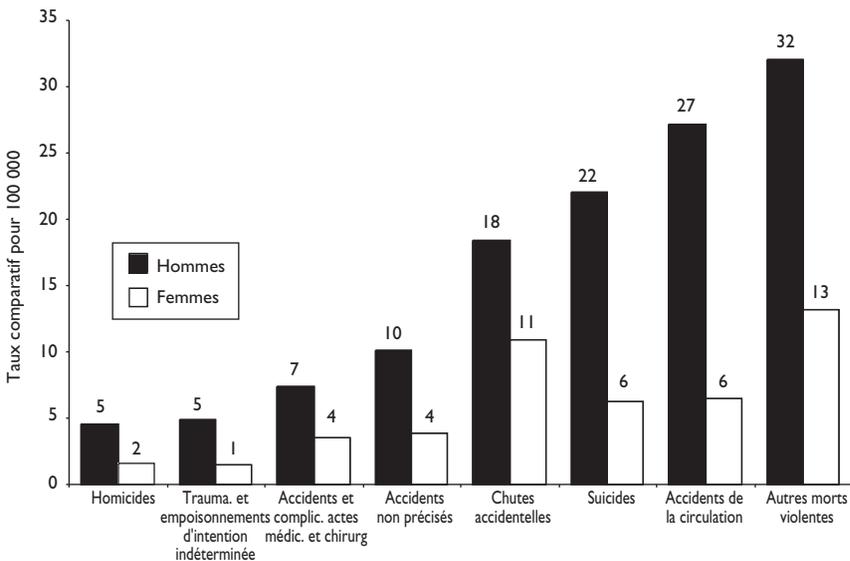


Fig. 10

Taux comparatif de mortalité par traumatismes et empoisonnements selon le sexe.  
Département de la Réunion, 1997-1999.

Population de référence : population de la France métropolitaine des deux sexes au recensement de 1990  
Sources : Inserm Cépi-DC pour les décès par cause, Insee-Réunion pour la population

### Autres maladies dues à l'alcool

L'écart de la mortalité par troubles mentaux entre les sexes est l'écart le plus élevé de tous les chapitres avec un rapport proche de 3 pour 1. Les maladies

dues à l'alcool (psychose alcoolique et alcoolisme) sont essentiellement responsables des décès de ce chapitre chez les hommes. Leur part atteint 75 pour cent de l'ensemble, avec un taux comparatif six fois plus élevé que chez les femmes. Si l'on ajoute aux décès dus aux psychoses alcooliques et à l'alcoolisme, non seulement les décès des rubriques concernées dans le chapitre des morts violentes mais également ceux attribués aux cirrhoses du foie et aux tumeurs malignes de l'œsophage, que l'on sait être étroitement associées à la consommation d'alcool, le rapport entre les taux comparatifs atteint 3,5 pour 1. Les informations disponibles au niveau des communes suggèrent aussi que ce sont celles qui enregistrent les plus faibles niveaux d'espérance de vie à la naissance qui se caractérisent par les taux les plus élevés de mortalité pour les maladies dues à l'alcool (CATTEAU *et al.*, 2004).

La seule note d'optimisme que l'on peut apporter à ces résultats réside dans la baisse rapide de ce type de pathologies au cours des deux dernières décennies. En effet, le taux comparatif pour les maladies dans lesquelles est directement ou indirectement impliquée la consommation d'alcool a enregistré une baisse de presque 45 pour cent chez les hommes et de plus de 60 pour cent chez les femmes entre 1981-1983 et 1997-1999. Les psychoses alcooliques et les cirrhoses du foie se sont réduites de plus de 50 pour cent chez les premiers et de plus de 60 pour cent chez les secondes au cours de cette période, au contraire des tumeurs malignes de l'œsophage, qui ont progressé de 40 pour cent chez les hommes entre les deux dates, alors qu'elles marquaient un léger recul chez les femmes.

### *Maladies endocriniennes*

Bien que d'un poids sensiblement plus faible comparées à d'autres pathologies, les maladies endocriniennes et nutritionnelles méritent d'être mentionnées, car elles sont considérées comme un problème majeur de santé publique dans l'île, où elles concernent particulièrement les femmes. Elles sont portées par une évolution rapide des comportements, au profit de la sédentarité et de déséquilibres alimentaires. Le taux comparatif de mortalité pour ces maladies est à peine inférieur chez les hommes par rapport aux femmes mais les conséquences en sont particulièrement néfastes chez ces dernières dans la mesure où la prévalence exceptionnelle du diabète est non seulement nuisible à la santé des individus en général, mais également un facteur de risque important de prématurité et de petit poids à la naissance pour les enfants dont les mères en sont atteintes pendant la grossesse (BARBIERI et CATTEAU, 2002). Malgré des campagnes de santé publique répétées entre 1981-1983 et 1997-1999, le taux comparatif de mortalité pour cette pathologie chez les femmes n'enregistre pas de baisse significative entre les deux périodes, justifiant les préoccupations dont cette maladie fait l'objet.

La figure 11 reprend toutes ces informations en les résumant sous forme graphique. Elle représente la contribution de chaque groupe d'âges et de chaque type de pathologies aux différences d'espérance de vie entre hommes et femmes pour la période la plus récente selon la même méthodologie que celle utilisée

pour la figure 7. Elle montre clairement que, faibles pendant l'enfance, les écarts de mortalité entre les sexes deviennent significatifs dès l'adolescence et s'amplifient régulièrement d'un groupe d'âges à l'autre au détriment des hommes, si bien que la différence de mortalité à 75 ans et plus contribue pour plus de deux ans dans l'écart entre les espérances de vie de chaque sexe. Tandis que chez les jeunes adultes, ce sont les morts violentes qui expliquent l'essentiel de l'écart de mortalité entre hommes et femmes, le poids des tumeurs et, dans une moindre mesure, celui des maladies de l'appareil circulatoire et des maladies de l'appareil respiratoire pèsent le plus lourdement à partir de 55-64 ans.

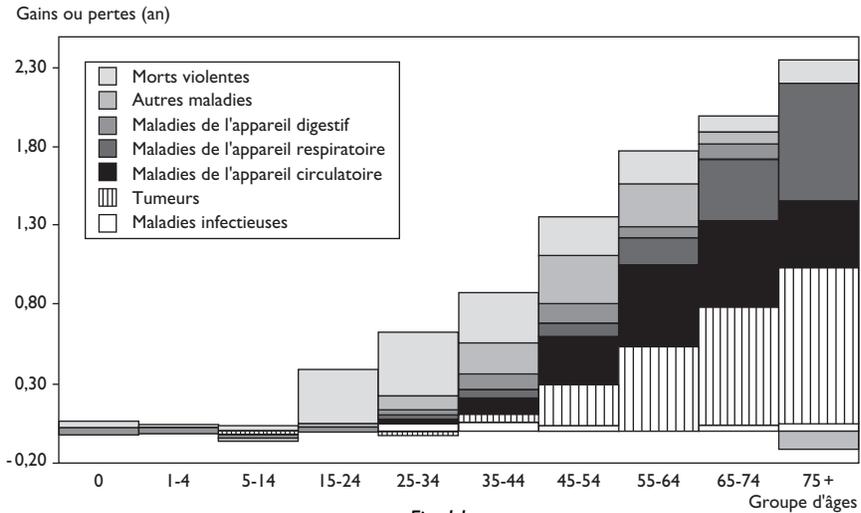


Fig. 11

Contributions des différences de mortalité par âge et par grand groupe de causes à l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes en 1997-1999. Département de la Réunion.  
Sources : Inserm Cépi-DC, Insee-Réunion et Direction générale de l'Insee

### Des variations importantes selon l'âge

Ce qui vient d'être dit à la fois de la contribution de chaque type de pathologies à l'évolution de l'espérance de vie entre 1981-1983 et 1997-1999 et aux différences de mortalité par sexe suggère l'importance des variations qui existent dans la structure par cause des décès entre les groupes d'âges. Étant donné le poids de la mortalité aux âges élevés dans la mortalité générale, les pathologies qui dominent à 75 ans et plus tendent à dominer l'analyse générale des causes de décès. Les programmes de santé publique se préoccupent pourtant de causes qui, malgré leur poids très important dans certains groupes d'âges, ne ressortent pas dans l'analyse de la mortalité générale parce que la mortalité est faible dans ces groupes d'âges particuliers. Il en est ainsi de la mortalité infantile mais c'est aussi le cas, par exemple, de la mortalité des jeunes adultes. Ces considérations nous ont donc amenées à analyser la mortalité par cause au sein de chaque groupe d'âges et ce sont les résultats de ces analyses que nous présentons maintenant.

Compte tenu des faibles effectifs de décès, nous avons été amenées à travailler pour l'analyse des causes de décès détaillées, outre la période infantile, sur les grands groupes d'âges 1-14 ans, 15-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus. Pour tenir compte des différences par sexe de répartition par âge au sein de chacun de ces grands groupes d'âges, nous avons travaillé à partir des taux comparatifs, en utilisant comme précédemment la structure par âge de la France métropolitaine sexes réunis au recensement de 1990. Les taux comparatifs correspondant aux 16 grands chapitres de la CIM pour chacun de ces groupes d'âges et pour chaque sexe sont présentés dans les tableaux 5 a à 5 c.

Tableau 5 a  
Taux comparatifs de mortalité\* pour 100 000 par sexe et cause, 1997-1999 - Sexe masculin

Cause principale de décès (CIM9)	Total	Groupe d'âge				
		<1an	1-14	15-44	45-64	65+
Maladies infectieuses et parasitaires	27	10	2	10	23	116
Tumeurs	317	0	4	22	348	1 586
Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme, troub. imm.	64	0	1	5	66	325
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	6	0	0	1	2	34
Troubles mentaux	48	0	0	23	94	124
Maladies du système nerveux et des organes des sens	32	67	2	12	39	125
Maladies de l'appareil circulatoire	490	0	1	26	364	2 728
Maladies de l'appareil respiratoire	208	21	1	11	99	1 234
Maladies de l'appareil digestif	71	5	0	16	98	291
Maladies des organes génito-urinaires	24	0	0	1	15	137
Complications de la grossesse, accouchement, suites de couches	0	0	0	0	0	0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	4	0	0	0	1	26
Mal. du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	2	0	0	0	3	10
Anomalies congénitales	1	87	1	0	1	0
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	1	483	0	0	0	0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	127	57	14	99	139	339
<b>Toutes causes</b>	<b>1 422</b>	<b>730</b>	<b>26</b>	<b>227</b>	<b>1 291</b>	<b>7 075</b>

Sources : Inserm Cépi-DC et Insee-Réunion.

\* La structure par âge de la France métropolitaine au recensement de 1990, sexes réunis, est utilisée comme population de référence.

Note : par souci de comparaison, les décès de cause mal définie (chapitre 16 du Cépi-DC) ont été répartis proportionnellement entre les autres chapitres de la classification.

Tableau 5 b  
Taux comparatifs de mortalité\* pour 100 000 par sexe et cause, 1997-1999 - Sexe féminin

Cause principale de décès (CIM9)	Total	Groupe d'âge				
		<1 an	1-14	15-44	45-64	65+
Maladies infectieuses et parasitaires	13	28	1	1	15	65
Tumeurs	132	6	6	19	151	618
Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme, troub. imm.	69	11	1	2	34	413
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	4	0	0	0	1	22
Troubles mentaux	17	0	0	3	16	84
Maladies du système nerveux et des organes des sens	23	28	2	5	19	109
Maladies de l'appareil circulatoire	351	6	3	14	165	2 100
Maladies de l'appareil respiratoire	88	11	2	4	34	536
Maladies de l'appareil digestif	52	6	0	7	61	245
Maladies des organes génito-urinaires	17	0	0	1	17	87
Complications de la grossesse, accouchement, suites de couches	1	0	0	2	0	0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	6	0	0	0	1	37
Mal. du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	2	0	0	0	1	9
Anomalies congénitales	1	211	2	1	1	1
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	1	384	0	0	0	0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	47	0	7	20	32	202
<b>Toutes causes</b>	<b>825</b>	<b>690</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>546</b>	<b>4 529</b>

Sources : Inserm Cépi-DC et Insee-Réunion.

\* La structure par âge de la France métropolitaine au recensement de 1990, sexes réunis, est utilisée comme population de référence.

Note : par souci de comparaison, les décès de cause mal définie (chapitre 16 du Cépi-DC) ont été répartis proportionnellement entre les autres chapitres de la classification.

### Avant un an

Les progrès de la lutte contre la mortalité infantile ont été tels que le taux a été divisé par deux entre le début des années 1980 et la fin des années 1990 (de 14 à 7 pour 1000). Ils ont fait gagner un peu moins d'une demi-année d'espérance de vie à la population réunionnaise entre 1981-1983 et 1997-1999. Les principales causes à l'origine de ces progrès sont aussi celles qui pèsent le plus lourdement sur la mortalité à cet âge.

Tableau 5 c  
Taux comparatifs de mortalité\* pour 100 000 par sexe et cause, 1997-1999 - Sexes réunis

Cause principale de décès (CIM9)	Total	Groupe d'âge				
		<1 an	1-14	15-44	45-64	65+
Maladies infectieuses et parasitaires	19	19	1	5	19	85
Tumeurs	208	3	5	21	247	990
Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme, troub. imm.	69	5	1	4	50	383
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	4	0	0	1	1	27
Troubles mentaux	32	0	0	13	54	101
Maladies du système nerveux et des organes des sens	27	48	2	8	29	115
Maladies de l'appareil circulatoire	411	3	2	20	262	2 350
Maladies de l'appareil respiratoire	134	16	2	7	65	793
Maladies de l'appareil digestif	61	5	0	12	80	267
Maladies des organes génito-urinaires	19	0	0	1	16	103
Complications de la grossesse, accouchement, suites de couches	1	0	0	1	0	0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	5	0	0	0	1	34
Mal. du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	2	0	0	0	2	10
Anomalies congénitales	1	147	1	0	1	1
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	1	435	0	0	0	0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	84	29	11	59	85	255
<b>Toutes causes</b>	<b>1 078</b>	<b>710</b>	<b>25</b>	<b>152</b>	<b>909</b>	<b>5 514</b>

Sources : Inserm Cépi-DC et Insee-Réunion.

\* La structure par âge de la France métropolitaine au recensement de 1990, sexes réunis, est utilisée comme population de référence.

Note : par souci de comparaison, les décès de cause mal définie (chapitre 16 du Cépi-DC) ont été répartis proportionnellement entre les autres chapitres de la classification.

La première année de vie se distingue nettement des autres groupes d'âges dans la mesure où les principales pathologies sévissant à cette période lui sont spécifiques. Pour les garçons comme pour les filles, la mortalité est essentiellement attribuable aux affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (de la vingt-huitième semaine de gestation jusqu'au 7<sup>e</sup> jour après la naissance). Deux tiers des décès sont dus à cette cause chez les garçons et plus de la moitié chez les filles. Les affections dont l'origine se situe juste avant et

juste après la naissance incluent principalement la prématurité, le syndrome de détresse respiratoire et les autres affections respiratoires du fœtus et du nouveau-né. Dans un travail publié par ailleurs, concernant exclusivement la mortalité infantile à la Réunion et son évolution depuis cinquante ans, nous avons souligné le rôle de la prématurité et du petit poids à la naissance, qui concernent plus de 12 pour cent des nourrissons, pour expliquer l'ampleur de la mortalité due aux affections de la période périnatale ainsi que la difficulté à la réduire (BARBIERI et CATTEAU, 2003). Il est toutefois encourageant de constater que le taux de mortalité pour cette cause a diminué d'environ 20 pour cent entre 1981-1983 et 1997-1999. À peu près un tiers de la baisse du taux de mortalité infantile toutes causes entre ces deux dates est d'ailleurs attribuable au recul des affections périnatales.

Les anomalies congénitales représentent la seconde cause de décès à cet âge, en particulier chez les filles, pour lesquelles le taux est très largement supérieur à ce qu'il est chez les garçons, soit plus du double. Ce résultat est inattendu et inexplicé, mais il persiste d'une période à l'autre. Le taux de mortalité pour cette cause a peu régressé entre 1981-1983 et 1997-1997, si bien que le poids des progrès réalisés dans la lutte contre ce type de pathologie a peu joué sur la baisse de la mortalité infantile, expliquant à peine 15 pour cent du recul observé au cours des deux décennies passées.

De fait, le deuxième type de causes ayant le plus contribué à la baisse du taux de mortalité infantile entre 1981-1983 et 1997-1999, bien que fort loin derrière les affections périnatales, est constitué par les maladies infectieuses, dont le taux spécifique a été divisé par dix entre les deux dates, prolongeant ainsi une évolution qui a commencé dès le milieu du XX<sup>e</sup> siècle et qui explique en très grande partie les progrès de l'espérance de vie réalisés depuis cette époque. Toutes les maladies infectieuses sont concernées mais, plus récemment, ce sont surtout les infections intestinales et certaines maladies infectieuses de l'appareil respiratoire (pneumonie et broncho-pneumonie essentiellement) qui ont contribué à l'évolution favorable de la mortalité infantile. La part des décès attribuables à ce type de pathologies a aujourd'hui tellement régressé que les progrès qui pourraient encore être réalisés contre ces maladies sont peu susceptibles d'influencer fortement l'évolution de la mortalité infantile dans le futur.

Soulignons enfin le poids significatif des maladies du système nerveux et des organes des sens ainsi que celui des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. Compte tenu de la taille de la population réunionnaise, les décès concernés sont toutefois en trop faible nombre pour qu'une analyse plus fine des causes spécifiques les plus meurtrières au sein de ces deux grands chapitres soit possible.

### *Entre 1 et 14 ans*

Comme nous l'avons souligné plus haut, c'est dans ce groupe d'âges que la mortalité générale est la plus faible, soit à peu près trente fois inférieure à celle de la première année de vie et six fois moindre qu'à 15-44 ans. Elle

représente environ cinquante décès annuels et les fluctuations par cause sont fortes d'une année à l'autre. Ce que l'on peut toutefois affirmer avec certitude compte tenu de la stabilité au cours du temps des taux concernés, c'est que presque la moitié de ces décès est due à des causes externes, accidents essentiellement. Le recul de la mortalité accidentelle entre 1981-1983 et 1997-1999, qui atteint plus de 50 pour cent, explique en conséquence la baisse de moitié du taux toutes causes à 1-14 ans observée au cours de ces deux décennies.

### *Entre 15 et 44 ans*

La mortalité à 15-44 ans est aussi relativement faible, mais elle se caractérise par un écart considérable entre les sexes comparé aux autres groupes d'âges. Le taux comparatif toutes causes est presque trois fois moindre pour le sexe féminin que pour le sexe masculin. Quatre types de pathologies dominent essentiellement à ces âges. Les deux principales, qui concernent presque exclusivement les hommes, sont directement liées à des conduites individuelles à risque, à savoir les morts violentes (accidents de la circulation et suicides, respectivement sept et trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes) et les maladies liées à la consommation excessive d'alcool (psychose alcoolique, alcoolisme et cirrhose du foie, avec un rapport de 5 à 1 entre le taux global des hommes et celui des femmes). La tendance est toutefois à la baisse, surtout pour les maladies de l'alcoolisme dont le recul a été supérieur à 60 pour cent chez les hommes et à 85 pour cent chez les femmes, entre 1981-1983 et 1997-1999, moindre pour les morts violentes, où il a atteint quand même plus d'un tiers pour chacun des deux sexes.

Les deux autres chapitres concernés par ce groupe d'âges sont les maladies de l'appareil circulatoire, également en fort recul entre 1981-1983 et 1997-1999 (de 50 pour cent chez les hommes, de plus de 35 pour cent chez les femmes), avec un différentiel par sexe favorable aux femmes, et les tumeurs, qui marquent une tendance à la stabilisation tant chez les hommes que chez les femmes, avec des taux très proches entre les deux sexes.

### *Entre 45 et 64 ans*

La mortalité devient forte à partir de 45-64 ans. Elle est dominée par deux grands groupes de causes qui se partagent les décès à parts égales aussi bien pour un sexe que pour l'autre, à savoir les tumeurs et les maladies cardiovasculaires. Dans la première catégorie, les cancers dus au tabac et à l'alcool sont ceux qui tuent le plus à cet âge chez les hommes, tandis que chez les femmes ce sont plutôt les cancers du sein et de l'utérus qui dominent. En ce qui concerne les maladies de l'appareil circulatoire, ce sont les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales qui sont les plus meurtrières, tant chez hommes que chez les femmes.

Indicatrice des tendances futures, l'évolution de ces deux types de pathologies au cours des années 1980 et 1990 est divergente : tandis que la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a très sensiblement diminué au cours de

cette période, avec un recul de près de 40 pour cent chez les hommes et presque 50 pour cent chez les femmes, le taux comparatif de mortalité par cancer est resté stable, comme à 15-44 ans, entre 1981-1983 et 1997-1999 tant du côté des hommes que du côté des femmes, avec des taux toutefois inférieurs de moitié chez ces dernières comparés aux premiers.

Les causes externes représentent le troisième grand groupe de causes de décès à 45-64 ans. Chez les hommes, les accidents (dont la moitié sont des accidents de la circulation) concentrent près des deux tiers des décès, mais, avec un taux maximal comparé aux autres groupes d'âges, les suicides représentent une part des décès d'autant plus préoccupante que le taux est demeuré stable au cours des deux décennies passées. Compte tenu de l'importance des conduites à risque déjà soulignée par ailleurs, on ne peut écarter le rôle de l'alcool dans le poids de ces pathologies à cet âge. Chez les femmes, le taux de mortalité par suicide est non seulement beaucoup plus faible que chez les hommes (environ quatre fois moindre), mais également comparable à celui des autres âges adultes.

La consommation d'alcool, avec celle du tabac, explique aussi en grande partie le niveau significatif de la mortalité due à chacun de trois autres grands groupes de causes chez les hommes, à savoir les maladies de l'appareil digestif (dont près de 60 pour cent de cirrhoses du foie), les maladies de l'appareil respiratoire (dont presque 50 pour cent de bronchites chroniques et 35 pour cent de pneumonies et broncho-pneumonies) et les troubles mentaux (dont plus de 95 pour cent de psychoses alcooliques ou alcoolisme). Un point encourageant toutefois : la mortalité pour ces trois types de pathologies est en forte régression chez les hommes depuis 1981-1983, avec un recul qui atteint 50 pour cent environ pour les maladies de l'appareil digestif et pour les troubles mentaux et 20 pour cent pour les maladies de l'appareil respiratoire. Chez les femmes, les taux pour ces groupes de causes sont inférieurs de moitié en ce qui concerne les maladies de l'appareil digestif (avec une baisse de près de 45 pour cent entre 1981-1983 et 1997-1999) et des deux tiers pour les maladies de l'appareil respiratoire, mais la mortalité ne montre pas de progrès, sinon une légère augmentation, en ce qui concerne ce dernier type de pathologie, reflétant la tendance plus tardive des femmes à la consommation de tabac et le recul moins marqué chez elles de cette pratique. Les troubles mentaux représentent une très faible part de la mortalité chez les femmes et connaissent un recul de 70 pour cent au cours des deux dernières décennies.

### *À partir de 65 ans*

C'est après 65 ans que les taux de mortalité sont les plus élevés. Compte tenu de la structure par âge de la population et de la faible mortalité désormais observée chez les enfants et les jeunes adultes, les décès après 65 ans représentent près des deux tiers de l'ensemble des décès en 1997-1999 et, avec les progrès de l'espérance de vie et la baisse de la fécondité, cette proportion continuera d'augmenter dans le futur.

Comme nous l'avons souligné plus haut, du fait du poids très important de la mortalité des personnes âgées dans la mortalité générale, les principales causes de décès après 65 ans sont aussi celles qui dominent la mortalité générale. Tout ce qui a été dit précédemment sur ces pathologies s'applique ici, notamment en ce qui concerne les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs. Contrairement au groupe d'âges 45-64 ans où les deux types de pathologie jouaient un rôle comparable, les maladies cardio-vasculaires sont celles qui pèsent, et de loin, le plus sur la mortalité à partir de 65 ans, avec un taux spécifique qui représente à lui seul près de 40 pour cent du taux toutes causes chez les hommes et plus de 45 pour cent chez les femmes. Les maladies vasculaires cérébrales dominent, puis viennent les cardiopathies ischémiques et, enfin, les insuffisances cardiaques. Ces trois pathologies sont responsables de plus de 70 pour cent de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes et de 75 pour cent chez les femmes. Plus d'un tiers de la mortalité totale à 75 ans et plus leur est attribuable.

Deuxième grande cause de mortalité après 65 ans, les tumeurs sont loin d'être négligeables. L'écart entre les sexes, avec un taux presque trois fois supérieur chez les hommes que chez les femmes, est aussi beaucoup plus marqué qu'en ce qui concerne les maladies de l'appareil circulatoire. Une fois encore, ce sont les tumeurs liées à la consommation d'alcool et de tabac qui expliquent la très forte mortalité des hommes à ces âges, comparée à celle des femmes. Ainsi, par exemple, les principaux cancers observés chez les premiers sont ceux des systèmes digestif et respiratoire ainsi que les cancers de la bouche, dont les taux combinés atteignent un rapport proche de 5 pour 1 entre les sexes. Les hommes âgés meurent aussi plus du cancer de la prostate que les femmes ne meurent des cancers qui leur sont propres (sein, utérus, ovaire).

Tandis que les maladies cardio-vasculaires tuent moins à ces âges, en 1997-1999, que vingt ans plus tôt (avec un recul qui atteint 30 pour cent environ pour les hommes comme pour les femmes), les taux de mortalité par tumeurs ont eu tendance à se stabiliser au cours de cette période, et même, chez les hommes, à augmenter, pour les cancers de la prostate ou de la bouche notamment. Il convient toutefois de rester prudent quant à l'interprétation de ces tendances dans la mesure où, comme nous l'avons déjà signalé, des progrès très importants ont été accomplis au cours des vingt dernières années en matière de diagnostic du cancer. Il est en conséquence fort possible que l'évolution observée soit le reflet de cette amélioration plutôt que celui des véritables tendances de l'état de santé de la population réunionnaise.

Parmi les autres causes de décès importantes après 65 ans figurent, après les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs, les maladies de l'appareil respiratoire dont les taux sont supérieurs de plus du double pour le sexe masculin que pour le sexe féminin. Ce sont plus particulièrement les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives et les pneumonies et bronchopneumonies qui dominent ce groupe de causes, ces deux types de pathologies représentant 80 pour cent de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire chez les hommes et 65 pour cent chez les femmes.

Viennent enfin, à part à peu près égale chez les hommes, et dans l'ordre décroissant chez les femmes, les maladies endocriniennes et de la nutrition, les maladies de l'appareil digestif et les morts violentes. Tandis que le premier ensemble de causes montre exceptionnellement une surmortalité des femmes, essentiellement due à la prévalence du diabète, l'écart entre les sexes est négligeable en ce qui concerne les maladies de l'appareil digestif et très défavorable aux hommes en ce qui concerne les morts violentes. Pour ces dernières, presque toutes les rubriques contribuent à la différence entre les sexes, mais les écarts sont particulièrement marqués pour les homicides (avec un rapport de 4 à 1 entre les hommes et les femmes) et pour les suicides (avec des taux variant du simple au triple). Le différentiel s'est toutefois réduit considérablement, pour ces deux causes comme pour la plupart des autres causes de ce chapitre, entre 1981-1983 et 1997-1999, avec une tendance à la baisse des taux chez les hommes (- 9 pour cent) et à la hausse chez les femmes (+ 13 pour cent, essentiellement à cause de l'augmentation de la mortalité par accident).

### **Comparaison avec la métropole**

La nature des sources et la manière, relativement centralisée, dont sont fixées les priorités en matière de santé publique nous paraissent justifier une comparaison avec la France métropolitaine. Cette comparaison est rendue possible en appliquant au calcul des taux de mortalité de la métropole les mêmes règles méthodologiques que pour celui des taux réunionnais. Plus précisément, les taux comparatifs de mortalité par cause pour la France métropolitaine ont été calculés, comme ceux de la Réunion, en utilisant la répartition par groupe d'âges observée en France métropolitaine au recensement de 1990, sexes réunis. En outre, comme pour la Réunion, les décès du chapitre « Symptômes, signes et états morbides mal définis » ont été répartis proportionnellement entre les autres chapitres pour chaque groupe d'âges.

Les taux comparatifs sont présentés dans le tableau 6 pour chacun des 105<sup>7</sup> chapitres à 4 chiffres de la liste abrégée de la CIM9 telle qu'elle est définie par l'Inserm. Par ailleurs, la figure 12 illustre la contribution de chaque groupe d'âges et grand groupe de causes à la différence d'espérance de vie entre les deux territoires pour la période la plus récente (1997-1999) calculée selon la technique d'Andreev déjà citée (ANDREEV, 1982 ; ANDREEV *et al.*, 2002). Ces comparaisons mettent en lumière les causes de mortalité expliquant l'écart persistant d'espérance de vie entre les deux territoires qui, après plusieurs décennies d'amélioration rapide de l'état de santé de la population réunionnaise relativement à celui de la population de France métropolitaine, tend pourtant à croître de nouveau depuis une quinzaine d'années, ou, en tout cas, à se stabiliser autour de 4 ans.

7. L'Inserm fournit une répartition des décès par cause en 110 chapitres mais dans la mesure où nous avons redistribué les décès de cause mal définie, qui se répartissent entre 5 chapitres relevant des « Symptômes, signes et états morbides mal définis », ce chiffre est réduit à 105.

Tableau 6  
 Comparaison des causes de décès, département de la Réunion et France métropolitaine  
 Taux comparatifs\* de mortalité et indice de surmortalité 1997-1999 (taux moyen annuel pour 100 000 habitants)

Cause principale de décès	Hommes		Femmes		Deux sexes	
	Taux	Indice de surmortalité**	Taux	Indice de surmortalité**	Taux	Indice de surmortalité**
	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole
<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	<b>26,9</b>	<b>1,5</b>	<b>13,3</b>	<b>1,1</b>	<b>19,2</b>	<b>1,3</b>
Fièvres typhoïde, paratyphoïde et infections à salmonella	0,1	0,9	0,2	2,6	0,1	1,6
Infections intestinales	2,9	2,7	2,4	2,2	2,7	2,4
Tuberculose toutes formes	3,0	1,7	1,2	1,3	1,9	1,5
Infections à méningocoques	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos	0,3	28,9	0,2	5,5	0,2	11,4
Septicémie	6,0	3,4	4,1	1,7	4,8	1,7
Poliomyélite aiguë	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maladies à virus du système nerveux central	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3
Hépatite virale	1,0	0,5	0,0	0,0	0,4	0,4
Syphilis	0,0	0,0	0,2	117,3	0,1	0,0
Sida et infections par le V.I.H	1,8	3,2	0,4	0,4	1,1	2,0
Autres maladies infectieuses et parasitaires	10,7	6,6	4,3	5,2	7,1	5,8
Séquelles de maladies infectieuses ou parasitaires	0,7	1,2	0,5	0,7	0,7	0,8
<b>Tumeurs</b>	<b>317,3</b>	<b>373,4</b>	<b>132,3</b>	<b>178,8</b>	<b>207,6</b>	<b>260,1</b>
Tumeur maligne des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	23,3	15,8	1,2	2,2	11,0	8,4
Tumeur maligne de l'œsophage	25,2	14,4	2,5	2,2	12,5	7,6
Tumeur maligne de l'estomac	28,0	14,6	8,4	6,4	17,0	9,8
Tumeur maligne de l'intestin	12,5	38,2	11,6	23,6	11,8	29,6
Tumeur maligne du pancréas	6,5	15,1	4,9	9,6	5,6	12,0
Tumeur maligne d'autres parties appareils digestif et péritoine	24,0	29,6	14,4	11,7	18,4	19,3

\* La structure par âge de référence est celle de la France métropolitaine des deux sexes au recensement de 1990 \*\* Taux comparatif Réunion/taux comparatif métropole  
 Sources : Inserm Cépi-DC et Insee-Réunion

Tableau 6 (suite)

Cause principale de décès	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Taux		Indice de surmortalité**	Taux		Indice de surmortalité**	Taux		Indice de surmortalité**
	Réunion	Métropole		Réunion	Métropole		Réunion	Métropole	
<b>Tumeurs (suite)</b>	<b>317,3</b>	<b>373,4</b>	<b>0,8</b>	<b>132,3</b>	<b>178,8</b>	<b>0,7</b>	<b>207,6</b>	<b>260,1</b>	<b>0,8</b>
Tumeur maligne du larynx	7,5	7,8	1,0	0,4	0,5	0,7	3,5	3,7	0,9
Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon	61,8	83,2	0,7	11,4	12,6	0,9	32,0	43,0	0,7
Tumeur maligne d'autres parties app. resp. et org. thoraciques	7,3	14,8	0,5	1,5	2,2	0,7	4,2	7,8	0,5
Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire	0,6	1,7	0,4	0,8	0,8	1,1	0,8	1,2	0,7
Tumeur maligne du tissu conjonctif et autres tissus mous	1,3	1,4	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,2	1,0
Tumeur maligne de la peau	1,6	3,5	0,5	0,2	2,5	0,1	0,8	2,9	0,3
Tumeur maligne du sein	0,3	0,5	0,6	15,8	34,1	0,5	9,2	19,5	0,5
Tumeur maligne de l'utérus	0,0	0,0	0,0	14,0	9,2	1,5	8,0	5,3	1,5
Tumeur maligne de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus	0,0	0,0	0,0	7,8	10,0	0,8	4,9	5,7	0,8
Tumeur maligne de la prostate	49,5	44,5	1,1	0,0	0,0	0,0	17,5	16,9	1,0
Tumeur maligne de la vessie	11,1	15,4	0,7	1,6	3,3	0,5	5,0	8,2	0,6
Tumeur maligne du rein et d'organes urinaires autres ou n. p	3,1	9,0	0,3	0,9	3,8	0,2	1,9	6,0	0,3
Tumeur maligne d'autres organes génito-urinaires	0,2	0,8	0,2	1,2	1,3	1,0	0,8	1,1	0,7
Tumeur maligne de l'encéphale	5,6	6,0	0,9	3,4	3,9	0,9	4,3	4,9	0,9
Tumeur maligne de sièges autres et sans précision	19,1	21,6	0,9	12,9	14,0	0,9	15,8	17,3	0,9
Maladie de Hodgkin	0,3	0,6	0,5	0,3	0,4	0,9	0,3	0,5	0,6
Autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde et histiocytaire	5,3	9,4	0,6	3,0	6,1	0,5	4,1	7,5	0,5
Myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives	4,0	4,7	0,8	3,4	3,4	1,0	3,7	3,9	0,9
Leucémies	9,3	11,3	0,8	5,9	6,9	0,9	7,2	8,7	0,8
Tumeur bénigne	0,7	1,1	0,7	0,8	1,2	0,6	0,7	1,1	0,6
Carcinome in situ, tum. à évolution imprév. et de nature n. p	9,2	8,4	1,1	2,9	5,9	0,5	5,5	6,9	0,8

Tableau 6 (suite)

Cause principale de décès	Hommes		Femmes		Deux sexes	
	Taux	Indice de surmortalité**	Taux	Indice de surmortalité**	Taux	Indice de surmortalité**
	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole
<b>Maladies endocrin., nutrition, métab., troub. imm.</b>	<b>64,3</b>	<b>28,3</b>	<b>2,3</b>	<b>69,3</b>	<b>28,5</b>	<b>2,4</b>
Diabète sucré	40,4	16,4	2,5	49,9	14,4	3,5
Autres mal. endocriniennes, nutrition, métab., troub. immunitaires	23,9	11,9	2,0	19,4	14,1	1,4
<b>Maladies du sang et des organes hématopoïétiques</b>	<b>5,6</b>	<b>6,4</b>	<b>0,9</b>	<b>3,7</b>	<b>4,7</b>	<b>0,8</b>
<b>Troubles mentaux</b>	<b>48,3</b>	<b>26,0</b>	<b>1,9</b>	<b>17,2</b>	<b>26,6</b>	<b>0,6</b>
Psychose alcoolique et alcoolisme	36,2	7,3	4,9	5,7	1,7	3,3
Autres troubles mentaux	12,1	18,6	0,7	11,5	24,9	0,5
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>	<b>32,4</b>	<b>30,5</b>	<b>1,1</b>	<b>22,6</b>	<b>25,6</b>	<b>0,9</b>
Méningites	0,3	0,4	0,9	0,3	0,3	1,2
Encéphalite, myélite et encéphalo-myélite	0,3	0,2	1,3	0,4	0,2	1,8
Syndrome parkinsonien	4,4	8,5	0,5	4,8	4,7	1,0
Hémiplégie et autres syndromes paralytiques	1,1	0,7	1,5	0,8	0,4	1,9
Autres maladies du système nerveux et des organes des sens	26,4	20,7	1,3	16,3	20,0	0,8
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>490,4</b>	<b>354,7</b>	<b>1,4</b>	<b>350,9</b>	<b>267,1</b>	<b>1,3</b>
Cardiopathies rhumatismales	2,1	1,6	1,3	2,9	2,2	1,3
Maladies hypertensives	27,2	12,4	2,2	29,3	14,3	2,1
Cardiopathies ischémiques	115,9	112,4	1,0	74,3	60,2	1,2
Autres formes de cardiopathies	34,4	29,7	1,2	19,3	22,3	0,9
Troubles du rythme	27,4	25,9	1,1	25,6	22,3	1,1
Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	82,9	57,6	1,4	68,4	53,4	1,3
Maladies vasculaires cérébrales	155,5	79,4	2,0	116,9	71,1	1,6
Autres maladies de l'appareil circulatoire	44,8	35,6	1,3	14,4	21,4	0,7
				<b>410,7</b>	<b>305,3</b>	<b>1,3</b>
				2,5	2,0	1,2
				28,6	13,8	2,1
				93,6	82,2	1,1
				25,5	25,5	1,0
				26,8	24,1	1,1
				74,4	55,5	1,3
				132,8	75,0	1,8
				26,5	27,3	1,0

Tableau 6 (suite)

Cause principale de décès	Hommes		Femmes		Deux sexes	
	Taux	Indice de surmortalité**	Taux	Indice de surmortalité**	Taux	Indice de surmortalité**
	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>209,0</b>	<b>105,4</b>	<b>2,0</b>	<b>1,4</b>	<b>134,4</b>	<b>1,7</b>
Pneumonie et bronchopneumonie	73,6	37,8	2,0	1,2	47,3	1,5
Grippe	2,7	2,3	1,2	1,6	4,0	1,5
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	93,3	43,1	2,2	1,4	51,2	1,8
Asthme et alvéolite allergique	18,5	3,6	5,2	2,7	13,4	3,7
Autres maladies de l'appareil respiratoire	20,0	18,7	1,1	1,5	18,5	1,3
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>70,9</b>	<b>57,7</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	<b>61,3</b>	<b>1,3</b>
Ulcère digestif	4,0	3,4	1,2	2,2	5,0	1,8
Occlusion intestinale sans mention de hernie	5,3	5,3	1,0	1,1	6,0	1,1
Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	29,9	23,1	1,3	2,2	23,3	1,6
Autres maladies chroniques du foie	1,5	1,6	1,0	1,0	1,2	1,0
Autres maladies de l'appareil digestif	30,2	24,3	1,2	1,1	25,8	1,2
<b>Maladies des organes génito-urinaires</b>	<b>23,7</b>	<b>17,5</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	<b>18,9</b>	<b>1,4</b>
Néphrite et insuffisance rénale	16,5	11,8	1,4	1,7	13,1	1,5
Hyperplasie de la prostate	1,0	0,8	1,2	0,0	0,3	1,1
Autres maladies des organes génito-urinaires	6,2	4,9	1,3	1,1	5,4	1,2
<b>Complications grossesse, accouchement, suites de couches</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>3,9</b>	<b>0,5</b>	<b>3,9</b>
<b>Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané</b>	<b>4,1</b>	<b>3,7</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>5,2</b>	<b>1,1</b>
<b>Mal. du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif</b>	<b>2,0</b>	<b>4,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>1,9</b>	<b>0,4</b>

Tableau 6 (suite)

Cause principale de décès	Hommes		Femmes		Deux sexes		
	Taux	Indice de surmortalité**	Taux	Indice de surmortalité**	Taux	Indice de surmortalité**	
	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole	
<b>Anomalies congénitales</b>	<b>0,6</b>	<b>1,8</b>	<b>0,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,0</b>	<b>1,7</b>	<b>0,6</b>
Anomalies congénitales du système nerveux	0,3	0,2	1,3	0,1	0,2	0,2	1,0
Anomalies congénitales de l'appareil circulatoire	0,2	0,9	0,2	0,7	0,8	0,4	0,6
Anomalies congénitales de l'appareil digestif	0,1	0,1	0,5	0,2	0,1	0,1	1,2
Autres anomalies et syndromes congénit. intéressant diff. appareils	0,1	0,5	0,2	0,4	0,5	0,2	0,5
<b>Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale</b>	<b>1,2</b>	<b>0,6</b>	<b>1,9</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,1</b>	<b>2,0</b>
Prématurité et immaturité	0,2	0,1	3,4	0,1	0,0	0,1	0,0
Traumatisme obstétrical et hémorragies fœtale et néonatale	0,1	0,1	1,6	0,1	0,1	0,1	1,8
Anoxie et autres affections respiratoires	0,4	0,2	2,2	0,4	0,2	0,4	2,3
Infections spécifiques de la période périnatale	0,1	0,1	1,5	0,1	0,0	0,1	1,8
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,3	0,2	1,5	0,3	0,2	0,3	1,6
<b>Causes extérieures de traumatismes et empoisonnement:</b>	<b>126,5</b>	<b>106,9</b>	<b>1,2</b>	<b>47,2</b>	<b>55,0</b>	<b>84,0</b>	<b>1,1</b>
Accidents de la circulation	27,1	22,5	1,2	6,5	7,6	16,5	1,1
Intoxications accidentelles	1,0	1,3	0,8	1,0	1,1	1,1	0,9
Accidents et complic. au cours et suite actes médic. et chirurg	7,3	5,9	1,2	3,6	3,6	4,9	1,1
Chutes accidentelles	18,4	17,5	1,1	10,9	18,9	14,5	0,8
Accidents non précisés	10,1	7,4	1,4	3,8	3,3	6,9	1,3
Autres accidents et séquelles	31,0	15,6	2,0	12,1	8,3	20,4	1,8
Suicides	22,1	30,2	0,7	6,2	9,6	13,9	0,7
Homicides	4,6	1,1	4,3	1,6	0,6	2,9	3,5
Traumat. et empois. causés d'une manière indéq. quant à l'intention	4,8	5,5	0,9	1,5	2,0	3,1	0,8
Autres morts violentes et séquelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>TOTAL toutes causes</b>	<b>1422,3</b>	<b>1135,4</b>	<b>1,3</b>	<b>824,5</b>	<b>722,8</b>	<b>1078,3</b>	<b>1,2</b>

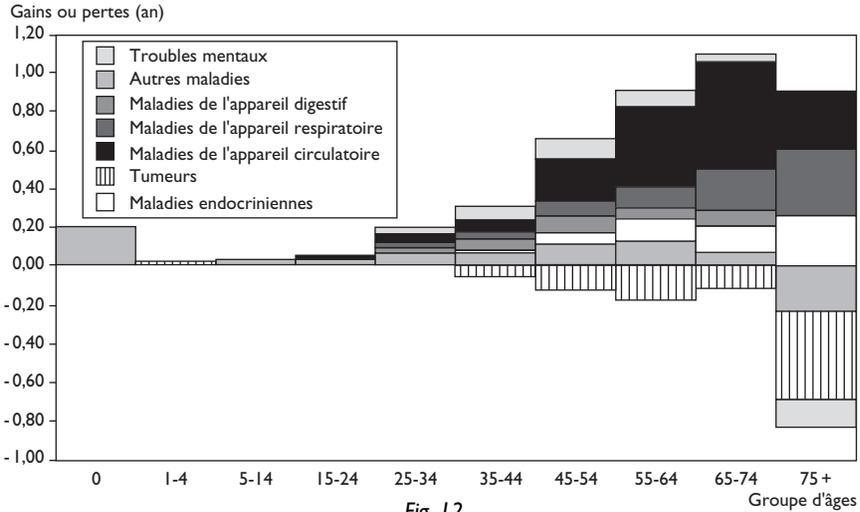


Fig. 12

Contributions des différences de mortalité par âge et par grand groupe de causes à l'écart d'espérance de vie entre le département de la Réunion et la France métropolitaine en 1997-1999. Sources : Inserm Cépi-DC, Insee-Réunion et Direction générale de l'Insee.

À l'exception des deux périodes extrêmes de la vie (avant un an et à partir de 75 ans), l'écart entre la Réunion et la métropole augmente progressivement avec l'âge. La différence entre les espérances de vie des deux territoires imputable à la mortalité de la première année atteint 0,2 an, sur les presque quatre ans de différence totale entre l'île et la métropole. Elle est négligeable entre 1 et 25 ans (inférieure à 0,1 an), devient significative à partir de 25-34 ans (0,2 an) et, après avoir crû progressivement, elle est maximale à 65-74 ans, l'écart observé pour ce groupe d'âges expliquant plus d'un quart de la différence, soit une année de vie. Elle devient très faible (0,08 an) à 75 ans et plus, lorsque les causes jouant en faveur de la Réunion (essentiellement les tumeurs) compensent celles qui lui sont défavorables (maladies de l'appareil respiratoire, maladies de l'appareil circulatoire et maladies endocriniennes).

La période infantile se distingue des autres par les causes de décès intervenant dans la différence d'espérance de vie entre l'île et la métropole. Avant un an, ce sont essentiellement les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale qui expliquent cette différence. Un écart de mortalité du simple au double pour ce type de causes est observé entre la France métropolitaine et la Réunion. Toutes les rubriques de ce chapitre sont concernées, mais c'est tout particulièrement la prématurité, dont nous avons souligné par ailleurs l'importance (BARBIERI et CATTEAU, 2002), qui, avec un taux atteignant un rapport de 2,5 à 1 avec la métropole, présente l'écart le plus grand.

Chez les adultes, les causes de mortalité expliquant la différence d'espérance de vie entre les deux territoires sont très largement dominées par les maladies cardio-vasculaires qui l'expliquent à elles seules pour moitié. En effet, plus d'une année et demie d'espérance de vie est perdue par les Réunionnais sur les métropolitains du seul fait de ces pathologies. Leur poids représente environ la moitié de l'écart entre l'île et la métropole entre 45 et 75 ans. Ce

sont les maladies hypertensives et les maladies vasculaires cérébrales qui, avec des taux comparatifs atteignant à la Réunion le double de ceux observés en métropole, pèsent le plus lourd dans la différence entre les deux territoires. À l'inverse, les tumeurs, qui constituent la deuxième cause de décès à la Réunion, présentent des taux comparatifs à tous âges globalement favorables à l'île par rapport à ceux observés en métropole avec un écart de 20 pour cent aux dépens de cette dernière. Ce type de pathologies fait gagner près d'une année de vie aux Réunionnais par rapport aux métropolitains. Les cancers les plus concernés à cet égard sont certaines tumeurs malignes de l'appareil digestif (pancréas et intestin notamment), les cancers de la peau, les cancers des reins et autres organes urinaires et les tumeurs malignes du sein. D'autres tumeurs malignes sont au contraire plus meurtrières à la Réunion, comme le cancer de l'utérus, le cancer de la bouche et, surtout, les cancers de l'œsophage et de l'estomac (avec un écart presque du simple au double en défaveur de la Réunion). Les maladies de l'appareil respiratoire expliquent une autre part importante de l'écart d'espérance de vie entre les deux territoires avec une perte de 0,8 an de la Réunion sur la métropole, essentiellement chez les plus âgés (65 ans et plus) mais l'écart est déjà significatif à 55-64 ans. Pour toutes les rubriques, les taux comparatifs sont systématiquement défavorables à la Réunion. Parmi les causes principales de décès dans ce chapitre, mentionnons les pneumonies et broncho-pneumonies, dont le taux comparatif est 50 pour cent plus élevé sur l'île par rapport à la métropole, et les bronchites chroniques, dont le taux varie presque du simple au double entre les deux territoires. Parce qu'elles pèsent d'un poids moins lourd dans la mortalité générale, les autres causes jouent un rôle moindre pour expliquer l'écart d'espérance de vie entre la Réunion et la France métropolitaine. Toutes y contribuent cependant : les maladies endocriniennes pour environ 0,6 an, les maladies de l'appareil digestif pour 0,3 an, les causes externes pour 0,25 an et les troubles mentaux pour 0,2 an. Parmi toutes les rubriques de ces chapitres, notons l'importance du diabète, dont les taux comparatifs varient du simple à plus du triple entre la métropole et la Réunion, surtout pour les femmes (rapport de 1 à 3,5) et les troubles mentaux liés à l'alcoolisme, dont les taux varient presque du simple au quintuple, plus spécialement chez les hommes (rapport de 1 à 5 entre les deux territoires) mais également chez les femmes (de 1 à 3,3).

## Conclusion

Le profil de mortalité par âge et cause observé à la Réunion est représentatif de celui observé dans l'ensemble des pays industrialisés. Les maladies infectieuses et parasitaires, autrefois principales tueuses, ont cédé la place depuis déjà plus de deux décennies aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers qui dominent à partir de 45 ans. Avant cet âge, les maladies de société occupent cependant une place préoccupante qui fait déjà l'objet de campagnes

spécifiques de santé publique. Pour les hommes, il s'agit essentiellement des pathologies résultant de conduites à risque (accidents de la circulation routière, en particulier pour les jeunes, suicides, et, surtout, maladies liées à la consommation d'alcool et de tabac) tandis que pour les femmes, le diabète figure au premier plan des préoccupations. Enfin, si l'on se réfère au niveau atteint dans la plupart des départements français, des progrès sont encore possibles en matière de mortalité infantile avec, en particulier, la mise en place de mesures destinées à combattre la prématurité. La poursuite des progrès de la lutte contre la mortalité ne pourra se réaliser qu'au prix d'un effort croissant à l'encontre de toutes ces pathologies avec le développement de programmes de prévention primaire et secondaire spécifiques à chaque âge, notamment dans les communes les plus défavorisées et isolées géographiquement, celles des Cirques et des Hauts tout particulièrement, qui souffrent, en plus d'une situation économique précaire, d'un accès difficile aux informations et aux systèmes de soin.

## Bibliographie

**ANDREEV E. M.,**

1982 – Method komponent v analize prodoljitelnotsty zizni [The method of components in the analysis of length of life]. *Vestnik Statistiki*, 9 : 42-47.

**ANDREEV E. M., SHKOLNIKOV V. M.,  
BEGUN A. Z.,**

2002 – Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity-progression ratios and total fertility rates. Max Planck Institute for Demographic Research, *Demographic Research*, vol. 7, article 14..

**BARBIERI M., CATTEAU C.,**

2002 – Mortalité infantile : stagnation depuis dix ans. Insee, *Économie de la Réunion*, 111 : 23-25.

**BARBIERI M., CATTEAU C.,**

2003 – L'évolution de la mortalité infantile à la Réunion depuis cinquante ans. *Population*, 58 (2) : 229-252.

**BEAUMEL C., DOISNEAU L., VATAN M.,**

2003 – La situation démographique en 2001. Mouvement de la population. Insee, *Insee Résultats Société* 18, Tableau P3D : 37-38.

**CATTEAU C., BAZELY P., NARTZ E.,**

2004 – L'évolution récente de la mortalité à La Réunion en regard des tendances en Antilles-Guyane et en métropole. *Espace, Populations, Sociétés*, 2 : 397-413.

**CATTEAU C., REMY B. VAILLANT Z.,**

2004 – *Atlas de la Santé à la Réunion*. Cori/Drass, 68 p.

**FESTY P., HAMON C.,**

1983 – *Croissance et révolution démographique à la Réunion*. Ined, Travaux et Documents, Cahier n° 100, 116 p.

**MICHEL E., CATTEAU C., HATTON F.,**

1995 – *Mortalité à la Réunion*. Les éditions de l'Inserm, 121 p.

**PRESSAT R., éd.,**

1985 – *Manuel d'analyse de la mortalité*. Organisation mondiale de la santé et Institut national d'études démographiques, 164 p.

**VALLIN J.,**

2002 – « Mortalité, sexe et genre ». In Caselli G., Vallin J., Wunsch G., éd. : *Démographie : analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité*, Éditions de l'Institut national d'études démographiques : 319-350.

## Annexe

Taux moyen annuel de mortalité  
par sexe et par tranche d'âges  
à la Réunion (1997-1999).

**Tableau A1**  
**Sexes réunis**

**Tableau A2**  
**Sexe masculin**

**Tableau A3**  
**Sexe féminin**

Tableau A1 – Réunion  
Taux moyen annuel de mortalité par sexe et par tranche d'âges, après redistribution des décès de cause mal définie, 1997-1999 (pour 100 000 habitants) - Sexes réunis

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	<b>18,7</b>	<b>4,0</b>	<b>0,3</b>	<b>1,7</b>	<b>5,0</b>	<b>9,6</b>	<b>13,9</b>	<b>23,5</b>	<b>45,7</b>	<b>120,3</b>	<b>10,9</b>
Fièvres typhoïde, paratyphoïde et infections à salmonella	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,1
Infections intestinales	10,7	2,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,5	2,3	1,2	26,1	1,3
Tuberculose toutes formes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,0	2,1	3,8	6,2	8,5	1,1
Infections à méningocoques	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,2
Septicémie	0,0	0,0	0,0	0,9	0,6	0,7	3,1	6,8	16,0	29,9	2,5
Poliomyélite aiguë	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maladies à virus du système nerveux central	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,1
Hépatite virale	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,7	0,5	0,0	0,0	2,2	0,3
Syphilis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,1
Sida et infections par le V.I.H	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	2,6	3,6	0,8	0,0	0,0	1,1
Autres maladies infectieuses et parasitaires	8,0	1,3	0,0	0,6	2,3	4,3	3,6	6,1	18,5	47,1	4,0
Séquelles de maladies infectieuses ou parasitaires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	3,7	4,4	0,3
<b>Tumeurs</b>	<b>2,7</b>	<b>6,7</b>	<b>3,8</b>	<b>5,1</b>	<b>13,2</b>	<b>43,3</b>	<b>147,9</b>	<b>343,5</b>	<b>736,9</b>	<b>1 243,6</b>	<b>107,9</b>
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	17,5	25,8	42,0	36,0	6,7
Tumeur maligne de l'oesophage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	16,5	36,4	50,6	39,9	7,4
Tumeur maligne de l'estomac	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	2,6	9,3	31,8	79,0	86,6	8,9
Tumeur maligne de l'intestin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	2,0	5,2	19,0	32,1	89,1	5,6
Tumeur maligne du pancréas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	2,1	13,6	22,2	29,5	2,9
Tumeurs malignes d'autres parties appareils digestif et péritoine	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	2,0	8,2	28,1	65,4	129,0	8,9
Tumeur maligne du larynx	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,7	10,6	7,4	12,8	2,2
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	5,0	18,0	57,6	125,9	188,3	16,3
Tumeurs malignes d'autres parties app. resp. et org. thoraciques	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	2,3	7,2	10,6	13,6	12,5	2,7

Tableau A1 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Tumeurs (suite)</b>	<b>2,7</b>	<b>6,7</b>	<b>3,8</b>	<b>5,1</b>	<b>13,2</b>	<b>43,3</b>	<b>147,9</b>	<b>343,5</b>	<b>736,9</b>	<b>1 243,6</b>	<b>1 07,9</b>
Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,5	0,0	6,2	2,1	0,5
Tumeur maligne du tissu conjonctif et autres tissus mous	0,0	1,3	0,0	0,6	0,3	0,3	0,5	3,0	2,5	4,3	0,8
Tumeur maligne de la peau	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,5	0,0	3,7	4,3	0,4
Tumeur maligne du sein	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	4,3	13,9	13,6	21,0	53,0	5,3
Tumeur maligne de l'utérus	0,0	0,0	0,3	0,3	0,6	3,3	9,3	12,9	25,9	40,7	4,5
Tumeur maligne de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,8	16,0	42,9	2,0
Tumeur maligne de la prostate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	8,3	49,4	173,0	6,7
Tumeur maligne de la vessie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	12,3	48,8	2,0
Tumeur maligne du rein et d'organes urinaires autres ou n.p	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	6,1	2,5	12,8	1,0
Tumeurs malignes d'autres organes génito-urinaires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,0	0,8	3,7	4,3	0,5
Tumeur maligne de l'encéphale	0,0	1,3	1,0	1,1	1,2	1,3	4,1	8,3	17,3	12,8	2,9
Tumeurs malignes de sièges autres et sans précision	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	4,0	8,8	22,7	56,8	102,2	7,8
Maladie de Hodgkin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,8	2,5	0,0	0,2
Autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde et histiocytaire	0,0	0,7	0,0	0,3	0,3	1,0	2,6	3,0	24,7	19,0	2,2
Myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	6,8	12,3	25,4	1,7
Leucémies	0,0	2,7	2,3	1,7	1,8	3,0	5,7	9,1	18,5	40,0	4,6
Tumeurs bénignes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,5	0,0	6,4	0,3
Carcinome <i>in situ</i> , tum. à évolution imprév. et de nature n.p	2,7	0,7	0,0	0,3	1,5	1,0	5,2	6,8	23,5	27,7	3,1
<b>Maladies endocrin., nutrition, métab., troub. imm.</b>	<b>5,3</b>	<b>2,0</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>2,1</b>	<b>7,6</b>	<b>26,8</b>	<b>72,0</b>	<b>172,8</b>	<b>577,3</b>	<b>30,3</b>
Diabète sucré	0,0	0,0	0,3	0,6	0,3	4,0	19,6	59,1	143,2	374,0	21,3
Autres mal. endocriniennes, nutrition, métab., troub. immunitaires	5,3	2,0	1,0	0,9	1,8	3,6	7,2	12,9	29,6	203,3	9,0
<b>Maladies du sang et des organes hématopoïétiques</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>	<b>1,5</b>	<b>14,8</b>	<b>36,7</b>	<b>1,9</b>

Tableau A1 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1 an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Troubles mentaux</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,9</b>	<b>10,8</b>	<b>27,1</b>	<b>47,9</b>	<b>59,9</b>	<b>53,1</b>	<b>142,2</b>	<b>20,3</b>
Psychose alcoolique et alcoolisme	0,0	0,0	0,0	0,9	9,4	26,1	45,4	52,3	38,3	21,3	15,7
Autres troubles mentaux	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,0	2,6	7,6	14,8	120,9	4,6
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>	<b>48,1</b>	<b>2,7</b>	<b>1,8</b>	<b>4,8</b>	<b>7,6</b>	<b>12,2</b>	<b>28,3</b>	<b>28,8</b>	<b>56,8</b>	<b>174,3</b>	<b>16,6</b>
Méningites	10,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,7	0,5	0,0	0,0	2,1	0,5
Encéphalite, myélite et encéphalo-myélite	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	1,0	0,0	1,2	0,0	0,3
Syndrome parkinsonien	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	4,9	57,4	1,6
Hémiplégie et autres syndromes paralytiques	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	1,5	2,3	3,7	2,1	0,7
Autres maladies du système nerveux et des organes des sens	37,4	2,7	1,8	4,0	7,0	10,9	25,3	25,8	46,9	112,7	13,6
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>2,7</b>	<b>1,3</b>	<b>1,8</b>	<b>5,4</b>	<b>14,6</b>	<b>39,7</b>	<b>142,3</b>	<b>378,4</b>	<b>1 007,2</b>	<b>3 608,1</b>	<b>174,9</b>
Cardiopathies rhumatismales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	1,5	8,3	8,6	8,5	1,4
Maladies hypertensives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,0	7,7	16,7	46,9	294,5	10,9
Cardiopathies ischémiques	0,0	0,0	0,3	0,6	2,1	11,6	39,7	116,0	313,5	702,3	43,2
Autres formes de cardiopathies	0,0	0,7	0,0	1,1	3,5	3,0	13,9	29,6	65,4	202,1	12,1
Troubles du rythme	0,0	0,0	0,3	0,6	0,3	1,7	8,8	13,6	43,2	270,1	10,3
Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	2,7	0,7	0,5	2,0	2,1	6,3	15,5	44,0	122,2	750,1	28,8
Maladies vasculaires cérébrales	0,0	0,0	0,8	1,1	5,3	11,6	45,4	113,7	335,7	1171,0	56,2
Autres maladies de l'appareil circulatoire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	4,0	9,8	36,4	71,6	209,6	11,9
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>16,0</b>	<b>3,3</b>	<b>1,3</b>	<b>2,6</b>	<b>5,9</b>	<b>13,9</b>	<b>36,6</b>	<b>93,3</b>	<b>316,0</b>	<b>1 241,5</b>	<b>56,2</b>
Pneumonie et broncho-pneumonie	2,7	0,0	0,0	0,3	2,6	6,9	13,9	34,9	95,0	438,0	19,4
Grippe	0,0	0,7	0,0	0,3	0,0	0,7	0,5	0,8	7,4	39,2	1,5
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	2,7	1,3	0,3	0,9	0,9	1,7	7,7	31,1	125,9	503,2	20,6
Asthme et alvéolite allergique	0,0	0,7	0,8	1,1	1,5	2,6	7,2	12,9	39,5	100,2	6,6
Autres maladies de l'appareil respiratoire	10,7	0,7	0,3	0,0	0,9	2,0	7,2	13,6	48,1	160,9	8,1

Tableau A1 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>5,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>6,4</b>	<b>27,8</b>	<b>67,0</b>	<b>91,8</b>	<b>167,9</b>	<b>355,9</b>	<b>33,4</b>
Ulcère digestif	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,7	1,0	8,3	9,9	37,2	2,2
Occlusion intestinale sans mention de hernie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,3	1,5	3,8	9,9	58,2	2,4
Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	16,9	44,8	51,6	79,0	59,2	15,5
Autres maladies chroniques du foie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,1	3,0	0,0	8,5	0,7
Autres maladies de l'appareil digestif	5,3	0,0	0,3	0,3	2,6	8,3	17,5	25,0	69,1	192,8	12,6
<b>Maladies des organes génito-urinaires</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>1,7</b>	<b>6,7</b>	<b>25,0</b>	<b>56,8</b>	<b>147,5</b>	<b>8,5</b>
Néphrite et insuffisance rénale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,3	3,6	15,2	44,4	100,8	5,8
Hyperplasie de la prostate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	0,1
Autres maladies des organes génito-urinaires	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	3,1	9,9	12,3	42,4	2,6
<b>Complications grossesse, accouchement, suites de couches</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,9</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>
<b>Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>9,9</b>	<b>57,8</b>	<b>1,9</b>
<b>Mal. du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>1,5</b>	<b>2,3</b>	<b>4,9</b>	<b>13,1</b>	<b>0,9</b>
<b>Anomalies congénitales</b>	<b>146,9</b>	<b>0,7</b>	<b>1,5</b>	<b>1,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>1,2</b>	<b>0,0</b>	<b>3,5</b>
Anomalies congénitales du système nerveux	13,4	0,0	0,3	0,6	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5
Anomalies congénitales de l'appareil circulatoire	74,8	0,7	0,8	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
Anomalies congénitales de l'appareil digestif	5,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,2
Autres anomalies et syndromes congénitaux	53,4	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	1,1
<b>Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale</b>	<b>435,4</b>	<b>0,7</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>8,3</b>
Prématurité et immaturité	48,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Traumatisme obstétrical et hémorragies foetale et néonatale	58,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Anoxie et autres affections respiratoires	162,9	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
Infections spécifiques de la période périnatale	40,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	125,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4

Tableau A I (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements</b>	<b>29,4</b>	<b>12,0</b>	<b>9,9</b>	<b>47,8</b>	<b>63,0</b>	<b>65,8</b>	<b>72,7</b>	<b>96,3</b>	<b>104,9</b>	<b>399,6</b>	<b>59,9</b>
Accidents de la circulation	2,7	3,3	3,1	22,7	20,8	15,2	14,9	20,5	12,3	33,7	15,0
Intoxications accidentelles	0,0	1,3	0,0	0,3	0,3	1,0	0,5	0,0	2,5	6,5	0,7
Accidents et complic. au cours et suite actes médic. et chirurg.	2,7	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3	1,5	3,8	13,6	42,7	2,2
Chutes accidentelles	0,0	0,0	0,5	1,4	2,9	5,6	3,6	13,6	17,3	130,6	6,7
Accidents non précisés	2,7	1,3	0,5	4,3	4,7	5,6	7,2	7,6	11,1	29,6	5,0
Autres accidents et séquelles	5,3	6,0	4,8	3,7	8,2	12,6	14,9	22,7	25,9	130,9	12,6
Suicides	0,0	0,0	0,8	11,1	18,5	19,8	22,2	20,5	11,1	14,6	12,6
Homicides	10,7	0,0	0,3	0,9	4,1	3,0	2,6	3,8	6,2	6,5	2,5
Traumatismes et empoisonnements d'intention indéterminée	5,3	0,0	0,0	2,8	3,5	2,6	5,2	3,8	4,9	4,4	2,7
Autres morts violentes et séquelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total toutes causes</b>	<b>710,5</b>	<b>33,5</b>	<b>21,9</b>	<b>72,8</b>	<b>130,9</b>	<b>251,2</b>	<b>593,8</b>	<b>1 217,9</b>	<b>2 748,7</b>	<b>8 117,9</b>	<b>535,9</b>

\* Pour 100 000 habitants (population moyenne de l'année 1998)

Tableau A2 – Réunion  
Taux moyen annuel de mortalité par sexe et par tranche d'âges, après redistribution des décès de cause mal définie,  
1997-1999 (pour 100 000 habitants) - Sexe masculin

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	<b>10,3</b>	<b>6,7</b>	<b>0,0</b>	<b>2,9</b>	<b>10,2</b>	<b>16,8</b>	<b>20,6</b>	<b>25,3</b>	<b>66,3</b>	<b>158,0</b>	<b>14,2</b>
Fièvres typhoïde, paratyphoïde et infections à salmonella	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Infections intestinales	5,1	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,2	2,8	24,5	1,2
Tuberculose toutes formes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,0	1,0	6,3	5,5	18,2	1,4
Infections à méningocoques	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,2
Septicémie	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	1,3	4,1	4,7	16,6	42,5	2,6
Poliomyélite aiguë	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maladies à virus du système nerveux central	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,2
Hépatite virale	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,3	1,0	0,0	0,0	6,3	0,5
Syphilis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sida et infections par le VIH	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	4,7	6,2	0,0	0,0	0,0	1,8
Autres maladies infectieuses et parasitaires	5,1	1,3	0,0	1,1	4,8	7,4	6,2	6,3	33,2	66,5	5,7
Séquelles de maladies infectieuses ou parasitaires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	8,3	0,0	0,4
<b>Tumeurs</b>	<b>0,0</b>	<b>6,7</b>	<b>2,5</b>	<b>5,1</b>	<b>10,8</b>	<b>50,4</b>	<b>197,3</b>	<b>496,4</b>	<b>1 141,0</b>	<b>2 015,3</b>	<b>138,0</b>
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	33,9	53,7	91,2	84,5	12,7
Tumeur maligne de l'œsophage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	29,8	66,4	105,0	96,2	13,4
Tumeur maligne de l'estomac	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	4,0	14,4	53,7	146,4	132,5	13,1
Tumeur maligne de l'intestin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	6,2	14,2	38,7	102,7	4,8
Tumeur maligne du pancréas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	1,0	15,8	19,3	48,0	2,8
Tumeurs malignes d'autres parties appareils digestif et péritoine	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	3,4	9,2	34,8	91,2	169,0	9,9
Tumeur maligne du larynx	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	10,3	22,1	16,6	30,2	4,1
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	8,7	27,7	102,8	234,8	398,9	26,2
Tumeurs malignes d'autres parties app. resp. et org. thoraciques	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	3,4	13,4	20,6	24,9	18,0	4,6

Tableau A2 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1 an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Tumeurs (suite)</b>	<b>0,0</b>	<b>6,7</b>	<b>2,5</b>	<b>5,1</b>	<b>10,8</b>	<b>50,4</b>	<b>197,3</b>	<b>496,4</b>	<b>1 141,0</b>	<b>2 015,3</b>	<b>138,0</b>
Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	1,0	0,0	5,5	0,0	0,4
Tumeur maligne du tissu conjonctif et autres tissus mous	0,0	1,3	0,0	0,6	0,6	0,0	1,0	3,2	2,8	6,0	0,8
Tumeur maligne de la peau	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	1,0	0,0	8,3	6,3	0,7
Tumeur maligne du sein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,8	0,0	0,2
Tumeur maligne de l'utérus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumeur maligne de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumeur maligne de la prostate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,0	17,4	110,5	493,5	13,6
Tumeur maligne de la vessie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,9	22,1	115,2	3,2
Tumeur maligne du rein et d'organes urinaires autres ou n.p	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	11,1	5,5	18,0	1,5
Tumeurs malignes d'autres organes génito-urinaires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Tumeur maligne de l'encéphale	0,0	1,3	0,5	1,1	1,2	2,0	5,1	12,6	19,3	18,2	3,2
Tumeurs malignes de sièges autres et sans précision	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	14,4	28,5	80,1	114,7	8,5
Maladie de Hodgkin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	2,8	0,0	0,2
Autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde et histiocytaire	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,7	5,1	1,6	41,4	18,0	2,7
Myléome multiple et tumeurs immunoprolifératives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	7,9	8,3	36,0	1,6
Leucémies	0,0	2,7	2,0	1,7	1,8	2,7	7,2	11,1	22,1	60,5	4,9
Tumeurs bénignes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	6,3	0,2
Carcinome <i>in situ</i> , tum. à évolution imprév. et de nature n.p	0,0	1,3	0,0	0,0	1,2	2,0	8,2	11,1	41,4	42,8	4,3
<b>Maladies endocrini., nutrition, métab., troub. imm.</b>	<b>0,0</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	<b>3,0</b>	<b>10,8</b>	<b>37,0</b>	<b>94,9</b>	<b>174,1</b>	<b>433,0</b>	<b>26,1</b>
Diabète sucré	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	5,4	28,8	75,9	143,7	230,7	17,8
Autres mal. endocriniennes, nutrition, métab., troub. immunitaires	0,0	1,3	1,5	1,1	2,4	5,4	8,2	19,0	30,4	202,3	8,3
<b>Maladies du sang et des organes hématopoïétiques</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>2,1</b>	<b>1,6</b>	<b>19,3</b>	<b>42,8</b>	<b>2,0</b>

Tableau A2 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Troubles mentaux</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,7</b>	<b>19,3</b>	<b>47,7</b>	<b>83,2</b>	<b>104,3</b>	<b>91,2</b>	<b>134,8</b>	<b>31,2</b>
Psychose alcoolique et alcoolisme	0,0	0,0	0,0	1,7	16,9	46,4	80,2	98,0	69,1	30,5	27,3
Autres troubles mentaux	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	1,3	3,1	6,3	22,1	104,3	3,8
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>	<b>66,8</b>	<b>4,0</b>	<b>1,5</b>	<b>6,8</b>	<b>10,8</b>	<b>17,5</b>	<b>40,1</b>	<b>37,9</b>	<b>60,8</b>	<b>187,7</b>	<b>19,3</b>
Méningites	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Encéphalite, myélite et encéphalo-myélite	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,7	1,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Syndrome parkinsonien	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	2,8	54,5	1,1
Hémiplégie et autres syndromes paralytiques	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	2,1	3,2	5,5	0,0	0,7
Autres maladies du système nerveux et des organes des sens	56,5	4,0	1,5	5,7	10,8	15,5	36,0	33,2	52,5	133,2	16,7
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,0</b>	<b>6,3</b>	<b>17,5</b>	<b>54,4</b>	<b>198,4</b>	<b>526,4</b>	<b>1 304,0</b>	<b>3 933,3</b>	<b>178,8</b>
Cardiopathies rhumatismales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	3,1	4,7	2,8	12,3	1,0
Maladies hypertensives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	6,2	15,8	55,3	256,3	8,0
Cardiopathies ischémiques	0,0	0,0	0,0	1,1	3,6	18,8	63,7	188,1	406,1	767,6	49,7
Autres formes de cardiopathies	0,0	0,0	0,0	1,1	4,2	4,0	23,6	31,6	93,9	278,2	14,0
Troubles du rythme	0,0	0,0	0,5	0,6	0,6	2,7	13,4	17,4	47,0	250,0	9,0
Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	0,0	0,0	0,0	1,7	1,8	10,1	21,6	52,2	143,7	774,8	25,7
Maladies vasculaires cérébrales	0,0	0,0	0,5	1,7	5,4	12,1	53,4	158,1	417,2	1 260,0	54,7
Autres maladies de l'appareil circulatoire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	6,7	13,4	58,5	138,1	334,2	16,8
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>20,6</b>	<b>2,7</b>	<b>1,0</b>	<b>2,9</b>	<b>8,4</b>	<b>22,2</b>	<b>52,4</b>	<b>143,9</b>	<b>533,2</b>	<b>1 813,5</b>	<b>70,1</b>
Pneumonie et broncho-pneumonie	5,1	0,0	0,0	0,0	4,2	11,4	22,6	61,7	168,5	605,1	24,9
Grippe	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0	0,0	8,3	18,5	1,0
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	5,1	1,3	0,0	1,7	0,6	2,0	11,3	52,2	223,8	910,4	28,7
Asthme et alvéolite allergique	0,0	0,0	0,5	1,1	1,8	3,4	10,3	12,6	69,1	133,2	7,7
Autres maladies de l'appareil respiratoire	10,3	0,0	0,5	0,0	1,8	4,0	7,2	17,4	63,5	146,3	7,8

Tableau A2 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>5,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>9,0</b>	<b>39,7</b>	<b>87,4</b>	<b>109,1</b>	<b>215,5</b>	<b>352,0</b>	<b>37,0</b>
Ulcère digestif	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	1,3	1,0	14,2	8,3	18,2	2,0
Occlusion intestinale sans mention de hernie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	1,6	13,8	43,0	1,6
Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	24,2	59,6	55,3	99,5	84,7	18,6
Autres maladies chroniques du foie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,1	3,2	0,0	12,0	0,8
Autres maladies de l'appareil digestif	5,1	0,0	0,5	0,0	4,8	10,8	24,7	34,8	93,9	194,0	14,0
<b>Maladies des organes génito-urinaires</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>	<b>2,0</b>	<b>4,1</b>	<b>25,3</b>	<b>58,0</b>	<b>201,0</b>	<b>7,9</b>
Néphrite et insuffisance rénale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	3,1	17,4	44,2	128,5	5,5
Hyperplasie de la prostate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,3	0,2
Autres maladies des organes génito-urinaires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,0	7,9	13,8	60,2	2,2
<b>Complications grossesse, accouchement, suites de couches</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,6</b>	<b>5,5</b>	<b>54,0</b>	<b>1,2</b>
<b>Mal. du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>2,1</b>	<b>3,2</b>	<b>5,5</b>	<b>12,3</b>	<b>0,8</b>
<b>Anomalies congénitales</b>	<b>87,4</b>	<b>1,3</b>	<b>0,5</b>	<b>1,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>2,2</b>
Anomalies congénitales du système nerveux	5,1	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Anomalies congénitales de l'appareil circulatoire	36,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Anomalies congénitales de l'appareil digestif	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Autres anomalies et syndromes congénitaux	46,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
<b>Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale</b>	<b>483,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>9,5</b>
Prématurité et immaturité	72,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
Traumatisme obstétrical et hémorragies foetale et néonatale	61,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
Anoxie et autres affections respiratoires	185,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
Infections spécifiques de la période périnatale	36,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	128,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5

Tableau A2 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements</b>	<b>56,5</b>	<b>16,1</b>	<b>12,6</b>	<b>78,2</b>	<b>106,6</b>	<b>111,6</b>	<b>121,3</b>	<b>156,5</b>	<b>157,5</b>	<b>503,7</b>	<b>89,5</b>
Accidents de la circulation	5,1	4,0	5,0	41,1	36,1	26,2	27,7	33,2	16,6	42,2	24,9
Intoxications accidentelles	0,0	2,7	0,0	0,6	0,6	0,7	0,0	0,0	2,8	6,0	0,7
Accidents et complic. au cours et suite actes médic. et chirurg.	5,1	0,0	0,0	1,1	0,0	0,7	2,1	4,7	13,8	67,0	2,5
Chutes accidentelles	0,0	0,0	1,0	2,9	5,4	9,4	6,2	25,3	24,9	139,5	8,5
Accidents non précisés	5,1	1,3	0,0	6,3	7,8	8,7	12,3	14,2	19,3	36,0	7,4
Autres accidents et séquelles	10,3	8,0	5,5	5,7	14,4	23,5	24,7	34,8	47,0	170,5	18,1
Suicides	0,0	0,0	0,5	14,8	30,1	33,6	37,0	33,2	16,6	24,0	19,6
Homicides	20,6	0,0	0,5	1,7	4,8	4,0	3,1	6,3	11,1	12,3	3,5
Traumatismes et empoisonnements d'intention indéterminée	10,3	0,0	0,0	4,0	7,2	4,7	8,2	4,7	5,5	6,3	4,2
Autres morts violentes et séquelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total toutes causes</b>	<b>730,0</b>	<b>38,8</b>	<b>21,1</b>	<b>107,3</b>	<b>196,9</b>	<b>373,7</b>	<b>846,9</b>	<b>1726,3</b>	<b>3831,9</b>	<b>9841,2</b>	<b>627,8</b>

\* Pour 100 000 habitants (population moyenne de l'année 1998)

Tableau A3 – Réunion  
Taux moyen annuel de mortalité par sexe et par tranche d'âges, après redistribution des décès de cause mal définie, 1997-1999 (pour 100 000 habitants) - Sexe féminin

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	<b>27,8</b>	<b>1,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,0</b>	<b>2,6</b>	<b>7,3</b>	<b>21,8</b>	<b>29,1</b>	<b>100,3</b>	<b>7,8</b>
Fièvres typhoïde, paratyphoïde et infections à salmonella	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,1
Infections intestinales	16,7	0,0	0,5	0,0	0,0	0,7	0,0	1,5	0,0	27,0	1,4
Tuberculose toutes formes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	1,5	6,7	3,2	0,8
Infections à méningocoques	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,1
Septicémie	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	2,1	8,7	15,7	23,1	2,3
Poliomyélite aigüe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maladies à virus du système nerveux central	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hépatite virale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Syphilis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,1
Sida et infections par le V.I.H	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,0	1,5	0,0	0,0	0,3
Autres maladies infectieuses et parasitaires	11,1	1,3	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0	5,8	6,7	36,9	2,4
Séquelles de maladies infectieuses ou parasitaires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	0,2
<b>Tumeurs</b>	<b>5,6</b>	<b>6,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,1</b>	<b>15,4</b>	<b>36,5</b>	<b>99,0</b>	<b>201,8</b>	<b>411,4</b>	<b>830,4</b>	<b>78,4</b>
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0	0,0	2,2	10,1	0,7
Tumeur maligne de l'oesophage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	8,7	6,7	9,8	1,5
Tumeur maligne de l'estomac	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,3	4,2	11,6	24,6	62,3	4,6
Tumeur maligne de l'intestin	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	3,3	4,2	23,2	26,8	82,0	6,5
Tumeur maligne du pancréas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	3,1	11,6	24,6	19,7	2,9
Tumeurs malignes d'autres parties appareils digestif et péritoine	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,7	7,3	21,8	44,7	107,9	7,9
Tumeur maligne du larynx	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,4	0,2
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	1,3	8,3	16,0	38,0	75,3	6,5
Tumeurs malignes d'autres parties app. resp. et org. thoraciques	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0	1,5	4,5	9,6	0,9

Tableau A3 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1 an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Tumeurs (suite)</b>	<b>5,6</b>	<b>6,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,1</b>	<b>15,4</b>	<b>36,5</b>	<b>99,0</b>	<b>201,8</b>	<b>411,4</b>	<b>830,4</b>	<b>78,4</b>
Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	6,7	3,2	0,5
Tumeur maligne du tissu conjonctif et autres tissus mous	0,0	1,3	0,0	0,6	0,0	0,7	0,0	2,9	2,2	3,4	0,7
Tumeur maligne de la peau	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,1
Tumeur maligne du sein	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	8,5	27,1	26,1	35,8	81,5	10,4
Tumeur maligne de l'utérus	0,0	0,0	0,5	0,6	1,1	6,5	18,8	24,7	47,0	62,8	9,0
Tumeur maligne de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	1,5	29,1	66,2	4,0
Tumeur maligne de la prostate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumeur maligne de la vessie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	4,5	13,1	0,8
Tumeur maligne du rein et d'organes urinaux autres ou n.p	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	10,1	0,4
Tumeurs malignes d'autres organes génito-urinaires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	1,5	6,7	6,6	0,7
Tumeur maligne de l'encéphale	0,0	1,3	1,6	1,1	1,1	0,7	3,1	4,4	15,7	9,8	2,5
Tumeurs malignes de sièges autres et sans précision	0,0	0,0	0,5	0,0	0,6	5,2	3,1	17,4	38,0	95,7	7,1
Maladie de Hodgkin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	2,2	0,0	0,2
Autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde et histiocytaires	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	4,4	11,2	19,7	1,7
Myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	5,8	15,7	19,9	1,8
Leucémies	0,0	2,6	2,6	1,7	1,7	3,3	4,2	7,3	15,7	29,1	4,3
Tumeurs bénignes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	6,4	0,4
Carcinome <i>in situ</i> , tum. à évolution imprév. et de nature n.p	5,6	0,0	0,0	0,6	1,7	0,0	2,1	2,9	8,9	19,5	1,9
<b>Maladies endocrin., nutrition, metab., troub. imm.</b>	<b>11,1</b>	<b>2,6</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>4,6</b>	<b>16,7</b>	<b>50,8</b>	<b>172,2</b>	<b>655,7</b>	<b>34,5</b>
Diabète sucré	0,0	0,0	0,5	0,6	0,0	2,6	10,4	43,6	143,1	451,8	24,9
Autres mal. endocriniennes, nutrition, metab., troub. immunitaires	11,1	2,6	0,5	0,6	1,1	2,0	6,3	7,3	29,1	203,8	9,7
<b>Maladies du sang et des organes hématopoïétiques</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>0,0</b>	<b>1,5</b>	<b>11,2</b>	<b>33,4</b>	<b>1,8</b>

Tableau A3 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Troubles mentaux</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>2,9</b>	<b>7,2</b>	<b>12,5</b>	<b>18,9</b>	<b>22,4</b>	<b>146,1</b>	<b>9,6</b>
Psychose alcoolique et alcoolisme	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	6,5	10,4	10,2	13,4	16,3	4,2
Autres troubles mentaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	2,1	8,7	8,9	129,9	5,3
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>	<b>27,8</b>	<b>1,3</b>	<b>2,1</b>	<b>2,8</b>	<b>4,6</b>	<b>7,2</b>	<b>16,7</b>	<b>20,3</b>	<b>53,7</b>	<b>167,4</b>	<b>14,0</b>
Méningites	11,1	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,4
Encéphalite, myélite et encéphalo-myélite	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,0	0,0	2,2	0,0	0,3
Syndrome parkinsonien	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	59,1	2,1
Hémiplégie et autres syndromes paralytiques	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	1,0	1,5	2,2	3,2	0,6
Autres maladies du système nerveux et des organes des sens	16,7	1,3	2,1	2,3	3,4	6,5	14,6	18,9	42,5	101,9	10,6
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>5,6</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>4,5</b>	<b>12,0</b>	<b>25,4</b>	<b>86,5</b>	<b>241,0</b>	<b>769,2</b>	<b>3 438,8</b>	<b>171,7</b>
Cardiopathies rhumatismales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	11,6	13,4	6,4	1,8
Maladies hypertensives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,0	9,4	17,4	40,2	315,4	13,9
Cardiopathies ischémiques	0,0	0,0	0,5	0,0	0,6	4,6	15,6	49,4	239,3	668,9	37,1
Autres formes de cardiopathies	0,0	1,3	0,0	1,1	2,9	2,0	4,2	27,6	42,5	161,7	10,3
Troubles du rythme	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,7	4,2	10,2	40,2	281,5	11,6
Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	5,6	1,3	1,0	2,3	2,3	2,6	9,4	36,3	105,1	737,7	32,0
Maladies vasculaires cérébrales	0,0	0,0	1,0	0,6	5,1	11,1	37,5	72,6	270,6	1 124,5	57,9
Autres maladies de l'appareil circulatoire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	6,3	16,0	17,9	142,7	7,1
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>11,1</b>	<b>4,0</b>	<b>1,6</b>	<b>2,3</b>	<b>3,4</b>	<b>5,9</b>	<b>20,8</b>	<b>46,5</b>	<b>140,9</b>	<b>934,4</b>	<b>42,6</b>
Pneumonie et broncho-pneumonie	0,0	0,0	0,0	0,6	1,1	2,6	5,2	10,2	35,8	347,9	14,0
Grippe	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	1,5	6,7	50,4	2,0
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	0,0	1,3	0,5	0,0	1,1	1,3	4,2	11,6	47,0	284,4	12,6
Asthme et alvéolite allergique	0,0	1,3	1,0	1,1	1,1	2,0	4,2	13,1	15,7	82,7	5,5
Autres maladies de l'appareil respiratoire	11,1	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	7,3	10,2	35,8	169,0	8,5

Tableau A3 (suite)

Cause principale de décès (liste S9)	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>5,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>	<b>4,0</b>	<b>16,3</b>	<b>46,9</b>	<b>75,5</b>	<b>129,7</b>	<b>358,9</b>	<b>29,9</b>
Ulcère digestif	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,0	2,9	11,2	47,6	2,3
Occlusion intestinale sans mention de hernie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	3,1	5,8	6,7	66,4	3,2
Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	9,8	30,2	47,9	62,6	45,6	12,4
Autres maladies chroniques du foie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,9	0,0	6,6	0,6
Autres maladies de l'appareil digestif	5,6	0,0	0,0	0,6	0,6	5,9	10,4	16,0	49,2	192,6	11,4
<b>Maladies des organes génito-urinaires</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>	<b>0,0</b>	<b>1,3</b>	<b>9,4</b>	<b>24,7</b>	<b>55,9</b>	<b>118,6</b>	<b>9,1</b>
Néphrite et insuffisance rénale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	4,2	13,1	44,7	85,7	6,1
Hyperplasie de la prostate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres maladies des organes génito-urinaires	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	5,2	11,6	11,2	33,0	2,9
<b>Complications grossesse, accouchement, suites de couches</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,7</b>	<b>2,3</b>	<b>2,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,1</b>
<b>Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>	<b>0,0</b>	<b>13,4</b>	<b>60,2</b>	<b>2,6</b>
<b>Mal. du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>	<b>1,5</b>	<b>4,5</b>	<b>13,5</b>	<b>1,0</b>
<b>Anomalies congénitales</b>	<b>211,3</b>	<b>0,0</b>	<b>2,6</b>	<b>1,1</b>	<b>0,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,5</b>	<b>2,2</b>	<b>0,0</b>	<b>4,8</b>
Anomalies congénitales du système nerveux	22,2	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Anomalies congénitales de l'appareil circulatoire	116,8	0,0	1,6	1,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
Anomalies congénitales de l'appareil digestif	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,3
Autres anomalies et syndromes congénitaux	61,2	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	1,3
<b>Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale</b>	<b>383,7</b>	<b>1,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>7,0</b>
Prématurité et immaturité	22,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Traumatisme obstétrical et hémorragies foetale et néonatale	55,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Anoxie et autres affections respiratoires	139,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
Infections spécifiques de la période périnatale	44,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	122,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2

Tableau A3 (suite)

<b>Cause principale de décès (liste S9)</b>	< 1an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Tous âges
<b>Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements</b>	<b>0,0</b>	<b>7,9</b>	<b>7,2</b>	<b>17,5</b>	<b>21,7</b>	<b>21,5</b>	<b>24,0</b>	<b>40,7</b>	<b>62,6</b>	<b>344,2</b>	<b>30,7</b>
Accidents de la circulation	0,0	2,6	1,0	4,5	6,3	4,6	2,1	8,7	8,9	29,1	5,1
Intoxications accidentelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0	0,0	2,2	6,9	0,6
Accidents et complic. au cours et suite actes médic. et chirurg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,9	13,4	29,5	1,8
Chutes accidentelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,0	1,0	2,9	11,2	126,2	5,0
Accidents non précisés	0,0	1,3	1,0	2,3	1,7	2,6	2,1	1,5	4,5	26,3	2,7
Autres accidents et séquelles	0,0	4,0	4,1	1,7	2,3	2,0	5,2	11,6	8,9	109,7	7,1
Suicides	0,0	0,0	1,0	7,3	7,4	6,5	7,3	8,7	6,7	9,6	5,7
Homicides	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	2,0	2,1	1,5	2,2	3,4	1,4
Traumatismes et empoisonnements d'intention indéterminée	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,7	2,1	2,9	4,5	3,4	1,1
Autres morts violentes et séquelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total toutes causes</b>	<b>689,6</b>	<b>27,7</b>	<b>22,8</b>	<b>38,3</b>	<b>68,4</b>	<b>133,1</b>	<b>341,7</b>	<b>746,3</b>	<b>1 878,3</b>	<b>7 202,0</b>	<b>446,6</b>

\* Pour 100 000 habitants (population moyenne de l'année 1998)

# Les migrations : formes et implications sur le marché du travail

*Franck TEMPORAL*

## Introduction

Étudier les migrations à la Réunion soulève deux difficultés conceptuellement différentes. La première est celle de la mesure des mouvements migratoires. Nous consacrons à cette question une note méthodologique en annexe qui propose un inventaire détaillé des différentes sources de données mobilisables mais qui indique aussi leurs limites. La seconde difficulté réside dans la spécificité des migrations réunionnaises, qui s'apparentent à la fois à des migrations internes et à des migrations internationales. Les flux les plus importants concernent en effet les échanges avec la métropole et de ce fait correspondent d'un point de vue légal à des migrations internes. D'un autre point de vue, ces migrations ont de nombreuses caractéristiques en commun avec les migrations internationales en raison de l'éloignement géographique entre la zone de départ et la zone d'arrivée. Parmi ces similarités, on peut citer le coût financier de la migration, l'altération des liens avec la zone d'origine ou encore les difficultés d'intégration sur place.

Si la quasi-totalité des migrants au départ ou à l'arrivée dans le département de la Réunion sont des citoyens ayant la nationalité française<sup>1</sup>, une analyse plus fine devra prendre en compte le lieu de provenance de ces individus nés

1. La Réunion est le département français qui compte la plus faible proportion d'étrangers, à savoir 0,5 % de la population totale en 1999.

en métropole, dans un autre DOM-TOM ou bien encore dans les anciennes colonies françaises, comme Madagascar ou les Comores. Aussi, afin de distinguer ces différentes populations venant s'installer à la Réunion ou quittant l'île, nous utiliserons le critère du lieu de naissance des individus pour déterminer les populations migrantes.

Dans une première partie de ce chapitre, nous analyserons les flux migratoires entre la Réunion et la métropole, les DOM-TOM mais aussi avec le reste du monde. Nous constaterons que l'île n'a pas été épargnée par le développement général des échanges internationaux depuis les années 1980. Dans une deuxième partie, nous étudierons les caractéristiques des populations migrantes et analyserons notamment la relation migration/travail en mesurant l'impact que peut avoir la migration sur l'accès à l'emploi à partir d'une analyse des taux d'emploi des populations migrantes et non migrantes. Cela se fera en deux temps, d'abord par l'analyse de la situation des immigrants à la Réunion, puis des émigrants réunionnais à l'extérieur.

## Analyse des flux migratoires

### **Le solde migratoire intercentenaire**

Traditionnellement, dans les pays qui ne possèdent pas d'enregistrement des entrées et sorties aux frontières, le solde migratoire de la population est estimé à partir des données des recensements de la population et des chiffres de l'état civil. La méthode de calcul sur une période intercentenaire donnée consiste à retrancher les mouvements naturels (naissances - décès) à l'accroissement total entre deux dates de recensements et à en déduire un solde migratoire intercentenaire. Le tableau 1 indique le solde migratoire intercentenaire à la Réunion depuis 1954<sup>2</sup>.

De 1954 à 1982, la différence entre les départs et les arrivées à la Réunion s'est progressivement accrue pour atteindre un solde migratoire maximum de - 33 500 personnes entre 1974 et 1982. À partir de 1981, l'émigration chute fortement pour deux raisons fondamentales. La première est le changement de la politique d'émigration avec la fin du Bumidom (Bureau pour le développement des migrations intéressant les départements d'outre-mer) et la création de l'ANT<sup>3</sup> (Agence nationale pour l'insertion et la promotion des travailleurs originaires d'outre-mer). La seconde raison est l'essoufflement de la dynamique d'émigration spontanée dans un contexte où les conditions

2. Voir tableau I en annexe pour le calcul détaillé.

3. En 1982, la création de l'ANT témoigne d'un changement d'objectif de la politique d'émigration. Contrairement au Bumidom qui visait principalement l'aide au départ des travailleurs d'outre-mer, l'ANT va se mobiliser pour l'insertion des émigrés déjà présents en métropole.

Tableau I  
Estimation du solde migratoire intercensitaire

Population recensée au 01-07-1954	274 370
Solde migratoire du 01-07-1954 au 08-10-1961	- 965
Population recensée au 09-10-1961	349 282
Solde migratoire du 09-10-1961 au 15-10-1967	- 7 951
Population recensée au 16-10-1967	416 525
Solde migratoire du 16-10-1967 au 15-10-1974	- 11 719
Population recensée au 16-10-1974	480 152
Solde migratoire du 16-10-1974 au 08-03-1982	- 33 481
Population recensée au 09-03-1982	515 814
Solde migratoire du 09-03-1982 au 14-03-1990	2 919*
Population recensée au 15-03-1990	597 823
Solde migratoire du 15-03-1990 au 07-03-1999	16 271
Population recensée au 08-03-1999	706 300

Sources : Recensements de la population et état civil

Les soldes de la période 1954-1974 : FESTY et HAMON (1983) ;

1974-1982 : données issues des publications Insee ; calculs de l'auteur pour les périodes 1982-1999.

Voir tableau I en annexe pour le calcul détaillé.

\* Le solde migratoire global de la période 1982-1990 a été relevé à 4 000 personnes pour tenir compte de la différence de comptabilisation des militaires du contingent entre 1982 et 1990.

En 1990, les militaires réunionnais qui faisaient leur service militaire en métropole n'ont pas été réintégrés dans leur résidence habituelle alors qu'ils l'avaient été en 1982.

d'intégration des migrants en métropole se faisaient plus difficiles. La crise économique du milieu des années 1970 et la croissance du chômage en métropole vont en effet entraîner une modification des comportements au départ de la Réunion et, peu à peu, la solution de l'émigration perd de son attrait aux yeux de la population réunionnaise. Dans le même temps, le nombre des arrivées dans le département ne cesse d'augmenter en raison de la mise en place de la départementalisation et des besoins en main-d'œuvre qualifiée.

Après avoir été constamment négatif de 1954 à 1982, le solde migratoire réunionnais est devenu positif depuis 1982 en raison de la conjugaison de la baisse des départs et de l'augmentation des arrivées. Légèrement positif entre 1982 et 1990 (+ 2 900), le surplus des arrivées sur les départs s'est accentué entre 1990 et 1999 pour atteindre un niveau jamais atteint depuis la départementalisation (+ 16 300 individus).

### Le solde migratoire selon le lieu de naissance

L'approche des soldes intercensitaires globaux résume des mouvements de sens contraire qui se compensent. Les mouvements opposés des natifs de la Réunion qui émigrent vers l'extérieur et des métropolitains et des étrangers<sup>4</sup> qui au contraire immigreront à la Réunion n'apparaissent pas dans le solde

4. Ici, un « métropolitain » ou un « étranger » désigne respectivement un individu « né en métropole » ou « né dans un pays étranger ». De la même manière un « Réunionnais » est considéré comme tel s'il est « né à la Réunion ».

Tableau 2  
Estimation du solde migratoire intercensitaire selon le sexe de 1982 à 1999  
(population née à la Réunion)

	Natifs de la Réunion		
	Hommes	Femmes	Total
Population recensée le 9 mars 1982 (1)	233 557	246 660	480 217
Naissances du 9 mars 1982 au 15 mars 1990 (2)	52 861	51 360	104 221
Décès du 9 mars 1982 au 15 mars 1990 (3)	13 732	10 265	23 997
Population recensée le 15 mars 1990 (4)	263 592	277 118	540 710
Solde migratoire (du 9 mars 1982 au 15 mars 1990) (4)-[(1)+(2)-(3)]	- 9 094	- 10 637	- 19 731
Population recensée le 15 mars 1990 (1)	263 592	277 118	540 710
Naissances du 15 mars 1990 au 8 mars 1999 (2)	61 888	60 241	122 129
Décès du 15 mars 1990 au 8 mars 1999 (3)	16 029	11 890	27 919
Population recensée le 8 mars 1999 (4)	296 098	312 059	608 157
Solde migratoire (du 15 mars 1990 au 8 mars 1999) (4)-[(1) +(2)-(3)]	- 13 353	- 13 411	- 26 763

Source : Recensements de la population et état civil, calculs de l'auteur

migratoire global. Pour mieux comprendre la dynamique des migrations à la Réunion, la distinction entre ces sous-populations est pourtant nécessaire. Il faut pour cela calculer un solde migratoire comme précédemment, en distinguant la population des natifs de la Réunion de celle des personnes nées en dehors de l'île<sup>5</sup>. Dans cette dernière catégorie, nous distinguerons la population née en métropole de celle des personnes nées à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM<sup>6</sup>.

Depuis 1954, le solde migratoire intercensitaire estimé pour les natifs de la Réunion est constamment négatif. Dès le début des années 1960, l'État instaure dans les DOM une politique volontariste d'engagement au départ vers la métropole, principalement pour répondre aux difficultés d'insertion économique de jeunes arrivant en nombre important sur un marché du travail ne pouvant tous les accueillir. Le Bumidom, créé à cette fin, prenait en charge l'organisation des départs. Le maximum de départs a été enregistré au cours de la période 1974-1982, avec en moyenne 6 200 départs de natifs de la Réunion par an (FESTY et HAMON, 1983). Le solde était alors égal à - 48 900.

Au cours de la période 1982-1990 (tabl. 2), avec une moyenne de près de 2 500 départs par an, le nombre de départs de natifs a été divisé par plus de deux par rapport à la période précédente. Cette baisse du nombre des départs est liée à la dégradation de l'image du Bumidom chez les Réunionnais, qui lui reprochaient les difficultés d'insertion sociale et économique que rencontraient les émigrés en métropole. Le changement de la politique d'émigration avec la

5. Voir annexe méthodologique.

6. Une description plus précise de la répartition par nationalité des migrants étrangers et des DOM-TOM sera donnée dans la section suivante.

création de l'ANT et la croissance du chômage en métropole vont également contribuer à réduire le nombre de départs (MARIE et TEMPORAL, 2001).

Entre 1990 et 1999, le solde migratoire des natifs de la Réunion reste négatif et suit à nouveau une tendance à la hausse avec près de 3000 départs annuels. Au début des années 1990, les émeutes du Chaudron<sup>7</sup> vont à nouveau placer le sujet du départ des jeunes au centre des préoccupations. Cette nouvelle incitation au départ vise à réduire le déséquilibre entre l'offre et la demande de travail mais également à prévenir les crises sociales et politiques. Le départ des natifs, encouragé par les décideurs locaux, est alors organisé par l'ANT et le Cnarm (Comité national d'accueil des Réunionnais en métropole) (MARIE et TEMPORAL, 2001).

Le calcul du taux brut d'émigration nette des natifs de la Réunion, qui consiste à rapporter le nombre de départs annuels moyens à la population moyenne de la période, permet de dessiner une évolution relative de l'émigration des natifs sur une période plus longue. On constate que le déficit de la population réunionnaise (fig. 1) s'est accru jusqu'en 1982, avec un taux d'émigration annuel maximal de 13,1 départs pour 1000 habitants entre 1974 et 1982. Ce taux chute fortement à 4,8 départs pour 1000 entre 1982 et 1990 et augmente légèrement entre 1990 et 1999 autour de 5,2 départs pour 1000 personnes. On observe au cours de cette dernière période un rééquilibrage entre les sexes. On a compté autant de départs masculins que féminins, puisque ce sont en moyenne 1 500 hommes et 1 500 femmes qui ont quitté la Réunion chaque année entre 1990 et 1999.

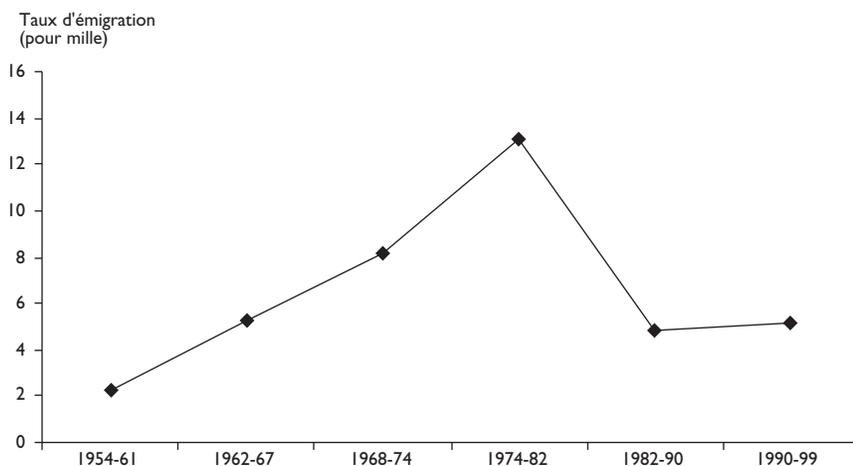


Fig. 1

Évolution du taux brut d'émigration nette des natifs de la Réunion aux recensements.

Sources : Recensements de la population Réunion et métropole. Estimations de FESTY et HAMON (1983) pour 1954-1974 ; Insee pour 1974-1982 ; calculs de l'auteur 1982-1999

7. En février et mars 1991, la Réunion a connu des émeutes (soulèvements, affrontements avec les forces de l'ordre, pillages de magasins) sans précédent, principalement localisées dans le quartier du Chaudron. Une décision du CSA (Conseil supérieur de l'audiovisuel) visant l'arrêt des émissions de Télé Freedom a été le déclencheur de ces événements.

Tableau 3  
Estimation du solde migratoire intercensitaire par sexe (populations nées hors de la Réunion)

	Nés en métropole			Nés à l'étranger ou dans un DOM-TOM		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Population recensée le 9 mars 1982 (1)	11 747	9 523	21 270	7 693	6 618	14 311
Naissances du 9 mars 1982 au 15 mars 1990 (2)	0	0	0	0	0	0
Décès du 9 mars 1982 au 15 mars 1990 (3)	294	81	375	469	290	759
Population recensée le 15 mars 1990 (4)	20 540	16 947	37 487	10 124	9 507	19 631
Solde migratoire (du 9 mars 1982 au 15 mars 1990)	+9 087	+7 505	+16 592	+2 900	+3 179	+6 079
Population recensée le 15 mars 1990 (1)	20 540	16 947	37 487	10 124	9 507	19 631
Naissances du 15 mars 1990 au 8 mars 1999 (2)	0	0	0	0	0	0
Décès du 15 mars 1990 au 8 mars 1999 (3)	619	199	818	742	445	1 187
Population recensée le 8 mars 1999 (4)	34 991	29 570	64 561	15 987	17 475	33 462
Solde migratoire (du 15 mars 1990 au 8 mars 1999)	+15 070	+12 822	+27 892	+6 605	+8 413	+15 018

Sources : Recensements de la population et état civil, calculs de l'auteur

Malgré cette émigration, la population des natifs continue d'augmenter en nombre absolu dans l'île sous l'effet de l'accroissement naturel. Entre 1990 et 1999, la population des natifs de la Réunion a augmenté de 12,5 %. Cependant, la part de la population des natifs de la Réunion dans l'ensemble de la population du département est passée de 90,4 % en 1990 à 86,1 % en 1999, en raison principalement de la hausse des arrivées dans le département de personnes nées hors de la Réunion. Depuis 1982, les départs de Réunionnais sont en effet totalement et largement compensés par les arrivées de personnes nées hors du département (tabl. 3).

Contrairement à la population des natifs de la Réunion, le solde migratoire des personnes nées en dehors de l'île est positif depuis 1954. Entre 1974 et 1982, le solde migratoire des personnes nées hors de la Réunion était égal à + 15 500, soit un gain moyen annuel en personnes extérieures de 2 100 (FESTY et HAMON, 1983). Ce mouvement d'arrivées de personnes nées hors du département s'est considérablement amplifié au cours des dernières périodes intercensitaires : + 22 700 entre 1982 et 1990 et + 42 900 entre 1990 et 1999.

Cette évolution à la hausse du nombre des arrivées est également vérifiée pour les individus nés à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM. Ainsi, entre 1990 et 1999, on compte une moyenne de 1 700 arrivées chaque année contre 800 pour la période 1982-1990. Le solde migratoire des personnes nées à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM a ainsi plus que doublé entre ces deux périodes intercensitaires.

En termes de migration différentielle par sexe, pour les métropolitains, le solde est largement favorable aux hommes, même si l'écart entre les sexes tend à se réduire. On comptait 123 métropolitains pour 100 métropolitaines en 1982 et respectivement 118 pour 100 en 1999. À l'inverse, l'écart des arrivées selon le sexe s'accroît au profit des femmes pour la population des indi-

vidus nés à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM. Dans cette population, si on comptait 116 hommes pour 100 femmes en 1982, le rapport de masculinité s'est inversé en 1999, on compte désormais 91 hommes pour 100 femmes.

L'explication de cette surreprésentation des femmes dans la population née à l'étranger ou dans un DOM-TOM réside dans l'évolution récente du solde migratoire. Le doublement du solde entre les périodes 1982-1990 et 1990-1999 s'explique en partie par l'arrivée d'une population composée majoritairement de migrants féminins en provenance de Mayotte<sup>8</sup> (Insee, 2000). La migration des Mahorais à la Réunion est récente, les informations sur cette population sont rares et il est difficile d'expliquer la place prépondérante de ces jeunes femmes célibataires, souvent accompagnées d'enfants, dans la migration. On peut penser que le niveau de développement économique et social de la Réunion constitue un attrait pour l'ensemble des îles voisines et particulièrement pour les Mahorais qui, en tant que citoyens français, effectuent une migration qui s'apparente à un simple déménagement d'un département à un autre, mais ouvre l'accès à de nouveaux droits (couverture sociale, accès au soin et à l'éducation, etc.).

Le flux d'arrivants nés hors de l'île s'est donc considérablement amplifié au cours des périodes les plus récentes. Le développement considérable du trafic aérien et maritime<sup>9</sup>, la baisse parallèle du prix des billets d'avions, la circulation rapide de l'information à travers les médias sont autant de facteurs qui ont contribué à mieux faire connaître la Réunion à l'extérieur et peuvent expliquer en partie qu'un nombre croissant d'arrivants viennent tenter leur chance dans ce département français d'outre-mer. Par ailleurs, les Réunionnais de métropole et leurs enfants ainsi que l'ensemble des métropolitains qui ont émigré à la Réunion dans le passé sont de plus en plus nombreux, ce qui multiplie d'autant le nombre potentiel des personnes ayant des attaches avec l'île susceptibles de venir ou de revenir à la Réunion. Enfin, malgré un taux de chômage élevé (41,6 % au recensement de 1999), l'île de la Réunion connaît une croissance économique positive et crée de nombreux emplois, ce qui la rend d'autant plus attractive.

La proportion des personnes nées hors de la Réunion dans l'ensemble de la population de l'île ne cesse d'augmenter à chaque recensement. Elle a plus que doublé entre 1982 et 1999 (tabl. 4). En 1999, la population née hors de la Réunion représente 13,9 % de l'ensemble contre 6,9 % en 1982, la part des métropolitains étant respectivement de 9,1 % et 4,1 %. Entre 1982 et 1999, la population nette des personnes nées en métropole a ainsi été multipliée par 3 tandis que celle des personnes nées à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM a été multipliée par 2,3. Au sein de cette dernière catégorie, le fait le plus marquant pour la période 1990-1999 concerne l'évolution de la population des Mahorais à la Réunion dont le nombre a été multiplié par 4 en 9 ans, tout en constatant que les effectifs de départ étaient particulièrement faibles.

8. En 1999, 6 564 individus nés dans un TOM ont été recensés à la Réunion, dont 6 056 Mahorais. Il s'agit d'une population jeune (60 % ont moins de vingt ans) et féminine (61,5 % des plus de 19 ans sont des femmes).

9. En 1999, 1 500 000 mouvements de passagers (arrivées et départs) ont été enregistrés dans les aéroports et au port de la Réunion contre seulement 400 000 en 1982.

Tableau 4  
Population de la Réunion selon le lieu de naissance aux recensements

Lieu de naissance		Oct. 1946	Juil. 1954	Oct. 1961	Oct. 1967	Oct. 1974	Mars 1982	Mars 1990	Mars 1999
Réunion	Nbre	236 069	266 473	337 751	402 315	438 875	479 669	540 618	608 157
	%	97,7	97,3	97,6	96,8	95,1	93,1	90,4	86,1
Hors Réunion	Nbre	5 450	7 349	8 468	13 122	22 801	35 581	57 210	98 023
	%	2,3	2,7	2,4	3,2	4,9	6,9	9,6	13,9
Dont : Métropole	Nbre	818	1 722	3 168	5 664	12 174	21 270	37 516	64 561
	%	0,4	0,6	0,9	1,4	2,6	4,1	6,3	9,1
Autre	Nbre	4 632	5 627	5 300	7 458	10 627	14 311	19 694	33 462
	%	1,9	2,1	1,5	1,8	2,3	2,8	3,3	4,7
<b>Total</b>		<b>241 519</b>	<b>273 822</b>	<b>346 219</b>	<b>415 437</b>	<b>461 676</b>	<b>515 250</b>	<b>597 828</b>	<b>706 180</b>
Lieu de naissance non déclaré		189	548	3 063	1 088	18 476	548	–	–
<b>Ensemble</b>		<b>241 708</b>	<b>274 370</b>	<b>349 282</b>	<b>416 525</b>	<b>480 152</b>	<b>515 798</b>	<b>597 828</b>	<b>706 180</b>

Source : Recensements de la population

Malgré son éloignement de la métropole et son isolement géographique, la Réunion connaît des flux d'arrivées d'une ampleur comparable à l'ensemble des régions métropolitaines (CHEVALIER, 2001 a ; 2001 b). Avec 11 % d'arrivants entre 1990 et 1999 (77 400 individus recensés à la Réunion en 1999 ont déclaré résider hors de l'île en 1990), la Réunion se situe dans la moyenne des régions françaises qui est de 11,6 %. Globalement, la migration participe à hauteur de 15 % à l'accroissement démographique total de la Réunion entre 1990 et 1999. Si l'apport migratoire reste donc modéré en comparaison de l'accroissement naturel, le renversement du solde migratoire et l'augmentation des arrivées tiennent une place importante dans l'opinion publique, principalement en raison de leurs incidences sur le marché de l'emploi. La structure par âge des immigrants, majoritairement actifs, crée des tensions sur un marché de l'emploi saturé et sélectif.

### Le solde migratoire selon l'âge

En l'absence de données d'observation sur le nombre total de départs de la Réunion, nous avons privilégié l'approche de la migration selon l'âge à partir du solde migratoire intercensitaire estimé sur la base des données départementales<sup>10</sup>. Nous retenons le solde par âge concernant la population des 15-65 ans (fig. 2) et nous nous concentrons ainsi sur la population adulte active.

10. Voir annexe méthodologique pour l'explication détaillée de ce choix.

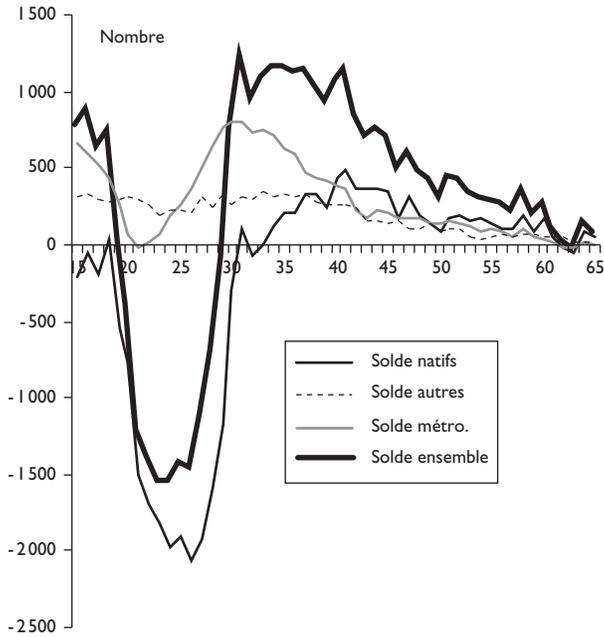


Fig. 2

Solde migratoire selon l'âge et le lieu de naissance entre 1990 et 1999.

Sources : Recensements de la population et état civil, calculs de l'auteur

Pour l'ensemble de la population, on observe que les départs de la Réunion vers l'extérieur concernent principalement les jeunes adultes de 19 à 30 ans, alors que les arrivées se concentrent après 30 ans. Seuls les natifs de la Réunion ont un solde migratoire négatif. Les natifs de la Réunion qui émigrent sont jeunes, entre 18 et 31 ans. Le nombre de départs maximal concerne les jeunes âgés de 26 ans. Après 30 ans, on observe au contraire un solde positif qui correspond au retour dans le département des natifs de la Réunion après avoir émigré. Le nombre des retours augmente jusqu'à 40 ans puis diminue progressivement jusqu'à 60 ans. La légère augmentation du solde après 55 ans pourrait être le résultat du retour dans leur département d'origine de natifs de la Réunion à l'âge de la retraite, les flux restent cependant faibles.

Quel que soit l'âge, le solde des métropolitains est toujours positif. Pour les métropolitains, le surplus des arrivées sur les départs s'accroît fortement à partir de 25 ans pour atteindre un maximum vers 30-31 ans, puis il diminue ensuite faiblement jusqu'à 45 ans. Après cet âge, le solde est modéré, il diminue lentement pour atteindre un niveau quasiment nul à 60 ans. Les effectifs d'immigrants nés en métropole se concentrent entre 30 et 45 ans et, comme en témoigne le solde positif des moins de 20 ans, ils s'installent souvent en famille, accompagnés d'enfants. Le solde atteint un minimum pour les jeunes adultes âgés de 20 à 25 ans. À ces âges, on peut penser qu'un nombre important de jeunes nés en métropole ayant accompagné leurs parents dans la migration quitte la Réunion afin de suivre un cycle d'études supérieures hors de l'île.

Le solde migratoire de la population née à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM est lui aussi positif. Il demeure très étalé de 15 à 38 ans pour diminuer ensuite progressivement jusqu'à 60 ans. Le solde positif des moins de 20 ans indique que cette population est également accompagnée d'enfants ou de jeunes adolescents.

Au niveau de l'ensemble de la population, ces différents mouvements ont pour conséquence de réduire localement la population des jeunes adultes de 20 à 30 ans et au contraire d'augmenter les effectifs des classes d'âges de 30 à 50 ans. Ces migrations, et notamment le départ des jeunes Réunionnais, permettent de réduire les effectifs des jeunes adultes, c'est-à-dire ceux qui sont le plus durement touchés par le chômage.

### Les retours de Réunionnais

Nous analysons ici les retours de Réunionnais entre deux recensements<sup>11</sup>. Parallèlement à l'augmentation de la population des Réunionnais en métropole, le nombre de natifs de la Réunion de retour après avoir émigré ne cesse d'augmenter à chaque recensement (fig. 3). En 1999, on a recensé 23 308 Réunionnais qui ont déclaré résider hors de la Réunion au recensement de 1990, dont 19 796 résidaient en métropole. La part des Réunionnais de retour en provenance de la métropole a diminué entre 1990 et 1999. En effet, en 1999, 85 % des natifs de la Réunion de retour déclaraient résider en métropole au recensement précédent contre 91 % en 1990. Cette baisse illustre le développement des départs de Réunionnais vers une destination autre que la France métropolitaine dans les années les plus récentes. Ainsi, en 1999, 8 % des Réunionnais de retour résidaient à l'étranger hors Union européenne, principalement dans la zone océan Indien, et 6 % résidaient dans un autre DOM-TOM en 1990.

Une majorité de Réunionnais de retour dans leur département est âgée de 30 à 45 ans (fig. 4). Le nombre de retours augmente à partir de 25 ans, pour atteindre un maximum entre 30 et 40 ans et diminuer ensuite fortement jusqu'à 55 ans. Après 55 ans, le nombre de Réunionnais de retour dans l'île est très faible et diminue lentement.

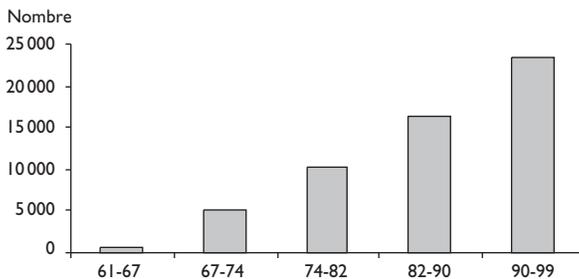


Fig. 3

Évolution du nombre de Réunionnais de retour depuis le recensement précédent.

Source : Recensements de la population

11. Voir annexe méthodologique pour l'explication détaillée de ce choix.

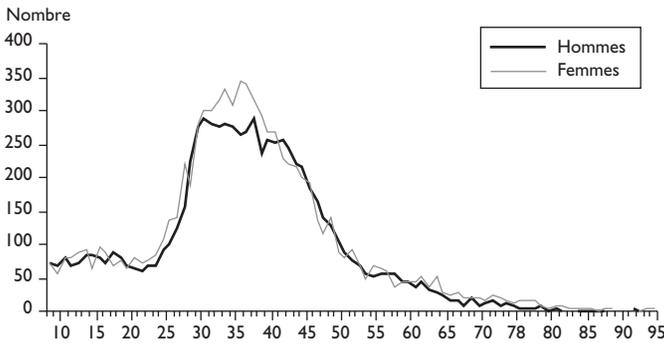


Fig. 4

Répartition par âge des natifs de la Réunion recensés en 1999 dont la résidence antérieure en 1990 n'était pas la Réunion.

Source : Recensement de la population 1999

Parmi les natifs de la Réunion de retour dans le département, 51 % sont des femmes et 49 % des hommes. Entre 30 et 41 ans, le nombre de femmes de retour à la Réunion est légèrement supérieur à celui des hommes. Les natives de la Réunion pourraient être plus nombreuses que les hommes à se rapprocher de leur famille d'origine au moment où elles constituent leur propre famille.

Pour les natifs de la Réunion qui ont migré en métropole, il est possible de calculer un taux de retour se rapportant au nombre de Réunionnais résidant en métropole (tabl. 5). Le taux de retour des Réunionnais de métropole est passé de 22,1 pour mille en 1990 à 23,5 pour mille en 1999. La probabilité pour qu'un natif de la Réunion vienne s'installer dans son département d'origine après une émigration a donc légèrement augmenté au cours de la période la plus récente.

Tableau 5

Estimation du taux de retour des natifs de la Réunion en provenance de la métropole

	1982-1990	1990-1999
Population moyenne des natifs de la Réunion en métropole	84 039	93 470
Nombre de retours de natifs recensés en métropole au recensement précédent	14 833	19 796
Nombre moyen annuel de retours	1 854	2 200
Taux de retour des natifs en provenance de métropole (p. 1000)	22,1	23,5

Source : Recensements de la population 1999, Réunion et métropole, calculs de l'auteur

## Analyse des populations migrantes

Après avoir analysé les principaux mouvements migratoires à la Réunion, nous allons à présent nous intéresser plus précisément aux caractéristiques des migrants comparativement à l'ensemble de la population. Nous distinguerons

pour cela la situation des immigrants à la Réunion (population née hors de la Réunion et y résidant) de celles des émigrants (natifs de la Réunion résidant en métropole).

Nous centrerons l'analyse sur la relation migration/travail et essaierons d'évaluer dans quelle mesure la migration dans un sens ou dans l'autre peut être un atout ou un handicap en terme d'insertion sur le marché de l'emploi. Pour cela, nous étudierons l'activité et l'emploi des immigrants à la Réunion ainsi que ceux des natifs de la Réunion en métropole selon leur lieu de naissance et leur lieu de résidence antérieure.

### Les immigrants à la Réunion

En 1999, 98 023 individus nés en dehors de l'île ont été recensés dans le département (tabl. 6). Parmi l'ensemble de ces immigrants, plus de la moitié (55 %) se sont installés à la Réunion entre 1990 et 1999. Les deux tiers des immigrants sont nés en métropole et 59 % d'entre eux sont arrivés à la Réunion au cours de la dernière période intercensitaire. Après les métropolitains, ce sont les individus nés à l'étranger hors de l'Union européenne qui sont les plus nombreux à être installés dans l'île. L'installation de cette population dans le département est plus ancienne, car l'on ne compte que 41,5 % d'entre eux qui sont arrivés depuis 1990. Les deux tiers de ces immigrants sont nés dans la zone océan Indien, principalement à Madagascar et à Maurice. Les autres personnes nées à l'étranger sont principalement des Français nés dans les

Tableau 6  
Répartition des immigrants à la Réunion selon le lieu de naissance  
et le lieu de résidence antérieure

Lieu de naissance	Ensemble	%	Arrivés depuis 1990	Arrivés depuis 1990 %
<b>en métropole</b>	<b>64 561</b>	<b>65,9</b>	<b>38 224</b>	<b>59,2</b>
<b>dans un DOM</b>	<b>2 550</b>	<b>2,6</b>	<b>583</b>	<b>22,9</b>
<b>dans un TOM</b>	<b>6 564</b>	<b>6,7</b>	<b>4 838</b>	<b>73,7</b>
<i>dont : Mayotte</i>	<i>6 056</i>	<i>6,2</i>	–	–
<b>à l'étranger, dans l'UE</b>	<b>1 499</b>	<b>1,5</b>	<b>946</b>	<b>63,1</b>
<b>à l'étranger, hors l'UE</b>	<b>22 849</b>	<b>23,3</b>	<b>9 474</b>	<b>41,5</b>
<i>dont : Zone océan Indien</i>	<i>16 194</i>	<i>16,5</i>	–	–
Madagascar	10 722	10,9	–	–
Maurice	3 466	3,5	–	–
Comores	2 006	2,0	–	–
<i>dont : Afrique du Nord</i>	<i>2 809</i>	<i>2,9</i>	–	–
<i>dont : Autres</i>	<i>3 846</i>	<i>3,9</i>	–	–
<b>Ensemble</b>	<b>98 023</b>	<b>100,0</b>	<b>54 065</b>	<b>55,2</b>

Source : Recensement de la population 1999

anciennes colonies d'Afrique du Nord venus de la métropole. Leurs caractéristiques sont très proches de celles des métropolitains. Enfin, on recense 6 000 Mahorais dont les trois quarts sont arrivés à la Réunion entre 1990 et 1999. Parmi l'ensemble des immigrants à la Réunion, on peut constater que la très grande majorité vient soit de la métropole et des territoires français d'outre-mer, soit d'anciennes colonies françaises (Madagascar, Comores, Afrique du Nord). Tous ont des liens privilégiés linguistiques, culturels et juridiques avec la France et presque tous possèdent la nationalité française<sup>12</sup>.

### *Une dégradation du marché de l'emploi à la Réunion*

Sous l'effet de la croissance démographique et des changements de comportements, notamment l'augmentation continue de l'activité féminine depuis trente ans, l'effectif de la population active augmente à la Réunion. Entre 1990 et 1999, environ 7 250 personnes supplémentaires sont arrivées chaque année sur le marché du travail. Dans le même temps, ce sont près de 3 000 emplois par an qui ont été créés. En moyenne annuelle, le nombre d'actifs supplémentaires est supérieur d'environ 4 000 au nombre d'emplois nouveaux offerts (Insee, 2003), ce qui entraîne une augmentation du nombre de chômeurs. Ainsi, malgré une croissance de l'emploi soutenue dans les années 1990, les taux d'emploi de la population active n'ont pas augmenté entre 1990 et 1999, puisqu'ils sont respectivement de 37,9 % et 37,2 % (Insee, 2004 a).

Devant cette faible performance sur le long terme du marché de l'emploi à la Réunion, l'organisation de l'émigration de jeunes Réunionnais vers la métropole est souvent apparue comme une solution qui devait permettre de réduire les tensions sur un marché du travail de plus en plus étroit<sup>13</sup>. Au cours de la dernière décennie, la hausse des départs des natifs de la Réunion vers l'extérieur n'a cependant pas suffi à endiguer cette détérioration du marché du travail réunionnais.

Aussi, dans ce contexte difficile, nous avons cherché à mieux comprendre la relation entre migration et emploi, en analysant notamment les taux d'emploi de la population résidant à la Réunion en 1999 selon le lieu de naissance et le lieu de résidence antérieure des individus. Nous analyserons et comparerons les taux d'emploi des individus nés en métropole, nés à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM et de ceux nés à la Réunion. Pour chacune de ces sous-populations, nous utiliserons le critère du lieu de résidence antérieure, qui permet de distinguer les migrants selon qu'ils étaient déjà installés à la Réunion en 1990 ou que leur migration a eu lieu entre 1990 et 1999. Pour les natifs de la Réunion, ceux qui résidaient dans l'île en 1990 sont les natifs « non-migrants », les autres constituent la population des Réunionnais de retour dans le département après avoir connu une migration à l'étranger.

12. La majorité des Malgaches et des Comoriens installés à la Réunion possèdent la double nationalité. Au recensement de 1999, la Réunion dénombrait seulement 3 614 étrangers dans sa population.

13. Dans son approche comparative des facteurs à l'œuvre dans l'évolution économique divergente de la Réunion et de Maurice, notamment du point de vue de l'emploi, I. Widmer décrit les grandes étapes de l'émigration réunionnaise vers la métropole et montre en quoi cette organisation des départs avait pour but de soulager le marché du travail réunionnais confronté à la montée du chômage (WIDMER, 2005).

*La situation des immigrants à la Réunion sur le marché de l'emploi*

Pour les hommes, on constate (fig. 5 a) que quel que soit le lieu de résidence antérieure, ce sont les métropolitains et les personnes nées à l'étranger qui ont les taux d'activité et d'emploi les plus importants. Les taux d'activité sont particulièrement élevés pour la population née à l'étranger, ils varient de 72 à 75 %. La concentration de cette population aux âges les plus actifs (20-60 ans) explique ces taux plus élevés.

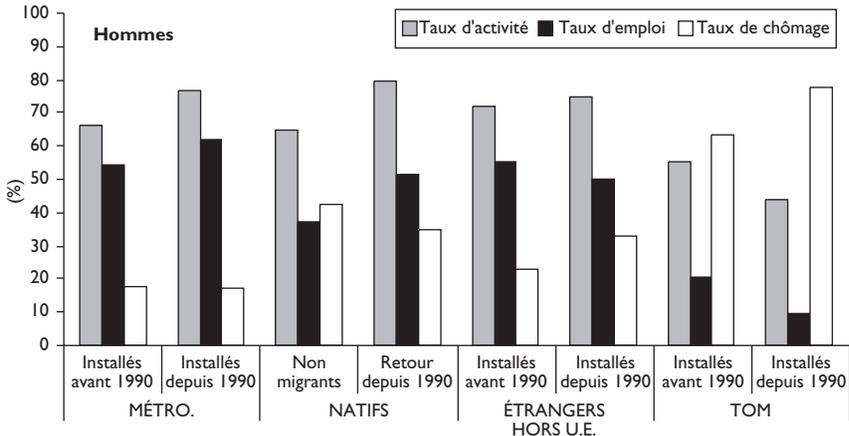


Fig. 5 a  
Taux d'activité, d'emploi et de chômage en 1999 selon le lieu de naissance et le lieu de résidence en 1990 (Hommes).

Sources : Recensement de la population 1999, calculs de l'auteur

Mis à part la population née dans un TOM qui a des taux d'emploi extrêmement faibles, ce sont les natifs de la Réunion qui éprouvent le plus de difficultés pour accéder à l'emploi. Les natifs de la Réunion ont des taux d'emploi toujours inférieurs aux métropolitains, l'écart est de 17 points pour ceux qui résidaient à la Réunion en 1990 et de 10 points pour ceux qui sont arrivés à la Réunion après cette date.

Les natifs de la Réunion de retour dans le département après avoir migré ont des taux d'emploi plus élevés que les natifs non migrants : 51 % des natifs de retour de plus de 15 ans occupent un emploi contre 37 % des natifs non migrants. Plus généralement, les Réunionnais de retour de migration sont plus souvent actifs et moins souvent au chômage que l'ensemble des natifs n'ayant pas migré.

Les métropolitains arrivés à la Réunion après 1990 ont également des taux d'emploi plus favorables que leurs homologues plus anciennement installés dans le département. Les écarts sont cependant moins importants (respectivement 61,7 % et 53,9 %) et leur taux de chômage est identique (17 %). Ainsi, contrairement aux populations nées à l'étranger ou dans un TOM, le fait d'être arrivé à la Réunion après 1990 semble avoir une influence favorable sur l'accès à l'emploi des natifs et, dans une moindre mesure, des métropolitains.

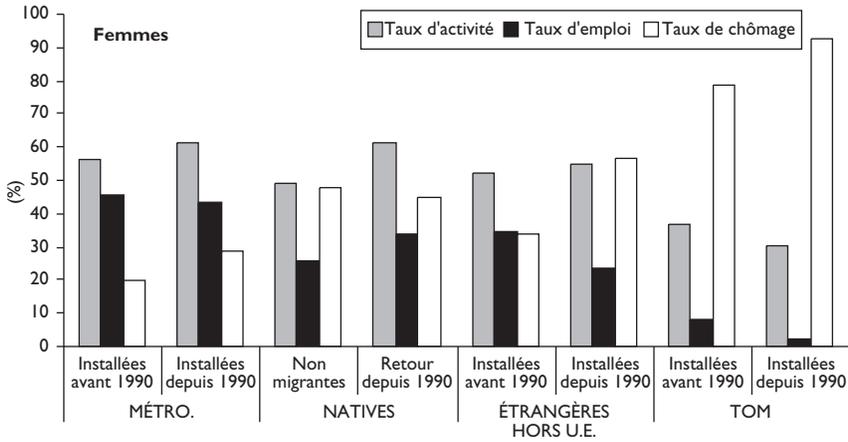


Fig. 5 b  
Taux d'activité, d'emploi et de chômage en 1999 selon le lieu de naissance et le lieu de résidence en 1990 (Femmes).

Sources : Recensement de la Population 1999 ; calculs de l'auteur

Pour les femmes (fig. 5 b), les grandes tendances observées chez les hommes sont identiques avec néanmoins des taux d'activité et d'emploi d'un niveau plus faible. Les natives de la Réunion sont moins actives et occupent moins souvent un emploi que les métropolitaines. L'écart des taux d'emploi est de 20 points pour celles qui résidaient à la Réunion en 1990 et de 10 points pour celles arrivées entre 1990 et 1999.

Le fait d'être de retour de migration semble être un avantage pour les natives de la Réunion : un tiers des Réunionnaises de retour de plus de 15 ans occupent un emploi contre un quart des non-migrantes. Inversement, les femmes nées en métropole arrivées après 1990 occupent moins souvent un emploi que celles qui résidaient déjà à la Réunion avant cette date, et leur taux de chômage est également plus élevé. Enfin, on peut constater que l'accès à l'emploi des femmes nées dans un TOM est particulièrement difficile, notamment pour celles les plus récemment installées parmi lesquelles seules deux femmes de plus de 15 ans sur cent ont un travail. Dans cette population, la grande majorité des femmes qui se portent sur le marché du travail est au chômage.

Globalement, l'origine métropolitaine ou plus généralement le fait d'arriver de métropole<sup>14</sup> semble constituer un atout en terme d'insertion sur le marché de l'emploi à la Réunion. Les métropolitains et les natifs de retour de migration semblent mieux « armés » que les natifs n'ayant pas migré pour rivaliser sur le marché de l'emploi. Notons tout de même que les taux d'emploi sont particulièrement faibles pour toutes les catégories de population et que, dans cette situation difficile, c'est la population de l'île dans son ensemble qui éprouve des difficultés d'insertion.

14. Rappelons que parmi les arrivants à la Réunion entre 1990 et 1999, 85 % des natifs de retour et 92 % des métropolitains résidaient en métropole en 1990.

### Taux d'emploi selon l'âge, le sexe et l'origine

L'accès à l'emploi fluctue selon l'âge des individus, et il convient donc ici d'approfondir cette analyse des taux d'emploi selon le groupe d'âges. Afin d'avoir des effectifs significatifs selon l'âge, nous avons privilégié les mouvements migratoires et les stocks de populations migrantes les plus importants<sup>15</sup>. Nous comparerons donc les taux d'emplois de la population des natifs de la Réunion n'ayant pas migré avec celle des natifs de retour de migration et des individus nés en métropole installés à la Réunion avant et après 1990.

Tout d'abord, chez les hommes comme chez les femmes, la tendance générale des taux d'emploi selon le groupe d'âges est similaire. Les taux d'emploi sont particulièrement faibles chez les plus jeunes et augmentent rapidement jusqu'à 25-30 ans. Dans cette tranche d'âges, ils varient de 48 % à 69 % chez les hommes et de 36 % à 57 % chez les femmes. Après 30 ans, la hausse des taux d'emploi est plus modérée, elle se poursuit pour atteindre un maximum entre 40 et 50 ans, puis amorce une baisse rapide jusqu'à la fin de la vie active.

Pour les hommes (fig. 6 a), on retrouve une différence importante entre les taux d'emploi des natifs de la Réunion et ceux des métropolitains. Les écarts sont limités jusqu'à 30 ans puis se stabilisent ensuite à un niveau élevé. Entre 30 et 50 ans, les taux d'emploi des hommes nés en métropole oscillent de 77 % à 85 %, alors qu'ils varient de 53 % à 62 % chez les natifs de la Réunion, soit une différence supérieure à 20 points selon le lieu de naissance.

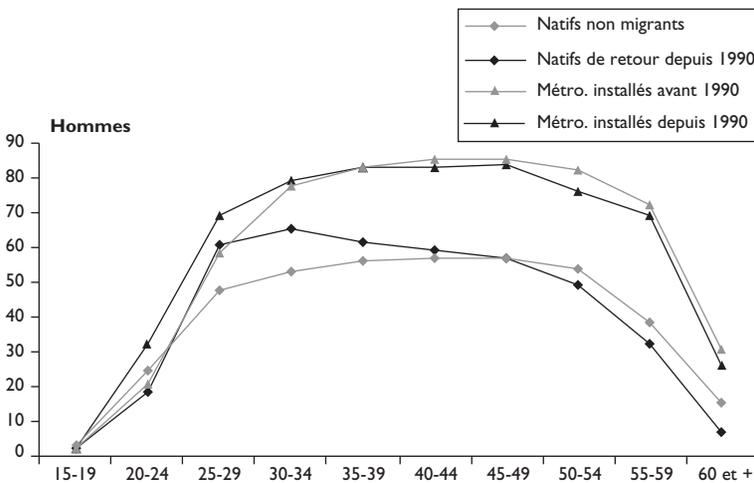


Fig. 6 a

Taux d'emploi selon le groupe d'âges, le lieu de naissance et le lieu de résidence en 1990 (Hommes).

Sources : Recensement de la population 1999, calculs de l'auteur

15. Les métropolitains et les natifs de retours de migration représentent 80 % des 77 400 individus qui se sont installés à la Réunion entre 1990 et 1999. En outre, les deux tiers du stock de la population immigrée à la Réunion sont des individus nés en métropole.

Pour les métropolitains, le lieu de résidence antérieure n'affecte pas les taux d'emploi au-delà de l'âge de 30 ans. Les hommes de ces tranches d'âges nés en métropole et arrivés à la Réunion après 1990 ont des taux d'emploi très proches de ceux installés dans le département depuis plus longtemps. Entre 18 et 30 ans, en revanche, les taux d'emplois des métropolitains sont plus favorables à ceux arrivés récemment qu'à leurs homologues plus anciennement installés dans le département. On peut penser que de nombreux métropolitains arrivent à la Réunion avec un contrat de travail préétabli et qu'ils s'insèrent très rapidement sur le marché du travail.

Les natifs de la Réunion de retour dans le département après 1990 bénéficient de taux d'emploi supérieurs aux natifs n'ayant pas migré. On constate que le bénéfice de la migration en termes d'accès à l'emploi n'est valable que pour les natifs de retour de moins de 40 ans. Après 40 ans, le fait d'être de retour de migration n'est plus un avantage sur le marché du travail, il peut même devenir un handicap en fin de vie active. Entre 25 et 35 ans, âges où les effectifs des Réunionnais de retour sont les plus importants, la situation des natifs de retour est intermédiaire entre celle des métropolitains et celles des natifs n'ayant pas migré. Le retour après une migration est donc un avantage pour les natifs les plus jeunes.

Chez les femmes (fig. 6 b), le taux d'emploi des métropolitaines est supérieur à celui des Réunionnaises. L'écart est limité chez les moins de 25 ans, il s'accroît ensuite et reste constant entre 30 et 50 ans. La différence est maximale entre les métropolitaines les plus anciennement installées à la Réunion et les natives n'ayant pas migré, les taux d'emploi sont alors supérieurs de 30 points pour les métropolitaines de 30 à 50 ans.

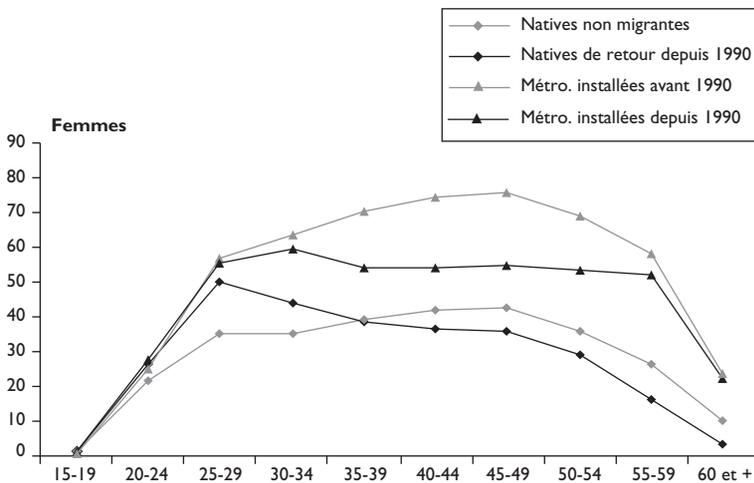


Fig. 6 b

Taux d'emploi selon le groupe d'âges, le lieu de naissance et le lieu de résidence en 1990 (Femmes).

Sources : Recensement de la population 1999, calculs de l'auteur

Les natives de la Réunion de retour de migration ont des taux d'emploi supérieurs aux natives n'ayant pas migré entre 25 et 35 ans. Ainsi, la moitié des Réunionnaises de retour âgées de 25 à 30 ans occupent un emploi contre seulement 35 % des natives du même âge n'ayant pas migré. Dans cette classe d'âges, les natives de la Réunion de retour de migration ont un taux d'emploi proche de celui des métropolitaines (50 % contre 56 %). En revanche, après 35 ans, les natives de retour occupent moins souvent un emploi que les Réunionnaises n'ayant pas migré. Leur moins bonne connaissance du marché de l'emploi local, et notamment l'absence de réseaux professionnels au retour de migration, peut expliquer en partie leurs difficultés d'insertion. Comme pour les natifs masculins, le retour après une migration est donc un avantage s'il a lieu en début de vie active.

Les métropolitaines de plus de 35 ans arrivées dans le département entre 1990 et 1999 occupent moins souvent un emploi que celles dont l'installation est plus ancienne. Entre 40 et 50 ans, les trois quarts des métropolitaines qui résidaient déjà à la Réunion en 1990 occupent un emploi contre un peu plus de la moitié pour celles arrivées après 1990. Dans ce cas précis, on peut penser que le temps passé pour trouver un emploi correspondant à leurs attentes est plus long pour les femmes arrivant de métropole qui connaissent moins bien le marché du travail réunionnais. La nécessité de travailler peut également être moins impérieuse pour les femmes qui accompagnent leur conjoint bénéficiant d'un contrat de travail.

### *Taux d'emploi et niveau de diplôme*

À la Réunion comme ailleurs, l'accès à l'emploi est fortement conditionné par le niveau de diplôme. Il convient donc de compléter cette analyse de l'emploi des populations migrantes et non migrantes selon le diplôme obtenu par les individus.

Dans l'ensemble de la population, les taux d'emploi augmentent régulièrement avec le niveau de diplôme. Pour les hommes, le taux d'emploi des non-diplômés oscille entre 30 % et 35 %, alors qu'il se situe entre 75 % et 85 % pour les titulaires d'un diplôme de second cycle. La différence est encore plus marquée chez les femmes, parmi lesquelles le taux d'emploi des non-diplômées varie de 10 % à 15 % contre 70 % et 85 % pour les plus diplômées. L'accès à l'emploi est donc fortement conditionné par le diplôme de l'individu, les non-diplômés ayant des taux d'emploi particulièrement faibles. Pour les deux sexes, l'avantage observé précédemment des personnes nées en métropole sur les natifs de la Réunion en termes de taux d'emploi est beaucoup moins évident quand on raisonne à diplôme égal.

Pour les hommes (fig. 7 a), on constate que ce sont plutôt les natifs de la Réunion de retour de migration qui bénéficient des taux d'emploi les plus importants. C'est vrai pour les niveaux de diplôme les plus bas (sans diplôme, CEP, BEPC), mais également pour les titulaires d'un baccalauréat général ou technique. Pour les diplômés de l'enseignement supérieur, les taux d'emploi des natifs de la Réunion de retour se confondent avec ceux des métropoli-

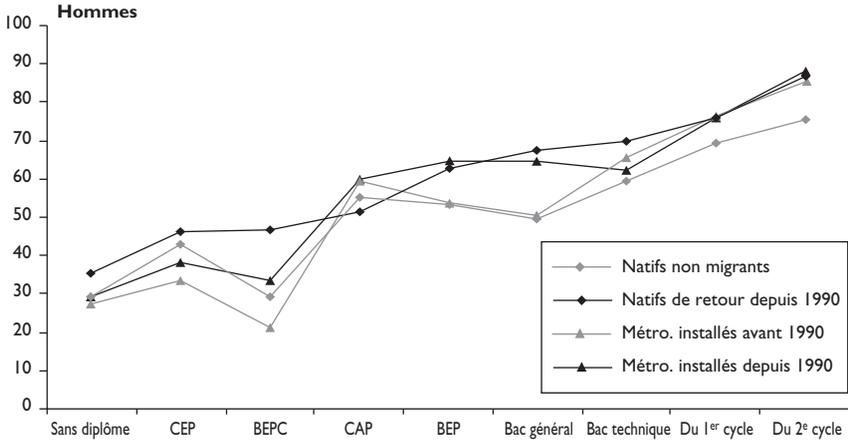


Fig. 7a

Taux d'emploi des 15-60 ans selon le diplôme, le lieu de naissance et le lieu de résidence en 1990 (Hommes).

Source : Recensement de la population 1999, calculs de l'auteur

tains, seuls les natifs de la Réunion n'ayant pas migré ont des taux d'emploi en retrait, mais les écarts restent faibles. À niveau de diplôme égal, cette situation plus défavorable pour les Réunionnais n'ayant pas migré pourrait résulter d'une valorisation par les employeurs des diplômes obtenus hors du département, soit parce que l'enseignement et la formation sont jugés supérieurs à l'extérieur, soit, plus certainement, parce que les besoins en main-d'œuvre se spécialisent et concernent des filières générales, techniques ou professionnelles qui ne sont enseignées qu'en dehors de l'île.

On peut élaborer un raisonnement similaire pour le BEPC, le BEP et le baccalauréat général. Pour ces trois catégories de diplômes, ce sont en effet les natifs et les métropolitains qui résidaient hors de la Réunion en 1990 qui ont les taux d'emploi les plus élevés. L'analyse des taux de chômage de ces différentes populations confirme une insertion légèrement plus difficile pour les individus qui résidaient à la Réunion en 1990. Ici, plus que le lieu de naissance, ce serait le lieu de résidence antérieure, et donc le lieu d'obtention du diplôme pour les plus jeunes, qui influencerait les taux d'emploi. Le fait d'avoir obtenu son diplôme hors de la Réunion pourrait être un atout sur un marché du travail local de plus en plus sélectif.

Les métropolitains déjà installés à la Réunion en 1990 qui ont un niveau de diplôme bas (sans diplôme, CEP, BEPC) semblent éprouver les plus grandes difficultés pour trouver un emploi. Leurs taux d'emploi sont inférieurs à ceux des natifs n'ayant pas migré pour les diplômes les plus bas et égaux pour les BEP et les baccalauréats généraux.

D'une manière générale, les métropolitains qui résidaient déjà à la Réunion en 1990 et les natifs non migrants ont les taux d'emploi les plus faibles.

Pour les femmes (fig. 7 b), l'avantage de l'origine métropolitaine sur le marché de l'emploi doit également être relativisé à diplôme égal. Quel que

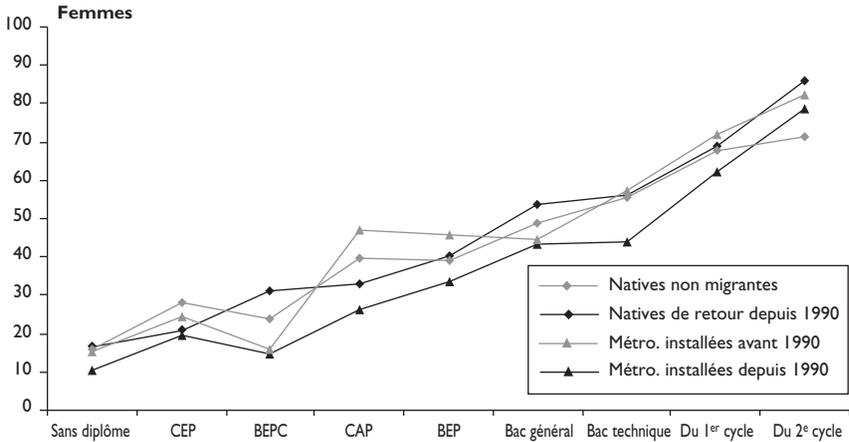


Fig. 7 b

Taux d'emploi des 15-60 ans selon le diplôme, le lieu de naissance et le lieu de résidence antérieure (Femmes).

Source : Recensement de la population 1999, calculs de l'auteur

soit le niveau de diplôme, les métropolitaines arrivées à la Réunion après 1990 ont toujours des taux d'emploi inférieurs aux autres catégories. Le temps passé à chercher un emploi qui corresponde à leurs attentes pourrait expliquer la différence avec les métropolitaines arrivées avant 1990.

Les métropolitaines les plus anciennement installées ont des taux d'emploi plus importants que les natives de la Réunion pour les CAP et les BEP et des taux comparables pour les autres catégories. À partir du niveau bac, les natives de la Réunion de retour de migration ont des taux d'emploi supérieurs ou égaux aux natives non migrantes. Le lieu d'obtention du diplôme peut, comme pour les hommes, expliquer cette différence. Cependant, contrairement aux hommes, l'avantage des natives de retour de migration sur les Réunionnaises n'ayant pas migré est moins évident pour les catégories de diplômes inférieures au bac.

Chez les femmes, l'influence du lieu de naissance et du lieu de résidence antérieure selon le niveau de diplôme semble moins prononcée que chez les hommes et les écarts de taux d'emploi sont plus réduits. Dans la population féminine, des raisons extérieures au niveau de diplôme (grossesses, difficultés de faire garder les enfants, nécessité moins importante de trouver un travail en cas d'emploi du mari) pourraient influencer plus fortement les comportements des femmes à l'égard de l'emploi<sup>16</sup>.

### Vue d'ensemble

Les individus nés en métropole ont des taux d'emploi globalement supérieurs aux natifs de la Réunion. Les Réunionnais de retour de migration occupent également plus souvent un emploi que l'ensemble des natifs n'ayant pas

16. Pour une analyse complète des différences entre les hommes et les femmes en termes d'accès à l'emploi et de comportements démographiques, nous renvoyons le lecteur au dossier « Femmes et hommes à parité ? » (Insee, 2004 b).

migré. Pour les hommes comme pour les femmes, ce constat se vérifie à tous les âges. En revanche, à diplôme égal, l'avantage des populations migrantes est beaucoup moins évident, surtout chez les plus diplômés.

L'approche des taux d'emploi selon le niveau de diplôme de la population a permis de constater que le diplôme à la Réunion conditionne fortement l'accès à l'emploi. Ainsi, les taux d'emploi globalement supérieurs des métropolitains et des Réunionnais de retour peuvent s'expliquer en grande partie par un effet de structure. Ces sous-populations sont en effet beaucoup plus diplômées que la population des natifs n'ayant pas migré (35 % des métropolitains de 15 ans et plus possèdent un diplôme de l'enseignement supérieur contre 12,4 % pour les natifs de retour et 4,7 % pour les natifs n'ayant pas migré). Les taux d'emploi augmentant très fortement avec le niveau de diplôme, un niveau globalement plus élevé peut expliquer l'essentiel de la différence entre ces populations. Aussi, sur un marché de l'emploi particulièrement étroit au regard de l'ensemble de la population active, c'est la population la moins diplômée, c'est-à-dire les natifs de la Réunion n'ayant pas migré, qui éprouve le plus de difficultés d'insertion<sup>17</sup>.

Peut-on alors parler de « concurrence » sur le marché de l'emploi réunionnais entre les métropolitains et les natifs de la Réunion ? Il faut tout d'abord relativiser cette analyse à partir des taux d'emploi et la rapporter aux effectifs de population et d'actifs occupés correspondants. Si, au total, les métropolitains représentent 9 % de l'ensemble de la population de l'île, ils sont 10 % dans la tranche d'âges 20-60 ans, mais seulement 7 % parmi les jeunes de 25-35 ans, classe d'âges particulièrement touchée par les difficultés d'accès à l'emploi. La concurrence est donc relativement moins importante chez les jeunes qui constituent la population la plus touchée par le chômage. En rapportant la population des métropolitains à celle des natifs de la Réunion selon le niveau de diplôme (tabl. 7), on s'aperçoit que c'est pour les diplômés les plus élevés que la concurrence est la plus forte. Pour les non-diplômés, on compte seulement 3 métropolitains pour 100 natifs contre 28 pour 100 pour les titulaires du bac général et 110 pour 100 pour les diplômés les plus élevés. La concurrence entre individus nés en métropole et natifs de la Réunion est minime pour les niveaux de diplômes les plus bas qui, rappelons-le, réunissent les plus importantes proportions de chômeurs et les taux d'emploi les plus faibles.

Plus le niveau de diplôme est élevé et plus la proportion de métropolitains en concurrence avec les natifs de la Réunion s'élève, mais c'est également dans les catégories de diplômes élevés que les écarts de taux d'emploi entre les natifs de la Réunion et les métropolitains sont les moins importants et que le nombre de chômeurs est le plus réduit. Ces analyses mériteraient d'être approfondies à partir d'une étude plus fine de l'emploi des populations migrantes et non migrantes selon les secteurs d'activité, les types d'emplois occupés et les filières des diplômes obtenus par les individus.

17. Les études sur la pauvreté à la Réunion (ALIBAY et FORGEOT, 2006 ; TEMPORAL, 2006) soulignent que le niveau de diplôme a un impact sur les possibilités d'accès à l'emploi et sur la pauvreté. L'absence de qualification réduit les possibilités d'accès à l'emploi et constitue un facteur de risque de pauvreté.

Tableau 7  
Rapport du nombre de métropolitains sur le nombre de Réunionnais  
(population totale et population active occupée) selon le niveau de diplôme

	Nombre de métropolitains pour 100 natifs de la Réunion	
	Actifs occupés	Ensemble de la population
Sans diplôme	3	3
CEP	7	8
BEPC	14	17
CAP	13	12
BEP	15	13
BAC général	29	28
BAC technique	23	23
Diplôme universitaire 1 <sup>er</sup> cycle	53	51
Diplôme universitaire 2 <sup>e</sup> cycle	125	111
Ensemble	18	11
Population + 15 ans	18	11

Sources : Recensement de la population 1999, calculs de l'auteur

### Les émigrants réunionnais en métropole

Il convient à présent de s'intéresser à la situation des émigrants réunionnais. Ne possédant pas d'informations statistiques détaillées sur les natifs de la Réunion vivant à l'étranger, nous nous limiterons ici à l'analyse des caractéristiques des Réunionnais résidant en métropole.

#### *Structure de la population par âge, sexe et répartition géographique*

Les natifs de la Réunion ont des enfants qui naissent en métropole. La population des natifs et de leurs enfants forme ce qu'on appelle la population des « originaires de la Réunion ». En 1999, le nombre d'originaires s'élève à 164 900 individus répartis en 94 585 natifs et 69 332 enfants nés en métropole de père et/ou de mère réunionnais (tabl. 8). La population des natifs résidant sur le territoire métropolitain a connu une augmentation de 3,5 % entre les deux recensements de 1990 et 1999. Cette augmentation quasiment nulle de la population des Réunionnais en métropole (0,3 % par an) est la plus faible enregistrée depuis cinquante ans. Après avoir plus que doublé entre 1975 et 1982, la population des Réunionnais de métropole a connu une croissance qui s'est progressivement ralentie jusqu'à nos jours. Cette faible croissance s'explique par deux facteurs principaux : tout d'abord, par un net ralentissement des installations durables sur le territoire métropolitain, et ensuite par une accélération des retours vers la Réunion (MARIE et TEMPORAL, 2001).

En 1999, parmi l'ensemble des natifs de la Réunion recensés en métropole, 22 600 ont déclaré résider hors du territoire métropolitain en 1990. Les trois quarts des Réunionnais de métropole y résident donc depuis plus de neuf ans. Les Réunionnais nouvellement installés en métropole résidaient quant à eux neuf fois sur dix dans leur DOM d'origine en 1990, les autres vivaient à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM.

Tableau 8  
Population de la Réunion (natifs et originaires) recensée en métropole

	Effectif				Évolution (en %)		
	1975	1982	1990	1999	1975-1982	1982-1990	1990-1999
Natifs de la Réunion	34 985	75 724	91 430	94 585	116	21	3
Originaires de la Réunion	48 500	109 720	150 000	164 900	126	37	10

Sources : Recensements de la population de la France métropolitaine

Tableau 9  
Structure par sexe des natifs de la Réunion en métropole en 1999

	1975		1982		1990		1999	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Natifs de la Réunion	17 855	17 130	36 668	39 056	42 826	49 528	44 133	50 452
Ensemble	34 985		75 724		92 354		94 585	
Rapport de masculinité	104,2		93,9		86,5		87,5	

Sources : Recensements de la population de la France métropolitaine

Depuis le recensement de 1982, les Réunionnaises installées en métropole sont plus nombreuses que les hommes. Cet écart entre les sexes (tabl. 9) s'est amplifié jusqu'en 1990, où l'on comptait un minimum de 86 hommes pour 100 femmes. Il s'est très légèrement réduit en 1999 où l'on a recensé 87 Réunionnais pour 100 Réunionnaises en métropole. Cette surreprésentation générale des femmes en métropole ne s'explique pas par des flux au départ de la Réunion plus importants. Autant d'hommes que de femmes sont partis en métropole au cours de la dernière décennie. L'explication réside plutôt dans une installation plus durable des femmes que des hommes sur le lieu de migration. Les natives de la Réunion en métropole sont plus nombreuses que les hommes à être installées en couple avec un conjoint non originaire de la Réunion<sup>18</sup> (TEMPORAL, 2002), ce qui peut expliquer qu'elles restent plus durablement sur le lieu de migration.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à tous les âges de la vie (fig. 8), seule la tranche des 10-29 ans compte un nombre plus élevé de garçons. L'importance des flux migratoires masculins liés au service militaire<sup>19</sup> dans la tranche d'âges 15-29 ans peut expliquer cette surreprésentation temporaire des hommes, l'essentiel de ces effectifs masculins optant pour un retour à la Réunion dès la fin de leur service national (BOUSQUET, 2001).

18. En 1999, sur l'ensemble des couples de métropole dont l'un au moins des conjoints est originaire de la Réunion, 46 % unissent une Réunionnaise et un métropolitain, 35 % un Réunionnais et une métropolitaine, tandis que 17 % unissent deux natifs de la Réunion.

19. Le service militaire a pendant longtemps été la première cause du départ des natifs de la Réunion qui sont revenus s'installer dans leur département vers la métropole. En 1997, 36 % des migrants de retour dans l'île après avoir effectué un séjour de plus de six mois étaient partis pour accomplir leurs obligations militaires. La réforme du service militaire a entraîné une réduction des effectifs des appelés nés à la Réunion dès 1997. Avec la fin du service militaire disparaît un courant de migration important entre la Réunion et la métropole qui peut contribuer à réduire globalement les départs des Réunionnais (BOUSQUET, 2001).

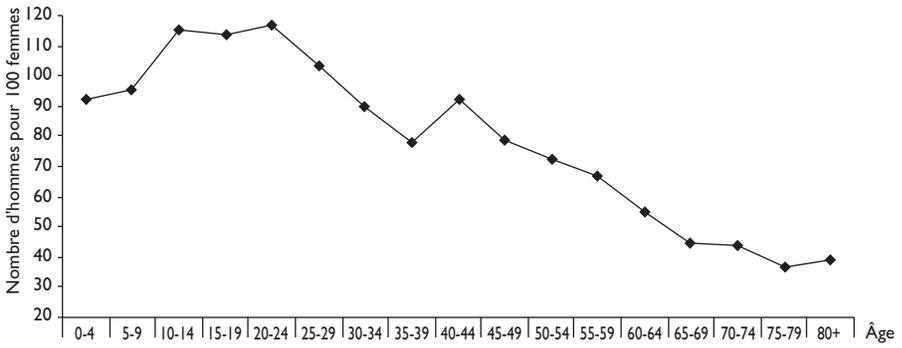


Fig. 8

Nombre d'hommes pour 100 femmes parmi les natifs de la Réunion résidant en métropole en 1999.  
Sources : Recensement de la population 1999, France métropolitaine calculs de l'auteur

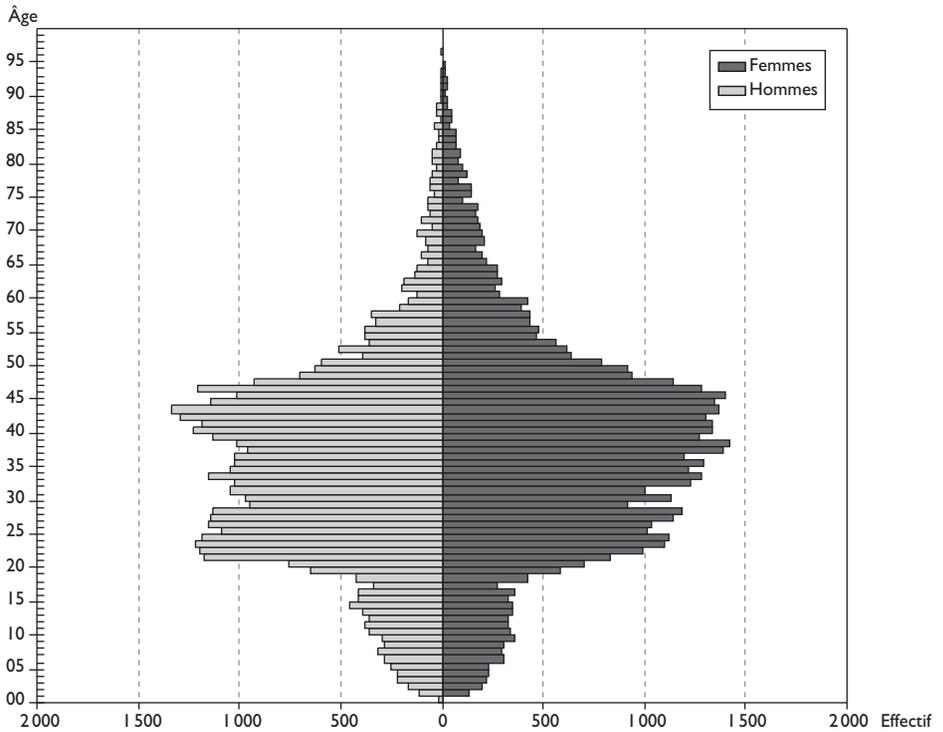


Fig. 9

Pyramide des âges des natifs de la Réunion en métropole en 1999.  
Sources : Recensement de la population 1999, France métropolitaine calculs de l'auteur

La structure par âges des natifs de la Réunion en métropole est caractéristique d'une population marquée par les migrations de travail. On y compte peu de jeunes et de personnes âgées mais une majorité d'actifs de 20 à 60 ans (fig. 9). La base réduite de la pyramide signifie que très peu d'enfants accompagnent leurs parents dans leur migration, la migration de familles déjà cons-

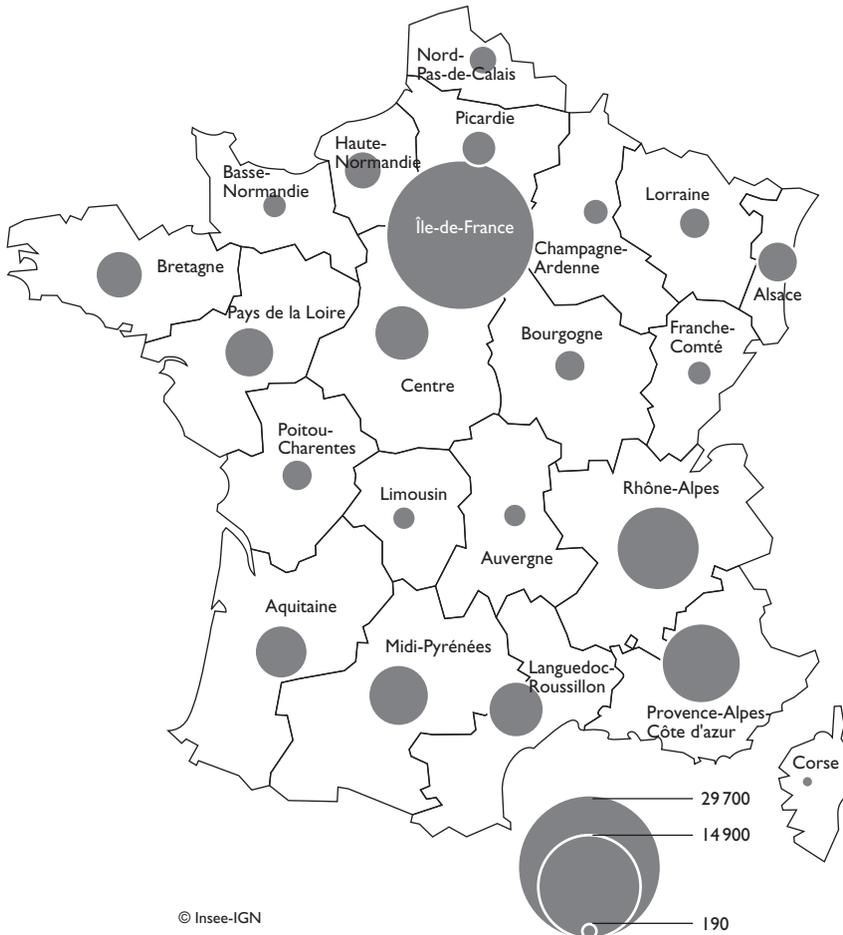


Fig. 10  
Répartition des natifs de la Réunion en métropole selon les régions en 1999.  
Sources : Recensement de la population 1999, France métropolitaine

tituées semble assez peu répandue (TEMPORAL, 2002). Les jeunes natifs de moins de 19 ans sont ainsi très faiblement représentés puisqu'ils ne forment que 13 % de la population des Réunionnais de métropole contre plus de 36 % pour la population recensée à la Réunion. La grande majorité des natifs de la Réunion en métropole est donc en âge de travailler, 80 % sont âgés de 20 à 60 ans contre 54 % pour l'ensemble de la population vivant à la Réunion. Enfin, le sommet étroit de la pyramide montre que l'on compte très peu de Réunionnais âgés sur le territoire métropolitain, les plus de 60 ans représentent à peine 7 % de l'ensemble contre 10 % à la Réunion.

Contrairement aux Antillais qui sont concentrés dans la région Ile-de-France, les Réunionnais se répartissent de façon plus homogène sur l'ensemble du territoire métropolitain (fig. 10), principalement dans les grands bassins d'emploi. Environ un tiers d'entre eux (29 700) vit dans la région Ile-de-France.

Les autres régions d'accueil importantes se situent dans le sud de la métropole, Rhône-Alpes, PACA et Midi-Pyrénées, qui accueillent respectivement 11 %, 9 % et 6 % des Réunionnais de métropole. Cette répartition géographique correspond d'ailleurs à celles déjà observées en 1982 et en 1990. Cela n'est pas surprenant, car les nouveaux arrivants bénéficient désormais des réseaux existants qui favorisent une bonne installation. Néanmoins, les régions Ile-de-France et Rhône-Alpes deviennent moins attractives en 1999 et ce sont les zones limitrophes comme les régions Centre et PACA qui voient la population des natifs de la Réunion augmenter. À l'autre extrême, ce sont les régions Corse, Franche-Comté, Auvergne et Limousin qui comptent le moins de natifs (TEMPORAL, 2002).

**La situation des Réunionnais de métropole sur le marché de l'emploi**

Nous avons vu que le fait d'avoir migré pouvait être un atout pour les Réunionnais de retour sur le marché du travail à la Réunion, qu'en est-il de la situation des migrants sur le lieu de migration ? Les natifs de la Réunion en métropole ont des taux d'activité et d'emploi supérieurs à l'ensemble de la population métropolitaine (fig. 11). Le fait qu'ils soient concentrés aux âges les plus actifs explique cette situation. Le nombre d'inactifs retraités est en effet nettement moins élevé chez les natifs de la Réunion que pour l'ensemble de la population métropolitaine. Au total, près des trois quarts des Réunionnais et plus de la moitié des Réunionnaises qui sont partis en métropole avant 1990 occupent un emploi. Ensemble, ils ont des taux d'emploi et d'activité plus élevés que les migrants de la période 1990-1999. Pour ces derniers, dont l'installation est plus récente, l'accès à l'emploi semble plus difficile.

Pour les deux sexes, on constate que le taux de chômage des Réunionnais qui sont partis en métropole avant 1990 est très proche de celui de l'ensemble des

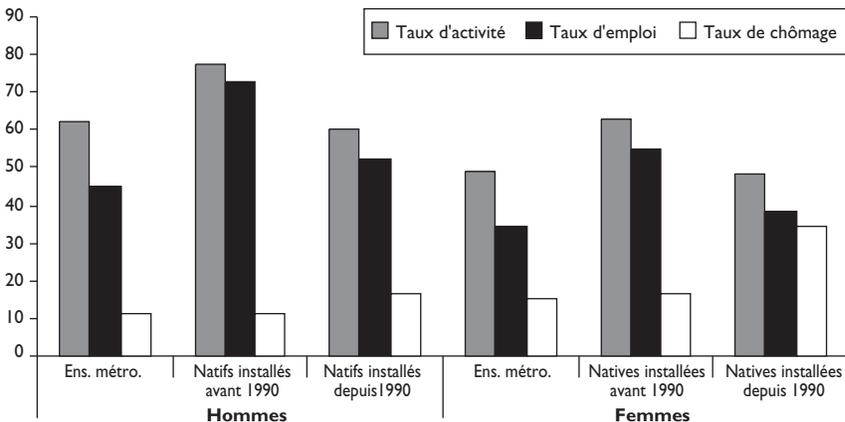


Fig. 11

Taux d'activité, d'emploi et de chômage des natifs de la Réunion en métropole en 1999 selon le sexe et le lieu de résidence en 1990.

Sources : Recensement de la population 1999, France métropolitaine, calculs de l'auteur

métropolitains. La situation est un peu plus difficile pour les migrants réunionnais les plus récents et particulièrement pour les femmes, puisque près de 35 % des natives de la Réunion qui sont parties en métropole entre 1990 et 1999 sont chômeuses contre 15 % de l'ensemble des femmes de métropole.

### Taux d'emploi selon l'âge

Afin d'éliminer l'effet de structure, il convient d'approfondir cette comparaison des taux d'emploi en raisonnant à âge égal. Pour les hommes (fig. 12 a), les natifs de la Réunion qui résidaient déjà en métropole en 1990 ont des taux d'emploi identiques aux métropolitains de même âge. La différence de taux d'emploi entre les Réunionnais partis en métropole avant 1990 et les natifs de la Réunion non migrants est très marquée. L'écart des taux d'emploi est supérieur de 30 points pour l'ensemble des 30-55 ans. À ces âges, les taux d'emploi des Réunionnais qui résident depuis plus de neuf ans en métropole varient de 84 % à 89 %, c'est-à-dire qu'ils sont donc supérieurs à ceux des métropolitains installés à la Réunion.

La situation semble par contre plus difficile pour les Réunionnais qui ont migré en métropole entre 1990 et 1999. Leurs taux d'emplois sont inférieurs à l'ensemble des métropolitains et aux natifs de la Réunion installés depuis plus longtemps en métropole. L'écart est limité pour les plus jeunes, comme chez les 20-30 ans où la différence de taux d'emploi n'est que de 6 points. Après 30 ans, en revanche, l'écart s'amplifie, indiquant qu'ils éprouvent plus de difficultés pour accéder à l'emploi. Ainsi, pour les 40-45 ans, l'écart avec l'ensemble des métropolitains et des Réunionnais plus anciennement installés

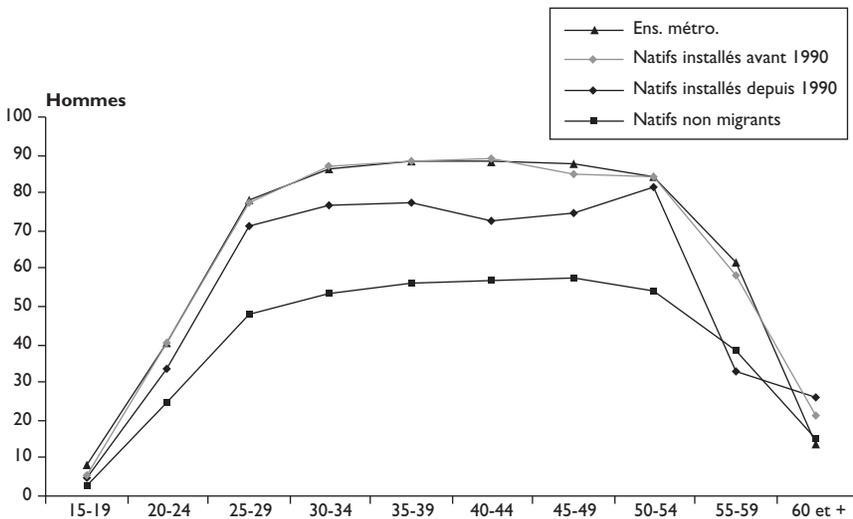


Fig. 12 a

Taux d'emploi selon le groupe d'âges, le lieu de naissance et le lieu de résidence en 1990 (Hommes).

Sources : Recensement de la population 1999, France métropolitaine, calculs de l'auteur

est de 16 points. L'installation récente de cette population, leur moindre connaissance du marché du travail et l'absence de réseaux professionnels, à défaut de réseaux interpersonnels, peuvent expliquer un accès à l'emploi globalement plus faible pour ces Réunionnais ayant migré entre 1990 et 1999. Cependant, cette différence constatée avec l'ensemble de la métropole ne doit pas faire oublier que les Réunionnais qui ont quitté leur département au cours de la dernière décennie occupent beaucoup plus souvent un emploi que les natifs de la Réunion qui n'ont pas migré.

Pour les femmes (fig. 12 b), le taux d'emploi des natives de la Réunion installées en métropole avant 1990 est également très proche de celui des métropolitaines du même âge. Les Réunionnaises de 25 à 40 ans occupent cependant moins souvent un emploi que l'ensemble des femmes métropolitaines, mais les écarts restent limités.

La situation des Réunionnaises récemment installées en métropole semble également plus difficile. Leurs taux d'emploi sont toujours inférieurs à ceux des métropolitaines et des Réunionnaises qui ont migré avant 1990. Ce moindre accès à l'emploi se vérifie particulièrement pour les femmes âgées de 35 à 45 ans. Ces dernières ont des taux d'emploi beaucoup plus proches de ceux observés à la Réunion qu'en métropole. Dans ce groupe d'âges, seulement 42 % des Réunionnaises arrivées en métropole depuis 1990 occupent un emploi contre plus de 75 % pour les natives de la Réunion dont la migration est plus ancienne. Pour les plus jeunes, la différence selon la résidence antérieure est moins nette. Les natives âgées de 25 à 35 ans arrivées après 1990 ont une situation intermédiaire entre les métropolitaines et les non-migrantes. Ainsi, pour la période 1990-1999, le départ pour la métropole semble être d'autant plus bénéfique en terme d'accès à l'emploi qu'il se fait jeune.

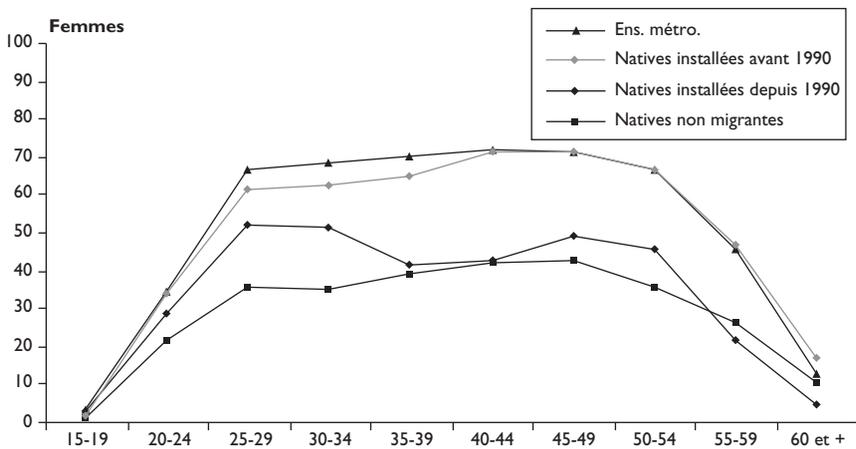


Fig. 12 b

Taux d'emploi selon le groupe d'âges, le lieu de naissance et le lieu de résidence en 1990 (Femmes).

Sources : Recensement de la population 1999, France métropolitaine, calculs de l'auteur

### Taux d'emploi selon le niveau de diplôme

Globalement, le taux d'emploi des hommes et des femmes augmente au fur et à mesure que le niveau de diplôme s'élève. On observe cependant (fig. 13 a et 13 b) des taux d'emploi inférieurs chez les bacheliers et les diplômés de l'enseignement supérieur. Ces taux d'emploi moins élevés pour ces catégories n'indiquent pas systématiquement des difficultés plus grandes d'accès à l'emploi. Il faut ici prendre en considération le fait que de nombreux titulaires du bac ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur sont toujours en cours d'études au moment du recensement et ne se portent donc pas candidats sur le marché du travail. Ce constat est particulièrement vrai pour la population des natifs de la Réunion partie en métropole entre 1990 et 1999, car elle est plus jeune que les autres. Afin d'examiner plus en détail l'accès à l'emploi de ces catégories, nous présenterons les taux de chômage selon le diplôme à chaque fois que cela sera nécessaire.

Pour les hommes (fig. 13 a), on constate que les Réunionnais qui ont migré en métropole avant 1990 ont des taux d'emploi globalement supérieurs aux migrants les plus récents et aux non-migrants. L'écart est cependant limité avec les plus diplômés non migrants, signe que les taux d'emploi des plus diplômés à la Réunion sont élevés. Pour les détenteurs de diplômes inférieurs au bac, les natifs de la Réunion qui ont migré en métropole entre 1990 et 1999 connaissent une situation intermédiaire entre ceux qui ont migré avant 1990 et les non-migrants. Globalement, l'ensemble des natifs migrants qui ont un diplôme inférieur ou égal au BEP occupent plus souvent un emploi en métropole que ceux restés à la Réunion.

À partir du baccalauréat, la situation est plus contrastée. Les natifs de la Réunion qui se sont installés en métropole au cours de la période 1990-1999

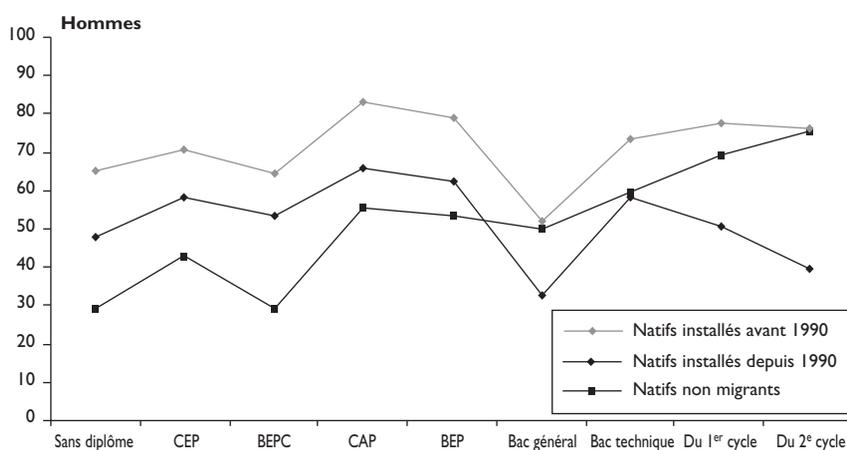


Fig. 13 a

Taux d'emploi selon le diplôme, le lieu de naissance et le lieu de résidence en 1990 (Hommes).

Sources : Recensement de la population 1999, France métropolitaine, calculs de l'auteur

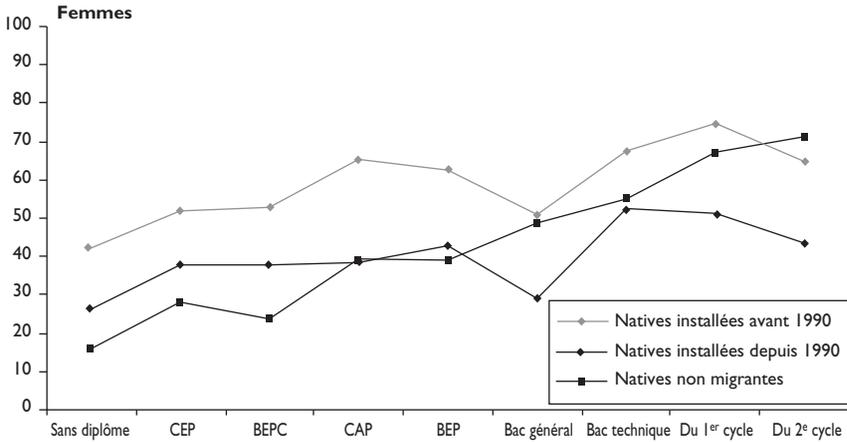


Fig. 13 b  
Taux d'emploi selon le diplôme, le lieu de naissance et le lieu de résidence en 1990 (Femmes).

Sources : Recensement de la population 1999, France métropolitaine, calculs de l'auteur

ont des taux d'emploi inférieurs aux Réunionnais non migrants parce qu'ils suivent plus souvent des études et occupent donc moins souvent des emplois que les natifs restés à la Réunion. L'analyse des taux de chômage des bacheliers confirme cette situation. Seulement 12 % des titulaires du bac récemment arrivés en métropole déclarent être au chômage contre 20 % pour les natifs non migrants à la Réunion. Le moindre taux d'emploi observé n'indique donc pas ici un accès à l'emploi plus difficile en métropole. Pour les plus diplômés, la situation est similaire, les natifs partis en métropole suivent effectivement plus souvent des études que ceux restés à la Réunion. Cependant, le taux de chômage des titulaires d'un diplôme de second cycle est plus élevé chez ceux qui sont partis en métropole entre 1990 et 1999 que chez ceux restés à la Réunion (respectivement 8,3 % et 6,7 %). Pour les migrants les plus récents et les plus diplômés, la concurrence sur le marché du travail est plus forte en métropole qu'à la Réunion et explique des taux d'emploi inférieurs à ceux des natifs non migrants, qui sont très peu touchés par le chômage à ce niveau de diplôme.

On observe globalement les mêmes tendances chez les femmes (fig. 13 b). Pour les niveaux de diplômes inférieurs au bac, les Réunionnaises de métropole occupent plus souvent un emploi que les non-migrantes. Les Réunionnaises parties en métropole au cours de la dernière décennie connaissent une situation intermédiaire entre les migrantes plus anciennes et les natives de la Réunion n'ayant pas migré.

À partir du baccalauréat, l'écart des taux d'emploi entre les Réunionnaises installées avant 1990 en métropole et les non-migrantes se réduit. Le taux d'emploi des non-migrantes est même plus élevé pour les titulaires d'un diplôme de second cycle de l'enseignement supérieur. On peut avancer comme explication une concurrence plus forte avec les métropolitaines pour

les migrantes et au contraire des opportunités plus nombreuses à la Réunion pour les plus diplômées n'ayant pas migré. Après le bac, les natives de la Réunion parties en métropole entre 1990 et 1999 ont toujours des taux d'emploi inférieurs aux migrantes plus anciennement installées et aux non-migrantes. Là encore, de nombreuses migrantes de métropole d'un niveau supérieur au bac poursuivent des études, ce qui explique des taux d'emploi plus faibles. Cependant, quand on s'intéresse au taux de chômage des Réunionnaises les plus diplômées à la Réunion et en métropole, on constate qu'ils sont toujours moins élevés chez les non-migrantes. Pour les migrantes de la période 1990-99, 29 % des bachelières et 14 % des titulaires d'un diplôme de second cycle déclarent être au chômage contre respectivement 23 % et 8 % pour les non-migrantes et 15 % et 12 % pour les natives ayant migré avant 1990. Plus qu'à la Réunion, les migrantes les plus diplômées éprouvent des difficultés d'insertion sur le marché du travail métropolitain.

### *Vue d'ensemble*

Les natifs de la Réunion qui résident en métropole ont des taux d'emploi globalement supérieurs à l'ensemble des Réunionnais n'ayant pas migré. Les Réunionnais qui ont migré avant les années 1990 sont bien insérés sur le marché de l'emploi, leurs caractéristiques sont très proches de celles de l'ensemble des métropolitains. Les natifs de la Réunion qui ont migré en métropole entre 1990 et 1999 éprouvent plus de difficultés d'insertion, mais leur arrivée plus récente et leur moins bonne connaissance du marché de l'emploi peut expliquer l'essentiel de cette différence. À tous les âges, les migrants de métropole occupent plus souvent un emploi que les natifs restés à la Réunion. Cependant, pour la période 1990-1999, le bénéfice de la migration en métropole en terme d'accès à l'emploi se vérifie surtout pour les plus jeunes et pour les moins diplômés. Les migrants plus âgés et les titulaires d'un diplôme supérieur ou égal au bac semblent rentrer plus souvent en concurrence avec les métropolitains sur le marché du travail.

## Conclusion

Après avoir été un département d'émigration jusqu'à la fin des années 1970, la Réunion accueille à présent plus de gens qu'elle n'en voit partir. Cette différence entre les arrivées et les départs contribue à augmenter le nombre d'actifs, ce qui crée des tensions sur un marché du travail au dynamisme insuffisant.

Dans ce contexte, toutes les populations ne tirent pas les mêmes avantages de la migration. Les natifs de la Réunion de retour dans leur département après avoir migré et les individus nés en métropole venus s'installer à la Réunion ont un niveau d'étude élevé qui leur permet de bien s'insérer sur un marché du travail réunionnais demandant de plus en plus de qualifications. À l'inverse,

les populations de l'océan Indien et les natifs de la Réunion ayant un niveau de diplôme plus bas connaissent une insertion difficile et occupent moins souvent un emploi.

C'est sans doute pourquoi les autorités publiques misent sur l'enseignement supérieur, que ce soit localement à l'université de la Réunion ou bien par la création d'un programme de mobilité, relayé par l'ANT et le Cnarm, destiné à aider les jeunes souhaitant suivre des études en métropole ou à l'étranger. Ces programmes sont encore récents et il est trop tôt pour en mesurer les effets. Cependant, ils apportent une nouveauté par rapport aux grands programmes de mobilité des décennies 1960 et 1970, puisqu'ils se placent dans la perspective d'un retour profitable et non pas d'une émigration de longue durée, voire définitive.

Le récent débat sur le thème de la « préférence régionale », qui a largement été relayé par la presse locale, illustre le rôle central qu'occupent ces questions de migration et d'emploi dans l'opinion publique. Afin de mieux évaluer cette relation entre migration et emploi, et surtout de mesurer l'impact de l'immigration sur l'ensemble du marché du travail à la Réunion, il conviendrait d'approfondir cette première approche à partir d'une analyse plus fine de l'offre et de la demande d'emploi à la Réunion selon le secteur d'activité, le type d'emploi occupé, la position professionnelle, les niveaux et les filières d'études des populations migrantes et non migrantes. Il faudrait également dépasser cette approche à partir des taux d'emploi et s'intéresser aux effectifs respectifs d'actifs occupés et de chômeurs des populations migrantes et non migrantes.

## Bibliographie

**ALIBAY N., FORGEOT G.,**

2006 – Pauvres à moins de 5000 euros par an. Insee, *Économie de la Réunion*, 126 : 6-9.

**ALLOITEAU R.,**

2002 – Le trafic aérien de passagers : un doublement depuis 1990. Insee, *Économie de la Réunion*, 114 : 5.

**BOUSQUET O.,**

2001 – Migrants de retour : les appelés ne prolongent guère leur séjour. Insee, *Économie de la Réunion*, 109 : 20-21.

**CEDIEY E.,**

1994 – Océan indien : la moitié du trafic aérien de Gillot concerne l'Océan Indien. Insee, *Économie de la Réunion*, 71 : 20-21.

**CHEVALIER F.,**

2001 a – Migrations : la nouvelle vague reste d'une ampleur modérée. Insee, *Économie de la Réunion*, 107 : 24-26.

**CHEVALIER F.,**

2001 b – « Migrations, une nouvelle vague d'arrivants ». In : Les actes des *Journées de la Démographie*, 21-23 novembre, département de la Réunion.

**COLLIEZ J.-P.,**

1991 – La migration : croissance du courant issu de l'hexagone. Insee, *Économie de la Réunion*, 53 : 22-28.

**FESTY P., HAMON C.,**

1983 – *Croissance et révolution*

démographiques à la Réunion.

Ined, Travaux et documents,  
Cahier n° 100, 116 p.

**HAUTCOEUR J.-C.,**

1992 – Migrations : un emploi pour les hommes, le mariage pour les femmes. Insee, *Économie de la Réunion*, 62 : 2-5.

**HAUTCOEUR J.-C.,**

1993 a – Réunionnais de retour : les retours tardifs paraissent plus difficiles. Insee, *Économie de la Réunion*, 64 : 12-14.

**HAUTCOEUR J.-C.,**

1993 b – Mobilité : un emploi au bout du voyage. Insee, *Économie de la Réunion*, 68 : 16-17.

**HAUTCOEUR J.-C.,**

1994 – La mobilité s'appuie d'abord sur les réseaux familiaux. Insee, *Économie de la Réunion*, 73 : 8-11.

**INSEE,**

1987 a – *Économie de la Réunion*, n° 29, « Spécial migration » première partie.

**INSEE,**

1987 b – *Économie de la Réunion*, n° 31, « Spécial migration » deuxième partie.

**INSEE,**

2001 – Les Mahorais vivant à la Réunion en 1999. *Insee Infos n° 12*, Insee Mayotte, septembre 2001.

**INSEE,**

2003 – *Tableau économique de la Réunion (TER) 2003-2004*. Insee-Réunion, 210 p.

**INSEE,**

2004 a – *Tableau économique de la Réunion (TER) 2004-2005*. Insee-Réunion, 219 p.

**INSEE,**

2004 b – Dossier : Femmes et hommes à parité ? Insee, *Économie de la Réunion*, 122 : 9-23.

**LARDOUX J.-M.,**

2004 a – Le trafic aérien de passagers : le record de l'année 2000 enfin dépassé en 2003. Insee, *Économie de la Réunion*, 119 : 8-10.

**LARDOUX J.-M.,**

2004 b – Estimer les migrations à partir des flux de passagers. Insee, *Économie de la Réunion*, 120 : 8-10.

**MARIE C. V.,**

1993 – Les populations des DOM-TOM, nées et originaires, résidant en France métropolitaine. *INSEE Résultats*, n° 232, Recensement de la population 1990, Résultats du sondage au quart.

**MARIE C. V.,**

2001 – « Les heurs et malheurs du retour des migrants réunionnais ». In : *Les actes des Journées de la Démographie*, 21-23 novembre, Département de la Réunion.

**MARIE C.-V., CHEVALIER F.,**

2001 – Migrants de retour : entre promotion et précarité. Insee, *Économie de la Réunion*, 109 : 15-17.

**MARIE C.-V., TEMPORAL F.,**

2001 – Migrants de retour : une émigration très encadrée par les institutions. Insee, *Économie de la Réunion*, 109 : 12-14.

**MEKKAOUI J.,**

2001 – Migrants de retour : à qualification égale peu d'avantages pour les migrants. Insee, *Économie de la Réunion*, 109 : 18-19.

**TEMPORAL F.,**

2002 – Réunionnais en métropole : mieux formés, mieux intégrés. Insee, *Économie de la Réunion*, 112 : 23-25.

**TEMPORAL F.,**

2006 – « Synthèse des études existantes sur la pauvreté à La Réunion ». In : *Les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2005-2006*, ONPES : 465-510.

**WIDMER I.,**

1999 – Le profil des migrants. Insee, *Économie de la Réunion*, 99 : 23-24.

**WIDMER I.,**

2005 – *La Réunion et Maurice*. Ined, Travaux et Documents, Cahier n° 155, 291 p.

## Annexe : note méthodologique sur la mesure des migrations

### **Le critère du lieu de naissance**

Dans cette étude, c'est le critère du lieu de naissance qui définit la population immigrante établie à la Réunion. Cette dernière comprend donc les personnes nées en dehors de l'île et y résidant. Appliqué aussi à la détermination des émigrants, ce critère du lieu de naissance reste commode pour la statistique mais il est réducteur sur certains aspects, ce qui appelle quelques remarques et précisions.

Tout d'abord, un enfant de Réunionnais né en métropole sera compté comme métropolitain ou plus exactement comme personne née en métropole. À l'inverse, un enfant né à la Réunion d'un couple dont les deux parents sont nés en métropole sera compté comme Réunionnais. Ces cas, qui étaient marginaux auparavant, pouvaient être négligés. Avec l'intensification des échanges, ils deviennent plus fréquents et il faut en tenir compte dans les analyses.

Le critère du lieu de naissance n'entre pas habituellement dans la définition des populations migrantes. Il permet seulement de mieux les analyser et d'isoler, même de façon imparfaite, les Réunionnais de retour. Ce critère doit donc être utilisé avec prudence, car il ne suffit pas à lui seul à désigner une population immigrée. Rappelons qu'un immigré est une personne née étrangère et à l'étranger. Or, dans le cas de l'analyse des migrations entre la Réunion et l'extérieur, il faut rappeler que la grande majorité des mouvements migratoires concerne des citoyens français, nationaux et d'outre-mer. Rappelons qu'avec seulement 0,5 % de la population totale, la Réunion est le département français qui compte la plus faible proportion d'étrangers résidant sur son territoire.

### **L'estimation du solde migratoire intercensitaire**

La mesure des mouvements migratoires entre la Réunion et le reste du monde est comme partout ailleurs entachée d'incertitudes. Traditionnellement, les données des recensements de la population ainsi que les chiffres de l'état civil permettent une estimation du solde migratoire apparent. La méthode de calcul, sur une période intercensitaire donnée, consiste à retrancher les mouvements naturels (naissances - décès) à l'accroissement total entre deux dates de recensements et à en déduire le solde migratoire.

Pour autant, la précision du solde ainsi calculé est étroitement liée à la qualité des statistiques utilisées. La moindre variation du taux d'erreur entre deux recensements successifs peut faire varier considérablement la valeur du solde migratoire obtenu par déduction. Les données d'état civil doivent également être de bonne qualité. En ce qui concerne la Réunion, la qualité de la collecte des données d'état civil et des Recensements s'est considérablement

améliorée lors des dernières décennies, la qualité globale de ces données est communément reconnue. Cependant, la faible valeur du solde migratoire au regard de la population totale de l'île ou encore de l'accroissement naturel incite à la prudence. En effet, une variation minime dans la mesure de la population totale, du nombre de naissances ou de décès peut avoir de fortes conséquences sur la valeur et le signe du solde. Le solde migratoire de la période 1990-1999 ne représente que 2,3 % de la population totale de la Réunion en 1999 et explique seulement 15 % de l'accroissement total de la population entre 1990 et 1999. Aussi, dans l'objectif de valider les données utilisées dans ce chapitre, nous avons cherché à confronter la valeur du solde migratoire intercensitaire estimé avec les résultats issus d'autres sources existantes : données aéroportuaires du trafic passager, recensements métropolitains et statistiques des opérateurs de la mobilité (ANT, CNARM).

Tableau I  
Estimation des soldes migratoires intercensitaires

<b>Population recensée au 01-07-1954</b>	<b>274 370</b>
Naissances du 01-07-1954 au 08-10-1961	106 501
Décès du 01-07-1954 au 08-10-1961	- 30 624
<i>Solde migratoire du 01-07-1954 au 08-10-1961</i>	<i>- 965</i>
<b>Population recensée au 09-10-1961</b>	<b>349 282</b>
Naissances du 09-10-1961 au 15-10-1967	99 210
Décès du 09-10-1961 au 15-10-1967	- 24 016
<i>Solde migratoire du 09-10-1961 au 15-10-1967</i>	<i>- 7 951</i>
<b>Population recensée au 16-10-1967</b>	<b>416 525</b>
Naissances du 16-10-1967 au 15-10-1974	100 062
Décès du 16-10-1967 au 15-10-1974	- 24 716
<i>Solde migratoire du 16-10-1967 au 15-10-1974</i>	<i>- 11 719</i>
<b>Population recensée au 16-10-1974</b>	<b>480 152</b>
Naissances du 16-10-1974 au 08-03-1982	92 126
Décès du 16-10-1974 au 08-03-1982	- 22 983
<i>Solde migratoire du 16-10-1974 au 08-03-1982</i>	<i>- 33 481</i>
<b>Population recensée le 9-03-1982</b>	<b>515 814</b>
Naissances du 9-03-1982 au 15-03-1990	+ 104 221
Décès du 9-03-1982 au 15-03-1990	- 25 131
<i>Solde migratoire du 9-03-1982 au 15-03-1990</i>	<i>+ 2 919</i>
<b>Population recensée au 15-03-1990</b>	<b>597 823</b>
Naissances (du 15-03-1990 au 08-03-1999)	+ 122 129
Décès (du 15-03--1990 au 08-03-1999)	- 29 923
<i>Solde migratoire du 15-03-1990 au 08-03-1999</i>	<i>+ 16 271</i>
<b>Population recensée au 08.03.1999</b>	<b>706 300</b>

Sources : recensements de la population et état civil ; estimation des soldes de la période 1954-1974 par FESTY et HAMON (1983) ; données issues des publications Insee pour 1974-1982 ; calculs de l'auteur pour les périodes 1982-1999

*Le solde migratoire calculé à partir des données du trafic passager*

Le cadre insulaire du département de la Réunion implique qu'il n'existe qu'un nombre limité de points d'entrées et de sorties du territoire. Actuellement, on en compte trois. Il s'agit des aéroports de Roland-Garros à Saint-Denis et de Pierrefonds à Saint-Pierre, auxquels il faut ajouter le port de la Pointe-des-Galets. L'ensemble des mouvements de passagers au départ et à l'arrivée de la Réunion est mensuellement comptabilisé aux différents points d'entrées et de sorties. Les touristes qui font des séjours de courtes durées sont enregistrés à l'arrivée et au départ et ont donc une valeur nulle sur le solde migratoire. La différence entre l'ensemble des arrivées et des départs sur une longue période peut donc être attribuée au solde des seuls migrants. Nous avons donc recueilli ces données aéroportuaires pour calculer un solde migratoire. Pour pouvoir comparer ces résultats à ceux obtenus à partir des recensements et de l'état civil, nous avons regroupé les données mensuelles sur les mêmes périodes intercensitaires, au mois près (tabl. 2).

Tableau 2  
Estimation des soldes aéroportuaires intercensitaires

Période intercensitaire	Arrivées	Départs	Total arrivées + départs	Solde arrivées – départs
Juil. 1954 à sept. 1961	61 404	63 816	125 220	- 2 412
Oct. 1961 à sept. 1967	131 786	141 816	273 602	- 10 030
Oct. 1967 à sept. 1974	388 029	399 306	787 335	- 11 277
Sept. 1975 à fév. 1982	954 756	980 290	1 935 046	- 25 534
Mars 1982 à fév. 1990	2 080 044	2 083 629	4 163 673	- 3 585
Mars 1990 à fév. 1999	4 939 155	4 911 345	9 850 500	27 810
<b>Juil. 1954 à fév. 1999</b>	<b>8 555 174</b>	<b>8 580 202</b>	<b>17 135 376</b>	<b>- 25 028</b>

Sources : CCI - Aéroports de la Réunion Roland-Garros et Pierrefonds - Port de la Pointe-des-Galets

La lecture de ces données nous donne une première information concernant le développement des échanges de passagers entre la Réunion et l'extérieur. Entre la première et la dernière période intercensitaire, le nombre de mouvements dans un sens ou dans l'autre a été multiplié par près de 80. On remarque ainsi qu'au fur et à mesure, la valeur du solde migratoire est de plus en plus réduite si on la rapporte à l'ensemble des mouvements de passagers sur une même période. Entre 1954 et 1961, le solde migratoire représentait 1,9 % de l'ensemble des mouvements de passagers, il ne représente plus que 0,3 % de ces mouvements entre 1990 et 1999.

La comparaison des soldes migratoires calculés à partir des recensements et des données du trafic aéroportuaire sur les sept périodes intercensitaires indique une concordance relative de ces deux sources de données (tabl. 3). Tout d'abord, mis à part la période 1982-1990 où la valeur du solde était particulièrement faible quelle que soit la source retenue, le signe du solde migratoire est respecté pour l'ensemble des périodes intercensitaires. Les grands

Tableau 3  
 Comparaison des soldes issus des recensements et des flux aéroportuaires

Période intercensitaire	Soldes issus des recensements	Soldes issus des flux aéroportuaires	Écarts
Juil. 1954 à sept. 1961	- 965	- 2412	- 1 447
Oct. 1961 à sept. 1967	- 7951	- 10 030	- 2 079
Oct. 1967 à sept. 1974	- 11 719	- 11 277	442
Sept. 1975 à fév. 1982	- 33 481	- 25 534	7 947
Mars 1982 à fév. 1990	4000	- 3 585	- 7 585
Mars 1990 à fév. 1999	16 271	27 810	11 539
<b>Juil. 1954 à fév. 1999</b>	<b>- 33 845</b>	<b>- 25 028</b>	<b>8 817</b>

Sources : Recensements de la population et état civil ; CCI : aéroports de la Réunion Roland-Garros, Pierrefonds - Port de la Pointe-des-Galets

ordres de valeur des soldes sont également respectés d'une série à l'autre. Malgré des différences notables, le rapprochement de ces deux séries de données nous indique que la source du mouvement de passagers est relativement fiable. Cette source peut notamment permettre d'obtenir des informations sur les tendances annuelles du solde migratoire, plus complètes que les soldes apparents annuels moyens issus des recensements.

Évidemment, les écarts entre les deux séries ont tendance à s'accroître au fur et à mesure que la population totale de la Réunion ainsi que les mouvements de passagers augmentent en volume. Quelle que soit la méthode retenue, il est d'autant plus difficile de déduire des populations peu nombreuses de migrants que les grands ensembles de population correspondants (population totale, arrivées, départs) sont importants. L'ampleur des mouvements de passagers sur les dernières périodes est telle que la moindre variation de mesure d'une seule des parties peut entraîner des risques d'erreurs importants d'estimation du solde migratoire. Aussi, afin de minimiser les risques d'erreurs et afin d'avoir une continuité avec les travaux antérieurs<sup>20</sup>, nous privilégierons la méthode classique d'estimation du solde migratoire à partir des données de l'état civil et des recensements. En outre, il faut noter que si les données du trafic aéroportuaire permettent une mesure globale du phénomène, elles ne permettent pas comme les recensements d'analyser plus précisément la composition du solde migratoire selon le sexe, le lieu de naissance ou l'âge.

### *Le solde migratoire selon le lieu de naissance*

Nous avons vu que l'estimation du solde migratoire résulte de la compensation de mouvements contraires que sont les arrivées et les départs. À la Réunion, les mouvements opposés des arrivées et des départs concernent des populations différentes. Schématiquement, les natifs de la Réunion quittent

20. Notamment les travaux de FESTY et HAMON (1983).

le département alors que les personnes nées en dehors de l'île viennent s'y installer. Dans ce contexte, il convient d'affiner l'estimation du solde migratoire à la Réunion en différenciant la population selon le lieu de naissance des individus. La distinction de la population migrante selon le lieu de naissance et le sexe utilise la même méthode que celle citée précédemment pour le solde global aux différents recensements. La seule différence concerne le mouvement naturel de la population née hors de la Réunion qui se limite, par définition, aux seuls décès sur place.

Pour les natifs de la Réunion, une confrontation de ces chiffres est possible avec les résultats issus des recensements nationaux sur la présence des personnes nées à la Réunion et résidant en métropole. En 1990 et en 1999, les dates de recensements très proches entre la Réunion et la métropole (dix jours d'écart en 1990 et le même jour en 1999) autorisent ce rapprochement. Pour la période 1990-1999, nous comparons ici le solde calculé à partir des données départementales avec le nombre de Réunionnais recensés en métropole en 1999 qui ont déclaré résider à la Réunion en 1990 (tabl. 4).

Tableau 4  
Solde migratoire intercensitaire estimé et population née à la Réunion recensée en métropole, 1990-1999

	Hommes	Femmes	Ensemble
Solde migratoire à la Réunion (15 mars 1990 au 8 mars 1999)	13 352	13 411	26 763
Population née à la Réunion recensée en métropole en 1999 et immigrée depuis 1990	10 179	10 545	20 724

Sources : Recensements de la population Réunion et métropole, et état civil

Le solde migratoire estimé est toujours supérieur au nombre de natifs de la Réunion recensés en métropole. Quand la concordance entre les chiffres est la moins bonne, le nombre de Réunionnais recensés en métropole est inférieur de près de 24 % au solde migratoire<sup>21</sup>. Malgré un développement récent des départs de Réunionnais vers l'étranger, il semble peu probable que cette différence s'explique dans son ensemble par les natifs qui ont quitté la Réunion pour l'étranger ou un autre DOM-TOM. L'explication de cette différence peut être attribuée soit à un sous-dénombrement de la population des natifs de la Réunion en métropole récemment arrivés, soit à une surestimation des départs de natifs de la Réunion vers l'extérieur. Ce constat nous conduit à approfondir le calcul du solde migratoire selon le lieu de naissance et l'âge des individus.

### Estimation du solde migratoire selon l'âge

La méthode d'estimation du solde migratoire selon l'âge repose sur le rapprochement des données des recensements de 1990 et 1999 par générations. Nous

21. Pour la période 1961-1974, FESTY et HAMON (1983) énonçaient une sous-estimation de 15 % avec un nombre de Réunionnais en métropole ainsi qu'un solde migratoire moins importants.

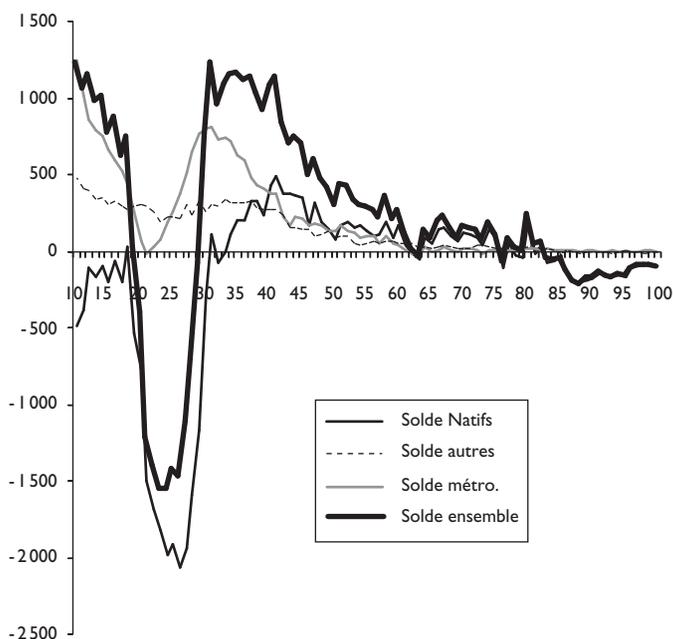


Fig. 1

Solde migratoire selon l'âge et le lieu de naissance entre 1990 et 1999.

Sources : Recensements de la population et état civil

appliquons ensuite les décès de la période 1990-1999 et pouvons en déduire une estimation du solde migratoire selon l'âge et le lieu de naissance. Pour les individus nés entre les deux recensements (0-9 ans en 1999), il est possible de remplacer la population du recensement par la répartition annuelle des naissances à l'état civil depuis 1990. Cependant, la mesure des populations les plus jeunes aux recensements est toujours inférieure à celle donnée par la collecte des naissances de l'état civil. La qualité de la collecte s'améliore ensuite rapidement à mesure que la population vieillit. Aussi, ce biais de mesure conduit à augmenter le nombre de départs déduits pour les plus jeunes en affichant des soldes fortement négatifs en dessous de 10 ans. Afin de limiter ces biais de mesure, nous avons fait le choix de présenter les soldes par âge (fig. 1) de la population déjà née en 1990.

Le solde migratoire global pour la population de dix ans et plus est égal à +17618, soit légèrement supérieur au solde précédemment calculé sur la population totale qui était de +16271. L'évolution générale du solde selon l'âge indique des soldes négatifs difficilement explicables pour la population des plus de 80 ans. Comme pour les plus jeunes, il pourrait s'agir d'un biais de mesure de la population des plus âgés au recensement qui augmenterait artificiellement le nombre de départs. L'ensemble de ces considérations nous conduit donc à privilégier les classes d'âges les moins soumises aux erreurs de mesures et les plus concernées par la migration. Dans cette étude, nous limitons ainsi l'analyse de la migration selon l'âge à la population des 15-65 ans.

Le solde migratoire global de cette population est égal à +13250. Cela permet aussi de se concentrer sur la part la plus active de la population, celle qui a pris personnellement la décision de migrer. Les migrations d'individus plus jeunes ou plus âgés sont en effet généralement induites par les mouvements de cette population adulte.

Pour les seuls natifs, il est possible de confronter le solde migratoire estimé selon l'âge à la distribution par âge des natifs de la Réunion recensés en métropole en 1999 et immigrés depuis 1990. La comparaison de ces deux séries est possible pour les âges où le solde des départs est fortement négatif, c'est-à-dire pour les 10-30 ans (fig. II). Ce graphique nous indique que pour les âges où les départs des Réunionnais sont les plus importants, la population des natifs de la Réunion en métropole semble sous-estimée. Entre 10 et 20 ans, les écarts sont très faibles entre les deux séries, après 20 ans les écarts se creusent. À partir de 20 ans, le nombre de départs augmente, l'écart reste relativement constant selon l'âge entre les deux séries, les deux courbes suivent approximativement les mêmes tendances. Un sous-dénombrement à chaque âge de la population des jeunes adultes natifs de la Réunion en métropole pourrait expliquer cette différence.

Il nous semble en effet difficile de croire que les recensements de la Réunion, qui sont exploités à l'exhaustif, puissent sous-estimer la population des 20-30 ans et ainsi gonfler le nombre de départs déduits. À l'inverse, nous pencherons davantage pour un sous-dénombrement de la population des natifs de la Réunion en métropole. Cette population mobile, jeune et récemment arrivée peut en effet être plus difficilement recensée. Il est même envisageable qu'un certain nombre de jeunes natifs ayant migré en métropole entre 1990 et 1999 continuent de déclarer la résidence de leurs parents à la Réunion comme résidence principale. Enfin, une part de cette différence doit être attribuée aux natifs de la Réunion partis à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM.

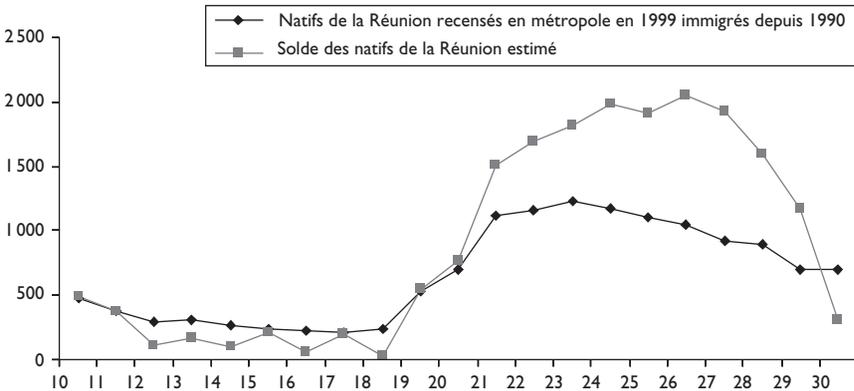


Fig. 2

Comparaison du solde estimé avec la répartition des natifs recensés en métropole en 1999 et immigrés depuis 1990 selon l'âge.

Sources : Recensements de la Population Réunion et métropole ; état civil

### *L'estimation des départs*

Le solde migratoire représente la différence entre les arrivées dans le département de la Réunion et les départs vers l'extérieur. Le nombre des arrivées à la Réunion entre deux recensements est connu grâce aux données départementales. En croisant le critère du lieu de résidence antérieure avec celui du lieu de naissance, il est possible de distinguer les natifs de retour des métropolitains et des personnes nées à l'étranger ou dans un autre DOM-TOM selon leur provenance. Les départs de la Réunion vers le reste du monde sont beaucoup plus difficiles à estimer. Dans les années 1960-1980, le nombre de départs de Réunionnais vers l'extérieur était connu avec précision grâce aux données recueillies par le Bumidom. Au cours de cette période, le Bumidom organisait et mesurait la quasi-totalité des départs vers l'extérieur de l'île. Ces statistiques au départ permettaient le calcul de nombreux indicateurs d'émigration. Depuis, le Bumidom a disparu et a été remplacé par l'ANT.

Aujourd'hui, l'ANT et le CNARM sont les deux principaux opérateurs locaux chargés de mettre en œuvre la politique incitative à la mobilité de l'État et des collectivités locales. Ces deux organismes qui aident et suivent les Réunionnais dans leur projet de mobilité recueillent des statistiques au départ de la Réunion. Cependant, ces statistiques mesurent les partants qui bénéficient d'une aide à la mobilité et ne tiennent pas compte de la mobilité spontanée qui s'est fortement développée depuis les années 1980<sup>22</sup>. En outre, contrairement aux migrations passées qui s'assimilaient le plus souvent à une installation durable, la mise en œuvre de la politique de mobilité actuelle entraîne une augmentation des allers-retours<sup>23</sup>. Il peut alors être délicat de distinguer le migrant de l'individu ayant réalisé une mobilité de courte durée. Ce constat est d'autant plus vrai que les retours à la Réunion après un séjour de courte durée semblent moins bien comptabilisés que les départs. Ces séries de départs ne comptabilisant que les migrants qui bénéficient d'une aide ne peuvent donc pas être utilisées dans le cadre d'une étude globale des migrations entre la Réunion et l'extérieur. Cependant, il pourrait être utile dans la perspective de recherches ultérieures sur les flux migratoires d'approfondir l'expertise de cette source.

L'ensemble de ces constats nous amène à privilégier la distribution du solde migratoire estimé à partir des recensements départementaux, c'est-à-dire la source qui donne le nombre maximal de départs, pour les analyses de la migration selon l'âge.

### *L'estimation des retours*

Le nombre de natifs de la Réunion de retour dans leur département après avoir migré peut être partiellement approché à partir des données des recensements départementaux. Au recensement de 1999, le croisement des variables du lieu de résidence antérieure et du lieu de naissance permet d'isoler les natifs de la

22. L'enquête migration réalisée en 1991 par l'Insee-Réunion estimait à 30 % le nombre de migrants quittant la Réunion sans bénéficier d'une aide.

23. Les opérateurs proposent une aide au départ de la Réunion mais également une aide au retour dans les quelques mois suivant le départ si le projet du migrant n'a pas pu être mené à bien sur le lieu de migration.

Réunion qui résidaient hors du département au recensement de 1990. Il est par contre beaucoup plus difficile d'estimer le nombre de Réunionnais qui ont émigré et qui sont revenus entre deux recensements. En effet, un Réunionnais qui est parti vivre en métropole en 1995 et qui est revenu dans son département en 1998, n'est pas considéré comme un migrant au sens du recensement, car il a été recensé à la Réunion en 1990 et en 1999. Nous ne possédons pas de données d'observation ou de moyen de calcul propres à la population réunionnaise pour estimer ces «allers-retours». Dans cette étude, les retours sont analysés à partir des données issues des recensements départementaux. L'analyse portera donc sur le nombre de retours des natifs de la Réunion qui ont déclaré vivre hors de la Réunion au recensement précédent.

### *Flux migratoires et stocks de migrants*

Nous avons pu constater que l'analyse des flux migratoires à la Réunion à partir des données existantes et particulièrement des recensements de la population peut s'avérer difficile. Les sources utilisées ne permettent pas de mesurer l'ensemble des mouvements migratoires et il faut donc avoir recours à des estimations qui, par définition, seront toujours plus incertaines que la collecte statistique d'un phénomène.

Après confrontation des différentes sources existantes, nous avons choisi de privilégier l'approche des flux migratoires à partir des soldes intercensitaires estimés. Cette approche des flux migratoires n'est pas la seule possible dans une étude des migrations. Nous complétons cette étude des migrations à partir de l'analyse du stock des populations migrantes à la Réunion et en métropole. Cette approche complémentaire de la migration en stock et non en flux présente moins de risques d'erreurs. L'importance en volume de la population des natifs de la Réunion en métropole (N = 94 585 en 1999) ou de la population des personnes nées hors de la Réunion y résidant (N = 98 023 en 1999) permet d'évacuer la plupart des incertitudes de mesure des flux. Les variables des recensements réunionnais et métropolitains permettent de réaliser des analyses approfondies sur la situation des populations migrantes et non migrantes.

### **Définitions**

**Population active** au sens du recensement : sont actifs, au sens du recensement, les individus qui déclarent avoir un emploi, ceux qui déclarent être chômeurs et n'ont pas d'emploi, ceux qui sont inactifs mais recherchent un emploi. Depuis 1982, les militaires du contingent font aussi partie de la population active.

**Taux d'activité** au sens du recensement : dans une population donnée, c'est le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés + chômeurs + militaires du contingent) et la population totale correspondante (15 ans et plus).

**Taux de chômage** au sens du recensement : dans une population donnée, c'est le rapport entre le nombre de chômeurs et la population active correspondante (15 ans et plus).

**Taux d'emploi** : dans une population donnée, c'est le rapport entre le nombre d'actifs occupés et la population totale correspondante (15 ans et plus).

# Nuptialité : mariage et nouvelles formes d'union

*Didier BRETON  
Bénédicte GASTINEAU*

## Introduction

La « Révolution démographique » observée à la Réunion dans les années 1970 se caractérise par une chute spectaculaire de la fécondité durant cette décennie accompagnée par un bouleversement des comportements nuptiaux : diminution de l'intensité de la nuptialité et recul de l'âge au mariage. Toutefois, FESTY et HAMON (1983) notent qu'avant même le début de la chute de la fécondité, la nuptialité dans l'île était déjà relativement faible et tardive, à mi-chemin entre le modèle asiatique et/ou africain (mariage universel et précoce) et celui observé dans les Caraïbes (mariage plus rare et tardif). Les tendances observées dans la période récente et décrites dans cette communication font désormais basculer la Réunion du côté du second modèle : le mariage est de moins en moins fréquent et de plus en plus tardif.

Le modèle initial perdure toutefois sous une forme plus consensuelle. L'union libre s'est rapidement développée et a lieu toujours très tôt dans la vie des jeunes Réunionnaises (BRETON, 2004). À défaut de se marier, les jeunes couples vivent en union libre avant un éventuel mariage. La période de cohabitation s'allonge constamment et aboutit de moins en moins souvent à un mariage. Le mariage a donc lieu plus tard dans la vie des Réunionnais et de plus en plus souvent après une ou des naissances. Ainsi, la proportion de mariages qui légitime une ou des naissances augmente constamment : 34 % des

mariages légitimaient au moins une naissance au début des années 1990 contre 41 % en 2000. En 2001, à peine 30 % des naissances de rang 1 sont légitimes contre 47 % et 56 % de celles de rang 2 et 3 (état civil). Ce sont ces évolutions du modèle matrimonial que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre.

## La place du mariage

La pyramide des âges, décomposée selon l'état matrimonial des personnes (fig. 1) et les proportions de célibataires selon le sexe et l'âge (fig. 2) illustrent la place du mariage dans la population réunionnaise. Les variables « âge » et « sexe » dessinent la répartition de la population selon l'état matrimonial. Primo, l'effet de l'âge montre que dès 20 ans apparaissent les premiers mariages, aux environs de 30 ans, les premiers divorces, et dès 55 ans, les premiers veuvages. Secundo, l'effet du sexe indique, d'une part, que les veufs sont quasiment absents du fait de la surmortalité masculine, du remariage plus fréquent des hommes et de l'écart d'âge entre conjoints, et, d'autre part, que la proportion de célibataires est supérieure chez les hommes quel que soit l'âge. La différence entre les proportions de célibataires masculins et féminins est presque nulle à 20 ans et 50 ans et elle est maximale entre 25 et 30 ans avec plus de 15 points de différence (80 % de célibataires chez les hommes contre 65 % chez les femmes).

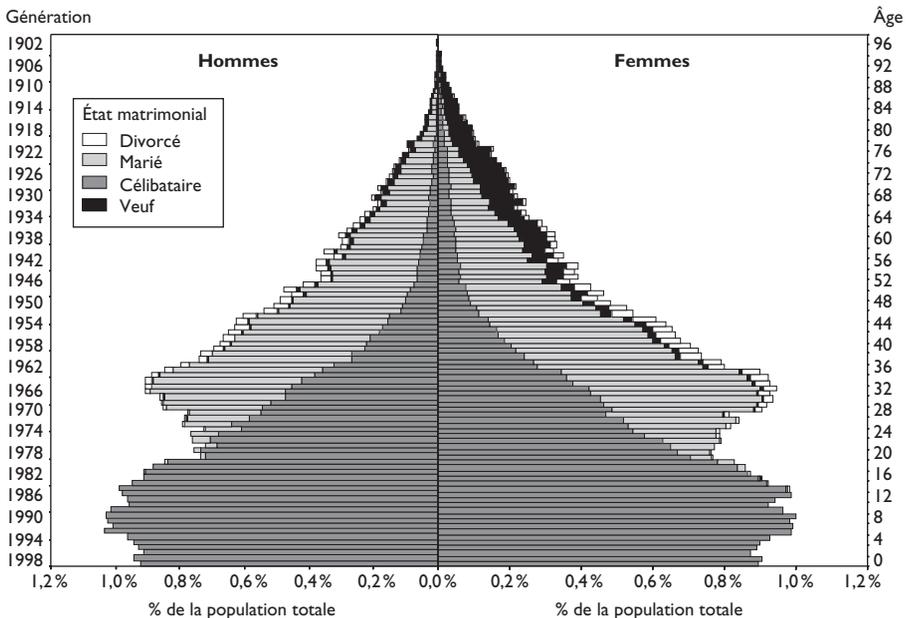


Fig. 1

Répartition par sexe, âge et état matrimonial de la population réunionnaise (1999).

Sources : Insee, Recensement général de la population, 1999

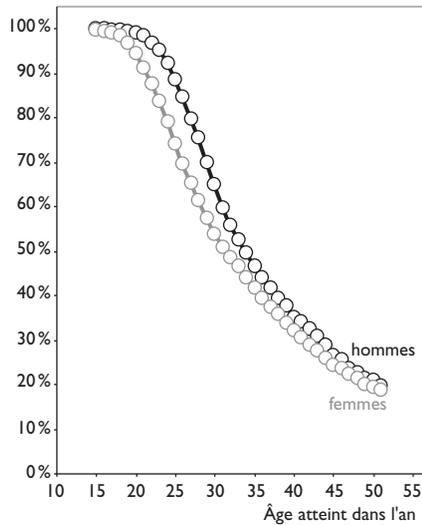


Fig. 2

Proportion de célibataires selon le sexe et l'âge à la date du Recensement de 1999.

Sources : Insee, Recensement général de la population, 1999

La répartition selon l'état matrimonial de la pyramide des âges n'est toutefois qu'un « cliché », fruit de l'évolution des comportements de mise en union au fil des générations. Cet effet de génération n'est pas clairement visible : la chute de la nuptialité, le recul de l'âge au mariage et l'augmentation de la divortialité sont trois tendances importantes qui façonnent également les différentes strates de cette pyramide.

## Nombre total de mariages, intensité et calendrier de la nuptialité

### Évolution du nombre de mariages

Le nombre annuel de mariages domiciliés<sup>1</sup> à la Réunion est à peu près stable depuis 1990, oscillant autour de 3 300 (fig. 3). Inversement, la population des hommes et des femmes en âge de se marier croît constamment, passant entre 1991 et 2001 de 355 000 à 431 900 personnes, soit un accroissement de plus

1. Seuls les mariages des personnes domiciliées à la Réunion sont retenus. Par exemple en 2001, 3 660 mariages ont été célébrés à la Réunion ou hors de la Réunion pour des personnes domiciliées dans l'île. Ces 3 660 mariages se décomposent en 3 426 mariages de personnes domiciliées à la Réunion et qui se sont mariées dans une commune réunionnaise, 152 de personnes qui se sont mariées à la Réunion tout en étant domiciliées hors de l'île et 82 personnes domiciliées à la Réunion et qui se sont mariées hors du département. Manquent à ce décompte les mariages des domiciliés dans l'île qui se marient hors du territoire national.

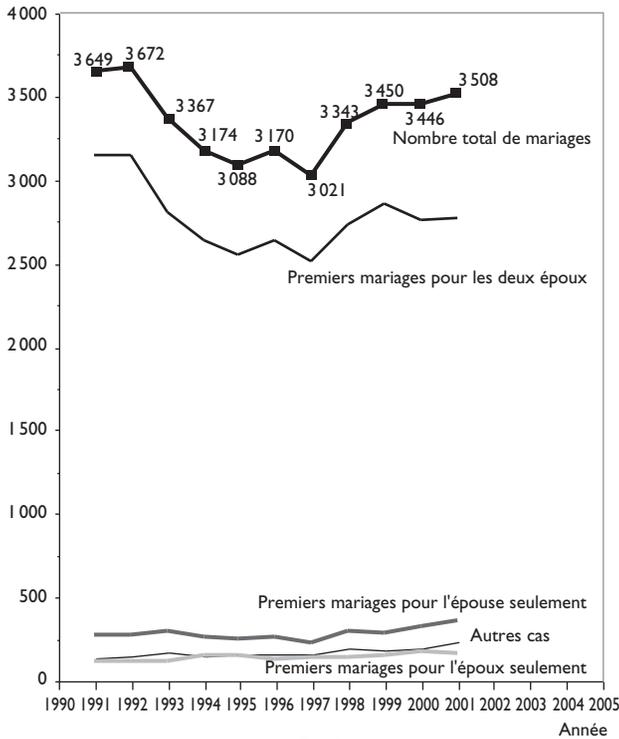


Fig. 3  
Évolution du nombre de mariages domiciliés à la Réunion – 1991 à 2001.  
Source : état civil

de 20 %. L'augmentation du nombre de mariages depuis 1998 n'est donc aucunement due à une reprise de la nuptialité mais s'explique par le fait que plus de personnes dans la population se trouvent en âges de se marier.

Sur la décennie, le rapport du nombre de mariages à l'effectif de personnes en âge de se marier (taux global de nuptialité) diminue de 20 %, alors que le nombre de mariages diminue d'à peine 5 % sur la même période (fig. 4).

Les mariages à la Réunion sont le plus souvent célébrés en décembre (23 % des mariages en 1999), c'est-à-dire pendant le mois d'été et des congés scolaires, mais également en juillet-août, période de grandes vacances en métropole où vivent souvent de nombreux parents ou proches.

### Évolution des indices conjoncturels de nuptialité

Le nombre de mariages enregistrés une année donnée dépend en partie de l'effectif de la population et de sa structure selon le sexe et l'âge. Pour éliminer ces effets, il suffit de rapporter le nombre de mariages d'un âge, d'un sexe et d'une année donnés (issus de l'état civil) à la population moyenne de l'année concernée du sexe, de l'âge donné (issus des recensements et des estimations locales de population). Les rapports ainsi obtenus se nomment

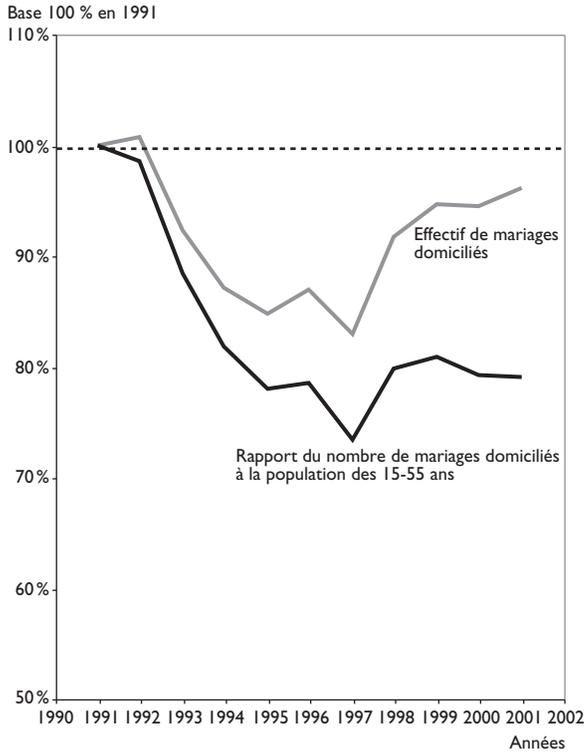


Fig. 4

Variation conjointe du nombre de mariages et du taux global de nuptialité – Base 100 en 1991.  
Source : état civil

« mariages réduits ». En se limitant aux premiers mariages, les indices sont appelés « premiers mariages réduits ». Les mariages et premiers mariages réduits s'interprètent comme un nombre moyen d'événements par individu.

Les profils selon l'âge des mariages réduits des hommes et des femmes sont assez différents. D'une part, les mariages réduits atteignent un maximum à 24 ans pour les femmes contre 27 ans pour les hommes. D'autre part, la courbe masculine cesse de décroître à partir de 45 ans, très certainement du fait des remariages. Ce n'est pas le cas pour les femmes, les remariages au-delà de 45 ans pour les femmes étant très rares (fig. 5).

La synthèse des mariages réduits se lit comme le nombre moyen de mariages que connaîtrait un individu s'il était soumis à chaque âge aux conditions de l'année d'observation, conformément à l'artifice de la cohorte fictive. La somme des premiers mariages réduits se lit comme la proportion de personnes qui se marieront au moins une fois selon les mêmes règles d'interprétation que précédemment. La synthèse transversale des mariages et premiers mariages réduits est un indice qui mélange des effets de l'évolution du calendrier du phénomène dans les générations. Dans une période de recul de l'âge au mariage, l'indice synthétique sous-estime ce qu'il sera réellement dans les générations, et inversement durant une période de raccourcissement de l'âge au premier mariage.

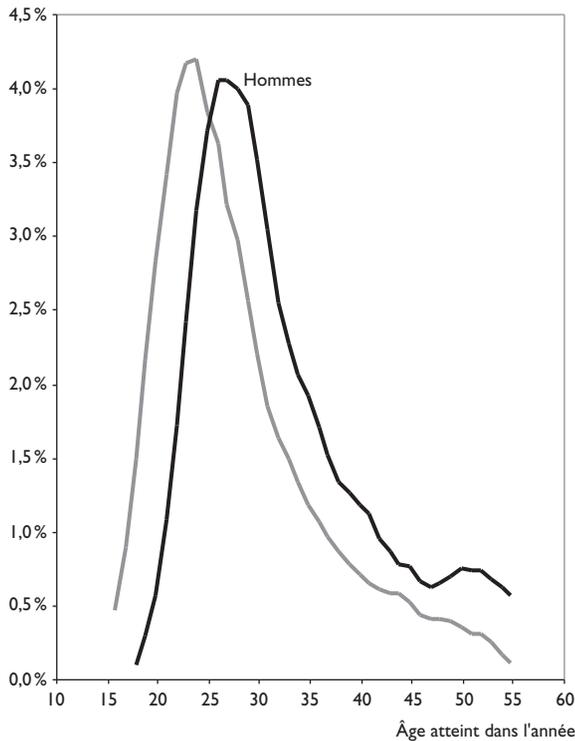


Fig. 5

Mariages réduits des hommes et des femmes à la Réunion – Période 1999-2001.

Source : Insee - Estimations locales de la population, état civil

Depuis 1990, l'évolution de la somme des premiers mariages réduits suit celle du nombre absolu des premiers mariages. Elle est inférieure à 55 % depuis 1998 (fig. 6), ce qui signifierait pour une génération un célibat définitif supérieur à 45 %. Ce niveau ne sera probablement pas atteint, car la synthèse transversale des premiers mariages réduits sous-estime l'intensité de la primo-nuptialité en raison du recul régulier de l'âge au premier mariage dans les générations (fig. 7). La somme des premiers mariages réduits des hommes est très proche de celle des femmes, alors que la somme des mariages réduits est nettement supérieure pour les hommes : le remariage est davantage un phénomène masculin que féminin à la Réunion.

Au cours de la décennie 1990, le recul de l'âge moyen au premier mariage ne cesse de croître. Les évolutions sont presque parfaitement parallèles. En dix ans, l'âge moyen au premier mariage augmente de deux ans pour les hommes et les femmes (de 28,3 ans en 1991 à 30,3 ans en 2001 pour les hommes et de 25,1 ans à 27,0 ans pour les femmes). L'écart entre l'âge moyen au mariage et l'âge moyen au premier mariage est très légèrement supérieur chez les hommes. Les hommes se remarient non seulement plus fréquemment que les femmes, mais ils le font en moyenne plus tard (fig. 7).

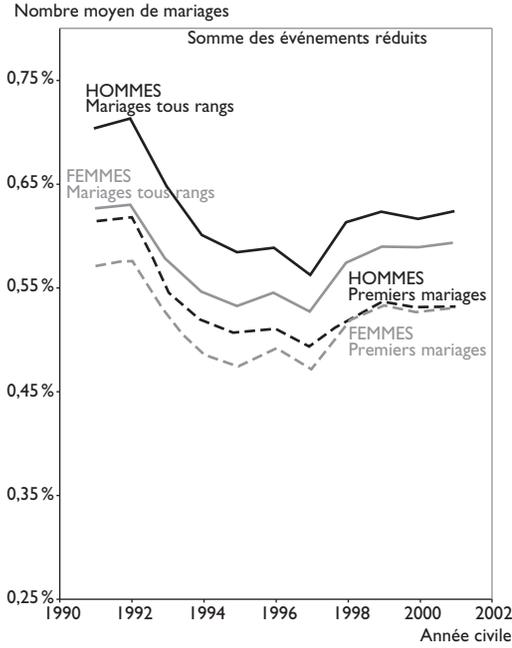


Fig. 6

Mariages et premiers mariages réduits selon le sexe. Période 1991 à 2001.

Source : Insee - Estimations locales de la population, état civil

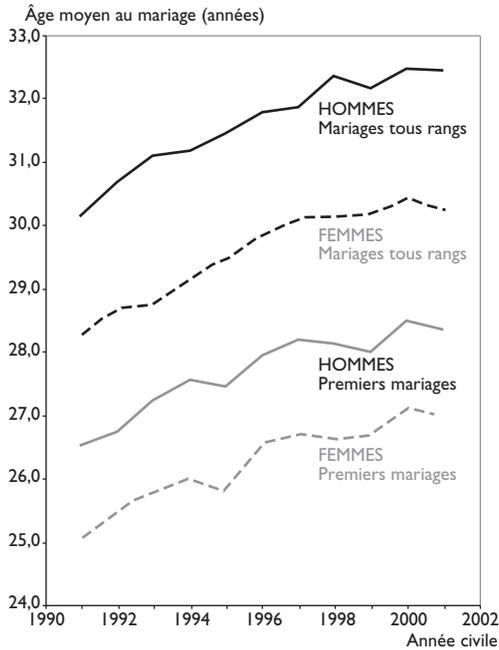


Fig. 7

Âge moyen au mariage et premiers mariages selon le sexe. Période 1991 à 2001.

Source : Insee - Estimations locales de la population, état civil

## La nuptialité dans les générations

Pour mesurer l'évolution de la nuptialité dans les générations réunionnaises, nous utilisons les travaux déjà réalisés à partir de l'Enquête Famille 1997, qui ne concernent que la population féminine (BRETON, 2004). L'exploitation de cette enquête confirme les prévisions d'évolution formulées au début des années 1980 (FESTY et HAMON, 1983) : le célibat définitif devrait être légèrement supérieur à 25 % dans les générations 1950-1959 et proche de 30 à 35 % dans les générations 1960. L'âge médian au premier mariage, qui était de 24 ans dans les générations 1930-1939, est proche de 30 ans trente générations plus tard (fig. 8). Quelle que soit la génération, c'est entre 20 et 24 ans que les femmes ont la plus grande probabilité de se marier ; dès les générations 1960, le profil de la nuptialité par âge s'aplatit légèrement, signe d'un allongement plus net du calendrier (fig. 9).

La baisse de l'intensité de la nuptialité est en partie compensée par le développement des unions libres, dont l'intensité et le calendrier sont très peu modifiés au fil des générations. Les femmes réunionnaises nées entre 1970 et 1974 continuent à entrer en union très jeunes, presque aussi jeunes que leurs mères : près d'une femme sur trois déclare au moins une union avant 21 ans. Davantage que les comportements, c'est donc la forme des unions qui semble se modifier radicalement dans ce département d'outre-mer (BRETON, 2004).

La baisse de l'intensité et l'allongement du calendrier de la nuptialité vont-ils se poursuivre dans les générations futures ? Pour répondre à cette question, il faudrait se pencher sur les causes de ces évolutions. La situation sur le marché de l'emploi influencerait la probabilité d'être ou non marié (MEKKAOUI, 2001). Ce constat favoriserait l'hypothèse d'un célibat définitif

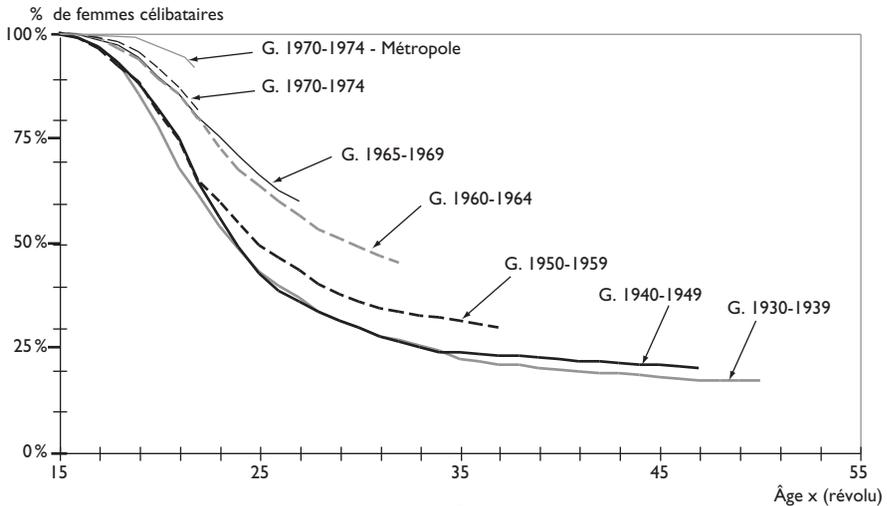


Fig. 8

Proportion de femmes encore célibataires à chaque âge. Générations 1930 à 1974.

Source : Insee - Enquête Famille 1997

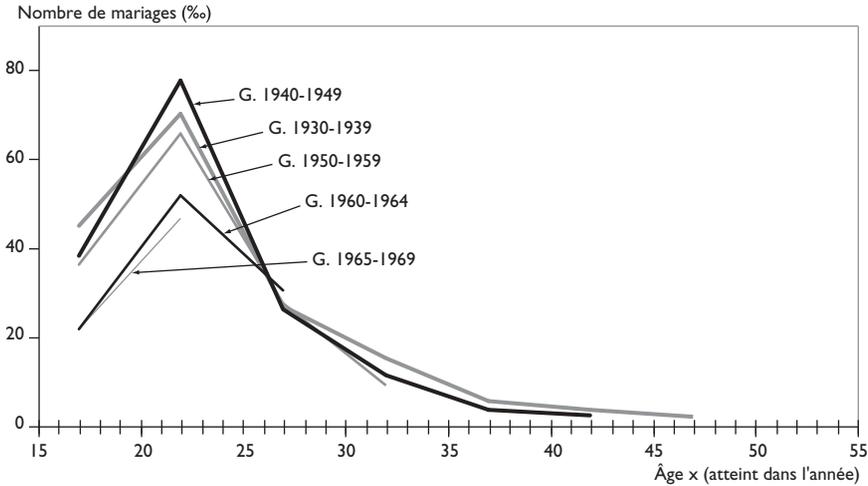


Fig. 9

Nombre moyen de premiers mariages par âge. Générations 1930 à 1969.

Source : Insee - Enquête Famille 1997

très élevé dans les générations futures, compte tenu des taux de chômage de longue durée et de la forte proportion de la population en situation de précarité durable, parmi les plus élevés de France (BALLY, 2003 ; ROINSARD, 2003). La situation économique précaire et durable de nombreux Réunionnais est de toute manière incompatible avec le coût traditionnellement très élevé d'un mariage dans l'île. De plus, le mariage n'a jamais été une condition pour l'arrivée d'un enfant dans les familles réunionnaises. Les naissances hors mariage sont même devenues majoritaires. Les histoires d'unions de plus en plus fragmentées, du fait notamment du recours plus facile au divorce, n'incitent pas forcément les couples à contracter rapidement un mariage. Enfin, pour une partie de la population durablement précaire et sans espoir d'insertion par l'emploi, les incitations fiscales au mariage sont sans effet. Au contraire, la situation de monoparentalité est toujours plus intéressante du point de vue de l'aide sociale.

### La nuptialité dans les communes

Le modèle de nuptialité décrit sur l'ensemble du territoire est-il généralisable à l'ensemble des communes<sup>2</sup> ? Pour répondre à cette question, nous calculons deux familles d'indicateurs : d'une part, la somme des premiers mariages réduits et l'âge moyen au premier mariage dans chaque commune (tabl. 1) et, d'autre part, la proportion de célibataires à 48-52 ans ainsi qu'un indicateur d'isolement à la date du recensement de population (tabl. 2). L'année retenue est 1999, date du dernier recensement de population.

2. Pour des raisons techniques, nous n'avons pas pu traiter les données de la commune de Cilaos.

Tableau 1  
Somme des mariages réduits et âge moyen au mariage dans les communes.  
Île de la Réunion – 1999.

Commune	Somme des mariages réduits (%)		Âge moyen au mariage (années)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Petite-Île	67	67	27,1	30,7
Les Aviron	68	62	26,9	30,3
Le Tampon	74	74	27,0	30,2
Saint-Denis	56	62	30,5	33,4
Sainte-Marie	70	73	29,9	32,5
La Possession	72	75	28,9	32,4
Saint-André	71	77	28,2	32,1
Saint-Louis	63	67	28,0	30,9
Sainte-Suzanne	49	54	29,6	34,4
Le Port	59	60	29,0	33,3
Bras-Panon	44	50	28,6	33,3
Trois-Bassins	41	43	28,3	33,2
Saint-Paul	58	57	29,5	32,6
Saint-Philippe	57	46	28,3	30,2
Plaine-des-Palmistes	47	53	27,4	29,2
Sainte-Rose	65	49	29,9	30,3
Salazie	63	58	29,0	32,3
Saint-Benoît	54	58	28,9	31,9
Saint-Pierre	55	56	27,7	31,8
Étang-Salé	55	54	28,6	31,7
Saint-Joseph	61	59	27,6	31,2
Saint-Leu	61	56	29,2	31,0
<b>Entre-Deux</b>	<b>49</b>	<b>48</b>	<b>30,2</b>	<b>30,2</b>
<b>ENSEMBLE</b>	<b>60</b>	<b>62</b>	<b>28,8</b>	<b>32,1</b>

Sources : état civil, Recensement général de la population 1999

La localisation du mariage correspond au domicile du couple déclaré sur le bulletin d'état civil alors que la localisation de la population moyenne de la commune est celle déclarée au moment du recensement général de population. Des incohérences ou de simples décalages entre la domiciliation déclarée à l'état civil et celle déclarée au moment du recensement existent certainement. C'est le cas par exemple des couples dont au moins un des membres change de commune après le mariage. Les communes qui « attirent » de jeunes couples ont des indices de nuptialité surestimés, et inversement pour les communes que les jeunes couples quittent. Ce biais est toutefois très faible à la Réunion, d'abord parce que les mariages à la Réunion se font le plus souvent entre conjoints habitant dans la même commune (LARDOUX, 2002 a), et ensuite parce que nous avons calculé des indices pour l'année 1999, année du recensement, ce qui implique que le biais possible porte sur une période très courte.

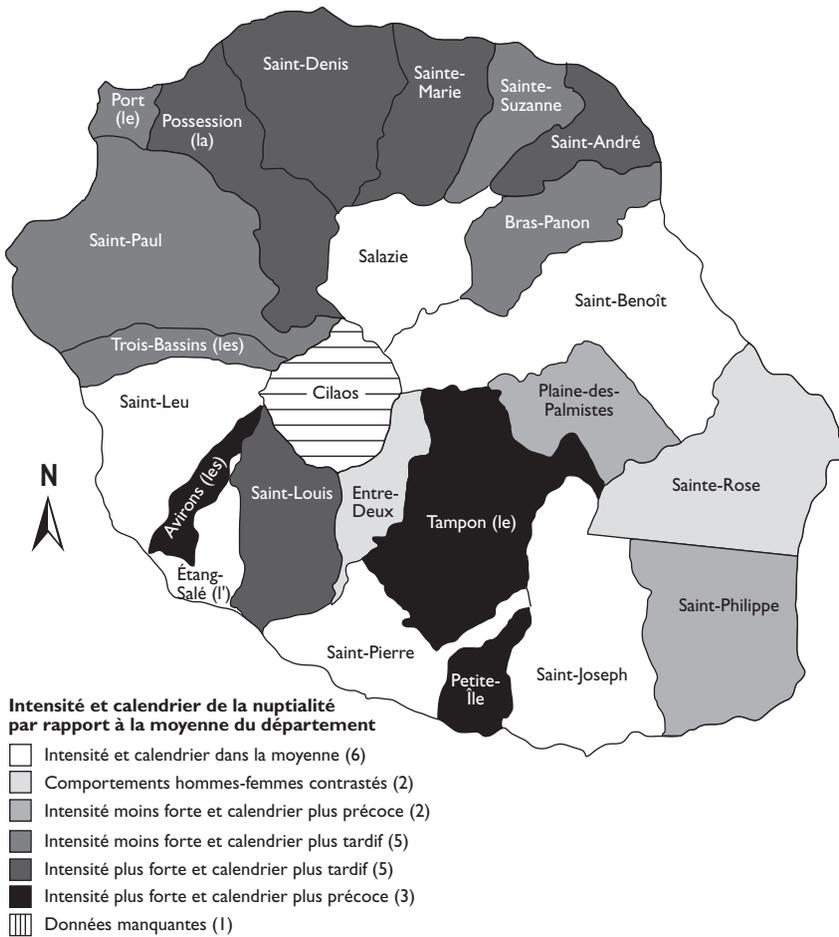


Fig. 10

Typologie des communes réunionnaises du point de vue de la nuptialité (1999).

Sources : état civil, Recensement général de la population 1999

Les différents indicateurs du tableau 1 permettent de dresser une typologie sommaire des communes en termes de nuptialité (fig. 10). Nous utilisons, en plus des indicateurs de nuptialité, la typologie réalisée par l'Insee propre aux caractéristiques socioprofessionnelles des quartiers de l'île (Insee, 2003).

– **Le groupe 1** : une nuptialité plus forte à un âge relativement jeune

Les Aviron, Le Tampon et Petite-Île – Dans ces communes la somme des mariages réduits des hommes et des femmes est relativement forte et l'âge moyen au mariage relativement faible. Ce sont trois communes du sud de l'île au profil plutôt mixte rural et urbain.

– **Le groupe 2** : une nuptialité plus forte à un âge relativement plus âgé

Saint-Denis, Sainte-Marie, La Possession, Saint-André et Saint-Louis – C'est un groupe moins homogène que le précédent du point de vue des indicateurs

de nuptialité. Toutes les communes de ce groupe ont une somme des mariages réduits relativement forte combinée à un âge au premier mariage plus tardif que la moyenne départementale. Dans la commune de Saint-Denis, cela est vérifié uniquement pour la population masculine. Les communes de Saint-André et Saint-Louis présentent les indices de nuptialité les plus faibles de ce groupe. Ces communes sont toutes situées dans le nord du département, à l'exception de Saint-Louis. Elles ont majoritairement un profil urbain, sont composées d'habitants issus de classes moyennes ou commerçantes (Sainte-Marie, Saint-Denis et La Possession) ou bien présentent un profil mixte rural et urbain (Saint-André et Saint-Louis).

– **Le groupe 3 :** une nuptialité moins forte à un âge relativement âgé  
Le Port, Saint-Paul, Bras-Panon, Trois-Bassins et Sainte-Suzanne – Dans ces communes, les indices de nuptialité sont plutôt faibles et l'âge moyen relativement tardif. Elles sont situées au nord de l'île. Le mariage tardif est d'ailleurs un trait commun à toutes les communes du nord du département. En revanche, leurs profils socioprofessionnels sont plus hétérogènes, bien qu'elles aient en commun d'avoir au moins un quartier déshérité sur leur territoire.

– **Le groupe 4 :** une nuptialité moins forte à un âge relativement jeune  
Saint-Philippe et la Plaine-des-Palmistes – Ce groupe comprend des communes où la somme des mariages réduits est faible mais l'âge moyen au premier mariage jeune. Ce sont des communes peu peuplées et isolées, à dominante agricole et rurale mixte. L'emploi dans ces deux communes est très précaire et il s'agit souvent d'emplois aidés (MEKKAOUI, 2002).

– **Le groupe 5 :** des comportements hommes-femmes assez différents  
Sainte-Rose et Entre-Deux – Dans ces communes, les comportements des hommes et des femmes sont fort différents. Les hommes de ces deux communes ont un comportement proche de ceux du groupe 4. Le profil général de la commune de Sainte-Rose est proche des communes de ce même groupe. Les femmes de Sainte-Rose et de l'Entre-Deux ont un comportement plus proche de celles du groupe des communes du nord du département, avec un mariage tardif (Sainte-Rose avec une intensité faible et l'Entre-Deux une intensité plus forte).

– **Le groupe 6 :** des indices de nuptialité dans la moyenne départementale  
Saint-Joseph, Saint-Benoît, Étang-Salé, Saint-Pierre, Salazie et Saint-Leu – Dans ce dernier groupe de communes, les comportements nuptiaux sont relativement proches des indices départementaux. C'est un groupe assez hétérogène du point de vue des profils socioprofessionnels.

Il serait important de confronter les comportements en termes de nuptialité dans les communes à d'autres caractéristiques culturelles essentielles à la Réunion telles que la religion ou l'appartenance à une communauté « ethnique » qui détermine en partie les comportements nuptiaux<sup>3</sup>.

3. Il est cependant très difficile, voire impossible, de déterminer le poids relatif des différentes communautés dans les communes de la Réunion pour au moins deux raisons : 1) l'absence d'enquête à la Réunion repérant clairement l'appartenance communautaire des individus et 2) la difficulté à définir l'origine « ethnique » de nombreux Réunionnais, compte tenu des nombreux échanges entre les communautés, notamment par le biais des unions. Pour la liste des principales communautés, voir aussi note 6 du chapitre 2.

## Les célibataires à 50 ans

La proportion de célibataires à 48-52 ans s'interprète comme un indice d'intensité de la primo-nuptialité dans les générations 1949-1953. La situation est fortement variable d'une commune à l'autre (tabl. 2) : environ 29 % des adultes sont célibataires à 50 ans dans la commune du Port, tandis qu'ils ne sont que 12 % à Petite-Île. Pour la proportion de célibataires de 48 à 52 ans vivant hors couple, les proportions respectives pour ces deux communes sont de l'ordre de 17,5 % et 7,5 %.

Dans la majorité des communes, la proportion d'hommes célibataires est supérieure ou égale à celle des femmes. Avec un ratio de célibataires femmes/hommes de plus de 10 % supérieur pour les femmes, les communes de Saint-Denis, Bras-Panon, Sainte-Suzanne et Les Avirons sont les exceptions les plus notables.

Tableau 2  
Proportion de célibataires à 50 ans et situation de couple des hommes et femmes dans les communes réunionnaises – 1999

	Proportion de célibataires à 48-52 ans			Proportion de célibataires âgés de 48 à 52 ans vivant hors couple	
	Femmes %	Hommes %	Rapport Femmes/Hommes	Femmes %	Hommes %
Le Port	27,3	31,0	0,14	14,3	19,1
Sainte-Suzanne	24,6	21,9	- 0,11	11,7	13,7
Bras-Panon	23,9	19,0	- 0,21	9,9	10,0
Saint-André	23,0	24,9	0,09	11,3	16,7
Saint-Denis	22,3	19,5	- 0,13	12,0	14,8
Saint-Pierre	20,8	20,5	- 0,01	11,6	14,7
Saint-Leu	20,2	25,1	0,24	12,4	13,8
Saint-Benoît	19,9	19,5	- 0,02	10,9	12,4
Saint-Paul	19,7	20,8	0,06	10,5	13,3
Plaine-des-Palmistes	19,1	20,2	0,06	13,2	10,8
Sainte-Marie	18,4	16,7	- 0,09	9,0	10,4
Saint-Louis	17,8	21,6	0,21	11,0	15,9
Les Avirons	16,7	13,1	- 0,21	11,4	8,9
Étang-Salé	14,5	20,2	0,39	8,2	14,7
Sainte-Rose	14,2	24,3	0,71	8,0	12,8
Salazie	13,8	26,8	0,94	10,6	19,8
Saint-Joseph	13,5	16,5	0,22	8,5	11,6
Entre-Deux	13,4	20,3	0,51	9,0	10,9
Le Tampon	12,9	13,7	0,06	7,4	9,5
Trois-Bassins	12,2	19,0	0,55	7,7	12,3
Saint-Philippe	12,0	19,6	0,64	7,8	12,5
La Possession	11,9	18,7	0,57	5,6	10,0
Petite-Île	9,9	14,8	0,49	7,0	8,2
<b>Total</b>	<b>19,4</b>	<b>20,1</b>	<b>0,04</b>	<b>13,2</b>	<b>11,1</b>

Source : Recensement général de la population 1999

L'indicateur d'isolement (proportion de «célibataires vivant hors couple») est globalement le plus élevé pour les habitants du Port, de Salazie, Saint-André, Saint-Louis, Saint-Denis, Saint-Pierre et Saint-Leu. La commune de Salazie se démarque par un indicateur d'isolement très fort chez les hommes et moyen chez les femmes, tandis qu'à la Plaine-des-Palmistes et aux Avirons, la situation est opposée.

## Les caractéristiques des époux

L'écart d'âge au moment du mariage entre l'homme et la femme est stable depuis 1991. Un peu plus de trois années séparent les deux conjoints. Les mariages conclus à la Réunion associent le plus souvent des époux dont la femme est plus jeune que son conjoint (tabl. 3). En 2001, dans un mariage sur deux, l'écart d'âge est supérieur ou égal à 5 ans en faveur de l'homme (tabl. 4). Cette différence d'âge d'un peu plus de trois années est plus élevée à la Réunion qu'en métropole où elle est de deux années. Elle est souvent l'expression des relations sociales entre les hommes et les femmes, l'expression de la domination masculine (BOZON, 1991). Cette dernière semble plus affirmée à la Réunion qu'en France métropolitaine (JASPARD *et al.*, 2004). Par exemple, les couples où l'homme a un emploi tandis que la femme est inactive ou au chômage restent beaucoup plus fréquents qu'en métropole : 31 % des couples réunionnais contre 20 % dans le reste de la France en 1999 (MEKKAOUI, 2001). Les prestations sociales, qui constituent une grande partie des revenus dans le contexte réunionnais de chômage et de précarité, ont aussi contribué à renforcer le rôle domestique des femmes. Bénéficiaires de ces transferts sociaux, certaines privilégient le rôle familial au détriment de l'activité professionnelle, confortant ainsi les inégalités entre les hommes et les femmes (DESMARETS, 1997).

L'écart d'âge entre les époux varie bien évidemment selon le rang de l'union, le statut matrimonial des mariés et l'âge à l'union. L'écart d'âge entre les époux est particulièrement élevé dans les mariages qui unissent un homme divorcé avec une femme célibataire (tabl. 5) ou lorsque la femme est très jeune au moment de l'union (BRETON, 2004).

Tableau 3  
Répartition (%) des mariages selon la différence d'âge des époux (1991-2001)

	La femme est plus âgée	Les époux ont le même âge	Le mari est plus âgé	Total
1991	19,4	8,5	72,1	100,0
1996	18,9	6,9	74,2	100,0
2001	18,2	7,6	74,2	100,0

Source : état civil

Tableau 4  
Répartition (%) des mariages en 2001 selon la différence d'âge entre les époux

L'épouse est plus âgée...	de 10 ans et plus	1,7
	de 5 à 9 ans	4,0
	moins de 5 ans	12,5
Les époux ont le même âge		7,6
L'époux est plus âgé...	de 10 ans et plus	14,6
	de 5 à 9 ans	36,3
	moins de 5 ans	23,3
<b>Total</b>		<b>100,0</b>

Source : État civil

Tableau 5  
Écart d'âge moyen au mariage des hommes et femmes  
selon le statut matrimonial antérieur (mariages 1999)

Hommes divorcés – Femmes célibataires	10,6 ans
Hommes célibataires – Femmes divorcées	- 0,9 an

Source : État civil

La grande majorité des mariages célébrés en 2001 unissait deux personnes célibataires (82 %), mais cette proportion diminue constamment – elle était de 86 % dix ans plus tôt. Les remariages sont ainsi minoritaires mais non négligeables (fig. 3). Parmi les hommes qui se sont mariés en 1999, 11 % étaient divorcés et 2 % veufs (tabl. 6). Pour les femmes, les chiffres sont respectivement de 7 % et 2 %. Parmi les mariages dans lesquels les conjoints n'ont pas la même situation matrimoniale dominent les mariages d'hommes divorcés avec des femmes célibataires, la situation inverse étant moins fréquente. Les stratégies matrimoniales sont différentes d'un sexe à l'autre, puisque les hommes veufs se remarient avec des femmes nettement plus jeunes qu'eux, tandis que les femmes veuves vont épouser un conjoint sensiblement du même âge.

Les hommes divorcés se marient une seconde fois plus fréquemment que les femmes divorcées. En moyenne, une personne divorcée se remarie six ans après sa séparation contre huit ans pour une personne ayant connu le veuvage (LARDOUX, 2002 b). Dans plus de sept cas sur dix, le mari décède avant son épouse. En 1999, presque la moitié des hommes qui décèdent sont mariés (LARDOUX, 2002 b). Cette même année, on compte 1 109 nouvelles veuves contre seulement 103 nouveaux veufs.

Le mariage réunit des personnes géographiquement et socialement proches : « Depuis la nationalité jusqu'à la commune en passant par la micro-région, le mariage se fait de manière préférentielle entre conjoints de même origine » (LARDOUX, 2002 a : 10). Presque huit mariages sur dix en 1999 unissent deux individus nés à la Réunion (tabl. 8), dont une majorité est née dans la même commune. L'aire de recrutement du conjoint est donc très restreinte et l'homogamie communale est très forte.

Tableau 6  
Répartition (%) des époux selon l'état matrimonial antérieur en 1999 (3 446 mariages)

État matrimonial du mari	État matrimonial de la femme		
	Célibataire	Veuve	Divorcée
Célibataire	82,5	0,7	3,4
Veuf	0,8	0,7	0,7
Divorcé	7,3	0,6	3,3

Sources : LARDOUX (2002 b) – état civil

Tableau 7  
Âge moyen au mariage des hommes et femmes veufs et divorcés qui se sont mariés en 1999

État matrimonial antérieur	Âge moyen
Hommes veufs	57,5 ans
Hommes divorcés	46,1 ans
Femmes veuves	52,3 ans
Femmes divorcées	39,9 ans

Source : état civil

Tableau 8  
Répartition (%) des mariages en 1999 selon la commune de naissance des conjoints

Communes de naissance à la Réunion mais différentes	46,5
Même commune de naissance à la Réunion	32,0
Les deux conjoints sont nés hors de la Réunion	10,3
Un des deux conjoints est né hors de la Réunion	11,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Source : état civil

Quatre-vingts pour cent des mariages concernent deux personnes de nationalité française, proportion tout à fait comparable à celle que l'on trouve en métropole. Dans les couples dont un des conjoints n'est pas de nationalité française, il s'agit le plus souvent d'un mariage franco-mauricien ou franco-malgache (tabl. 9).

Tableau 9  
Répartition des mariages (%) en 1999 selon le pays de naissance des deux époux

Pays de naissance de l'époux	Pays de naissance de l'épouse							Total
	France	Madagascar	Maurice	Comores	Autres pays Afrique	Autres pays Europe	Autres pays Asie	
France	88,0	2,2	3,0	0,0	0,4	0,2	0,2	<b>94,0</b>
Madagascar	1,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	<b>2,0</b>
Maurice	0,7	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,8</b>
Comores	0,7	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	<b>1,2</b>
Autres	1,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	<b>2,0</b>
<b>Total</b>	<b>92,0</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>100,0</b>

Sources : LARDOUX 2002 b ; recensement 1999

## Le divorce

De manière concomitante au recul du mariage, on a pu observer la montée du divorce (tabl. 10). Alors que 38 cas sont enregistrés en 1961, environ 500 divorces sont observés en 1981 (SQUARZONI, 1985). Au cours des années 1950 et au début des années 1960, le mariage est stable, le nombre de divorces est très faible. Le divorce est alors mal considéré. Il rompt les liens sacrés du mariage, or la valeur morale et religieuse de l'union légale reste forte dans les mentalités et les comportements des Réunionnais (LEFEVRE et PASQUET, 1988). Lorsqu'un couple se dissout, il peut se séparer mais rares sont ceux qui divorcent. Ainsi, en 1986, on compte deux fois plus de séparations que de divorces (LEFEVRE et PASQUET, 1988). Cette même année, une enquête d'opinion montre que 70 % des femmes sont opposées au divorce, au nom des traditions, des conventions sociales ou religieuses. À l'inverse, une majorité se déclare favorable à la séparation (52 %) (Conseil général de la Réunion, 1987). Ce sont les femmes les plus scolarisées qui font le choix de mettre fin légalement à leur mariage, en lieu et place d'une simple séparation.

Le nombre de divorces augmente ensuite constamment jusqu'au milieu des années 1990 où il se stabilise autour de 1 000 par an (tabl. 10). L'augmentation a surtout été forte au cours des années 1970. Au total entre 1961 et 2000, le nombre de divorces a été multiplié presque par 25 alors que la population a doublé. Le rapport entre les divorces et les mariages reste stable au cours de la décennie 1980, augmente jusqu'à la fin des années 1990 pour redevenir stable ensuite.

Tableau 10  
Nombre de mariages et de divorces enregistrés à la Réunion (1982-2003)

	1982	1990	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Nombre de divorces</b>	494	573	1 121	1 057	934	904	940	844
<b>Nombre de mariages</b>	3 096	3 718	3 343	3 446	3 444	3 508	3 284	3 212
<b>Nombre de divorces pour 100 mariages</b>	16,0	15,4	33,5	30,7	27,1	25,8	28,6	26,3

Source : Insee (2004)

Tableau 11  
Répartition (%) des mariages dissous selon la durée du mariage au moment du divorce pour la période 1996-2000

Moins de 5 ans	12,6
De 5 à 9 ans	25,7
De 10 à 14 ans	19,8
De 15 à 19 ans	16,3
De 20 à 24 ans	11,9
Plus de 25 ans	13,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Source : HOARAU (2000)

Les mariages se terminant par un divorce entre 1996 et 2000 auront duré en moyenne douze ans, ce qui est très comparable à ce qu'on peut observer en métropole (PRIoux, 2003). Seule une petite proportion des divorces interviennent dans les cinq premières années du mariage (tabl. 11). Au moment de la séparation, les hommes sont âgés en moyenne de 42 ans et les femmes de 38 ans (HOARAU, 2000). La majorité des divorces (59 %) se font à l'initiative des épouses ; 23 % sont demandés par les hommes et les autres (18 %) sont demandés conjointement. Le divorce pour faute est le plus fréquent et concerne 64 % des procédures à l'initiative des femmes et 52 % des procédures à l'initiative des hommes. Les fautes le plus souvent retenues envers les hommes sont l'alcoolisme et la violence tandis que pour les femmes, il s'agit de l'abandon du domicile conjugal ou de l'infidélité.

## Le mariage : une institution ?

Le couple reste le mode de vie le plus fréquent à la Réunion. Les familles monoparentales et les individus qui vivent seuls, sans conjoint, sont relativement peu nombreux. Cependant, malgré le fait que le mariage civil et religieux conserve une grande valeur sociale, de plus en plus d'individus cohabitent plusieurs années sans être mariés. La mise en couple et la naissance du premier enfant sont les principales causes du départ du domicile parental, sans que l'union soit systématiquement formalisée par un mariage légal. Mise en union et première grossesse sont deux événements qui se produisent rapidement après la sortie du système scolaire (SOULAS, 2001). Les jeunes femmes trouvent dans la maternité une certaine reconnaissance sociale, notamment dans les milieux populaires où la fin de l'adolescence est marquée plus nettement par la maternité que par l'accès à une profession (HOAREAU, 1994). Elles quittent leurs parents relativement tôt, puisqu'à 23 ans une fille sur deux vit hors de chez ses parents, tandis que les garçons restent au foyer parental plus longtemps, un sur deux vivant encore chez ses parents à 26 ans (SOULAS, 2001). Les jeunes femmes sans diplôme vivent moins longtemps chez leurs parents et entrent plus tôt en union. On observe l'effet inverse chez les garçons : les plus diplômés sont les plus précoces en termes de nuptialité. Pour les femmes, une scolarité plus longue incite à rester célibataire plus longtemps et à privilégier l'union libre par rapport au mariage (DESMARETS, 1997).

De même l'entrée en vie sexuelle et l'entrée en union sont fortement dissociées, et ce de manière croissante. Les premiers rapports sexuels tardifs (après 20 ans) sont en nette régression, surtout chez les hommes. Alors que parmi les plus âgés (nés entre 1927 et 1946), 60 % des hommes n'avaient pas encore eu d'expérience sexuelle à leur dix-huitième anniversaire, cette proportion n'est plus que de 40 % chez les plus jeunes (nés entre 1962 et 1978) (tabl. 12). L'âge médian au premier rapport sexuel chez les hommes est avancé de près d'un

Tableau 12  
Répartition des hommes et des femmes (%) selon l'âge au premier rapport sexuel  
par génération et âge médian au premier rapport sexuel

	15 ans ou moins	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans et plus	Pas de rapport	Âge médian
<b>Hommes</b>								
1927-1946	13,9	12,6	13,2	33,6	0,0	26,7	0,0	17,3 ans
1947-1961	22,6	16,0	9,2	18,2	5,7	27,7	0,7	17,1 ans
1962-1978	24,1	19,6	15,6	14,0	4,5	9,6	12,6	16,4 ans
<b>Femmes</b>								
1927-1946	3,0	5,3	2,5	16,9	1,1	71,2	0,0	> 20 ans
1947-1961	5,7	14,4	7,0	31,0	11,5	26,3	4,1	17,7 ans
1962-1978	10,6	12,7	15,9	22,1	10,0	18,0	10,6	17,5 ans

Source : Drass (1997)

an entre ces deux groupes de générations. Le premier rapport est aussi plus précoce chez les jeunes filles, elles sont de plus en plus rares à n'avoir eu aucune expérience sexuelle à l'âge de 19 ans. Cependant, il reste moins précoce que chez les garçons. Selon cette même étude (Drass, 1997), le premier partenaire sexuel n'est pas le premier conjoint. Seule une très faible proportion des individus (1,2 % des hommes) ont leur première relation sexuelle dans le cadre d'une union.

La cohabitation avant le mariage reste ainsi la règle absolue, puisque le mariage sans cohabitation préalable ne concerne que 0,7 % des couples (CAPARIN et HOARAU, 2001). Si le concubinage comme mode d'entrée en union se pratique depuis longtemps, ce qui est nouveau est que des couples prolongent cette période plusieurs années avant de se marier légalement.

En 1990, seuls un cinquième des couples vivaient en concubinage, alors qu'ils sont plus d'un quart (27 %) en 1999 (MEKKAOUI, 2001). En 1997, 15 % des femmes de 15 à 65 ans vivent en concubinage tandis que 41 % sont mariées (CAPARIN et HOARAU, 2001). L'union libre est principalement le fait des jeunes couples. Entre 20 et 25 ans, la très large majorité des hommes et des femmes en couple sont en union libre (autour de 70 %), beaucoup plus rares sont ceux qui ont choisi d'officialiser leur union par un mariage civil. Ensuite, la part des couples non mariés diminue fortement puisque après 40 ans, moins d'un quart des couples vivent ensemble sans être passés devant le maire. Beaucoup de concubins officialisent donc leur union par un mariage civil. L'union libre est une première étape vers le mariage dans 85 % des cas. La période de concubinage avant le mariage dure un peu plus de deux années (CAPARIN et HOARAU, 2001).

La montée de l'union libre accompagne celle du chômage (MEKKAOUI, 2001). Les individus qui ont la plus forte probabilité de vivre en union libre plutôt qu'au sein d'un couple marié sont ceux qui économiquement et socialement sont les plus défavorisés : les plus jeunes, les chômeurs et les moins diplômés.

Une autre forme d'union nouvelle à la Réunion comme en métropole est le Pacte civil de solidarité. C'est à l'automne 1999 que le Parlement français a adopté une loi qui offre un statut légal aux unions de fait, en créant entre les partenaires un « pacte civil de solidarité » (Pacs). Le Pacs peut être signé aussi bien par des couples hétérosexuels que par des couples homosexuels. Les données sur le Pacs sont pauvres. Nous ne disposons ni de l'âge, ni du sexe des signataires. Il est donc difficile de dire dans quelle mesure le Pacs est un engagement des couples homosexuels ou une alternative au mariage pour les couples hétérosexuels.

En France métropolitaine, un peu plus de 87 700 contrats de Pacs ont été signés entre novembre 1999 et juin 2003. Le nombre de Pacs annuels est en augmentation, le succès pour cette nouvelle formalisation de l'union est croissant (PRIOUX, 2003). À l'instar de ce qui est observé en métropole, le nombre de Pacs enregistrés à la Réunion entre 2000 et 2003 a été multiplié par 2,5 (tabl. 13). Cependant, il reste relativement moins important que sur l'ensemble de la France : moins de 1 % des Pacs ont été signés à la Réunion alors que sur l'île vit 1,2 % de la population française au moment du recensement de 1999, avec une structure de population plus jeune.

Tableau 13  
Nombre de Pacs enregistrés à la cour d'appel de Saint-Denis de la Réunion  
par année (2000-2003)

Année	Nombre de Pacs enregistrés
2000	94
2001	113
2002	143
2003	235

Sources : Insee (2004) et ministère de la Justice

Au-delà de ces nouvelles formes d'union, le mariage légal reste une étape importante et le couple légitime souvent son union après la naissance du premier enfant. En 1999, deux mariages sur cinq concernaient des couples qui avaient déjà un enfant (TEMPORAL, 2002) ; en métropole, à la même date, un peu moins de 30 % des mariages légitiment un ou plusieurs enfants (MUNOZ-PEREZ et PRIOUX, 2005). À la Réunion, comme ailleurs sur le territoire français, la part des naissances hors mariages est restée très stable jusqu'au début des années 1970, ensuite elle n'a cessé d'augmenter : de 31 % en 1974 à 60 % en 1999 (fig. 11). Parmi les naissances dites illégitimes, se confondent des naissances qui surviennent dans des couples stables (en union libre ou pacsés) et des naissances chez des femmes vivant hors couple. Il est très difficile de distinguer les unes des autres. Nous savons néanmoins que 45 % des enfants illégitimes en 1999 ont été reconnus à la fois par leur mère et leur père et 39 % par un seul de leurs parents (le plus souvent la mère) (TEMPORAL, 2002).

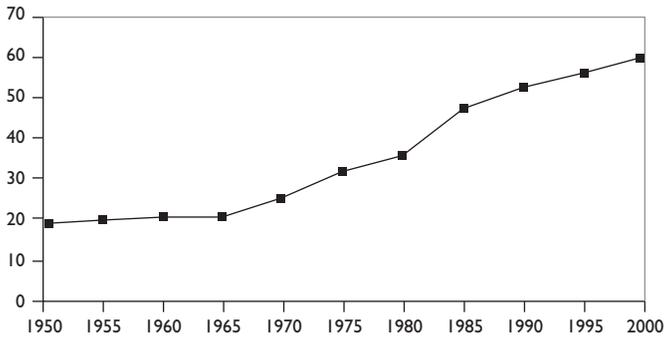


Fig. 11

Proportion (%) de naissances illégitimes dans l'ensemble des naissances (1951 à 1999).

Sources : Insee in EVE (1998) ; Recensement 1999

Tableau 14

Répartition (%) des familles selon le type de famille et quelques caractéristiques du chef de famille.

Caractéristiques du chef de famille	Femme avec enfant(s) sans conjoint	Homme avec enfant(s) sans conjointe	Couple avec enfant(s)
15 à 24 ans	6,9	1,8	5,7
25 à 34 ans	23,9	13,0	32,0
35 à 49 ans	40,0	38,2	46,2
50 ans et plus	29,2	47,0	16,1
Célibataire	52,4	31,7	24,2
Marié(e)	10,3	24,3	74,2
Veuf(ve)	20,8	25,7	0,4
Divorcé(e)	16,5	18,3	1,2
Sans diplôme	66,6	68,2	56,3
Primaire	11,7	9,2	13,2
BEP/CAP	10,9	10,5	13,4
BAC	5,8	4,9	8,6
Universitaire	5,0	7,3	8,6
Un enfant	47,6	54,9	32,0
2 ou 3 enfants	42,1	38,8	56,7
4 enfants ou plus	10,3	6,2	11,3
<b>Nombre de familles</b>	<b>38 464</b>	<b>5 105</b>	<b>105 270</b>

Source : Recensement de 1999, in BOUSQUET (2001)

Si le mariage est donc loin d'être le cadre exclusif de la procréation, les enfants grandissent néanmoins le plus souvent avec leurs deux parents. Trois enfants sur quatre vivent avec leurs deux parents. Un quart des familles sont des familles monoparentales. La part des familles monoparentales est stable depuis 1990. Dans plus de la moitié des cas, la monoparentalité est le résultat d'une séparation d'un couple en union libre, dans 16 % des cas elle fait suite à un divorce, et dans 20 %, c'est le veuvage qui en est la cause (BOUSQUET, 2001). La très large majorité des familles monoparentales ont à leur tête une femme (tabl. 14), et ce pour deux raisons principales. D'une part, si l'autorité

parentale est presque toujours conjointe, la résidence habituelle de l'enfant est le plus souvent attribuée à la mère. Notons que 78 % des couples qui ont divorcé entre 1996 et 2000 avaient des enfants (HOARAU, 2000). D'autre part, la mortalité masculine est plus forte que la mortalité féminine et les époux sont généralement plus âgés que les épouses, ce qui implique que les veuves sont plus nombreuses que les veufs.

## Conclusion

À la Réunion encore plus qu'en métropole, les unions sont de moins en moins souvent légitimées par le mariage et les mariages concernent des personnes de plus en plus âgées au fil des générations. Les explications sont multiples. Il faut tout d'abord replacer cette évolution dans une perspective historique et noter que la nuptialité n'a jamais été très forte à la Réunion, le comportement nuptial des générations 1940 à 1950 pouvant être considéré comme une exception. Ensuite, la situation du marché de l'emploi favorise la vie en union libre. Toutefois, ce recul de la nuptialité ne signifie pas forcément un retard de l'entrée dans la vie adulte *via* une union, mais plutôt une généralisation des situations informelles. Les décalages entre situation de fait et situation de droit sont fréquemment observés en ce domaine dans l'île. C'est par exemple le cas des personnes mariées qui, en cas de séparation, n'entament pas forcément de procédure pour divorce. La situation réunionnaise est désormais assez proche de celle observée en Guadeloupe et en Martinique, autres départements d'outre-mer français.

## Bibliographie

**BALLY B.,**

2003 – Le taux de chômage rejoint la barre des 33 %. Insee, *Économie de la Réunion*, 118 : 8-10.

**BOUSQUET O.,**

2001 – Familles monoparentales. Insee, *Économie de la Réunion*, 110 : 15-17.

**BOZON M.,**

1991 – Choix du conjoint et reproduction sociale. CNDP, *Ecoflash*, 64, 4 p.

**BRETON D.,**

2004 – Mise en couple et naissances dans

les unions à la Réunion :

une approche longitudinale.

*Espace, Populations, Société*, 2 : 237-252.

**CAPARIN C., HOARAU M.-L.,**

2001 – *Trajectoires de couples hors mariage*. Observatoire du développement de la Réunion, Document n° 36, 53 p.

**Conseil général de la Réunion,**

1987 – *Étude générale sur la fécondité et les unions à la Réunion*. Conseil général de la Réunion, Direction des actions sanitaires et sociales départementales.

**DESMARETS D.,**

1997 – *Les femmes*. Observatoire du développement de la Réunion, Études et Synthèse n° 34, 65 p.

**Drass,**

1997 – *Analyse des comportements sexuels à la Réunion*. Étude réalisée par Blandine Toulemonde, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, 288 p.

**EVE P.,**

1998 – *Variations sur le thème de l'amour à Bourbon à l'époque de l'esclavage*. Saint-André, Océan Éditions.

**FESTY P., HAMON C.,**

1983 – *Croissance et révolution démographique à la Réunion* Ined/PUF, Travaux et Documents, Cahier n°100, 116 p.

**HOARAU S.,**

2000 – *Divorces et fin de siècle*. Observatoire du développement de la Réunion, Document n° 34, 53 p.

**HOARAU S.,**

2003 – *Les mariages*. Observatoire du développement de la Réunion, Document n° 47, 45 p.

**HOAREAU N.,**

1994 – *L'évolution récente des mouvements naturels de population à la Réunion*. Mémoire de DEA, option géographie, université de la Réunion.

**Insee,**

2003 – *Dossier - Une typologie des quartiers*. Institut national de la statistique et des études économiques, Direction régionale de la Réunion, n° 115, 12 p.

**Insee,**

2004 – *Tableau économique de la Réunion 2003-2004*. Institut national de la statistique et des études économiques, Direction régionale de la Réunion, 210 p.

**JASPARD M., POURETTE D., WIDMER I.,**

2004 – *Approche sociologique des violences envers les femmes : comparaison Île de la Réunion – métropole – aspects quantitatifs et qualitatifs*. Séminaire « Les lundis de l'Ined », 28 juin, 23 p.

**LARDOUX J. M.,**

2002 a – *Autour de la trentaine et à proximité de chez soi*. Insee, *Économie de la Réunion*, 114 : 8-10.

**LARDOUX J. M.,**

2002 b – *La situation démographique à la Réunion en 1999 (Naissances, décès, mariages)*. Insee, 59 p.

**LEFEVRE F., PASQUET C.,**

1988 – *Fécondité et famille à la Réunion - Situation et dynamique*. Observatoire départemental de la Réunion, Direction des actions sanitaires départementales, Conseil général de la Réunion, 32 p.

**MEKKAOUI J.,**

2001 – *Couple : montée de l'union libre avec le chômage*. Insee, *Économie de la Réunion*, 110 : 12-13.

**MEKKAOUI J.,**

2002 – *Croissance de l'emploi mais au prix de la précarité*. Insee, *Économie de la Réunion*, 111 : 14-16.

**MUNOZ-PEREZ F., PRIOX F.,**

2005 – « Filiation des enfants nés hors mariage en France depuis 1970 ». In Bergouignan C., Blayo C., Parant A., Sardon J.-P., Tribalat M., éd. : *La population de la France. Évolution démographique depuis 1946*, CUDEP, Tome 1 : 333-354.

**PRIOX F.,**

2003 – *L'évolution démographique récente en France*. *Population*, 58 ( 4-5) : 589-622.

**ROINSARD N.,**

2003 – *RMI : entre survie et insertion*. Insee, *Économie de la Réunion*, 118 : 11-22.

**SOULAS G.,**

2001 – *À l'école jusqu'à 20 ans, au travail après 25 ans*. Insee, *Économie de la Réunion*, 109 : 6-7.

**SQUARZONI R.,**

1985 – *Évolution du divorce à la Réunion 1961-1984. De l'impensable au pratiqué*. ODES, Étude générale, Famille, n° 1, 20 p.

**SQUARZONI R.,**

1992 – *Évolution de la famille à la Réunion*. Observatoire du développement de la Réunion, Études et synthèses n° 17, 49 p.

**TEMPORAL F.,**

2002 – *Trois enfants sur cinq naissent hors mariage*. Insee, *Économie de la Réunion*, 113 : 16-17.



# Projections de population à l'horizon 2030\*

Jean-Marc LARDOUX

Les travaux de projection de population concernant l'île de la Réunion ont été réalisés dans le cadre d'un modèle national «Omphale»<sup>1</sup> à partir des résultats du recensement de 1999. Ils s'inscrivent dans un ensemble de travaux de projection à l'horizon 2030 menés de manière coordonnée dans les différentes régions françaises. Dans un premier temps, nous détaillerons les hypothèses des projections retenues, puis nous présenterons les principaux résultats à l'horizon 2030.

## Des scénarios à la carte

De multiples scénarios, des plus fantaisistes aux plus crédibles, peuvent être envisagés et traduits dans Omphale en faisant varier les hypothèses portant sur la fécondité, la mortalité et le solde migratoire. Il nous a semblé important de présenter à la fois des scénarios probables et d'autres quelque peu extrêmes.

\*Ce chapitre est issu de deux articles parus dans *l'Économie de la Réunion*, 2002, n° 112 : Des scénarios à la carte : 13-15 ; Des bouleversements attendus ou envisageables : 16-17. Ces articles sont issus du dossier intitulé « La population en 2030 », réalisé par Actif N., Lardoux J.-M., Mekkaoui J. : 11-22. Nous remercions M. Jean Gaillard, directeur régional de l'Insee-Réunion, pour son aimable autorisation de reproduction.

1. Voir la note méthodologique en annexe 1.

Les premiers sont basés essentiellement sur le prolongement ou sur de légères inflexions des tendances, les autres combinent une forte baisse de la fécondité et un fort déficit migratoire ou le maintien de la fécondité et un fort accroissement migratoire.

## Les hypothèses

### Fécondité

Le premier élément à prendre en compte dans la construction des scénarios est l'évolution de la fécondité. Après une longue période de baisse, la fécondité remonte actuellement, aussi bien à la Réunion qu'en France métropolitaine (fig. 1). Il paraît donc opportun d'envisager trois hypothèses. La première suppose que la fécondité va se stabiliser à son niveau relativement haut de 1999 et que l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) restera à 2,4 enfants par femme chaque année jusqu'en 2030. Dans la deuxième, la diminution progressive des quotients de fécondité aboutit à un nombre d'enfants par femme égal à 2,0 à l'horizon 2030. La troisième hypothèse envisage une diminution plus prononcée de la fécondité qui réduirait à 1,7 le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer à l'horizon 2030. Cette dernière hypothèse rejoint celle des projections de 1999 qui retenait 1,8 enfant par femme en 2020.

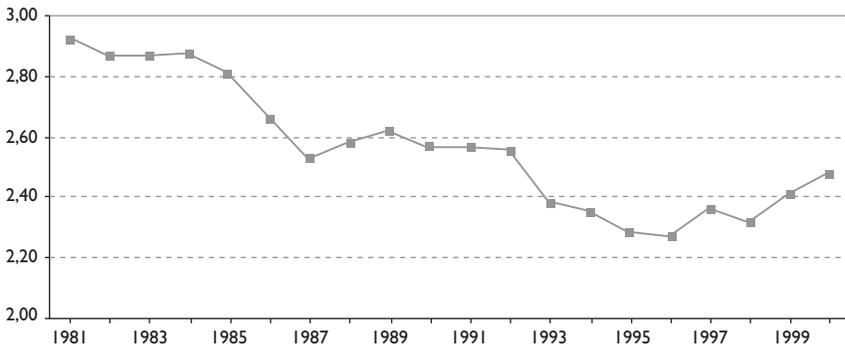


Fig. 1  
Indicateur conjoncturel de fécondité 1981-2000.  
Source : Insee

### Espérance de vie

Concernant les gains d'espérance de vie, l'hypothèse est commune à l'ensemble des scénarios. Entre 1990 et 2000, les hommes ont gagné 1,6 an et les femmes pratiquement un an. Ne pouvant *a priori* faire d'hypothèses différenciées pour les hommes et les femmes, nous avons pris une évolution de tendance « moyenne » et donc tablé sur un gain de quatre ans pour les hommes et les femmes à l'horizon 2030. L'espérance de vie atteindrait ainsi 75 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes.

## *Migration*

L'impact des migrations est déterminant dans les évolutions démographiques. De plus, il s'agit de phénomènes fortement conjoncturels et très fluctuants. Il nous a donc semblé nécessaire d'élaborer plusieurs hypothèses sur cette variable.

On sait que les comportements migratoires des individus dépendent directement de la tranche d'âge dans laquelle ils se situent. Entre quinze et vingt-quatre ans, les départs sont majoritaires, essentiellement pour poursuivre des études ou trouver un premier travail en métropole ou à l'étranger. À l'inverse, de vingt-cinq à soixante-dix ans les arrivées sont plus nombreuses. Parmi celles-ci, beaucoup de parents avec leurs jeunes enfants, ce qui explique que le solde migratoire des moins de quinze ans est également positif. Au-delà de soixante-dix ans, les mouvements migratoires concernent très peu de personnes et sont, de ce fait, peu significatifs.

Les sept hypothèses de migration qui ont été retenues se différencient sur l'intensité des phénomènes migratoires : les départs entre quinze et vingt-quatre ans et les arrivées entre vingt-cinq et soixante-dix ans seront plus ou moins importants selon les scénarios. Dans tous les cas, les moins de quinze ans se verront appliquer la même hypothèse que leurs parents. Quant aux personnes de plus de soixante-dix ans, on supposera qu'elles ne sont pas concernées par les migrations.

Les sept hypothèses sont présentées ci-dessous en commençant par celles qui privilégient les départs et en terminant par celles qui engendrent le plus d'arrivées.

### *1 - Fort déficit migratoire sur toute la période*

Dans cette hypothèse, on suppose que pendant toute la période 2000-2030 les incitations au départ sont fortes, tandis que les arrivées sont découragées. L'émigration des jeunes de 15 à 24 ans est ainsi multipliée par trois par rapport à la période 1990-1999, tandis que les arrivées diminuent des trois quarts entre 25 et 70 ans.

### *2 - Fort déficit migratoire pendant quelques années*

Cette hypothèse suppose qu'une politique incitant fortement à l'émigration est mise en place pendant dix ans, entre 2005 et 2014. L'incitation est maximale entre 2005 et 2009, elle aboutit à multiplier par quatre les départs entre 15 et 24 ans et à freiner fortement les arrivées des 25-70 ans. Dans la période de cinq ans suivante (2010 à 2014), l'incitation à l'émigration est atténuée : on multiplie par 2,5 les niveaux de départ des 15-24 ans tout en continuant de freiner les arrivées des 25-70 ans. Avant 2005 et après 2014, c'est le scénario suivant, de léger déficit migratoire, qui s'applique.

### *3 - Léger déficit migratoire*

Dans cette hypothèse, on suppose que, sur l'ensemble de la période 2000-2030, les départs de jeunes de 15 à 24 ans augmentent de moitié par rapport à la période 1990-1999, tandis que les arrivées au-delà de 24 ans diminuent de moitié.

#### 4 - Migrations nulles

Il s'agit d'un cas d'école avec mise à zéro de tous les quotients de migration. L'intérêt est de montrer ce que pourrait être l'évolution de la population réunionnaise en l'absence de tout phénomène migratoire.

#### 5 - Maintien des migrations observées entre 1982 et 1999

Dans cette hypothèse, on maintient pendant trente ans les quotients migratoires calculés sur la période 1982-1999 qui aboutissaient à un solde migratoire annuel moyen de + 1 100 personnes.

#### 6 - Maintien des migrations observées entre 1990 et 1999

Dans ce cas, ce sont les quotients migratoires de référence calculés entre les recensements de 1990 et 1999 qui sont maintenus sur l'ensemble de la période de projection. Ces quotients, plus élevés que ceux calculés sur la période 1982-1999, aboutissaient à un solde migratoire annuel moyen de 1 800 personnes.

#### 7 - Fort excédent migratoire

Dans cette hypothèse, on suppose que les jeunes partent moins et que l'attractivité de La Réunion augmente. Sur l'ensemble de la période 2000-2030, les départs de jeunes (15-24 ans) diminuent de moitié par rapport à la période 1990-1999, tandis que les arrivées de personnes âgées de 25 à 70 ans augmentent de moitié.

La première hypothèse migratoire correspondant à un solde migratoire négatif de 3 000 personnes par an sur trente ans semble très peu plausible, non par son ampleur mais par sa durée. Entre 1974 et 1982, les départs organisés par le Bumidom excédaient chaque année les arrivées de plus de 4 000. Mais cela n'a duré qu'une dizaine d'années. Pour cette raison, nous avons retenu une autre hypothèse plus réaliste, elle aussi d'émigration massive, mais sur une période de dix ans de 2005 à 2014. Mis à part le cas d'école d'une migration nulle sur l'ensemble de la période, les quatre autres scénarios nous semblent également envisageables.

Tableau 1  
Population à l'horizon 2030 en fonction des hypothèses retenues

Hypothèses de migrations	ICF en diminution vers 1,7	ICF en diminution vers 2,01	ICF maintenu à 2,4
1 - fort déficit sur toute la période	800 200	825 000	854 100
2 - fort déficit pendant quelques années	859 300 (a)	882 500	913 800
3 - léger déficit	901 500	927 700	958 600
4 - migration nulle	934 200	961 400	1 004 600
5 - maintien des migrations de 1982-99	978 900	1 003 800	1 034 500
6 - maintien des migrations de 1990-99	996 800	1 029 000 (b)	1 066 700
7 - fort excédent sur toute la période	1 048 800	1 076 000	1 123 100 (c)

(a) scénario bas – (b) scénario central – (c) scénario haut

Source : Insee

La combinaison des hypothèses plausibles de migration et de fécondité nous amène à envisager qu'à l'horizon 2030, la Réunion puisse compter entre 860 000 et 1 120 000 habitants (tabl. 1). Bien sûr, cette fourchette est très large,

mais l'intérêt de ce travail n'est pas tant de prédire au plus juste le nombre d'habitants en 2030 que de montrer l'influence de chaque hypothèse sur l'évolution de la population globale.

### Trois scénarios retenus

Parmi la vingtaine de scénarios possibles, trois ont un intérêt particulier. Le scénario « central » correspond, selon nous, à l'évolution la plus probable : maintien des phénomènes migratoires constatés ces dix dernières années et baisse tendancielle de la fécondité vers 2 enfants par femme en âge de procréer. Ce scénario conduirait à une population légèrement supérieure à un million d'habitants en 2030 (fig. 2).

Le scénario « bas » est un scénario extrême conjuguant une baisse importante de la fécondité et une politique d'émigration très active. Il aboutirait à une population de 860 000 habitants en 2030. Enfin un scénario « haut », lui aussi scénario extrême, allie une hypothèse forte de maintien de la fécondité et une augmentation de l'immigration pour arriver à 1 120 000 habitants en 2030. Le scénario central sera bien sûr le plus développé, les deux autres ayant pour intérêt majeur de définir les bornes inférieures et supérieures de chaque phénomène étudié.

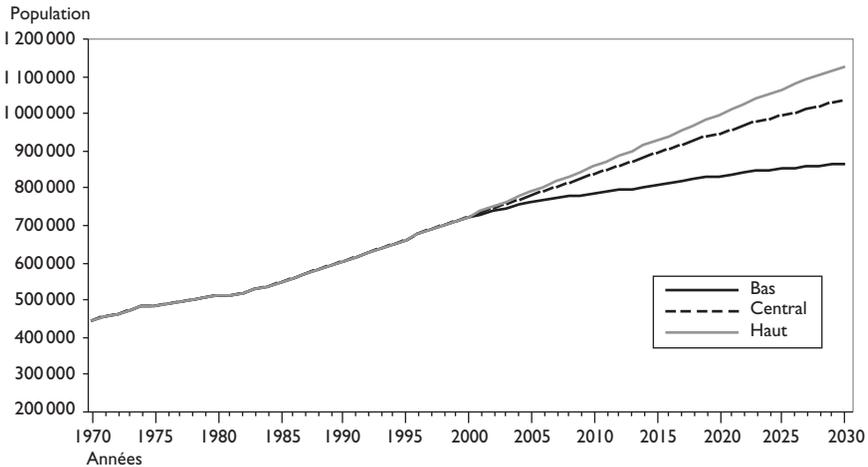


Fig. 2

Projections de la population réunionnaise à l'horizon 2030 selon les trois scénarios retenus.

Source : Insee

## Des bouleversements attendus ou envisageables

Au-delà de l'évolution du nombre d'habitants, les projections de population mettent en évidence des bouleversements à venir. Certains sont inéluctables, comme le vieillissement de la population et l'augmentation concomitante des

décès. D'autres sont incertains, comme le nombre de naissances qui dépend du comportement des femmes mais aussi des mouvements migratoires. Conjoncturels ou programmés, les mouvements migratoires sont les plus difficilement prévisibles et influent sur tous les phénomènes démographiques.

Si les mouvements migratoires se maintiennent tels qu'ils existent depuis une dizaine d'années et si le comportement des femmes fécondes se rapproche de celui des métropolitaines (scénario central), on comptera sans doute légèrement plus d'un million d'habitants à la Réunion en 2030. Pour encadrer ce scénario, deux variantes contrastées ont été retenues. Avec plus de contrôle des naissances et de fortes incitations à l'émigration des jeunes pendant une dizaine d'années, la population de la Réunion pourrait ne pas dépasser les 860 000 habitants (scénario bas). Avec le maintien de la fécondité actuelle et un accroissement de l'attractivité de l'île, la population pourrait atteindre 1 120 000 habitants (scénario haut).

### Une grande incertitude sur le nombre de naissances

La croissance démographique dépend en premier lieu de la vigueur de la natalité. Celle-ci est directement liée au nombre de femmes en âge d'avoir des enfants et à leur comportement en matière de fécondité. Actuellement, près de 200 000 femmes réunionnaises sont âgées de 15 à 49 ans. L'évolution dans les trente années à venir de ce nombre de femmes fécondes est directement liée à celle du solde migratoire. Un déficit migratoire (scénario bas) entraînerait une stabilisation de cet effectif. La poursuite de l'excédent migratoire constaté ces dernières années (scénario central) entraînerait une augmentation de 40 000 femmes en âge de procréer. Enfin, en cas d'accélération de l'excédent migratoire (scénario haut), il y aurait 255 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2030.

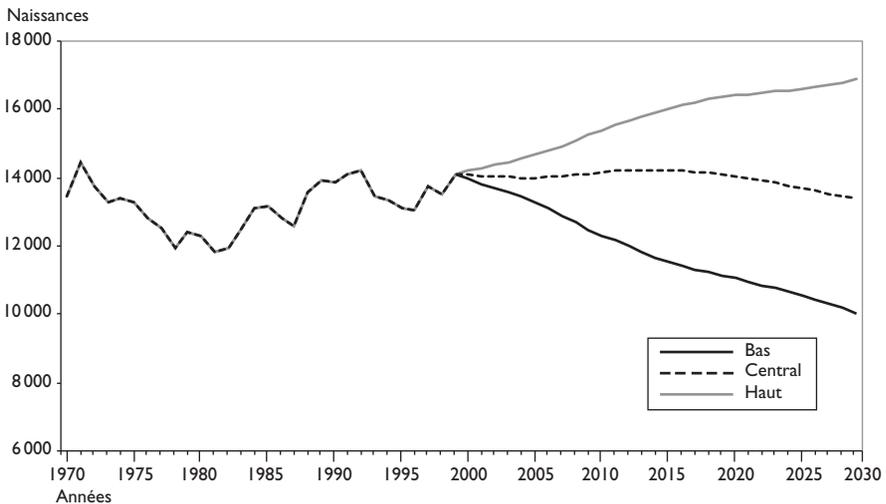


Fig. 3  
Projection des naissances selon les trois scénarios retenus.  
Source : Insee

La conjugaison du solde migratoire et de la fécondité des femmes peut entraîner des nombres de naissances très différents (fig. 3). Dans le scénario bas, un simple maintien du nombre de femmes en âge d'avoir des enfants allié à une fécondité tendant vers 1,7 enfant par femme provoquerait une forte baisse des naissances : elles se situeraient aux alentours de 10 000 en 2030. Inversement, dans le scénario haut, un excédent migratoire accentué conjugué à une fécondité stabilisée à 2,4 enfants par femme engendrerait une hausse importante des naissances qui pourrait frôler les 17 000 en 2030. Si on s'en tient au scénario central, le plus probable, l'augmentation du nombre de femmes en âge d'avoir des enfants combinée avec la baisse progressive de la fécondité vers 2 enfants par femme entraînerait une stabilisation des naissances autour de 14 000.

### Doublement programmé des décès

Le nombre de décès est, et de loin, la variable sur laquelle plane le moins d'incertitude parce que, de fait, la très grande majorité des décès dans les trente années à venir concerne des personnes déjà nées et habitant actuellement la Réunion. C'est pour cela que nous n'avons pas choisi d'hypothèses alternatives concernant l'évolution de l'espérance de vie

Pendant vingt ans, entre 1975 et 1995, le nombre de décès n'a pratiquement pas évolué, oscillant toujours autour de 3 200 chaque année. Depuis, les décès augmentent année après année, et ce phénomène, quel que soit le scénario envisagé, va s'amplifier. La population réunionnaise, encore très jeune aujourd'hui, va en effet vieillir petit à petit. Entre 1999 et 2030, selon le scénario central, la proportion des personnes de soixante ans ou plus va doubler : de 10 % actuellement, elle pourrait passer à plus de 22 % en 2030.

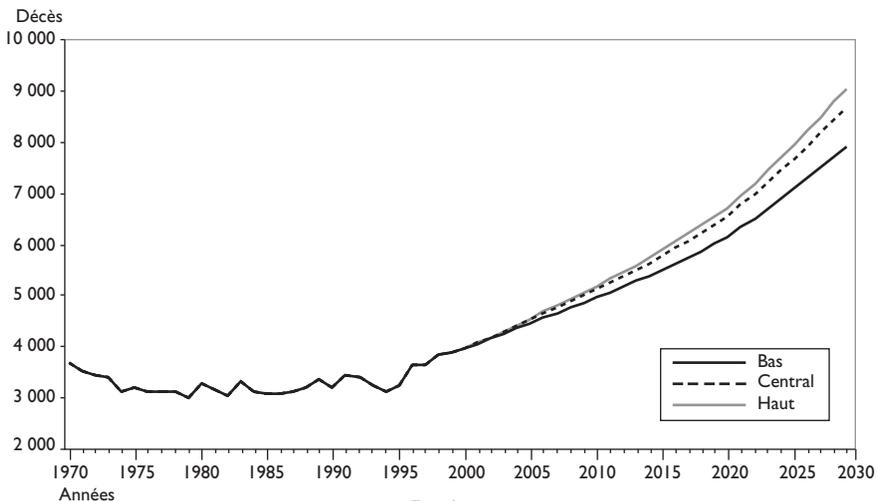


Fig. 4  
Projection des décès selon les trois scénarios retenus.  
Source : Insee

Ainsi, malgré l'amélioration des conditions sanitaires et les progrès médicaux, la croissance forte de la population la plus exposée au risque de mortalité va provoquer une montée inévitable des décès. En 2030, il y aura entre 7 900 et 9 000 décès annuels sur l'île de la Réunion, soit plus du double du nombre constaté actuellement (fig. 4).

Quel que soit le scénario envisagé, le solde naturel, différence entre les naissances et les décès, va diminuer mais il restera largement positif. De 10 300 en 1999, il diminuera jusqu'à se situer à 4 800 en 2030 dans le scénario central. Il pourrait être de 7 600 dans le scénario haut, et tomber à 2 900 dans le scénario bas.

### **Un solde migratoire difficilement prévisible**

Le comportement migratoire est un phénomène fortement conjoncturel et très fluctuant. Il a très fortement varié au cours des trente dernières années. Il était négatif de 1967 à 1982, à l'époque où le Bumidom organisait la migration des Réunionnais vers la France métropolitaine. Les départs ont ainsi excédé les arrivées de 11 500 personnes entre 1967 et 1974, et de 33 400 entre 1974 et 1982. Le mouvement s'est inversé depuis, et les arrivées ont excédé les départs de 4 000 entre 1982 et 1990, puis de 16 000 entre 1990 et 1999.

Entre 1990 et 1999, la Réunion a été très attractive, avec un excédent migratoire à tous les âges sauf pour les jeunes souhaitant poursuivre leurs études ou à la recherche d'un premier emploi en métropole. Le scénario central, qui prolonge à l'identique ce profil migratoire sur l'ensemble de la période 2000-2030, donne une population estimée en 2030 de 1 029 000 personnes. Avec la même hypothèse de fécondité (2 enfants par femme en 2030) mais en supposant une migration nulle sur l'ensemble de la période, la population réunionnaise serait de 961 000 en 2030. Ainsi, si les mouvements migratoires se maintiennent au cours des trente années à venir, nous pouvons tabler sur un accroissement de la population uniquement dû au solde migratoire de près de 70 000 personnes d'ici 2030.

En 1999, l'excédent des naissances sur les décès (solde naturel) explique à lui seul 85 % de l'augmentation annuelle de la population réunionnaise. Sur la base du scénario central, la part du solde naturel représenterait 81 % de l'accroissement total en 2010, 74 % en 2020 et 62 % en 2030 (fig. 5). Sur l'ensemble de la période 1999-2030, l'augmentation de la population serait d'un peu plus de 325 000 personnes dont 255 000 dues au solde naturel.

### **Un vieillissement inéluctable de la population**

Entre 1999 et 2030, l'âge moyen de la population réunionnaise va augmenter de 8,5 ans pour passer de 30 à 38,5 ans.

Quel que soit le scénario envisagé, la structure de la population va profondément se modifier. La pyramide des âges va bien sûr se déformer. En 2030, la pyramide basée sur le scénario central a encore une bonne assise, mais son sommet s'élargit fortement (fig. 6).

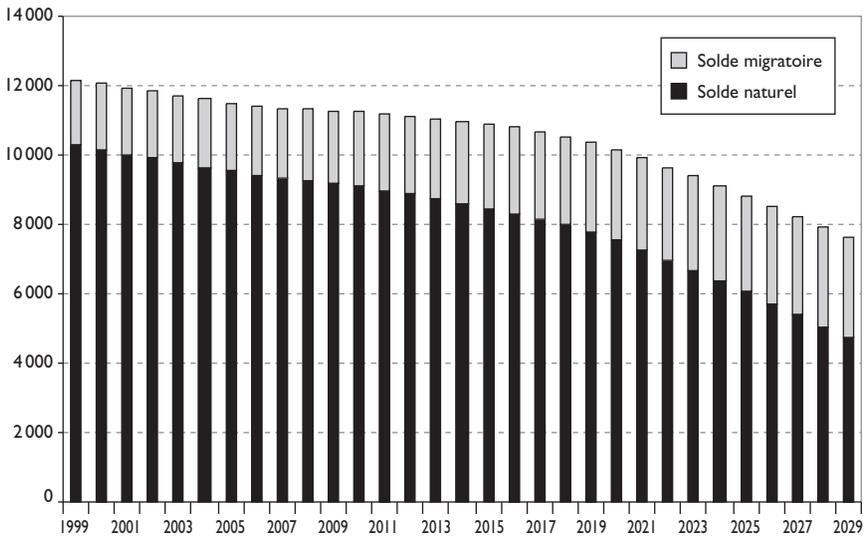


Fig. 5

Variation annuelle de la population due aux soldes naturel et migratoire (scénario central).

Source : Insee

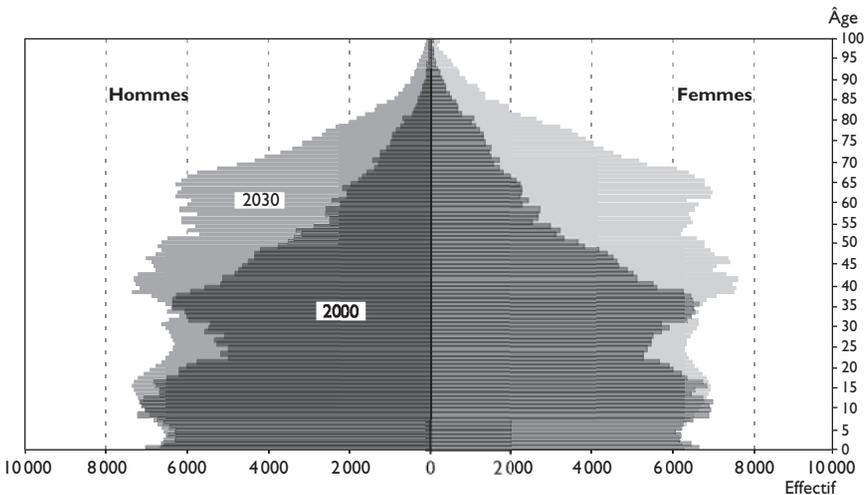


Fig. 6

Comparaison des pyramides des âges de 2000 et de 2030 (scénario central).

Source : Insee

Actuellement, près de 45 % des Réunionnais ont moins de vingt-cinq ans, en 2030, ils seront sans doute moins du tiers. Inversement, la proportion des personnes âgées de soixante ans ou plus doublera. La proportion de la population en âge de travailler (25-59 ans) va rester particulièrement stable aux alentours de 45 %, mais elle sera composée en majorité de personnes de 40 à 59 ans en 2030 (fig. 7 et tabl. 2).

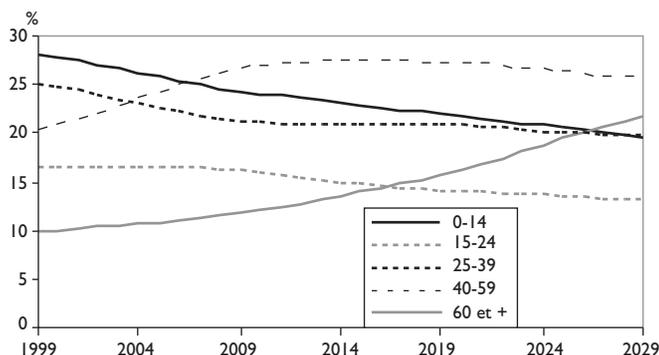


Fig. 7  
Projection de population par tranche d'âge (scénario central).

Tableau 2  
Projection de population par tranche d'âge (scénario central)

Âge	2000	2010	2020	2030	Variation entre 2000 et 2030
0-14	198 955	200 438	204 138	200 389	1 434
15-24	118 703	132 175	131 491	134 500	15 797
25-39	177 434	176 030	195 593	199 317	21 883
40-59	149 701	223 779	256 585	266 653	116 952
60 et +	71 963	100 052	152 834	228 193	156 230
<b>Total</b>	<b>716 756</b>	<b>832 474</b>	<b>940 641</b>	<b>1 029 052</b>	<b>312 296</b>

Source : Insee

## Bibliographie

**Insee,**

2001 a – Projections régionales de population pour 2030 : l'impact des migrations. *Insee Première*, 805, septembre, 4 p.

**Insee,**

2001 b – Projections de population à l'horizon 2030 : Les Antilles vieillissent, la Guyane se peuple. *Antiane*, 50, octobre, 4 p.

**Insee,**

2002 a – Projections de population active : un retournement progressif. *Insee Première*, 838, mars, 4 p.

**Insee,**

2002 b – La population en 2030 (habitants, actifs, ménages) - tableaux détaillés pour 7 scénarios. Insee Réunion, *Collection Résultats*, 20 - juillet.

## Annexe I : Note méthodologique sur le modèle de projection « Omphale »

Le modèle de projection utilisé par l'Insee au niveau national est appelé « Omphale ». Ce modèle démographique est basé sur les statistiques d'état civil et sur la pyramide des âges de la population au recensement de 1999. Omphale permet de réaliser des projections de population par âge et sexe, à moyen et long terme, sur toute zone formée d'un nombre entier de communes, sous réserve de seuils de population suffisants, de l'ordre de 50 000 habitants.

Le principe des projections de population consiste à calculer la population d'un niveau géographique donné pour une année en fonction des effectifs de l'année précédente, en les faisant vieillir, mourir ou migrer et en intégrant de nouvelles naissances.

Les décès annuels résultent de l'application de quotients de mortalité par sexe et par âge à la population susceptible de décéder. Le solde migratoire de l'année s'obtient par application de quotients migratoires par sexe et âge. Enfin, les naissances sont obtenues en appliquant des quotients de fécondité par âge aux femmes de 15 à 49 ans susceptibles d'avoir des enfants en cours d'année. Le modèle Omphale calcule tout d'abord des « quotients de référence » à partir des données du recensement et de l'état civil, puis ces quotients sont projetés année après année en fonction des hypothèses retenues. Grâce à ces quotients, nous pouvons ainsi calculer, chaque année jusqu'à l'horizon choisi, les projections de naissances, de décès, de migrations nettes et bien sûr de population par sexe et âge.

## Annexe 2 : Lexique

**Indice conjoncturel de fécondité** (ICF, appelé aussi Indice synthétique de fécondité) : somme de l'ensemble des taux de fécondité par âge pour une année donnée. Il indique le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde chaque femme d'une génération fictive pendant sa vie féconde (15-49 ans) avec les taux par âge observés l'année considérée. Les taux de fécondité utilisés dans l'indicateur conjoncturel sont ceux d'une année donnée dans l'ensemble de la population féminine composée de plusieurs générations. Il est probable qu'aucune génération réelle n'aura successivement à chaque âge les taux observés. Cet indicateur sert donc uniquement à caractériser de manière synthétique la situation démographique au cours d'une année donnée, sans qu'on puisse en tirer des conclusions certaines sur l'avenir d'une population.

**Solde migratoire** : différence au cours d'une période entre le nombre de personnes venant résider dans la région (immigration) et le nombre de personnes allant résider à l'extérieur de la région (émigration).

**Quotients de fécondité, de mortalité, quotients migratoires** : le quotient de fécondité peut s'interpréter comme la probabilité qu'a une femme d'avoir un enfant au cours de l'année  $n$  en fonction de son âge. De la même façon, le quotient de décès s'interprète comme la probabilité qu'a un individu de décéder au cours de l'année  $n$  en fonction de son âge. Le quotient de migration nette, pour un âge donné, est le rapport entre les migrations nettes (les entrées moins les sorties) et l'effectif moyen au cours de l'année  $n$ .

# Conclusion

## Perspectives démographiques

*Frédéric SANDRON*

Cinq cent mille habitants à la fin des années 1970, six cent mille en 1990, sept cent mille en 1999..., les différents caps que dessinent les chiffres ronds marquent traditionnellement des inquiétudes, des interrogations ou tout simplement des prises de conscience de l'importance de la place de la variable démographique dans le processus de développement de la Réunion. Aujourd'hui, c'est la perspective du millionième habitant qui oriente la réflexion prospective réunionnaise à l'horizon 2030.

Seulement, la prospective n'est pas un exercice facile, comme le montre LAJOIE (2003 a) dans le cas réunionnais. C'est pourquoi les démographes, lorsqu'ils s'aventurent sur le terrain du devenir des populations, parlent depuis longtemps de « perspectives » ou de « projections » démographiques. Dans cet esprit, des scénarios en matière d'évolution de fécondité, de mortalité et de migration sont proposés et, une fois ces scénarios acceptés, il ne s'agit plus que d'un calcul mathématique.

La difficulté consiste alors à trouver le juste milieu entre des scénarios trop dispersés, voire trop fantaisistes, qui déboucheraient sur des fourchettes très larges, et des scénarios trop restrictifs, qui risqueraient de ne pas anticiper la future réalité démographique. Les projections réunionnaises de la fin des années 1970 qui anticipaient la poursuite de la baisse de la fécondité et prolongeaient les courbes de l'émigration ont par exemple été mises à mal par la réalité de la situation démographique des décennies suivantes. Une autre limite des projections démographiques quant à leur aspect « anticipatoire »

provient du fait qu'elles sont utilisées par les décideurs pour formuler des politiques démographiques, et donc pour influencer le cours futur de la dynamique de la population. En outre, bien évidemment, des événements catastrophiques, qu'ils soient liés à des facteurs naturels ou humains, ne peuvent pas être intégrés dans les projections de population.

Ces limites étant posées, les projections démographiques ont aussi des atouts qui leur assurent une certaine validité. D'abord, il existe une inertie dans la dynamique de la population, surtout pour la mortalité, et dans une moindre mesure pour la fécondité. La migration reste quant à elle sujette à de fortes variabilités conjoncturelles impossibles à prévoir. Ensuite, on peut se référer à l'expérience historique d'autres pays pour conjecturer certaines hypothèses quant à la croissance naturelle ; la comparaison reste une sorte d'expérimentation pour les sciences sociales. Enfin, il faut remarquer que la population que l'on projette en 2030 est déjà née pour une grande partie d'entre elle. Les quelques incertitudes sur la mortalité ne jouent que marginalement dans les chiffres globaux des effectifs à cet horizon et celles sur la fécondité ne jouent que sur les classes d'âges jeunes.

Mais au-delà des chiffres, ce sont de nouvelles thématiques démographiques qui se dessinent. Nous allons les aborder ici, en mettant l'accent autant que faire se peut sur les phénomènes les plus prévisibles.

## La fin de la transition démographique

Jusqu'au milieu des années 1990, la transition démographique s'expliquait assez bien par la modernisation socio-économique qu'a connue la Réunion. Le schéma actuel de mortalité y est similaire à celui des pays développés, même si des progrès peuvent être encore faits pour que la convergence avec la métropole soit totale (Barbieri et Catteau, chap. 3). En revanche, depuis une dizaine d'années, l'indice synthétique de fécondité ne baisse plus et présente une remarquable stabilité autour de 2,4 enfants par femme. Symétriquement, l'arrêt de cette baisse de la fécondité à partir des années 1995 pourrait-il être lié à une dégradation de la situation économique des ménages ?

La réponse est non. La Réunion a connu un développement économique considérable depuis les années 1975, et cela reste vrai pour la période la plus récente (AFD *et al.*, 2004 ; ROCHOUX, 2004). Mieux, entre 1995 et 2001, l'augmentation du niveau de vie a été de 15 % en euros constants (PERRAIN, 2004), et cette amélioration a bénéficié à toutes les catégories de ménages et surtout aux plus défavorisés d'entre eux. En revanche, cette croissance de l'économie réunionnaise s'est faite paradoxalement au détriment de l'emploi global, puisque la Région Réunion détient en 2001 le triste record européen du chômage avec un taux de 33 %, au sens du Bureau international du travail (COLLIEZ et MEKKAOUI, 2002).

Derrière des indicateurs macro-économiques performants, la société réunionnaise fonctionne en quelque sorte à deux vitesses. En 2005, environ un tiers de la population active ne participe pas à la vie économique productive. Didier Breton (chap. 2) met en correspondance cette « fracture sociale » avec la « fracture reproductive ». Pour étudier la fécondité, l'auteur propose de distinguer deux sous-populations de femmes, et ce clivage permet de montrer que celles qui ont le plus d'enfants sont souvent celles qui sont déscolarisées au plus tôt, qui restent cantonnées dans des activités domestiques, qui se mettent en union rapidement et qui connaissent un âge à la maternité précoce. Ce groupe inclut principalement les populations de condition modeste, les plus exposées au chômage. Si la corrélation entre cette situation socio-économique et une forte fécondité est prouvée, il est cependant très difficile de déceler le sens causal de cette relation.

Cela est d'autant plus difficile que d'autres variables interviennent dans les comportements de fécondité. Une faible utilisation de la contraception et une méconnaissance en matière d'éducation sexuelle pourraient expliquer une fécondité non désirée chez les jeunes femmes. Mais le recours à l'IVG en cas de grossesse non désirée affaiblit quelque peu le rôle de ces variables. Une explication plus intéressante du maintien d'une forte fécondité pour le groupe de femmes évoqué précédemment vient de la recherche, plus ou moins consciente, du statut que procure la mise au monde d'un enfant pour une femme. La responsabilité d'élever un ou des enfants marque l'entrée dans le monde adulte et serait en quelque sorte une alternative à la reconnaissance sociale qu'apporte l'insertion dans le monde professionnel.

Ce statut social est d'autant plus facile à acquérir que le mariage n'est absolument pas une condition nécessaire à la procréation à la Réunion (Breton et Gastineau, chap. 5). Les naissances hors mariage sont même aujourd'hui plus nombreuses que celles au sein du mariage. L'âge au mariage n'est donc pas à la Réunion un marqueur intéressant de la mesure de la fécondité, comme cela est le cas dans des pays où la procréation n'a lieu que dans le cadre d'une union officialisée. Le mariage n'est par contre pas déconnecté des considérations économiques, d'abord parce qu'il coûte cher et qu'il se déroule souvent après une période de vie de couple en union libre, ensuite parce que l'aide sociale n'est pas la même pour les femmes mariées et pour les femmes seules élevant un ou plusieurs enfants. Au total, de par la tolérance de la société réunionnaise sur ce point, la nuptialité n'apparaît pas comme une variable intermédiaire fondamentale dans la transition démographique, mais elle demeure très révélatrice des comportements socio-économiques et culturels liés à la fécondité.

Que conclure alors sur la fin de la transition démographique réunionnaise, c'est-à-dire sur la baisse de la fécondité à un niveau proche ou inférieur à celui du seuil de renouvellement des générations ? Si l'on s'en tient à l'analyse proposée ici, la baisse de la fécondité devrait se poursuivre à condition que le dynamisme économique de l'île profite en termes d'emploi et d'insertion sociale à une plus grande frange de la population, notamment la population la plus défavorisée. Un effort supplémentaire de connaissance et peut-être

d'acceptation de la contraception devra aussi être fourni pour que survienne chez les femmes les plus jeunes et les moins instruites la « seconde révolution contraceptive », celle qui permet la maîtrise totale de la procréation, aussi bien dans ses composantes techniques que sociales.

## Les flux migratoires

Dans ses hypothèses de projection à l'horizon 2030, l'Insee propose trois scénarios de fécondité avec un indice synthétique de fécondité qui se situe dans une fourchette de 1,7 à 2,4 enfants (Lardoux, chap. 6). Le choix de proposer sept hypothèses de niveau de migration reflète l'importance relative de cette composante démographique dans la croissance globale potentielle de la population. Les différences observées dans l'effectif de population en 2030 quant aux scénarios extrêmes en matière de fécondité sont de l'ordre de 7 %, tandis que celles issues des scénarios extrêmes de migration sont de l'ordre de 31 %. Cette dernière fourchette indique clairement l'éventail des possibles. La volatilité du phénomène migratoire incitant les démographes à la prudence en matière de prévisions dans ce domaine, nous mettrons donc l'accent ici sur quelques réflexions qualitatives.

En premier lieu, il s'agit de dépasser la simple comptabilisation de la population et de remarquer la complexification croissante des schémas migratoires. Nous avons vu que sur une longue période, l'immigration avait joué un rôle considérable dans la dynamique de la population réunionnaise (Sandron, chap. 1) puis que dans les années 1960-1970, le rôle du Bumidom et du service militaire avait été primordial dans l'émigration de jeunes Réunionnais. Dans les années 1980-1990, les métropolitains et les Réunionnais de retour sont venus inverser les flux, faisant de l'île une région d'immigration nette (Temporal, chap. 4). Aujourd'hui, les migrations sont plus spontanées et échappent de plus en plus aux institutions. Trois axes de réflexion principaux semblent se dégager : l'immigration venant des pays voisins, celle des métropolitains et enfin l'émigration des Réunionnais.

Si la migration internationale dans le monde n'a pas augmenté en termes relatifs dans les années 1990, elle n'a pas faibli non plus (United Nations, 2002). La pression migratoire demeure forte des pays pauvres vers les pays riches, et c'est seulement au prix de mesures politiques de fermeture des frontières que l'émigration internationale n'est pas plus massive. C'est ce qui se passe à la Réunion, puisque malgré de fortes disparités avec les pays voisins en matière de développement économique et en matière de dynamique démographique (tabl. 1), la présence d'étrangers reste très faible sur l'île, qui n'en compte que 3 614 au recensement de 1999, soit 0,5 % de la population. En revanche, la question de l'immigration mahoraise semble devenir un sujet d'intérêt croissant.

Tableau I  
Indicateurs économiques et démographiques pour les pays voisins de la Réunion

	Comores	Madagascar	Maurice	Mayotte	Réunion	Seychelles
PIB/hab en 2002 (dollars US)	437	268	3 740	–	13 080*	8 320
Espérance de vie à la naissance en 2003 (ans)	44	57	75	62	79	73
Indice synthétique de fécondité en 2003 (enfants par femme)	6,3	5,8	1,9	5,0	2,5	2,1
Population en 2003 (millions)	0,6	17,0	1,2	0,2	0,8	0,1
Population projetée en 2025 (millions)	1,1	33,0	1,4	0,4	0,9	0,1
Proportion de la population dans la zone en 2000 (%)	3,0	85,4	6,0	1,0	4,0	0,5
Proportion de la population dans la zone en 2025 (%)	3,0	89,4	3,8	1,1	2,4	0,3

Sources : Fiche de données sur la population mondiale, Population Reference Bureau, 2003 ;  
Rapport sur le développement humain, Pnud, 2004 ;  
*Économie de la Réunion*, n° 120, Insee (\*année 2000).

Une autre catégorie de migrants dont il est question à la Réunion est celle des métropolitains. Le débat agite la presse et la classe politique et prend des aspects sémantiques variés : « préférence régionale », « créolisation des emplois », « discrimination positive », « à compétence égale, emploi local ». Pourtant, la Réunion est le département français qui compte le moins de non-natifs : 14 % au recensement en 1999, à comparer à la moyenne nationale de 55 % et au département de l'Île-de-France dans lequel plus des deux tiers des habitants sont nés hors de leur département de résidence. Cela nous renvoie une fois de plus aux aspects politiques de la question de la population réunionnaise traités au début de cet ouvrage (Sandron, introduction). Nul doute que cette question des relations entre immigration et emploi restera d'actualité dans les prochaines années.

En matière de politique migratoire et économique, l'émigration des Réunionnais mobilise les énergies. Le mot d'ordre est la « mobilité-formation », en lieu et place de la « mobilité-emploi ». Les pouvoirs publics encouragent des périodes de formation en dehors de l'île, en métropole principalement mais aussi vers de nouvelles destinations à l'étranger. Le retour à la Réunion et la durée du séjour à l'extérieur risquent de plus en plus d'être laissés à l'appréciation du migrant, car l'offre de travail qualifié dans les pays du Nord est croissante. Dans un contexte international de tertiarisation des emplois et de très faible croissance démographique des pays développés, on observe en effet une pénurie de travailleurs qualifiés dans la plupart des pays occidentaux. L'Angleterre a par exemple recruté 15 000 infirmières étrangères dans la décennie 1990. En France, le quart des médecins de la fonction publique hospitalière sont étrangers.

C'est dans ce sens que le Conseil économique et social régional identifie comme « leviers fondamentaux » pour la Réunion la formation et la recherche pour augmenter les compétences, mais aussi le développement des réseaux migratoires, voire la création et la mobilisation d'une véritable diaspora réunionnaise (CESR, 2002). Il est vrai que les diasporas peuvent être une aide au développement de la région ou du pays de départ, mais cela nécessite certaines conditions, parmi lesquelles un fort degré de cohésion et d'organisation (GUILMOTO et SANDRON, 2003). Le risque paradoxal d'une réussite globale d'un tel projet serait une fuite des cerveaux trop importante.

## Démographie et société

Les changements dans le rythme de croissance et dans la structure de la population ont des répercussions dans beaucoup de secteurs. Nous examinerons les modifications les plus prévisibles, dans les domaines du vieillissement de la population, de la demande en logements, de la population active et enfin de l'aménagement du territoire.

On définit le vieillissement d'une population par l'augmentation de la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus. Le principal facteur du vieillissement d'une population est la baisse de la fécondité, dont nous avons vu qu'elle a été très rapide à la Réunion (Breton, chap. 2). Un autre facteur est l'augmentation de l'espérance de vie, qui a été très forte elle aussi durant la courte transition épidémiologique tout en marquant le pas depuis une vingtaine d'années (Barbieri et Catteau, chap. 3). Quel que soit le scénario envisagé pour les projections de population, le vieillissement de la population réunionnaise est inscrit dans la dynamique actuelle de la population (Lardoux, chap. 6). Alors qu'elle est de 10 % en 1999, la proportion des personnes âgées sera de l'ordre de 22 % en 2030 dans le scénario central des projections de l'Insee. L'âge moyen de la population réunionnaise passera de 30 ans à 38,5 ans pendant ce même laps de temps. Phénomène prévisible et bien connu, le vieillissement d'une population entraîne des modifications structurelles dans les transferts de la solidarité nationale (versement des retraites, allocation vieillesse) et nécessite des infrastructures particulières (établissements d'accueil des personnes âgées, adaptation du système de soins). Du point de vue des décideurs, des choix devront être faits en matière de prise en charge des personnes âgées (Allocation personnalisée d'autonomie). Enfin, des variables culturelles et sociales vont intervenir dans la manière d'appréhender ce vieillissement de la population : solidarité familiale envers les personnes âgées, relations entre les générations, rôle et place des seniors (HOARAU S., 2001).

Une autre problématique qui allie projections chiffrées et variables sociologiques est celle du logement. C'est un domaine dans lequel il est nécessaire

d'avoir une vision la plus affûtée possible pour répondre à la future demande des ménages. Mais la projection des ménages est plus compliquée que celle des individus, car d'autres variables viennent s'ajouter à celles que l'on a étudiées en détail dans cet ouvrage. La complexification des parcours matrimoniaux et des formes familiales (Breton et Gastineau, chap. 5) rendent difficiles les prévisions, et on peut citer aussi quelques lignes de tension qui, au-delà des effectifs de population, vont influencer la demande de logement : solidarité et accueil dans le foyer d'une personne âgée, d'un étudiant ou d'un parent proche en difficulté économique vs noyau familial recentré sur le couple et les enfants ; préférence pour l'habitat individuel vs logement collectif ; progression ou régression du marché des résidences secondaires. Le développement économique et la répartition de la richesse seront des composantes importantes de la demande solvable de logements, dans la mesure où en 1999, ce sont 10 % des ménages qui vivent sans le confort élémentaire (GRANGÉ, 2003) et 23 % d'entre eux dans des logements trop petits (ACTIF, 2003). Au total, ce qui paraît à peu près sûr est que le nombre de ménages va considérablement augmenter, qu'ils vont être de plus petite taille et de plus en plus souvent composés d'une seule personne (personne âgée, étudiant).

Si l'on s'intéresse maintenant à la population d'âge actif en 2030, on remarque que ses effectifs sont en partie déjà déterminés, puisque les individus qui auront entre 20 et 60 ans en 2030 sont nés ou naîtront entre 1970 et 2010 et que la mortalité qui affecte ces tranches d'âges est relativement faible. La seconde variable à prendre en compte pour passer de la « population d'âge actif » à la « population active » est le taux d'activité par âge. Un modèle statistique dit « logistique » permet de projeter ces taux d'activité, qui devraient augmenter pour les femmes et diminuer pour les jeunes eu égard à la prolongation croissante de la durée des études. La troisième variable, la grande inconnue, demeure la migration, dont les valeurs retenues dans les scénarios affectent de manière importante les résultats des projections. Dans l'hypothèse d'une forte émigration, le nombre de nouveaux arrivants sur le marché du travail en 2030 pourrait être nul, tandis qu'il serait de l'ordre de 3 500 dans le cas d'une forte immigration (ACTIF *et al.*, 2002). Toujours est-il que ce dernier chiffre reste largement inférieur au nombre d'actifs qui se présentent actuellement chaque année sur le marché du travail, à savoir environ 7 000 par an. C'est vers 2010 que le nombre d'actifs va diminuer et la variable « migration » jouera un rôle majeur dans la détermination des effectifs de la population active. La relation entre emploi et migration devra être à nouveau examinée pour savoir si elle conserve une liaison significative comme c'est le cas aujourd'hui (Temporal, chap. 4).

Si l'on raisonne en termes relatifs, il est important de noter que la structure par âge de la population réunionnaise va être particulièrement favorable à l'économie dans les deux prochaines décennies. En effet, c'est pendant cette période que la proportion de la population en âge d'activité va être la plus nombreuse (tabl. 2) en conséquence directe de la chute des taux de fécondité et de mortalité. Le rapport actifs/inactifs va être élevé, ce qui est propice à

l'épargne et à l'investissement. Connus sous les appellations de « bonus démographique », « âge d'or démographique », « dividende démographique » ou encore « fenêtre d'opportunité », ce phénomène a contribué pour une bonne partie de la croissance économique des nouveaux pays industrialisés asiatiques, mais aussi de celle de l'Irlande (RAND, 2002). Selon les termes consacrés, il s'agit à la fois d'un défi et d'une opportunité. L'opportunité est celle de bénéficier d'un taux de dépendance (nombre d'inactifs par actif) relativement faible. Le défi est celui de corréliser la croissance économique à celle des emplois, en misant notamment sur un capital humain des jeunes générations supérieur à celui des générations précédentes. C'est ainsi que la croissance des nouvelles puissances économiques asiatiques s'est appuyée sur une intense politique de formation supérieure et d'encouragement à l'innovation et à l'investissement (MASON, 1997).

Tableau 2  
Proportion (en %) des 20-59 ans dans la population (1974-2030)

Proportion des 20-59 ans (%)	
1974	39,9
1982	44,0
1990	51,4
1999	53,8
2010	55,6
2020	54,7
2030	51,6

Sources : Insee, recensements jusqu'en 1999 ;  
nos calculs à partir des projections de l'Insee (scénario central) in ACTIF et al. (2002)

Cette période du bonus démographique va être d'une importance cruciale à la Réunion, qui n'a pas, dans les années 1990, profité de ce ratio favorable dans la mesure où la forte croissance économique de l'île s'est faite notamment grâce à des gains de productivité non accompagnés de fortes créations d'emplois (AFD et al., 2004). Si la situation du chômage s'améliore depuis les années 2000, il reste que les mesures politiques seront essentielles pendant les prochaines décennies pour que l'île bénéficie au mieux de cette opportunité démographique qui ne se représentera pas.

Terminons ce tour d'horizon des impacts démographiques sur les phénomènes de société en évoquant la question des équipements publics et de l'aménagement du territoire. Il est des questions récurrentes à la Réunion dont l'intérêt ne devrait pas diminuer face à la perspective du millionième habitant : circulation automobile très difficile, pression sur le foncier et hausse des prix des terrains, polarisation géographique des activités économiques. Avec une densité de 282 hab/km<sup>2</sup> en 1999 (TER 2004), qui place la Réunion en quatrième position des régions françaises, derrière l'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais et la Martinique, on peut se demander si les fortes concentrations actuelles de population vont continuer à se regrouper

dans quelques armatures urbaines des Bas, ou bien si de nouvelles opportunités vont être saisies et encouragées, comme le suggère par exemple LAJOIE (2003 b : 46) : « Perçus jadis comme des espaces vides en retard de développement, les Hauts constituent aujourd'hui, grâce à une faible pression anthropique, un espace stratégique de qualité préservée disposant d'un fort potentiel de développement (espaces disponibles pour l'accueil de la croissance démographique, patrimoine naturel et cadre de vie remarquables, tourisme rural en plein essor...). » Aménagement des Hauts, rééquilibrage Nord-Sud, développement de l'infrastructure routière et création de transports en commun (« tram-train ») sont des grands projets de développement en connexion directe avec la croissance démographique de l'île.

\*\*\*

Si la croissance contemporaine de la population réunionnaise provoque des changements profonds dans la société, faut-il pour autant lui attribuer la responsabilité de tous les maux que connaît l'île ? Chômage, délinquance, augmentation des prix du foncier, circulation routière saturée, etc. sont fréquemment analysés à l'aune de l'effectif croissant de la population. Mais d'autres variables interviennent dans ces phénomènes de société et elles sont parfois plus importantes que les variables démographiques. Les politiques d'emploi, le type de développement économique, l'aménagement et le rééquilibrage du territoire, la création d'infrastructures dans le domaine des transports sont autant de composantes fondamentales. Mieux, elles ont en retour un impact sur les variables démographiques, comme le mentionne HOARAU P. (2001 : 36) : « Les politiques économiques et sociales de lutte contre l'exclusion, le chômage, l'illettrisme, la promotion de l'éducation sont aussi des politiques de maîtrise de la démographie. »

Ces politiques sont des leviers d'action du développement socio-économique souvent plus efficaces que ne le sont les politiques démographiques incitatives, qui ne jouent plus aujourd'hui qu'un rôle d'accompagnement ou de catalyseur dans les décisions individuelles. Cela est vrai aussi bien pour la fécondité que pour la migration. Avec la réduction du différentiel de développement socio-économique entre la Réunion et la métropole, les politiques favorisant l'émigration ne sauraient retrouver l'ampleur du temps du Bumidom. Quant aux politiques de contrôle de l'immigration, elles ne pourront avoir un impact que sur les pays hors Communauté européenne, puisqu'il existe en Europe un libre espace de circulation. Entrants ou sortants, les flux sont globalement devenus plus difficiles à contrôler qu'il y a trente ans.

À cette difficulté croissante de contrôler la démographie s'ajoute la question de l'opportunité de le faire. Plusieurs pays occidentaux ou de l'ex-bloc soviétique connaissent une décroissance naturelle de leur population, et ils s'en inquiètent, car la croissance démographique a aussi des aspects positifs. La population n'est pas là que pour absorber le surplus de croissance économique, elle crée aussi des débouchés, elle favorise la consommation et donc la production. Comme l'écrivent lapidairement DOMMEN et HEIN (1987 : 7) :

«Une économie petite est une économie faible.» Une certaine taille est nécessaire pour rentabiliser des infrastructures comme un aéroport, une université ou un opéra. Il faut une masse critique suffisante pour amortir les dépenses en matière de recherche-développement ou d'investissement. Sans oublier qu'une population en effectif croissant peut justement exercer une pression créatrice en stimulant l'innovation (BOSERUP, 1970 ; SIMON, 1985).

Pour l'ensemble de ces raisons, il serait réducteur de ne considérer la croissance démographique de la population réunionnaise que comme une contrainte exogène au processus de développement socio-économique. Les politiques qui s'intéressent aux variables démographiques s'orientent d'ailleurs de plus en plus vers des mesures à vocation sociale ou économique qui agissent par rebond sur la fécondité, la nuptialité, la mortalité ou la migration. C'était l'objectif de cet ouvrage que de présenter une analyse de ces différentes variables démographiques et d'en montrer les relations avec les variables sociales et économiques.

## Bibliographie

**ACTIF N., LARDOUX J.-M., MEKKAOUI J.,**  
2002 – La population en 2030 (individus, actifs et ménages). Insee Réunion, *Résultats*, n° 19, 84 p.

**ACTIF N.,**  
2003 – Surpeuplement fréquent dans les quartiers ouvriers. Insee, *Économie de la Réunion*, 116 : 8-9.

**AFD, IEDOM, Insee,**  
2004 – *Chômage, productivité et politique d'emploi à La Réunion : une double transition presque réussie*. Saint-Denis, 46 p.

**BOSERUP E.,**  
1970 – *Évolution agraire et pression démographique*. Paris, Flammarion, 222 p.

**CESR,**  
2002 – *Enjeux et défis de la Réunion à l'horizon 2020*. Saint-Denis, Conseil économique et social régional, Régión Réunion, 106 p.

**COLLIEZ J.-P., MEKKAOUI J.,**  
2002 – Le chômage en 2001. Situation critique mais en amélioration. Insee, *Économie de la Réunion*, 112 : 26-27.

**DOMMEN E., HEIN P.,**  
1987 – Des problèmes de taille. Insee, *Économie de la Réunion*, 30 : 3-7.

**GRANGÉ C.,**  
2003 – «Les logements et leur confort». In : *Atlas de la Réunion*, Saint-Denis, université de la Réunion/Insee : 52-53.

**GUILMOTO C. Z., SANDRON F.,**  
2003 – *Migration et développement*. Paris, La Documentation Française, 142 p.

**HOARAU P.,**  
2001 – «Intervention de clôture». In Actes des *Journées de la Démographie*, Saint-Denis, département de la Réunion, 2001, 21-23 novembre : 35-37.

**HOARAU S.,**  
2001 – Les impacts socio-économiques du vieillissement. Observatoire du Développement de la Réunion, Saint-Denis, *Études et Synthèses*, n° 58, 66 p.

**Lajoie G.,**  
2003 a – «Prospective territoriale et problèmes d'aménagement : analyse de quelques scénarios réunionnais». In Jauze J.-M., éd. : *Espaces, sociétés et*

*environnements de l’Océan Indien*,  
Saint-Denis, université de la Réunion,  
Travaux et Documents n° 20 : 25-50.

**Lajoie G.,**

2003 b – « Densités de population ».  
*In : Atlas de la Réunion*, Saint-Denis,  
université de la Réunion/Insee : 46-47.

**Mason A.,**

1997 – Will population change sustain  
the ‘Asian Economic Miracle’?  
*Asia Pacific Issues*, 33, october, 8 p.

**Perrain D.,**

2004 – Hausse des revenus de vie  
et réduction des inégalités. Insee,  
*Économie de la Réunion*, 119 : 4-6.

**Rand,**

2002 – Le bonus démographique.  
Comment les dynamiques de population  
peuvent influencer la croissance

économique. *Population Matters*, RB5065,  
Santa Monica, Californie, 4 p.

**Rochoux J.-Y.,**

2004 – « Croissance économique  
et chômage à La Réunion en 2020 :  
perspectives et politiques ». *In Maurin A.,  
Montauban J.-G., Vellas F., éd. :  
L’enjeu du développement économique  
insulaire*, Paris, Sedes : 31-74.

**Simon J.,**

1985 – *L’homme, notre dernière chance*.  
Paris, PUF, 424 p.

**TER,**

2004 – *Tableau économique de la Réunion  
2004-2005*. Saint-Denis, Insee, 219 p.

**United Nations,**

2002 – *International migration 2002*. New  
York, Population Division, Department of  
Economic and Social Affairs, E.03.XIII.3.

# Les auteurs

**Magali BARBIERI**, démographe  
Chargée de recherche  
Ined

**Didier BRETON**, démographe  
Maître de conférences  
Université de Strasbourg  
Chercheur associé à l'Ined

**Christine CATTEAU**, démographe  
Responsable du service des études  
statistiques  
Drass Réunion

**Bénédicte GASTINEAU**, démographe  
Chargée de recherche  
IRD, UMR 151 LPED Université  
de Provence/IRD

**Jean-Marc LARDOUX**, démographe  
Chargé des études démographiques  
Insee-Réunion

**Frédéric SANDRON**, démographe  
Chargé de recherche  
IRD, UMR 151 LPED Université  
de Provence/IRD  
Habilité à diriger les recherches  
à l'université Paris-V

**Franck TEMPORAL**, démographe  
Consultant indépendant  
La Réunion





L'île de la Réunion sera peuplée d'un million d'habitants vers 2030 et cette croissance s'accompagnera de profondes modifications structurelles. La population réunionnaise est de fait appelée à connaître un vieillissement rapide et une importante transformation de la pyramide des âges. Les impacts sur les flux migratoires, l'emploi, le logement, l'aménagement du territoire et la santé publique, qui conditionnent les perspectives de développement de l'île, sont ainsi au cœur des réflexions des chercheurs et des décideurs publics.

Face à ces enjeux majeurs, cet ouvrage propose une analyse détaillée de la dynamique démographique de la Réunion, à la fois passée, présente et future. La situation démographique originale de l'île est comparée à celles des pays connaissant un développement économique similaire. Si la baisse de la mortalité et de la fécondité ont été extrêmement rapides, la fécondité reste aujourd'hui à un niveau relativement élevé. Dans quelles conditions et selon quel calendrier pourrait-elle rejoindre celle des départements métropolitains ?

Intégrant un vaste corpus de données récentes sur la fécondité, la nuptialité, la mortalité, les migrations et les projections démographiques, les auteurs donnent des clés pour mieux comprendre les mutations en cours de la société réunionnaise. Les réflexions et les résultats présentés intéresseront les chercheurs, les décideurs, ainsi que les acteurs de la sphère politique, des administrations publiques et du système de santé.

#### **IRD**

213, rue La Fayette  
75480 Paris cedex 10  
editions@paris.ird.fr  
www.editions.ird.fr

#### **Diffusion**

IRD, 32, av. Henri-Varagnat  
93143 Bondy cedex  
fax : 01 48 02 79 09  
diffusion@bondy.ird.fr



9 782709 916295

ISBN 978-2-7099-1629-5

21 €