

Les structures démographiques des populations

Introduction : les caractéristiques des populations constitue un élément majeur de différenciation des sociétés, elles sont liés au contexte économique mais aussi à des variable tel que la culture et le statut social. Ce sont des facteurs de croissance et des facteurs de développement.

I. structure par âge

1. pyramide des âges

On distingue 2 types :

- de populations des population jeunes
- des populations dites vieille (+ 65ans).

Différenciation très importante en terme de croissance démographique, sur le type de consommation, dans l'aménagement du territoire... On a recourt à une pyramide des âges pour visualiser la structure par âge des populations.

Pyramides des âges : composé de 2 diagramme bâton (une pour les hommes un pour les femmes), les tranches d'âges sont indiqué en ordonnée et en abscisse les effectifs des populations. Il faut calculer la part relative selon chaque âge et selon chaque sexe. On utilise des classe d'âge quinquennal (par convention). Elle permet de visualiser un certain nombre d'événement connue , elle nous informe sur les dynamiques de la société, sur les différence de mortalité entre les sexes, sur le rôles des migrations, sur les traumatismes de la population.

2. Variation de la structure par âge

On a 4 indicateurs :

- part des jeunes de -15 ans de la population. Dans les pays émergents cette proportion est supérieur à 30% et dans les PD elle est inférieure à 20%.
- proportion des plus de 65 ans dans la population. Dans les PE et PED <10% et elle est > 15% dans les PD. (Thaïlande → 7%, 6% au Brésil, 4% au Pakistan, 19% en Grèce, 20% au Japon etc...)
- l'âge médian est plus pertinent que l'âge moyen. À l'échelle mondial l'âge médian est de 28ans et il augmente relativement rapidement, encore un fort potentiel de croissance démographique mais en 2050 on estime qu'il sera de 37 ans le potentiel de croissance démographique sera alors assez faible. PD => 33 ans , PED, PE => 21 ans. Le continent ayant la population la plus jeune est l'Afrique avec un âge médian de 18ans et à l'inverse le continent le plus vieux l'Europe avec un âge médian de 34 ans. Le pays le plus vieux, le Japon => 41ans et le pays le plus jeune, l'Ouganda => 14ans.

Les 3 facteur qui influencent le plus la structure par âge sont :

- La fécondité
- la mortalité
- les migrations

les mouvements migratoires affectent surtout les jeunes adultes et peuvent rajeunir ou vieillir les population s'ils sont massifs.

Plus la mortalité est faible est plus elle contribue à vieillir la population à l'inverse lorsqu'il y a une forte mortalité cela contribue à un rajeunissement de la population.

La fécondité, très forte corrélation entre l'âge médian des population est son niveau de fécondité.

II. structure pas sexe

Pour l'analyser on peut avoir recours à 2 indicateurs

- le taux de masculinité rapport entre l'effectif masculin et l'effectif total de la population
- le rapport de masculinité => sex-ratio, rapport entre l'effectif masculin et l'effectif féminin (le nombre d'homme pour 100 femmes)

À la naissance il naît plus de garçon que de filles (105 garçons pour 100 filles), mais la mortalité masculine est plus importante que la mortalité féminine qui survient à tous les âges. On observe une augmentation de la part des femmes depuis le 19^{ème} siècle, à cause d'une surmortalité de hommes.

Les femmes ont tiré un meilleur profit que les hommes de l'amélioration des conditions de vie, de la médecine, de la transformation des causes de décès (transformation du paysage épidémiologique), transformation des causes de morbidité et de mortalité avec notamment une baisse de la mortalité maternelle.

=> évolution progressive de la part des femmes

Exemple : en Amérique, jusqu'à la seconde guerre mondiale le sex-ratio était à la faveur des hommes (forte immigration), après la seconde GM le sex-ratio va devenir déficitaire pour les hommes et les femmes vont devenir dominante.

En France on compte 93 hommes pour 100 femmes, mais dans d'autres régions du monde certains facteurs culturels et économiques peuvent déséquilibrer le sex-ratio en accentuant celui des hommes par rapport à celui des femmes. À l'échelle mondiale on a environ 107 hommes pour 100 femmes.

En Arabie Saoudite on compte 116 hommes pour 100 femmes, à Oman 136 hommes, au Koweït 151 hommes, au Qatar 173 hommes.

Mais les sex-ratio peuvent être déséquilibrés à cause de phénomènes culturels, dans certains pays asiatiques on observe des sex-ratio qui sont de plus en plus à la faveur des hommes (depuis les années 80).
ex : Singapour 107, 108 Pakistan, 110 en Corée du Sud, 113 en Inde et 121 en Chine.

→ On estime qu'il manque environ 102 millions de femmes en Asie, cela s'explique par :

- facteur culturel
- mauvais recensement des femmes

En Asie se sont des sociétés patrilinéaires où la reconnaissance sociale des femmes est moindre, les familles souhaitent surtout avoir des garçons en priorité. Les hommes représentent un revenu supplémentaire ils ont un point économique plus important que celui des femmes. Dans certaines traditions seules les hommes peuvent accomplir les rites funéraires, et dans certaines sociétés la dote existe encore qui est de plus en plus importante. La Chine, l'Inde => faible fécondité, même si la fécondité baisse la natalité peut augmenter. Certaines familles prennent le contrôle sur l'issue de la grossesse pour avoir un garçon.

À partir des années 80 il y a eu une forte diffusion de l'échographie ce qui permet à la famille d'avoir la sélection prénatale. On parle d'avortement sélectif.

=> **masculinisation de l'Asie**

L'Asie est la région la plus masculine de l'homme, en 2010 on a compté en Inde et en Chine un surplus de 90 millions d'hommes.

L'ancien régime discriminatoire entraîne une surmortalité féminine à tous les âges suite à des discriminations subies tout au long de la vie.

Avec l'apparition de l'avortement sélectif la discrimination des femmes a changé. À partir des années 80 le diagnostic prénatal associé et la légalisation de l'avortement ont permis au pays d'Asie d'avoir recours à des techniques modernes et efficaces pour interrompre des grossesses indésirées.

Dans certains pays on observe un ralentissement du déséquilibre des sex-ratio par exemple en Chine où l'on est dans une phase de stagnation.

Diffusion horizontale par contagion spatiale, et verticale par copularité sociale

conclusions : au fur et à mesure que l'âge augmente la part des hommes diminue, en France aux environs de 27 ans que le nombre de femmes commence à dépasser celui des hommes. Chez les 75 ans on compte 75 hommes pour 100 femmes et pour les centenaires 15 hommes pour 100 femmes.

GEOGRAPHIE DE LA NATALITE

I. la fécondité un facteur majeur de différenciation des sociétés

Partout dans le monde la fécondité diminue mais les effets de cette baisse ne sont pas immédiats car la structure par âge joue un rôle de frein, il y a toujours un décalage temporel entre les différents phénomènes démographiques.

La fécondité est un indicateur pertinent de développement. Elle reflète toutes les dimensions du développement économique et humain.

1. mesure de la natalité et de la fécondité

Elles mettent en rapport le nombre de naissances avec l'effectif total de la population et la mesure de la fécondité met en rapport le nombre de naissances avec l'effectif des femmes en âge de procréer.

- x Le taux brut de natalité : nombre de naissances vivantes au cours d'une année rapporté à l'effectif total de la population.

Pour pouvoir comparer deux populations entre elles on ne peut plus utiliser le taux de natalité, il faut plutôt utiliser les mesures de la fécondité. On s'appuie sur l'indice conjoncturelle de fécondité car il est plus pertinent.

- x Indice conjoncturelle de fécondité :

on observe une situation très contrastée de manière générale avec PER, PD, PE. La fécondité mondiale est de 2,6 enfant par femme avec des disparités locales très fortes.

On distingue 3 ensembles de pays :

- 1^{er} groupe qui rassemble les pays en développement, la fécondité est supérieure à 4 enfants par femme. Ils sont constitués en majorité par les pays africains et du Moyen-Orient. Environ 6 enfants par femme (Niger etc...). On retrouve des pays qui ont un faible développement économique et humain, pauvres et ils sont entrés tardivement dans leur transition démographique.
=> plus fort taux de fécondité
- 2^{ème} groupe constitué des pays émergents, le niveau de fécondité se situe entre 2,1 et 4 enfants par femme. La fécondité dans ces pays a beaucoup diminué mais le taux de fécondité permet le renouvellement des générations. Les pays sont ceux de l'Amérique centrale et latine, les pays du Maghreb et ceux de l'Afrique du sud comme la Jordanie. Pays nettement engagés dans leur transition démographique et dans un processus de développement mais aussi caractérisés par le maintien d'une forte inégalité sociale qui concourt à ce que leur taux de fécondité reste relativement élevé. (ex : Inde 2,7 enfant par femme).
- 3^{ème} groupe rassemble les pays développés, fécondité inférieure ou égale à 2,1 enfants par femme. Ils commencent leur transition démographique depuis plus d'un siècle sauf la Chine qui l'a fait plus tardivement. La mortalité est supérieure à la natalité car il n'y a plus de renouvellement naturel de la population, donc la croissance des pays est essentiellement due à un apport migratoire. (ex : au EU

2,1 enfants par femme, en Espagne 1,5, en Allemagne 1,3 etc...) .

Dans les pays émergents on observe des différences de fécondité au sein même des pays selon le niveau de développement des régions qui composent le pays (au Brésil le nord est plus pauvre que le Sud il enregistre une fécondité plus forte).

Dans les pays en développement différence dans les zones urbaines et rurales, la fécondité dans les zones rurales est plus forte que celle dans les villes (ex : l'Algérie). On peut aussi observer des différences de fécondité selon les quartiers (ex : en Inde) .

II. les facteurs explicatifs des variations de la fécondité

1. La fécondité est influencée par des facteurs contextuels

La fécondité est un phénomène très complexe et les facteurs permettant de l'expliquer sont très nombreux. Dans tous les cas ces variations sont d'abord expliquées par des facteurs socioculturels.

La fécondité varie selon:

- x le niveau économique du pays: On sait qu'une amélioration économique entraîne une réduction de la fécondité. Cette amélioration entraîne une chute de la mortalité ce qui augmente le nombre d'enfants à charge dans chaque famille. Donc pour compenser ces charges familiales il y a donc une baisse de la fécondité.
- x la classe sociale, selon l'importance de la scolarisation: Le niveau d'instruction est un autre facteur qui impacte la fécondité puisque le niveau d'éducation influence la mortalité infantile et l'utilisation des méthodes contraceptives. On observe une forte corrélation entre le niveau d'étude des mères et le taux de mortalité infantile.
Ces différences d'éducation expliquent les fortes variations de fécondité entre zone rurale et zone urbaine.
- x la religion et selon le lieu de résidence: degrés d'attachement selon la religion, toutes les grandes religions sont natalistes. Plus la proportion de personnes croyantes et pratiquantes est élevée plus la fécondité est forte.
- x L'âge moyen au mariage, le nombre moyen d'enfants mis au monde dépend de l'âge où les femmes se marient. Plus les femmes se marient jeunes plus la fécondité sera importante. L'élévation de l'âge au mariage entraîne une baisse de la fécondité.
- x L'importance du célibat, dans les PED le célibat est très rare mais est plus développé dans les pays industrialisés.
- x Méthode de contraception, 4 méthodes contraceptives les plus utilisées la plus connue étant la stérilisation puis le stérilisé, la pilule et le préservatif. La contraception est de partout dans le monde sauf en Afrique subsaharienne, une partie du Moyen-Orient et une partie de l'Asie. Autre méthode l'interruption volontaire de grossesse (40 millions par an à travers le monde), le taux d'avortement est d'environ 29 pour mille (nombre pour mille femmes entre 15 et 44 ans)

2. l'impact des politiques familiales sur la fécondité

En 1798, « essai sur le principe de population en tant qu'il influe sur le progrès futur de la société » écrit par Malthus, publié à une époque où toutes les populations étaient natalistes.

Les contextes natalistes étaient prépondérants à cause des religions qui sont judéo-chrétiennes. La stérilité est présentée comme source de déshonneur alors que le fait d'avoir des enfants est considéré comme une bénédiction. Selon Malthus il y a une corrélation entre développement économique et augmentation de la

population, pour lui il faut que le niveau de population se calque sur le niveau de production, il faut donc réduire la population selon 3 façon :

- x le malheur (guerre, épidémie et famine)
- x le vice (méthode anticonceptionnel, opposition à la contraception)
- x la continence (abstinence sexuelle). Ce sont les populations pauvres qui devraient d'abord limiter leur naissance => malthusianisme.

Ces information brutales eurent un grands retentissement et choquèrent l'opinion publique et plusieurs hommes politiques et intellectuelle ont réagi.

Face à la crainte de la bombe P (population) dès les années 1920 on vit apparaître le néo-malthusianisme qui s'inspire du malthusianisme préconise la limitation de la natalité par l'usage de méthode contraceptive.

Il se distingue en France en 2 tendance :

- x conservatrice qui défend le bien-être national et la lutte contre le suicide la race
- x contestataire qui s'adresse en priorité au prolétaire et aux femmes et c'est dans ce cadre qu'il apparaît les premières grèves des ventres

Durant le 20^{ème} siècle on vit s'accroître ces discours contre le natalisme du fait de la montée démographique du Tiers-Monde. Cette crainte grandissante c'est faite à la suite d'un certain nombre de travaux comme celui de P. Ehrlich et c'est lui qui est l'auteur de l'expression de la bombe P. il y a aussi les travaux du club de Rome réunissant des scientifique des économiste, c'est un groupe de réflexion composé de 53 pays. Puis le premier choc pétrolier de 1973, a rendu crédible la diffusion de modèle catastrophique qui comporte 2 risques majeurs, d'une part celui d'une sur-population global de la planète avec une aggravation d'un déséquilibre dangereux entre les pays pauvres et des pays riches et d'une autre part celui d'un prélèvement excessif du milieu naturel qui pourrait aboutir à un véritable désastre écologiste.

Il se met en place les 1er conférence mondial sur la population la première en 74 à Bucarest, Mexico en 84 et du Caire en 94. Il est question de la croissance démographique mondial et de la diffusion de la contraception. Les populations doivent se responsabiliser selon l'évolution du contexte dans le quelle ils vivent.

A partir des année 60-70, mise en place de politique de population pour plusieurs raison :

- limiter le nombre de naissance
- aider les familles à avoir des enfants et a bien les élever
- vise à freiner la concentration urbaine (on impose en zone urbaine en nombre maximal d'enfant par femme)

Ce sont les politiques natalistes qui se sont imposés dans les pays développé. Les PED ont connus essentiellement des politique natalistes, mais ils diffusent des politique anti-nataliste pour les PE.

Pendant longtemps la France était le pays le plus peuplé puis la population à diminuer à partir du 18ème siècle, dès la fin de se siècle la décision fut prise de lutter contre cette dénatalité chronique. En 1920 , loi contre l'avortement et la contraception en 1932 création des allocations familiales pendant le régime de Vichy il y a eu une législation favorable au familles nombreuses.

En 1945, création de la sécurité social et du fait du quotient familiale pour le calcul des impôts, tout cela à concourut au baby boom des années 44.

Dans les pays ultra-nationaliste (Italie, Japon et Allemagne), ils pratiquèrent des politiques natalistes dans le but d'étendre leur sphère d'influence politique, économique, militaire et culturelle. Par exemple Mussolini aurait voulu que l'Italie atteigne 60 millions d'habitant en 1960, il a promu la natalité et a freiner l'immigration et d'encourager le retour au pays des italien immigrant. Hitler a mis en place une politique résolument nataliste puisque l'idéologie raciste assuré une forte fécondité ce qui donna lieu à une forte croissance démographique puisque le pays est passé de 43 millions d'habitant à 80millions en 1939. le japon a aussi mené une politique nataliste qui a fait augmenter la population fortement ce qui a permis une forte immigration et un renforcement de la puissance en Extrême-Orient.

Dans les pays communistes il eu aussi des politique clairement nataliste. L'idéologie marxiste est nataliste.

Les États-Unis qui depuis le 19^{ème} pratique une politique populationniste, il favorise la natalité et l'immigration. La croissance de la population américaine est liée à l'arrivée de population étrangère mais des politiques migratoires qui ont souvent été sélective et sévère.

Dès 1921 mise en place des *lois des quotas* qui fixes des pourcentages max à ne pas dépasser (aboli 65) seuil max d'admission /an + sélection familiale et sociale (favorisé regroupement familiale et politiques migratoires orienté vers pers qui justifient une qualification professionnelle utile au pays → Brain-Drain).

Depuis quelques années les pays développés ont un bas niveau de fécondité lié aux méthodes de diffusion de limitation des naissances.

- x **France** : fort recul de la fécondité : 1920 : interdiction au recours de l'avortement + méthodes de contraception (è) loi abrogé en 1967 Neuwirth : autorisation de contraception + loi de Simone Veille sur avortement.

- x **Allemagne** : après effondrement du Reich en 1945 : 2 All : RFA et RDA :
 - o RFA : politique familiale avec les allocations familiales en 1954 mais peu d'effet car en 74 implosions démographiques non compensé par une immigration.
 - o RDA : recours massif à la contraception et à l'avortement + forte émigration de la RFA. (è) mesures incitatives à la fécondité (naissance (è) réduction des emprunts immobiliers qui a eu un impact limité).

- x **Japon** : baisse rapide de la fécondité, pression démo aggravé par le rapatriement de dizaines de millions de japonais en dehors du territoire national. L'Etat a voté la loi de Protection Eugénique qui vise à améliorer le « patrimoine génétique » d'un groupe humain. La libéralisation de l'avortement a fait rapidement chuter le taux de natalité + le vieillissement rapide de la population.

- x Pays développés baisse fécondité liés importance des politiques familiales, mais non uniforme. Ex : *Irlande 2.07, Finlande 1.8, Norvège et suède 1.9 ; basses : Espagne 1.4, Hongrie et Portugal 1.3, All 1.3, Japon 1.2.*

Dès 70 tous les pays développés ont essayés de favoriser la fécondité car rapidement les Etats ont compris que ces baisses pouvaient être préjudiciables au développement économique.

Ces mesures familiales misent en place pour répondre aux désirs des ménages d'avoir le nombre désiré d'enfants, des aides financières vont être misent en places pour réduire les obstacles à l'arrivé d'enfants. En même tps les pays vont chercher à encourager l'activité des femmes, concilier activité professionnel et vie familiale ; cela permet de limiter le déséquilibre entre le nombre d'actifs et d'inactif(ex : financement es retraites) toutes ces mesures ont fait que l'investissement des Etat augmentation part PIB familiales : mtn 2.4% est consacré au PIB familiale ; 1.6% dans les années 80.

- x **Les Pays Nordiques** ont un congé maternité élevé, dans les pays développés 7 semaines alors que dans les pays Nordiques 57 semaines. Congé paternité : 13 semaines en Islande, 11 en Suède sinon 1 semaine dans les pays développés en moyenne. Dans le Nord, tout ce qui est pour les enfants prise en charge par l'Etat plus rapide des modes de garde des enfants.
- x **Pour les pays anglo-saxons et le Japon** luttent contre la pauvreté et ils sont plus orientés vers les familles en difficulté. Les congés sont faiblement rémunérés voir pas du tout. Les services de garde et d'éducation pour les jeunes enfants sont nettement moins présents.
- x **En Europe du Sud** les aides sont plus limités. Elles ont un déficit politique dans le domaine des politiques familiales donc les prestations financières versées aux familles sont très faible et un taux très faible de rémunération des congés.
- x **En France** : aide importante comme le traduit la part du PIB qui s'élève à 3.8%.un accès facilité à l'école maternelle dès 2ans ou plus largement 3ans. Il existe des avantages fiscaux que ce soit en termes d'apposition et de systèmes de garde donc des avantages fiscaux. Conciliation vie familiale et professionnel est la + facile et cela permet de maintenir un fort taux d'activité, équilibre entre actifs et inactifs.

- x Pour les Pays en développement et émergents :

Se caractérisent par une politique anti-nataliste tardive donc jusqu'à récemment les populations étaient natalistes et le gouvernement s'investissait peu dans ce domaine : manque moyen, religion, nationalisme ... Dès les années 70 et 80 vont se diffuser des politiques néo-malthusiennes qui vont se mettre en place le + souvent progressivement et parfois brutalement. Ex : Brésil dès 73 émissions TV en faveur du planning familiale ; Thaïlande méthodes contraceptives dès 1970 + planning familiale ; Egypte dès les années 60 diffusion méthodes contraceptives + âge légal au mariage cela va progressivement entraîner une baisse de la fécondité.

1981 et 2009 atteste de cette baisse. Ex : Brésil 4.4 81 à 2 en 2009 ; Thaïlande 3.7 à 1.8 Bangladesh 6.3 à 2.5 ; Iran 6.3 à 2 ; Algérie 7.3 à 2.3. baisse fulgurante fécondité du au développement politiques familiales.

III. Politiques démographiques en Inde et en Chine

Ce sont 2 masses démographiques impressionnantes, émergentes et qui jouent un rôle au niveau international. Elles ont un poids démographique et économique.

- 2009 : pop indienne 1.7MM d'habitant et 1.33 pour la Chine
- 2050 : 1.74 MM d'habitants pour l'Inde et aura dépassé la Chine qui fera 1.43 MM d'habitants.

La mortalité infantile : Chine : 21%° alors que en Inde 55%° .

Espérance de vie : 64 ans en Inde ; 73ans pour la Chine

Fécondité : 1.6 Chine ; 2.7 Inde.

Taux natalité : 12%° Chine ; 23%° Inde.

Différences structure par âge-15ans : 32% Inde, 19% Chine +65ans: 8% Chine ; 5% Inde.

1. Politique transition démographique de la Chine

Elle est entrée dans sa 1^{ère} phase de transition démographique en 1949. Elle a connu une baisse de la mortalité et maintient forte natalité. Du à l'avènement de la République Populaire de Chine par Mao cela met fin à 20ans guerre civile et donc de l'opposition communistes (leader Mao) et les nationalistes. Retour période de pacification du contexte national et 1^{ères} réformes agraires + 1^{ère} campagnes de vaccination. Augmentation taux de natalité/fécondité : 41%° en 49 à 43%° en 57. Taux mortalité fortement diminué : 33%° 49 à 18%° en 57. Drame des années noires il y a une suspension démographique de 1958 à 1961.

Mai 58 : Mao voulu rompre avec le modèle économique soviétique et instauré une nouvelle organisation de la société, cette période 58-60 : LE GRAND BONT : aménagements d'envergures (barrages, centrales hydro-électrique, routes, canaux irrigations) la contrepartie : cela s'est fait au détriment de l'économie agricole dès 60 eu lieu une grave crise agricole en Chine qui occasionna la plus meurtrière des famines qu'est connu le 20^{ème} siècle.

Cette famine décès x3 de 57 à 60 + sous-alimentation, migration des hommes et le report des mariages, il y avait 6 enfants par femmes en 57 à 3 en 61.

1961 à 1969 : phase de récupération du situation alimentaire normale + reconstitution des couples + rattrapage des mariages différés par la famine, c'est la période *d'hyper-fécondité* de 3 en 61 à 8 enfants par f en 63.

En parallèle il y eu une chute de la mortalité renforcé dès 1961 par l'amélioration des conditions de vie + développement hygiène et de la médecine préventive (essentiellement vaccination). 1969 taux mortalité 10%°.

Population accru de 300M de 49 à 69. Passant 550M en 1950 à 830M en 1970.

Dès les années 70 1^{ère} phase de transition démographique arrive à son terme. Le taux de mortalité se stabilise et le taux de natalité décline. Elle entre dans sa 2^{ème} phase de transition démographique.

2^{ème} phase démographique achevé en moins de 20 ans : grâce aux politiques familiale + en + sévères (politique de contrôle des naissances). Les 1^{ères} politiques familiales dès 1962 par le 1^{er} ministre : Zhou Enlai qui a relancé l'économie chinoise par la réduction de la croissance de la population :

- Limitation de la descendance à 3 enfants/femmes
- Limitation âge légal au mariage : 18ans pour les filles et 20 ans pour les garçons.
- Diffusion avortement + contraception
 - ⇒ Peu d'effet sur la dynamique démographique. Dès 70 que les politiques familiales vont avoir un effet : dès 72 nouvelle polit qui se base sur :
 - *le Wan* : élévation âge au mariage : zone rurale : 23ans pour filles et 25 ans pour garçons. Zone urbaine : 25ans pour filles et 28 pour les garçons. Idéologie anti-européenne avec une explosion démographique en ville : lieu mixité culturelle, interdiction exode rural+ polit migratoire intra-national pour limiter vers la ville.
 - *le Xi* : naissances espacés, lorsque les couples se marient un espacement de 3ans entre chaque naissance zone rurale et 4ans en zone urbaine.
 - et le *Shao* (peu) : petites familles, imposé nombre enfants par femme : 3 en zone rurale 2 en zone urbaine.

Mesures suivies : 1^{ère} rapide de la natalité + fécondité (6 enfants/femmes en 1970 à 3 en 1979).

1976 : mort Mao laisse une économie fragile. Progrès démographiques notables mais insuffisants. Le gouvernement craint la forte natalité des générations nombreuses des années 60.

Deng Xiaoping successeur va dès 1978 créer une politique de réforme et une ouverture. Renforcer le contrôle de la croissance démographique pour permettre le développement économique.


- 1^{ère} étape en 1978 : autorisé que 2 enfants/femmes : ville et campagne. Campagne stérilisation des femmes après leur 2^{ème} naissance.
- 1979 : norme de l'enfant unique.

Baisse importante de la natalité : 1.6 mtn. Des politiques familiales qui ont influencé + bientôt vieillissement population.

Fécondité spatiales inégalitaires, normes pas faites au même moment : inégalité ville/campagne, chute fécondité + élevé en ville. + Inégalité EST/Ouest : fécondité plus importante à l'Ouest car plus agricole, besoin plus important de main d'œuvre ; Ouest : concentration urbaine et économique donc faible fécondité.

Inégalité sociales : certains couples décident d'avoir des enfants sans autorisation : naissances hors quotas/plan :

- moyens payer amendes : naissances enregistrés par l'Etat.
- Pas moyen de payer amendes : enfants Noires qui vont vivre dans l'ombre de l'Etat donc ils n'ont pas accès aux services publics (soins, écoles).

Rapidement  politique garçon unique.

2. Politique de transition de L'Inde

Politiques 1947 : indépendance de l'Inde. Une économie précaire, reconstruction : système de politique *quinquennale* (plan et réformes tous les 5 ans). Dès 1951 : freine sa croissance démographique , 1^{ère} politique familiale limité alors même qu'il n'y a pas de croissance démographique.

Décroissance démographique : déstructuration de l'économie du pays, indépendance suivit d'une famine importante. En 1947 : partition entre l'Inde et le Pakistan, transferts massifs de populations Sud vers Nord pour les musulmans et inverse pour les Hindous + guerre importante avec 1M de morts.

- 1^{ère} plan familiale limité par l'intermédiaire des méthodes naturelles comme l'abstinence qui repose sur la responsabilisation des individus. Effets quasiment nuls.
- 2nd plan 56-61 : 2nd politique familiale : ouverture de centres de planning familial ouvert surtout en ville + dès 56 acceptations stérilisation comme méthode contraceptive. Incitations financières aux familles pour inciter les femmes à se faire stériliser. Mise en place des camps de stérilisations : cliniques ambulantes dans les campagnes.
- 1961, l'Etat observe une augmentation de la population : grâce à une baisse de la mortalité + faible recours à la stérilisation.
- Fin des années 60-70 : politiques familiales vont se durcissent peu à peu. Instauration système de

- quotas dans la stérilisation (chaque centre a un quotas).
- En parallèle dès 1972 l'avortement est autorisé. Augmentation stérilisation : fin 60 :60 000 ; 72-73 : 3M/ans.
- Nouvelle intensification stérilisation : 75 à 76 : période de l'état d'urgence déclaré par Indira Gandhi fille Nehru, ministre, austérité économique. Nombre de stérilisation augmente fortement : 8M/an. Période traumatisante pour les populations car forcées de + : sélections spatiales (Nord : 4 Etats + pauvres) et sociales (+ marginalisés : intouchables (impurs) et les musulmans). En réaction : rejet total de toute politique familiale : population choqué.
- Maintenant recours stérilisation limité, mais recours d'elle-même contraception : maintenant 2.7enfants/femmes : limité pour un pays émergent. Fécondité + importante dans le Nord que dans le Sud. Différences spatiales et sociales. Fécondité + importantes chez les musulmans car économique faible + veut grossir son poids démographique. + selon la caste fécondité différente.

Géographie de la mortalité

I. État des lieux à l'échelle mondiale

Il y a des inégalité entre les individus et entre les territoires, les individus ne sont pas égaux à la mort selon leur sexe, leur classe social et leur lieux de vie.

1. mesure de la mortalité

Les géographes ont mis au point diverses mesures pour appréhender le nombre de décès (ce sont des indicateurs :

x le taux de mortalité

C'est le rapport entre le nombre total de décès au cours d'une année et l'effectif total de la population au cours de cette même année (exprimer pour mille). Le taux de mortalité est fortement influencé par la structure pas âge, plus la population vieilli plus le taux de mortalité sera élevé.

On peut avoir recours au taux de mortalité infantile (décès d'enfant de moins de 1ans), 2pour mille en Suède et 9 pour mille en Malaisie.

On constate des inégalités spatial. À l'échelle mondial le taux de mortalité infantile est en moyenne de 46 pour mille, ce taux varie de 2 pour mille en Islande et au Luxembourg et va jusqu'à 155 pour mille en Afghanistan.

C'est un indicateur à la situation sanitaire d'un pays et à son degrés de développement et plus particulièrement en terme de condition de vie et d'éducation.

Il reflète l'environnement économique et social des population.

Ex : 4 pour mille en France, 7 pour mille au E.U, 24 pour mille au Brésil, 31 pour mille au Maroc, 75 pour mille au Nigeria, 125 pour mille en Angola.

La géographie de la mortalité infantile se claque sur la géographie du développement et c'est en Afrique que la situation est la plus délicate puisqu'elle concentre à elle seule +50% des décès des enfants de moins de 5 ans alors même qu'elle n'abrite que environ 15% de la population mondial.

La situation reste difficile malgré des changements comme par exemple en Afrique subsaharienne.

x l'espérance de vie à la naissance (nombre moyen d'année vécu par une génération).

À l'échelle mondial elle est d'environ 29 ans avec des variations car elle varie de 41 ans au

Zimbabwe à 83 ans au Japon.

Elle varie, selon la situation des pays :

- Pays en développement : inférieur à 60 ans voir même à 50ans. c'est en Afrique que l'espérance de vie est le plus faible ce qui explique par le maintient d'une forte mortalité infantile lié à l'absence de médecine préventive et aussi à la précarité des conditions de vies qui vont entraîner des carences alimentaires, faibles recours au soin, fort taux d'analphabétisme. Elle s'explique aussi par la forte incidence des maladie parasitaire et infectieuse (sida et paludisme).
- Pays développé : supérieur ou égal à 75 ans. 78 ans aux E.U, 81 ans en France et 82 ans en Suisse.
- Pays émergents : comprise entre 60 et 75 ans

2. la transition sanitaire

Elle se réfèrent au tableau général des causes de mortalité avec le passage des maladie infectieuse (tétanos, tuberculose) et parasitaire (la dengue, le chikungunya, trypanosomiase, anchiocarcose) au maladie chronique (les maladies cardiaques, le cancer, le diabète) et dégénérative (Alzheimer, parkinson, sclérose en plaque).

La transition sanitaire est marquée avec passage d'une médecine traditionnelle à une médecine allopathique (médecine actuelle).

Tous les pays ont commencer leurs transitions sanitaires, mais il y a des variations très forte. Elles est très avancé dans les pays industrialisé, elle est également bien avancé en Amérique latine.

En Asie c'est ce qu'on appelle le paysage épidémiologique, en effet la transition sanitaire est entrain de s'effectuer mais plus ou moins lentement suivant le pays. (progrès rapide en Chine, Japon et Corée).

En Afrique les progrès sont les plus tardif et les plus lents, on observe toujours une prédominance des maladies dite de la pauvreté.

Pour les pays émergents on parle souvent d'un double tableau épidémiologique. Il y a une différence entre les classes sociales. Les plus défavorisés meurt de maladie infectieuse et les plus riches de maladies chronique.

L'évolution et le recul de la mortalité suit le même chemin, on observe un recul de la mortalité au âge les plus jeunes, puis un recul de la mortalité à l'âge adulte et un recul de la mortalité aux âges les plus élevé.

Selon l'âge, la mortalité a une sensibilité différente suivant les facteurs :

- aux âges les plus jeunes
Se sont les conditions environnemental et alimentaire qui impact le plus. Les enfants sont les 1er victimes des maladies contagieuse, dès lors ou il y a amélioration de qualités de vie il y a recul de la mortalité infantile. Lorsqu'il y a une amélioration quantitative et qualitative de l'alimentation recul aussi la mortalité infantile.

Dans un deuxième temps la médecine permet de pérenniser ce recul, toutes amélioration médical ne sont pas associé à l'amélioration des condition de vie.

- A l'âge adulte
l'amélioration des conditions de vie et de travail permettent de faire reculer le taux de mortalité.
- Au âge le plus élevé
les progrès sont plus tardifs et plus lents. Ce qui joue le rôle principal c'est la médecine. Les conditions de vie ont un impact secondaire par rapport aux progrès médicaux.

Ex : la France, son espérance de vie a augmenter de façon relativement rapide puisque en 1740 elle était environ de 25ans, en 1850 elle était environ de 40ans, au début du XX^{ème} siècle la moitié des femmes décédés avait 45 ans alors que aujourd'hui 50% des décès surviennent après 80ans.

La mortalité infantile, au 18^{ème} siècle était de l'ordre de 300 pour mille, un premier recul au début du 19^{ème} par l'amélioration des conditions de vie et de la médecine et plus particulièrement du vaccin contre le variole.

Ce recul va connaître une période de rupture car au milieu du 19^{ème} augmentation de la mortalité en raison de l'industrialisation et de l'urbanisation qui vont dégradé les conditions de vie et de travail et notamment dans les villes.

Ce n'est qu'à la fin du 19^{ème} que la mortalité infantile va de nouveau reculer du à la révolution pastérielle (stérilisation), puis première politique de protection de la petite enfance. Durant cette époque la transformation progressive des espaces urbains va également participer à ce recul (mise en place de l'hygiéniste).

Ce recul va continuer au long du 20^{ème} il est lié au découverte médical (le vaccin comme le BCG, découverte de nouveaux médicaments).

Même transition observer dans les pays du Sud, en effet ils suivent le même modèle mais beaucoup plus vite.

Ex : en Chine, il a fallu 40 ans pour que la mortalité infantile passe de 200 à 30 pour mille (cela a mis 150ans en France).

Un autre facteur de cette mortalité est la grippe revient régulièrement en Hivers, en 2005 avec la grippe aviaire H5N1 puis en 2009 la grippe porcine H1N1, les vaccins ont permis le recul des mortalité surtout chez les personnes âgées.

Jusqu'à la diffusion du vaccin la grippe était l'une des principal cause de mortalité durant l'hiver.

C'est seulement partir des années 70 que l'on observe un recul de ce type de mortalité. Depuis 2005 en France le nombre de décès liée à la grippe ne dépasse pas le millier. Cette baisse on le voit clairement et est lié à la vaccination des sujets à risques (les personnes âgés).

- Cette transition sanitaire ne se fait pas toujours de façon linéaire, il peut y avoir des ralentissement et des ruptures de la mortalité.

Exemple :

les pays de l'ex URSS, ont vu leurs espérance de vie largement diminuer depuis 40 ans (chute du bloc soviétique). Russie 68ans ce qui est moins que le Vietnam (73ans). Ce recul de l'espérance de vie est à mettre en relation avec des bouleversement économique politique et sociaux qui ont entraîné une augmentation des décès violents (alcoolisme et accidents), et puis c'est lié aussi au maintient d'une forte mortalité cardio-vasculaire (comportement à risque à certaines catégories de population).

Les pays Africains qui sont touchés par l'épidémie du Sida et par les conflits, on observe, dans leur cas, un fort recul de l'espérance de vie. Au Zimbabwe il y a 15 ans elle était de 63 ans et maintenant elle est de 41 ans. Les pays qui sont touché par de nombreux conflits voient leur espérance de vie diminuer comme en Sierra Leone.

- A l'échelle mondial on observe une augmentation progressive de l'espérance de vie.

3. espérance de vie sans incapacité, une notion nouvelle

L'un des nouveau enjeu de la démographie c'est de savoir si ces années supplémentaire de vie sont des année en bonne santé ou entraînant des incapacité.

On utilise cette notion depuis 1990 elle mesure le nombre d'année vécu par une génération en l'absence de limitation des capacités de pouvoir au besoin primaire (se nourrir, s'habiller et se déplacer seule).

Pour les pays développé, l'espérance de vie sans incapacité augmente plus vite que l'espérance de vie global.

II. les inégalités sociales et de genre devant la mort

1. les inégalités sociales

Elles ont toujours existé. Avant le début de la transition démographique, la mortalité était peu différenciée sur le plan social (la peste).

Avec la révolution industrielle les inégalités se sont accrues car il y a eu de plus en plus des inégalités en terme de statut alimentaire et d'accès au soin. Puis elles se sont progressivement atténuées car elles sont arrivées à un seuil de saturation.

Mais elle persiste même si il y a une expansion de la protection sociale.

Les écarts qui demeurent ont plutôt des écarts qualitatifs et non des écarts quantitatifs, par exemple pour les soins préventifs et spécialisés.

Ces inégalités sociales sont largement documentées, aux États-Unis par exemple grâce à leur grande diversité sociale et culturelle. Elles apparaissent plus particulièrement pour les hommes (aux EU), on observe des écarts plus importants au niveau de l'espérance de vie entre les hommes suivant leurs religions qu'entre les femmes.

Entre la communauté blanche et la communauté afro-américaine il y a 12 d'écart d'espérance de vie.

À niveau d'éducation égal il y a une différence importante d'espérance de vie 7 ans d'écart entre un homme blanc et un homme afro-américain avec la position sociale.

De même, dans les États du Sud Est des EU (plus pauvres), l'indice de développement humain est inférieur à la moyenne nationale, il est plus faible que dans les pays du nord (plus riches).

Chez les femmes les inégalités s'observent dans le domaine de la natalité, la mortalité maternelle, aux Pays-Bas, est plus importante chez les femmes nées aux Pays-Bas que celles nées à l'étranger.

En France, le taux de mortalité maternelle était de 7 décès de femmes pour 100000 naissances vivantes pour les femmes françaises mais cette mortalité était 2 fois plus importante pour les femmes ayant une nationalité étrangère.

Cette différence s'explique par les différences de qualités de vie et par le recours au soin.

2. des inégalités de genres

À l'échelle mondiale il y a une sur-mortalité masculine, il enregistre de moins bon indicateur de santé (cause de décès, espérance de vie, taux de mortalité prématuré).

Pour le taux de mortalité de prématuré : elle est en constante évolution mais il y a une forte inégalité entre les hommes et les femmes, en France chez les hommes il est de 28% alors qu'il n'est que de 13% chez les femmes.

On observe un gradient selon le degré d'urbanisation, car la mortalité prématurée chez les hommes est moins importante dans les grandes villes que dans les villes moyennes et les zones rurales. Cela tient à la composition sociale dans les espaces urbains (plus de cadres dans les villes, plus d'ouvriers dans les zones rurales). Dans les zones rurales il y a plus de comportements à risques.

À l'échelle mondiale l'espérance de vie est de 67 ans pour les hommes et de 71 pour les femmes, à une échelle plus fine on observe de plus grande différenciation. En Europe il y a environ 8 ans d'écart, 5 ans en Amérique du Nord et de 3 ans en Asie et en Afrique.

En Estonie l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est d'environ 12 ans, au Salvador 10 ans...

Les explications sont de deux ordres :

- raisons biologiques : les hommes sont plus fragiles biologiquement se reflétant aux âges les plus jeunes et aux âges les âgés.
- raisons comportementales : chez les hommes il y a plus de comportements à risque avec plus de consommation d'alcool et de tabac et puis il y a chez les jeunes hommes un recours au soin moindre par rapport aux femmes. Différence dans le type de recours au soin, les hommes ont un recours au soin plus tardif ce qui se traduit par de forts taux d'hospitalisation.

L'espérance de vie plus faible pour les hommes est un fait relativement récent puisque jusqu'à la fin du

19ème les hommes enregistré une plus forte espérance de vie. Et c'est un constat qui c'est observé très tôt. Les femmes enregistraient donc une sur-mortalité féminine.

Au 20ème l'espérance de vie des femmes va progressivement augmenter puis rattraper et dépasser celle des hommes. Avant cette progression les cause de la mortalité étaient multiple :

- mortalité maternelle
- femmes plus vulnérable au maladie infectieuse.
- Précarité de leur état de santé

C'est à partir de la progression de l'industrialisation que l'espérance de vie des femmes va progressivement augmenter, avec un accès au soin plus important et une amélioration plus adapté. À l'inverse l'espérance de vie des hommes va commencer à diminuer du fait de l'adoption plus important de comportement à risques (consommation plus importante d'alcool et de tabac).

Aujourd'hui on s'interroge sur l'évolution de la sur-mortalité chez les hommes et chez les femmes, on observe un comportement à risques chez les hommes et chez les femmes une réduction des risques. Cette évolution des comportement ne se voit toujours pas sur l'espérance de vie. Il est probable que l'espérance de vie des femmes va augmenter plus doucement dû à ce comportement à risques.

Quelques exception de comportement à risques : dans certains pays c'est une sur-mortalité féminine qui s'explique par le maintient d'une forte mortalité maternelle :

- comportement discriminant à l'égard des femmes
- précarité des conditions de vies qui se matérialise par des structures de soins insuffisantes, et qui ne sont pas adapté au complications.
- Accès au soin conditionner par une capacité de mobilité

=> Ces facteurs concourent au maintient d'une forte mortalité féminine, dans le monde c'est environ 60000 femmes décède par une cause lié à la grossesse.

La mortalité maternelle est le nombre de décès de femmes pour 100000 naissances vivantes. Les décès pris en compte sont ceux qui surviennent pendant la grossesse et ceux après 42 jours.

Ex : En Europe : entre 12 et 15 décès pour 100000 naissances vivantes,

en France 17 décès de femmes liés à l'importance de l'âge aux personnes étrangère qui ont un recourt tardif aux soins.

En Afrique 500 décès de femmes pour 100000, en Zambie 750 et en Angola il est de 1700.

3. transition démographiques

Elle a été établi par les démographes pur rendre compte du passage d'une régime démographique ancien à un régime moderne.

Régime démographique ancien : forte natalité et forte mortalité.

Régime démographe moderne : faible natalité et faible mortalité.

C'est la mortalité qui commence par baissé, qui est d'abord lente puis qui va s'accélérer qui va donner lieu à un excédent naturel toujours plus important qui va entraîner une baisse de la natalité. Elle est dans un premier temps lente puis va peu à peu augmenter. La natalité diminuant on va avoir un excédent naturel qui va être de plus en plus faible.

Avant on parler de révolution démographique qui avait été mise en place par un démographe français A. Landry. Mais elle fut très rapidement nuancé car il y a un inertie démographique qui rend impropre cette notion de révolution démographique et c'est pour cela qu'on à préférer le terme de transition démographique par A. Sauvy (fondateur de l'INED).

Chaque pays va avoir sa propre transition du sens que le point de départ et le rythme sont différents. Mais on retrouve le même modèle. On distingue 3 grandes phases :

- Phases de près transitions : mortalité et natalité sont élevé caractérisé par des pics de mortalité.

=> excédent naturelle faible

- transition démographique : c'est la phase de changements :
 - mortalité qui commence lentement à diminuer et la natalité reste forte, la population va commencer à augmenter.
 - la mortalité continue à diminuer de façon plus rapide et la natalité commence à baisser lentement, c'est durant cette phase que la croissance de la population est la plus forte.
 - la mortalité est devenue faible et continue à diminuer à un rythme plus faible en revanche la natalité diminue beaucoup plus rapidement ce qui fait qu'il y a une décélération démographique, la croissance va se ralentir.
- phase de post-transition : croissance démographique devient faible voir même nul. Elle est caractérisée par un vieillissement accéléré de la population.

Tous les pays ont commencé leur transitions démographiques, les PD ont commencé leur transition mais lentement à l'inverse les PED et PM l'ont commencé tardivement mais plus rapidement.

On peut distinguer 4 types de pays :

- première catégorie : ils sont toujours en phase de transitions comme l'Angola la Zambie. Ils sont caractérisés par une économie vulnérable et de faibles niveaux de développement humain plutôt faible.
- Deuxième catégorie : ils se situent dans la première phase de la transition, la natalité reste élevée mais la mortalité commence à diminuer, ce sont des pays où il y a une diversification économique en place et une urbanisation qui progresse ainsi que l'alphabétisation qui augmente. (ex : Bénin, Tanzanie, Mexique et Colombie).
- Troisième catégorie : situés entre la 2ème et la 3ème phase de transition avec une mortalité et une natalité faibles, ce sont des pays caractérisés par un accroissement naturel qui se ralentit. Ce sont des pays dans lesquels l'économie est majoritairement agricole ainsi que l'industrie et les taux d'alphabétisation plus importants (Chine, Corée du Sud, Brésil).
- Quatrième catégorie : ils sont dans une phase de post-transition, pays d'Europe de l'ouest et d'Amérique du Nord. On a une faible mortalité et natalité ainsi que par un accroissement naturel très limité, l'urbanisation est forte. => enclenchement de leur dynamiques de vieillissement de la population.

VIELLISSEMENT DE LA POPULATION

Il constitue des caractéristiques majeures de la démographie mondiale pour les prochaines décennies et concerne les pays développés.

Le vieillissement se fait en 2 phases :

- vieillissement modéré : lorsqu'il se fait par le bas de la pyramide des âges, qui s'explique par la baisse de la fécondité qui entraîne une baisse de la natalité.
- Vieillissement accéléré : survient lorsque l'on a un vieillissement par le bas et par le haut de la pyramide des âges. => augmentation croissante de l'espérance de vie.

Tous les pays développés sont dans une phase de vieillissement accéléré, dans les pays en développement et émergents sont dans une phase de vieillissement modéré.

Ce vieillissement de la population donne lieu à de nouveaux enjeux sociaux et territoriaux. Il est souvent présenté comme un problème alors que c'est plutôt une bonne nouvelle.

I. Vieillessement de la démographie mondial et européenne

Il concerne de plus en plus de pays. Ce qui se traduit une proportion des plus de 65 ans toujours plus importante, aujourd'hui il représente environ 8% en 2030 on pense qu'elle sera de 12%.

il se caractérise par une diminution progressive des moins de 25ans, la proportion des moins de 25ans à un rythme plus rapide que la progression des plus de 65ans.

Les moins de 25ans représente environ 47% de la population mondial, en 2030 il devrait être de 38%.

Le vieillissement démographique est plus ou moins avancé selon l'ancienneté des transitions démographique. En Europe et au EU se sont les deux régions qui sont le plus concernés par le vieillissement de la population.

Dans les pays émergents le vieillissement de la population à déjà commencer du fait de la baisse de la fécondité et de la natalité et puis progressivement un vieillissement qui se fait par le haut.

Dans les pays en développement, un vieillissement qui n'a pas encore développer mais qui est imminent.

On peut utiliser un indicateur qui mesure le temps qu'à mis une population pour doublé la proportion des + 65ans (7à 14%). il montre qu'en France ce doublement c'est fait sur durée de 100ans alors que en Chine se doublement va probablement se faire en 25ans. Ce phénomène de vieillissement très rapide s'observe dans d'autres pays du sud qui vont connaître un vieillissement beaucoup plus rapide (20ans pour l'Iran, 17ans pour le Vietnam et la Syrie).

En Iran cela s'explique par :

- la baisse extrêmement rapide de la natalité.
- Par l'élévation de l'âge aux mariage,
- la baisse de la mortalité,
- l'augmentation de l'alphabétisation
- la chute du du prix de pétrole.

Aujourd'hui c'est en Europe que le vieillissement de la population est plus avancé on parle de *gérontocroissance* qui se réfère à l'augmentation de la population âgée.

On voit très clairement ce vieillissement de la population. La croissance de la population européenne c'est largement ralenti est et devenu peut à peut inférieur à de nombreux pays industrialiser. Depuis les années 50 la population mondial progresse de 1,8% alors que la population européenne ne progresse que de 0,1% par an.

Pour les EU la progressions de 0,9%par an, et quelques pays industrialiser ont des croissance négative comme au Japon -0,2%, de -0,3% en Russie.

Au sein de l'Europe il y a des distinction spatial de ce vieillissement. Jusqu'au début des années 90, ma croissance démographique était plus importante en Europe de l'Est qu'à l'Ouest. Puis il y a une reprise de la croissance démographique à l'Ouest s'expliquant par les immigrations puis une chute à l'Est.

Parmi ces pays de l'Europe de l'Est 6 pays se distingue par une décroissance démographique :

- Estonie
- Hongrie
- Lettonie
- Lituanie : - 0,8% par an
- République Tchèques
- Slovénie

C'est en Europe de l'Ouest que la natalité va reprendre. En Irlande avec une taux de 1,02%, la France 0,43%, au Royaume Unis 0,37%. Une des exception est l'Allemagne car elle enregistre un taux d'accroissement naturel négatif puisqu'il est de -0,23%.

La majorité des pays enregistre une baisse de leur population. Mais on rencontre une opposition avec les pays qui rencontre des taux positif, il y a une augmentation de la population (en 2005, 60millions d'habitants en 2010, 65millions.).

La croissance démographique repose sur le solde naturel (nombre de naissance – nombre de décès) et le solde migratoire (le solde d'arrivée – le nombre de départ). Jusque dans les années 90, la croissance démographique reposait essentiellement sur la croissance naturelle. Aujourd'hui c'est l'immigration qui constitue le principal moteur de la croissance démographique.

En 2009, c'est 60% de la population européenne qui s'explique par une immigration.

Cela s'explique par l'évolution des politiques migratoires, il y a eu un allègement de ces politiques en Espagne et en Italie par exemple.

En Italie : elle était une terre d'émigration. Depuis les années 90, elle est devenue un pays d'immigration. Taux qui ont fortement augmenté à cause de la crise en ex-Yougoslavie.

Ce solde migratoire en Europe a augmenté au cours de ces dernières années, au Luxembourg +1,3%, Suède 0,7%, 0,5% en Italie.

Mais dans d'autres où il reste négatif, Lituanie -0,5%, en Irlande -0,9% compensé par une forte fécondité.

x Vieillesse accélérée de l'Europe

il a commencé par le bas, depuis 50 ans on observe une diminution de – de 25 ans mais qui ne se fait pas au même rythme.

Les pays à plus forte proportion de jeunes étaient les pays les moins riches.

Aujourd'hui on a eu un lissage des -25 ans, ils représentent environ 25% de la population

Un vieillissement par le bas qui se conjugue avec un vieillissement par le haut avec aujourd'hui une proportion de +65 ans qui est de 16%. L'augmentation de l'espérance de vie à progresser de 15 ans pour les hommes et de 17 ans pour les femmes qui donne à l'échelle européenne une espérance de vie moyenne de 72 ans pour les hommes et de 80 ans pour les femmes.

Le nombre de centenaires augmente, En France 15000 centenaires en 2010. on parle de plus en plus des super-centenaires +110.

II. La France un profil démographique original

Les évolutions sont similaires, mais quelques particularités démographiques donnent lieu à des statuts originaux.

On retrouve des particularités locales qui sont particulièrement claires en France, la France a un profil démographique atypique par rapport aux autres pays européens.

La France a quelques particularités :

- la croissance de la population, 0,4% de taux de croissance = le plus élevé
- les 2/3 de la croissance démographique s'expliquent par un bilan naturel excédentaire
- l'âge des mères augmente, l'élévation de l'âge de la mère lors de la première naissance ne fait pas baisser la fécondité. On observe un maintien voire une augmentation de la fécondité
- l'immigration n'explique que 30% de la croissance démographique (70% dans l'Europe)

Ces particularités font que le vieillissement est moins avancé que le niveau européen.

Ex : en France 65 ans → 17%, au Portugal 18%, 19% en Grèce, 20% en Italie, 21% en Allemagne, 24% à Monaco.

1. Comment expliquer ces originalités françaises ?

La fécondité résiste davantage dans les pays dans lesquels les politiques familiales sont les plus importantes.

La France fait partie des pays européens qui enregistrent le plus de naissances hors mariage (elles sont devenues banales), cette banalisation des naissances participe au maintien de la fécondité.

Ex : en France 50% des naissances hors mariage, en Allemagne 32%, dans les pays méditerranéens 20%

(Italie, Espagne, Portugal) et 6% en Grèce.

Le vieillissement en France est moins rapide mais il constitue un défi dans certains nombre de domène.

III. Les enjeux du vieillissement

le vieillissement appelle une adaptation. Les inquiétude sont :

x la santé

plusieurs études ont été portés notamment sur les personnes âgé en perte d'autonomie. Les dépenses de santé sont en constante évolution. Cette augmentation croissance s'explique par :

- les évolutions démographiques
- les évolutions technologiques, le progrès de la médecine
- comportement des individus notamment des médecin
- recours au soin plus important

la France consacre environ 11% de son PIB à la santé (environ 215milliard d'euros par an) en 2008. un dépense de santé qui augmente constamment.

La santé apporte aussi autant que sa coûte, car les investissements dans les salaires sont réinjecté dans l'économie local.

La part des dépenses de santé est de l'ordre de 1 à 3% . l'espérance de vie continu à augmenter dont la part des dépenses va continuer à être modérer.

Les structures d'accueil : La proportion de personnes âgé qui vivent en institution varie de 6% en Espagne et en Italie, 20% en France et en Belgique.

x Financement des systèmes de retraite

ils permettent aux personnes de +65ans le maintient du revenus mais qui reste infèrieur.

En France on compte environ 16 millions de retraité (¼ de la population), les retraites coûtent environ 280 milliard d'euros par an.

Le financement des retraites peut être compromis par :

- le vieillissement de la population : la proportion des personnes qui accèdent à la retraite augmente mais aussi une augmentation de la durée de cette retraite.
- le contexte économique

Depuis les années 70 le financement des systèmes de retraite devient plus compliqué avec notamment la crise économique. Face aux difficulté grandissante plusieurs possibilités sont étudiées :

- l'immigration : l'apport migratoire permet d'augmenter la population active ainsi que de rajeunir la population, augmente la natalité. Cette impact est souvent de courte durée car les taux de fécondité se calque sur celui des pays d'accueillies.
=> Elle peut avoir un impact seulement si elle est continue
- la fécondité : maintien d'une forte fécondité par le biais des politiques familiales pour assurer l'augmentation des taux d'activités des femmes
- compenser le coût des enfants : si le coût est bien compenser il y a une plus forte fécondité.
- l'emploi des femmes
- l'emploi des seniors : le taux d'emploi des hommes de 55 à 64ans a connu un net recul il est passé de 52% en 1991 à 39% aujourd'hui avec des variation régionale très importante. En Italie 36%, Belgique 35%, en France 39% à l'inverse dans les pays nordique ce taux d'emploi est plus fort 55% en Norvège et 70% en Suède. Plus le niveau de qualification est élevé plus le taux d'emploi des 55à 64ans est élevé. Les seniors sont exclu du monde du travail du fait des forts taux de chômage.

Ces différents processus permettrait de ralentir la diminution de la population active pour permettre un équilibre entre cotisation et prestations social.

Pour retrouver un certains équilibre il faudrait retrouver le niveau d'actif du baby boom.

En France la durée des carrière professionnel est l'une des plus courte d'Europe car les français entre plus

tardivement sur le marché du travail par un allongement de la durée des études et par un fort taux de chômage.

Le nombre d'actif recule sans cesse en 1850 dans le monde il y avait 12 actifs pour 1 inactif en 2010 il y avait 9 actifs pour 1 inactif d'ici 2050 on estime que ce rapport de dépendance devrait chuter à 4.

Aujourd'hui à l'échelle européenne il y a 3 actifs pour 1 inactif.

Ce vieillissement de la population a un impact à l'échelle individuelle, toutes les difficultés font qu'on observe une dualisation de la société qui se manifeste parmi la population de plus de 65 ans.

Les premiers indicateurs économiques :

- indicateur en terme de pauvreté : le taux de pauvreté augmente constamment. À l'échelle française c'est environ plus de 10% de la population qui vivent au seuil de pauvreté. C'est parmi les plus de 65 ans que le taux de pauvreté augmente le plus vite, il y a un recours plus important à l'aide sociale. Cela s'explique par la diminution des pensions de retraites et par l'arrivée à la retraite des personnes qui étaient au chômage.
- indicateur en terme de logement : 25% des plus de 75 ans qui vivent dans un logement inconfortable.

À l'échelle mondiale le vieillissement constitue un des enjeux les plus importants pour les prochaines décennies, ce vieillissement a un impact économique au niveau des états mais aussi des régions. Mais aussi un impact géopolitique puisque ces pays demandent une reconnaissance plus importante à l'échelle mondiale. Il y a une redistribution des différentes formes de pouvoir.