



Les Cahiers d'EMAM

21 (2012)

Transition démographique et développement. Diversité des processus et études de cas
Maghreb/Machrek

Maria Cosio-Zavala

Les transitions démographiques du XX^e siècle dans les pays en développement, des contre-exemples théoriques ?

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Maria Cosio-Zavala, « Les transitions démographiques du XX^e siècle dans les pays en développement, des contre-exemples théoriques ? », *Les Cahiers d'EMAM* [En ligne], 21 | 2012, mis en ligne le 31 décembre 2012, consulté le 11 avril 2013. URL : <http://emam.revues.org/518>

Éditeur : Équipe Monde arabe Méditerranée|CITERES

<http://emam.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur : <http://emam.revues.org/518>

Ce document est le fac-similé de l'édition papier.

© Cahiers d'EMAM

Les transitions démographiques du XX^e siècle dans les pays en développement : des contre-exemples théoriques ?

Maria Cosio-Zavala

Le terme de transition démographique désigne le processus que traversent les populations au cours de leur histoire, c'est-à-dire le passage d'un régime de forte fécondité et mortalité à un régime de faible fécondité et mortalité. Il est accompagné de changements dans les taux d'accroissement de la population : une croissance faible dans une première phase, lorsque les taux de mortalité et de natalité sont tous deux élevés, une croissance extrêmement élevée dans une seconde phase, lorsque la mortalité diminue, mais que la natalité reste forte puis, de nouveau, une croissance faible dans une dernière phase, avec des taux de mortalité et de natalité tous deux faibles. Ces transitions démographiques se sont produites dans les pays européens entre la seconde moitié du XVIII^e siècle et la fin du XIX^e siècle, puis au début du XX^e siècle dans les pays majoritairement peuplés par des Européens (comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis et le Canada). Ensuite, au cours du XX^e siècle, les transitions démographiques ont également commencé, plus ou moins tardivement, dans les pays en développement (PED) et elles y sont encore en cours (Afrique, Asie, Amérique latine).

Dans cet article, nous allons montrer comment les transitions démographiques se sont déroulées au XX^e siècle dans certains PED, en contraste avec les transitions européennes antérieures, en nous appuyant sur l'exemple des pays latino-américains. Par une analyse approfondie des transitions démographiques en Amérique latine au cours du XX^e siècle (Cosio-Zavala, 1998), nous avons pu établir, par la méthode des composants, les différentes phases des évolutions de la mortalité, de la fécondité, de la nuptialité et les facteurs explicatifs de ces changements démographiques. Cela nous permet de mettre en évidence des transitions distinctes de celles des pays européens, ainsi que de définir plusieurs groupes de transitions pour les pays latino-américains.

Dans une première partie de l'article, nous analysons les différentes transitions démographiques en Amérique latine. Puis nous essayons, dans une seconde partie, d'observer les tendances des principaux phénomènes démographiques des pays arabes, notamment ceux d'Afrique du Nord, et de montrer dans quelle mesure ils présentent des évolutions similaires ou différentes de celles des pays latino-américains.

LES TRANSITIONS DÉMOGRAPHIQUES EN AMÉRIQUE LATINE

Chesnais (1986) écrit que les transitions démographiques, que nous appellerons « classiques », se déroulent en trois phases : l'antériorité de la baisse de la mortalité ; le retard dans le calendrier de la nuptialité ; la baisse de la fécondité.

D'autres auteurs réaffirment que « *La transition démographique s'ouvre en Europe par une baisse de la mortalité [...]. L'allongement de l'espérance de vie, qui de 1840 à 1970, soit en un peu plus d'un siècle, passe de 41 ans à plus de 70 ans [...] confirme l'extraordinaire transformation des conditions de mortalité* » (Tapinos, 1985, p. 243). Ensuite, la fécondité a diminué à partir de 1870 dans l'ensemble des pays européens, sauf en France où la baisse a commencé vers 1750 (Festy, 1979).

Ce modèle en trois phases n'est pas suivi de la même manière par les transitions démographiques des pays en développement au XX^e siècle et ce, ni dans cet ordre, ni dans la vitesse des changements. Le cas de l'Amérique latine le montre clairement, région où la première phase est bien celle d'une réduction de la mortalité, déclenchée grâce à des mesures de santé publique, à l'introduction de la médecine moderne et à la prévention des maladies microbiennes qui ont bénéficié des découvertes scientifiques antérieures et appliquées en Europe, mais aussi par les campagnes de santé publique coordonnées par les gouvernements nationaux et l'Organisation panaméricaine de la santé. Elle est induite en quelque sorte indépendamment d'une évolution sociale propre aux pays eux-mêmes, par des méthodes et des techniques médicales modernes, qui sont effectives même lorsque les conditions de vie de la population restent précaires, notamment en milieu rural. La baisse de la mortalité a été à la fois plus tardive et plus rapide qu'en Europe.

La première phase de la transition démographique : la réduction de la mortalité

On peut relier la baisse de la mortalité latino-américaine aux campagnes massives de vaccination, d'hygiène, de traitement par antibiotiques ou d'installations d'eau potable permettant de lutter efficacement contre les maladies infectieuses et parasitaires les plus meurtrières (rougeole, paludisme, tuberculose, sida). Les résultats sont inégaux selon le sexe et les groupes sociaux. Les réductions de la mortalité profitent davantage aux secteurs sociaux urbains, les plus éduqués, aux femmes et aux catégories sociales économiquement favorisées.

Dans le sous-continent, on observe une grande diversité des situations démographiques des différents pays, en relation étroite avec les conditions socio-économiques. Plus la situation économique et sociale est favorable, plus vite la mortalité se réduit sous l'influence des progrès médicaux et sanitaires. Ainsi, la mortalité a diminué dès le début du XX^e siècle en Argentine, Uruguay et Cuba, pays de forte immigration européenne. Puis, à partir de 1930, la mortalité a baissé dans toute l'Amérique latine. Le Tab. 1 montre les évolutions des espérances de vie et du taux de mortalité infantile pour toute la région, entre 1950 et 2010, d'après les estimations de la Division de Population des Nations Unies, révision 2011.

Tab. 1. Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile en Amérique latine et aux Caraïbes, 1950-2010.

	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Espérance de vie (en ann.)	51,3	54,2	56,8	58,8	60,9	63,1	65,2	67,1	68,9	70,6	72,1	73,4
Taux de mortalité infantile (en ‰)	127	114	101	91	81	69	57	47	38	32	26	22

Source : ONU, 2011a.

Ainsi, la baisse de la mortalité a été très rapide jusqu'aux années 1990 : les espérances de vie ont augmenté de 2 ans en moyenne tous les cinq ans, soit environ de 0,4 année de vie par an. Sur la période 1950-2010, les espérances de vie à la naissance se sont élevées de 22 ans. Les taux de mortalité infantile sont passés de 127 décès d'enfants de moins d'un an pour mille naissances en 1950 à 22 pour mille en 2005-2010. La baisse de la mortalité a été particulièrement rapide entre 1950 et 1980 (Tab. 1).

Conséquence immédiate de la hausse des espérances de vie, l'accroissement démographique s'est accéléré pendant trois à quatre décennies, avant que la fécondité ne baisse à son tour (Cosio-Zavala, 1998). À partir de 1970, les fortes fécondités des pays latino-américains (entre 6 et 8 enfants par femme) ont commencé à fléchir, mais à des rythmes différents selon les pays. Ici aussi, la baisse était d'autant plus rapide que le niveau de développement socio-économique des pays était élevé. Dans l'ensemble, les transitions démographiques se sont accélérées dans le dernier quart du XX^e siècle, et on a pu observer, à la fin des années 1990, que la grande majorité des pays d'Amérique latine avaient déjà vu se réduire considérablement leur mortalité et leur fécondité.

Les modalités des transitions de la mortalité séparent les pays latino-américains en 4 groupes :

- le premier groupe (Argentine, Chili, Costa Rica, Cuba et Uruguay) enregistre une espérance de vie à la naissance de près de 80 ans en 2005-2010 pour le sexe féminin. C'est le groupe des transitions *avancées* ;
- un deuxième groupe (Brésil, Colombie, Équateur, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, République dominicaine, Salvador et Vénézuéla), avec plus de 75 ans d'espérance de vie pour le sexe féminin en 2005-2010, est celui des transitions *moyennes* ;
- avec plus de 70 ans d'espérance de vie pour les femmes en 2005-2010, un troisième groupe (Guatemala, Honduras, Paraguay) est celui des transitions *en cours d'accélération* ;
- finalement, nettement *plus tardivement*, Haïti et la Bolivie, avec moins de 70 ans d'espérance de vie à la naissance en 2005-2010, ont commencé à voir baisser leur mortalité. La mortalité infantile reste relativement élevée, avec respectivement 63 décès d'enfants de moins de un an pour 1000 naissances à Haïti et 46 en Bolivie (ONU, 2011a).

Par ailleurs, les différences dans les rythmes de baisse de la fécondité ont accentué les différences régionales qui se sont creusées pendant les trois quarts de siècle de baisse de la mortalité. Dans le cône sud (Argentine et Uruguay) et à Cuba¹, la fécondité était basse dès la fin du XIX^e siècle. Au Chili au Costa Rica, la fécondité a baissé dès les années 1960 grâce à la diffusion des méthodes modernes de régulation des naissances. À partir de 1970, la fécondité s'est réduite rapidement au Brésil, Colombie, Équateur, Mexique, Pérou, République dominicaine, Vénézuéla. Cependant, d'autres pays d'Amérique centrale (Guatemala, Honduras, Nicaragua), ainsi que Haïti, la Bolivie et le Paraguay, ont enregistré de 1960 à 1985, de faibles réductions de la fécondité (Tab. 2).

En 2005-2010, la fécondité totale est estimée à 2,3 enfants par femme pour l'ensemble du sous-continent latino-américain². Seulement cinq pays latino-américains, parmi les plus pauvres, conservent des indices conjoncturels de fécondité supérieurs à 3 enfants par femme : le Guatemala (4,2), Haïti

¹ Cuba avait une faible fécondité depuis 1900, mais elle a brusquement augmenté entre 1959 et 1963, suite au *baby boom* post-révolutionnaire, pour diminuer encore plus rapidement par la suite (Cosio-Zavala, 1998).

² Il s'agit de l'ensemble Amérique latine et Caraïbes au sens de la CEPALC.

(3,6), la Bolivie (3,5), le Honduras (3,3) et le Paraguay (3,1). Tous les autres pays se situent au-dessous du seuil des 3 enfants par femme (Tab. 2).

Tab. 2. Taux de fécondité totale en Amérique latine et aux Caraïbes, 1960-2010.

		1960-1965	1970-1975	1985-1990	1995-2000	2000-2005	2005-2010	Baisse 1960-1985 (en %)
Pays andins	Bolivie	6,6	6,5	5,0	4,3	4,0	3,5	24,6
	Colombie	6,8	5,0	3,2	2,8	2,6	2,5	52,1
	Chili	5,4	3,6	2,7	2,2	2,0	1,9	51,3
	Équateur	6,7	6,0	4,0	3,1	2,8	2,6	40,3
	Pérou	6,9	6,0	4,1	3,1	2,8	2,6	40,2
	Vénézuéla	6,7	4,9	3,7	2,9	2,7	2,6	45,2
Pays atlantiques	Argentine	3,1	3,2	3,1	2,6	2,4	2,3	1,3
	Brésil	6,2	4,7	3,1	2,5	2,3	1,9	49,6
	Paraguay	6,5	5,4	4,8	3,9	3,5	3,1	26,1
	Uruguay	2,9	3,0	2,5	2,3	2,2	2,1	12,8
Amérique centrale	Costa Rica	7,2	4,4	3,4	2,6	2,2	1,9	53,3
	Guatemala	6,5	6,2	5,7	5,0	4,6	4,2	12,3
	Honduras	7,4	7,1	5,4	4,3	3,7	3,3	27,6
	Nicaragua	7,1	6,8	5,0	3,6	3,0	2,8	27,6
	Panama	5,9	4,9	3,2	2,8	2,7	2,6	29,6
	Salvador	6,8	7,0	4,2	3,3	2,6	2,4	37,9
Mexique et Caraïbes	Cuba	4,7	3,6	1,9	1,6	1,6	1,5	60,5
	Haïti	6,3	5,6	5,7	4,6	4,0	3,6	9,5
	Mexique	6,8	6,5	3,6	2,7	2,6	2,4	46,2
	Rép. dominicaine	7,4	5,7	3,7	3,0	2,8	2,7	50,3
Moyenne Amérique latine et Caraïbes		6,0	5,0	3,4	2,7	2,5	2,3	42,6

Source : CELADE, 2010.

Pour 2005-2010, estimations basées sur les projections de population des Nations Unies.

Finalement, 5 modèles de transitions de la fécondité divisent l'Amérique latine, en 2005-2010, en autant de groupes (Schkolnik, 2004, pp. 33-47) :

- une transition *très avancée* pour Cuba : 1,5 enfant par femme ;
- une transition *avancée* en Argentine, au Brésil, au Chili et en Uruguay : entre 1,9 et 2,3 enfants par femme ;
- une transition *en pleine évolution* (le modèle majoritaire) au Costa Rica, Colombie, Équateur, Mexique, Panama, Pérou, Salvador et Vénézuéla : entre 1,9 et 2,6 enfants par femme ;
- une transition *modérée* au Honduras (3,3 enfants par femme) et au Nicaragua (2,8 enfants par femme) ;
- et une transition *débutante* en Bolivie, au Guatemala, en Haïti et au Paraguay, de 3,5 à 4,2 enfants par femme.

La pilule, le stérilet et la stérilisation féminine sont les principales méthodes de contraception utilisées. L'avortement est illégal dans tous les pays sauf à Cuba, mais il est largement pratiqué³. « Le soutien officiel aux actions de planification familiale dans la plupart des pays a favorisé le développement et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes dans des catégories sociales qui ne limiteraient pas leurs naissances si les programmes n'existaient pas » (Cosio-Zavala, 1998, p. 70). Les pays classés selon les groupes de transitions de la mortalité et les groupes de transitions de la fécondité figurent sur le Tab. 3. On observe une correspondance entre les classements selon la mortalité et selon la fécondité. Ils ne sont pas uniquement en relation avec le niveau socio-économique puisque la transition avancée de Cuba provient de la scolarisation élevée de la population cubaine et du développement d'institutions sanitaires et sociales accessibles à tous. Par contre, le retard des transitions en Haïti et en Bolivie s'explique par des conditions de vie très précaires d'une population marginalisée importante ne disposant pas d'un accès satisfaisant à l'éducation, à la santé, aux emplois rémunérés.

Au sein des sociétés elles-mêmes, on observe également des évolutions démographiques variées, qui séparent les populations en groupes différenciés, ce qui a des conséquences sur leur évolution actuelle (croissance démographique, mortalité, fécondité), mais aussi sur leurs tendances démographiques futures, notamment en termes de vieillissement. En effet, il faut remarquer que la corrélation entre la croissance économique et la croissance démographique, qui était positive entre 1960 et 1975, est devenue négative à partir des années 1975-1980 (Blanchet, 1999). Ce qui veut dire que dans les pays qui ont gardé une fécondité élevée après cette période et un fort accroissement démographique, l'augmentation rapide de la population a eu des conséquences négatives sur les conditions de vie socio-économiques, ouvrant la brèche entre les groupes sociaux ayant limité leur fécondité et ceux qui ne l'ont pas fait.

Tab. 3. Pays d'Amérique latine classés selon les situations des transitions de la fécondité et de la mortalité en 2005-2010.

		Transitions de la fécondité				
		Très avancée	Avancée	Majoritaire	Modérée	Débutante
Transitions de la mortalité	Avancée	Cuba	Argentine Chili Costa Rica Uruguay			
	Moyenne		Brésil	Colombie Équateur Mexique Panama Pérou Rép. dominicaine Salvador Vénézuéla	Nicaragua	
	En cours				Honduras	Guatemala Paraguay
	Initiale					Haïti Bolivie

Source : M.E. Cosio-Zavala, 2011.

³ En l'absence de chiffres exacts, on estime, en 2008, que plus de 4 millions de femmes environ subissent un avortement dans la région, chiffre stable depuis 1995 (WHO, 2011).

La nuptialité : persistances et changements

Une des particularités de l'évolution démographique des dernières décennies est l'augmentation significative des unions libres dans tous les pays latino-américains à partir des années 1990. Ce sont des unions qui se forment à des âges jeunes et qui permettent de vivre en couple en s'affranchissant du contrôle des parents et de la famille élargie. Conséquence du boom des unions libres, la fécondité reste précoce, car les unions libres se forment à des âges jeunes et elles sont immédiatement fécondes, les jeunes couples ayant des enfants tout de suite après le début de l'union.

Le « boom » des unions libres

En 1990-1995, le pourcentage de femmes en union libre par rapport à l'ensemble des unions dépasse un cinquième, sauf au Chili, Mexique et Uruguay. Ces moyennes nationales varient selon les groupes d'âge, avec des proportions très fortes de 15 à 24 ans (77 % en République dominicaine, 75 % au Panama, 74 % au Honduras par exemple), qui se réduisent peu à peu avec l'augmentation en âge (Fig. 1).

Les unions libres en début de vie féconde sont régularisées ensuite par des formes d'unions plus stables (mariages) ou bien se terminent par des ruptures d'unions (séparations, veuvages, divorces), car elles sont plus instables que les mariages légaux (Cerrutti et Binstock, 2009).

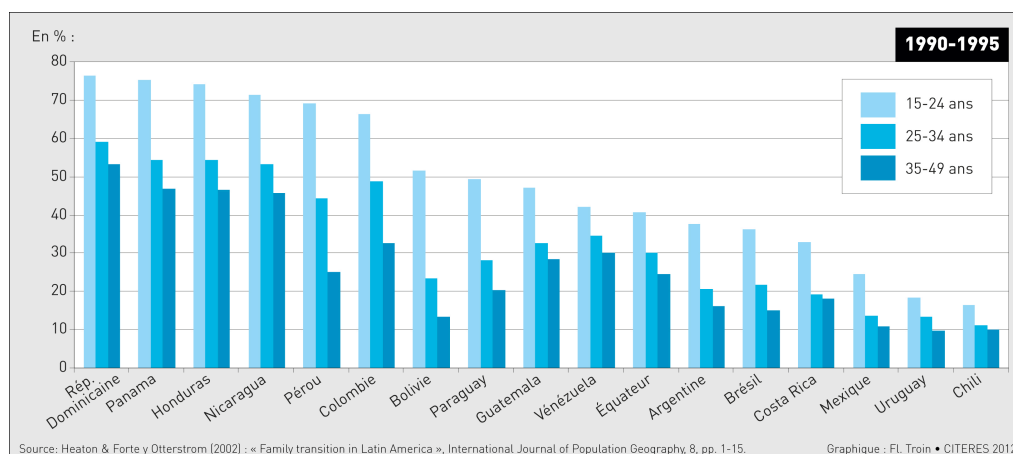


Fig. 1. Pourcentage d'unions libres sur le total des unions, selon l'âge, 1990-1995.

En 2000-2005, les proportions d'unions libres ont augmenté par rapport à la période précédente, même au Chili, Mexique et Uruguay, où elles concernent en moyenne un cinquième des femmes (respectivement 19,8 %, 21,2 % et 21,1 %).

Ces proportions sont très élevées à 15-24 ans : plus de 80 % au Honduras, Nicaragua, Panama, Pérou et République dominicaine. Les pourcentages d'unions libres diminuent bien avec l'âge comme dans la période antérieure, mais dépassent partout ceux observés dix ans auparavant (Fig. 2).

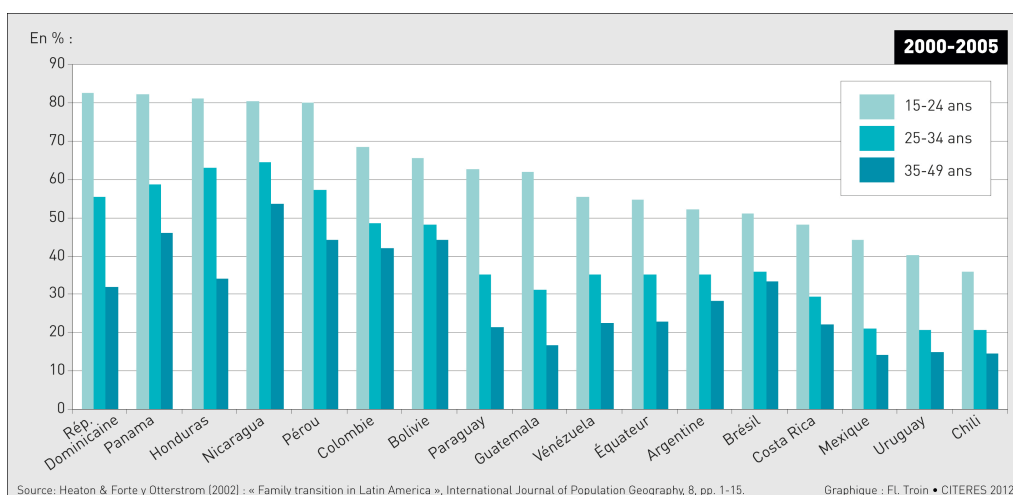


Fig. 2. Pourcentage d'unions libres sur le total des unions, selon l'âge, 2000-2005.

Les âges moyens des femmes à la naissance du premier enfant sont proches de 20, notamment chez les femmes peu instruites. Ils s'élèvent à 23-26 ans chez les femmes avec 9 ans et plus de scolarité. Par contre, les évolutions du calendrier de la nuptialité sont faibles si l'on compare les femmes nées entre 1940 et 1970. Il n'y a pratiquement pas d'effet de génération à l'âge moyen au premier enfant, les différences nationales restant stables entre les générations (Tab. 4).

Tab. 4. Âge moyen des femmes au premier enfant selon les générations et les années de scolarité.

	Génération				Nombre d'années de scolarité			
	1940	1950	1960	1970	Sans instruction	1-5 ans	6-8 ans	Plus de 9 ans
Bolivie	21,6	21,1	20,9	21,3	20,6	20,1	20,3	23,2
Brésil	22,5	22,4	22,0	22,1	20,0	20,9	21,9	26,0
Colombie	21,5	21,9	22,4	21,9	19,3	20,4	21,3	25,4
Répub. dominicaine	19,7	20,2	21,1	20,9	18,1	18,8	19,9	24,1
Équateur	21,4	21,0	21,6	—	19,7	19,7	20,6	24,0
Guatemala	20,2	19,8	19,7	20,0	19,0	19,5	21,0	23,8
Haïti	22,4	22,2	22,0	22,6	20,9	21,6	23,4	27,7
Mexique	21,2	21,3	22,2	—	19,0	19,6	21,5	24,6
Nicaragua	—	19,5	19,6	19,7	18,0	18,5	19,4	22,9
Paraguay	21,4	21,6	21,3	—	19,9	19,8	21,5	24,8
Pérou	21,1	21,1	21,3	21,7	19,5	19,6	20,0	24,2
Trinité & Tobago	21,1	21,9	22,6	—	19,4	19,9	20,9	23,8

Source : Heaton, Forte y Otterstrom (2002), "Family transition in Latin America, first intercourse, First Union, first birth", *International Journal of Population Geography*, 8, pp. 1-15, table 3 : data from DHS surveys.

Le Tab. 5 montre quelques exemples récents, entre 1998 et 2008, de la proportion de femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères. Par exemple, en Bolivie, en 1998, où le taux de fécondité total est de 4,2 enfants par femme, 11,5 % des jeunes filles de 15-19 ans sont mères (9,2 % en milieu urbain et 18,4 %

en milieu rural). En 2006, le taux de fécondité a diminué à 3,5 enfants par femme, et les pourcentages de mères boliviennes à 15-19 ans sont respectivement de 14,3 % pour l'ensemble national, 11,1 % pour les femmes urbaines et 20,6 % pour les femmes rurales. On constate que la fécondité s'est réduite dans la période, mais que la proportion de jeunes filles de 15-19 ans déjà mères a augmenté. On retrouve les mêmes tendances en Colombie, République dominicaine et Haïti, avec des proportions d'autant plus fortes que la fécondité est basse. Les « brèches » — ou rapports entre les valeurs les plus fortes et les plus faibles — diminuent dans le temps, sauf en Bolivie. Mais les secteurs sociaux les plus défavorisés, en termes de résidence rurale et de scolarité, gardent des proportions de mères adolescentes qui restent élevées (Tab. 5). Par conséquent, les calendriers de la fécondité sont jeunes en Amérique latine, avec une fécondité concentrée avant l'âge de 30 ans et une forte chute de la fécondité après cet âge.

Tab. 5. Pays sélectionnés d'Amérique latine et Caraïbes.
Taux de fécondité total et pourcentages de femmes de 15-19 ans déjà mères, entre 1998 et 2008.

			Bolivie		Colombie		Rép. dominicaine		Haïti	
			1998	2008	2000	2005	2002	2007	2000	2005-2006
Taux de fécondité totale			4,2	3,5	2,6	2,4	2,4	2,6	4,7	3,9
Proportion de femmes de 15 à 19 ans avec au moins une naissance vivante, selon...	... la résidence	Urbain	9,2	11,1	13,3	14,5	17,1	14,5	11,4	9,3
		Rural	18,4	20,6	20,8	21,6	22,8	20,4	15,9	13,7
		Brèche*	2,0	1,8	1,6	1,5	1,3	1,4	1,4	1,5
		Total	11,5	14,3	15,1	16,2	18,9	16,2	13,6	11,6
	... le niveau d'éducation	Sans scolarité	40,1	—	45,5	36,6	55,7	46,1	41,4	24,4
		Primaire	23,9	27,3	28,3	35,8	28,4	25,7	13,9	14,2
		Secondaire ou plus	7,4	7,0	11,3	12,6	10,9	11,3	7,1	6,7
		Brèche*	5,4	5,8	4,0	2,9	5,1	4,1	5,8	3,6

* Brèche : Calculée comme le rapport entre la plus grande et la plus petite valeur.

Source : Macro International Inc., 2009 ; Measure DHS STAT Compiler, décembre 2005.

Le malthusianisme de pauvreté

La progression de la proportion de femmes, mariées ou en union libre, utilisant des méthodes contraceptives efficaces est le principal facteur qui explique la baisse rapide de la fécondité en Amérique latine et Caraïbes. En 2005, 74 % des femmes en union utilisent des méthodes contraceptives, 67 % ont recours à des méthodes contraceptives modernes et 31 % des utilisatrices sont stérilisées. La stérilisation est proposée aux femmes à forte fécondité, provenant de milieux défavorisés, comme une solution efficace et définitive. En début de vie féconde, le recours aux méthodes hormonales augmente, notamment avec les injections (PRB, 2008).

De fait, la demande et l'offre de contraception se rejoignent dans les programmes de planification des naissances mis en place dans la plupart des pays latino-américains et caribéens. Du côté de la demande, on observe, dans les années 2000 et 2005, que la taille désirée des familles est réduite, avec

des nombres idéaux d'enfants oscillant entre 2 et 3 enfants par femme, quel que soit le niveau de scolarisation de ces femmes (Wong et Perpétuo, 2011). Du côté de l'offre, les méthodes contraceptives sont faciles à obtenir, peu chères ou même gratuites, permettant aux femmes des catégories sociales à bas revenu de les utiliser. Toutefois, la qualité des services et l'information sur la contraception laissent à désirer, ce qui explique la concentration sur un petit nombre de méthodes et la stérilisation comme option unique pour limiter définitivement la taille des familles (Rozée, 2006).

À l'heure actuelle, les tendances de la fécondité ne semblent plus dépendre, comme dans les années 1960, de variables liées au développement d'attitudes « modernes » vis-à-vis de la reproduction provenant d'une élévation des niveaux de vie, des revenus familiaux et de la scolarisation, mais plutôt de l'influence des programmes de planification familiale dans les catégories sociales les plus pauvres et les moins instruites (Schkolnik, 2004). L'évolution rapide vers une fécondité contrôlée à tous les échelons de la société, loin de signifier un développement social harmonieux, est un signe de la faillite du modèle économique, de la détérioration des niveaux de vie et des effets de la crise qui ont frappé avant tout les couches sociales les plus défavorisées. Le désir d'un petit nombre d'enfants s'est imposé aux jeunes couples, face aux difficultés économiques, aux mauvaises conditions de vie et aux coûts élevés de la scolarisation et de la santé des enfants. C'est ce phénomène que l'on nomme *malthusianisme de pauvreté*, soit la réduction des naissances provoquée par la précarité économique et sociale (Cosio-Zavala, 2002).

Par conséquent, on observe des différences internes au sein des pays entre les transitions démographiques avancées des catégories sociales les plus favorisées, les plus scolarisées et les plus urbanisées, et les transitions plus récentes des catégories les plus pauvres et des populations indigènes lesquelles se sont accélérées dans les dernières décennies (Chackiel et Schkolnik, 1996).

Les deux modèles de transition démographique latino-américains

En Amérique latine, on observe nettement deux modèles de transition démographique tels que définis par Ryder (1983) : « *le premier applicable aux sociétés qui ont inventé la modernisation, l'autre applicable aux sociétés où la modernisation a été imposée à un certain degré* ».

Le premier modèle de « modernisation » est équivalent à celui des transitions démographiques européennes et des pays les plus développés, ayant prévalu dans les couches sociales privilégiées et rapidement modernisées, où l'amélioration des conditions économiques et sociales a provoqué des modifications radicales des comportements démographiques. Ce modèle a commencé à partir de 1965, dans les grandes villes, chez les femmes les plus scolarisées et dans les groupes sociaux les plus favorisés économiquement. Les déterminants de cette évolution sont ceux qui sont signalés par la théorie de la transition démographique, que l'on peut résumer en une attitude plus moderne face à la santé et à la reproduction. C'est le premier modèle de transition démographique, que l'on observe dans les secteurs sociaux, les plus riches et éduqués, en Argentine, au Brésil, à Cuba, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, en Équateur, au Mexique, au Panama, au Pérou, en République dominicaine, au Salvador, en Uruguay et au Venezuela.

Un second modèle a concerné principalement les couches sociales défavorisées, qui ont plus longtemps conservé des attitudes démographiques traditionnelles, mais où la fécondité a baissé sous l'influence d'un malthusianisme induit par des conditions de vie précaires et une offre abondante de moyens contraceptifs. Il s'agit d'une transition de pauvreté, avec des changements importants des

comportements reproductifs, notamment par l'utilisation de moyens modernes de contraception au cours de la vie féconde, rendus accessibles au plus grand nombre, y compris aux populations rurales et aux pauvres urbains. La diffusion des normes sociales favorables aux familles réduites, par le biais des moyens de communication comme la radio et la télévision, peut également accélérer la limitation des naissances. Finalement, des rapports de genre plus égalitaires au sein des couples permettent les discussions concernant la contraception et le nombre d'enfants désirés (Zavala de Cosio, 1992).

Quoi qu'il en soit, on observe une très grande diversité des transitions démographiques selon les groupes de populations et, de fait, l'analyse par pays et par groupes sociaux au sein des pays est indispensable.

QUELLES TRANSITIONS DÉMOGRAPHIQUES POUR LES PAYS ARABES ?

En nous appuyant sur les données publiées par la Division de population des Nations Unies et des travaux de recherche analysant les évolutions démographiques des pays arabes, nous comparons dans ce qui suit les pays latino-américains et les pays arabes. Les principales différences s'expriment, avant tout, dans les tendances de la nuptialité, qui se traduisent en Afrique du Nord et en Asie occidentale par un âge au mariage qui augmente alors qu'il reste précoce en Amérique latine. L'antériorité de la baisse de la mortalité semble correspondre au modèle décrit ci-dessus, par contre la baisse de la fécondité et l'utilisation des méthodes contraceptives montrent des évolutions distinctes.

La croissance démographique dans les pays arabes

La révision de 2010 (ONU, 2011a) des perspectives démographiques des Nations Unies présente les effectifs de population, entre 1950 et 2010, des pays de deux régions (d'après la définition des Nations Unies ; cf. Fig. 3) :

- l'Afrique du Nord (Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Sahara occidental, Soudan et Tunisie) ;
- et l'Asie occidentale (Arabie Saoudite, Arménie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Chypre, Émirats Arabes Unis, Géorgie, Irak, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Palestine, Qatar, Syrie, Turquie et Yémen).

En 2010, la population de l'Afrique du Nord (7 pays) était évaluée à 209 459 000 habitants et celle de l'Asie occidentale (18 pays) à 231 995 000 habitants. Au total, on atteint 441,5 millions.

Le Tab. 6 montre l'évolution des effectifs entre 1950 et 2010.

Tab. 6. Populations (en millions d'habitants) de l'Afrique du Nord et de l'Asie occidentale.

	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Afrique du Nord	53,0	59,6	67,5	76,3	86,9	98,8	113,1	130,0	146,2	161,4	176,2	192,0	209,5
Asie occidentale	51,0	58,5	66,8	76,5	86,9	99,4	114,0	131,4	148,6	166,9	184,4	205,7	232,0

Source : *World Population Prospects, The 2010 Revision, United Nations, 2011a.*

Toujours d'après les chiffres des Nations Unies (révision 2010), les taux annuels d'accroissement des pays d'Afrique du Nord, supérieurs à 2,5 % dans les années 1955-1960, ont culminé en 1980-1985 à 2,8 %, pour ensuite diminuer régulièrement. Le taux d'accroissement est estimé à 1,74 % en 2005-2010. En Asie occidentale, les taux d'accroissement sont plus élevés, de 2,68 % en 1955-1960, 2,83 % en 1980-1985, 2,41 % en 2005-2010 et ils sont parmi les plus élevés du monde. La Fig. 3 montre que les transitions démographiques ont commencé à partir de 1965-1970 en Afrique du Nord et de 1970-1975 en Asie occidentale. Il s'agit donc d'une transition démographique plus tardive qu'Amérique latine, mais plus rapide en rythme de croissance jusqu'à nos jours (Fig. 3).

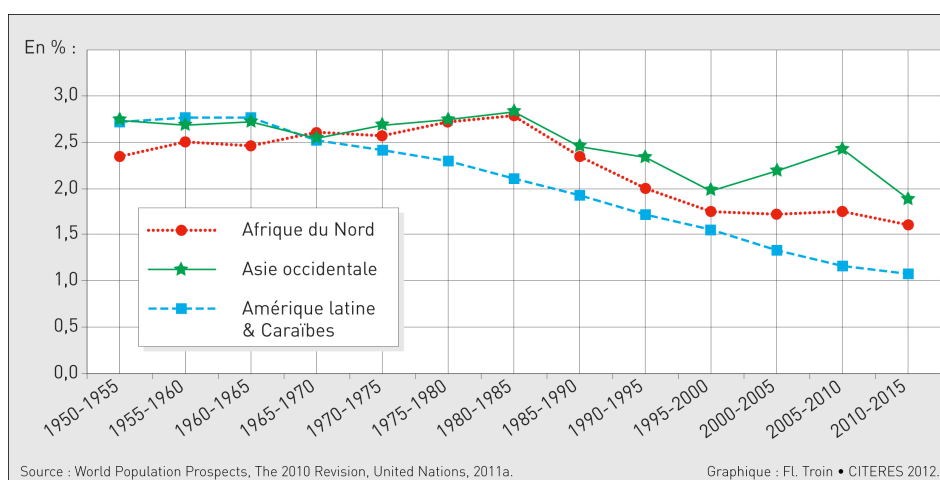


Fig. 3. Taux d'accroissement annuel (en %) de l'Afrique du Nord, de l'Asie occidentale et de l'Amérique latine & Caraïbes.

Pour comparer les tendances démographiques de l'Amérique latine et Caraïbes et des pays arabes, nous nous appuyons sur les travaux menés par différents chercheurs, par exemple la synthèse des changements et le bilan statistique sur la démographie du Monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000 effectuée par D. Tabutin et B. Schoumaker (2005). Sur des pays particuliers, nous disposons des travaux de Y. Courbage sur la Syrie, le Maroc, le Maghreb et le Machrek (1994, 1995, 1996), de M. Sebti *et al.* sur le Maghreb (2009), de B. Gastineau sur la Tunisie (2011a et 2011b), de M. Sajoux Ben Seddik (2001, 2003, 2009) et de A. Yaakoubd et P. Vimard (2011) sur le Maroc. Des résultats récents sur la fécondité au Maghreb sont également disponibles (Ouadah-Bedidi et Vallin, 2000 et Ouadah-Bedidi *et al.*, 2012). Notre objectif est d'analyser les étapes des transitions démographiques des pays arabes en les comparant à celles de l'Amérique latine et Caraïbes, et d'en souligner quelques similitudes et différences.

Première étape de la transition démographique : baisse de la mortalité

Nous nous concentrerons sur l'évolution récente de la mortalité et de la fécondité des pays de la région « Afrique septentrionale » des Nations Unies⁴.

⁴ La région « Afrique septentrionale » comprend l'Algérie, l'Égypte, la Libye, le Maroc, la Tunisie, le Sahara occidental et le Soudan ; nous n'intégrons pas toujours ces deux derniers, moins documentés dans les recherches consultées.

En effet, il est difficile de prendre en compte l'ensemble des pays arabes, car :

« [...] pris dans leur ensemble, l'Afrique du Nord (5 pays) et le Moyen-Orient (8 pays) ont des histoires transitionnelles voisines depuis 50 ans, avec des niveaux de départ et d'arrivée presque identiques [...]. En revanche, la péninsule arabique s'en distingue clairement, avec un déclin de la natalité plus tardif et moins brutal (31 ‰ aujourd'hui), mais des progrès plus précoces en matière de mortalité. Il en a résulté et il en résulte encore des croissances plus rapides de la population de cette sous-région » (Tabutin et Schoumaker, 2005, p. 628).

Pour les cinq principaux pays d'Afrique du Nord, d'après les Nations Unies (révision 2010), la baisse de la mortalité a conduit à des espérances de vie supérieures à 70 ans en moyenne en 2010, soit un progrès très significatif depuis les années 1950, de près de 30 années d'espérances de vie en un demi-siècle (Tab. 7). Cette diminution dépasse de 8 ans celle de l'Amérique latine (22 ans) avec un niveau de départ inférieur de 9 ans (en 1950-1955, 42,5 ans d'espérance de vie en Afrique du Nord et 51,3 ans en Amérique latine et Caraïbes). En 2005-2010, la différence d'espérance de vie entre les deux régions est réduite à 4 ans, respectivement 69,4 ans en Afrique du Nord et 73,4 ans en Amérique latine et Caraïbes.

Tab. 7. Espérances de vie et taux de mortalité infantile dans les pays d'Afrique du Nord.

	Espérances de vie (en années)		Taux de mortalité infantile (en ‰)	
	1950-1955	2005-2010	1950-1955	2005-2010
Algérie	43,1	72,3	185	25
Égypte	42,9	72,3	202	26
Libye	42,9	74,0	185	15
Maroc	42,9	71,2	170	34
Tunisie	44,6	73,9	175	21
Afrique septentrionale*	42,5	69,4	184	37

* intégrant le Sahara occidental et Soudan.

Source : World Population Prospects, The 2010 Revision, United Nations, 2011a.

En 50 ans, la mortalité des enfants âgés de moins d'un an a beaucoup diminué en Afrique du Nord. Ainsi, les taux de mortalité infantile sont passés de 184 ‰ en 1950-1955 à 37 ‰ en 2005-2010 pour l'ensemble de la région (Soudan et Sahara occidental inclus). Ils restent cependant élevés, avec des variations du simple au double entre la Libye et le Maroc (Tab. 7) : 34 décès pour 1000 naissances au Maroc, 26 ‰ en Égypte, 25 ‰ en Algérie, 21 ‰ en Tunisie et 15 ‰ en Libye. Les progrès accomplis dans le domaine de la santé et de l'éducation expliquent des taux plus faibles, mais dans l'ensemble de la région (37 ‰), ces taux sont encore supérieurs aux taux européens (6 ‰ en 2011) et même aux taux latino-américains (22 ‰). Les taux de mortalité infantile sont fortement dépendants des conditions de vie de la population du point de vue économique et social.

Il faut souligner que la surmortalité des petites filles de 1 à 5 ans représente entre 10 et 30 % en Afrique du Nord (Tabutin et Schoumaker, 2005) alors que c'est le contraire en Amérique latine et Caraïbes, où les garçons de moins de 5 ans meurent 30 % de plus que les filles (ONU, 2011). Citons ces deux spécialistes du sujet :

« Alors que les espérances de vie atteignent près de ou plus de 70 ans aujourd'hui et que la mortalité des enfants est désormais relativement faible [le quotient 0-5 ans s'établit à 30 ‰ en moyenne régionale], pratiquement tous les pays de la région connaissent encore de sensibles surmortalités

féminines entre 1 et 5 ans [...]. En Algérie, au Maroc, en Égypte et en Tunisie [...], elle n'a pas disparu depuis 1970, malgré les reculs très importants de la mortalité et de la fécondité et des changements notables sur le plan social, éducatif et sanitaire. Les facteurs et les mécanismes conduisant à la persistance de cette surmortalité historique des petites filles, classiquement attribuée à des différences de comportement des familles et des communautés en matière de soins et d'attention à l'enfant, mériteraient une attention particulière dans toute la région » (Tabutin et Schoumaker, 2005, pp. 664-666).

**Deuxième étape de la transition démographique :
baisse de la fécondité et variables intermédiaires**

À l'image de l'évolution de la mortalité, la réduction de la fécondité a été tardive (après 1960) et rapide en Afrique du Nord : environ 7 enfants par femme vers 1960, moins de 3 enfants par femme en 2005-2010. La baisse a été particulièrement accélérée entre 1985-1990 et 2005-2010, de 40 à 50 % sur la période. En 2005-2010, la Tunisie a atteint un niveau de 2 enfants par femme, l'Algérie de 2,4 et le Maroc de 2,3 (Tab. 8).

Tab. 8. Taux de fécondité totale des pays d'Afrique du Nord, 1965-2010.

	1965-1970	1985-1990	2005-2010
Algérie	7,3	5,3	2,4
Égypte	6,2	4,8	2,9
Libye	7,5	5,7	2,7
Maroc	7,1	4,5	2,3
Tunisie	6,9	4,1	2,0
Afrique septentrionale*	6,8	5,0	3,0

* intégrant le Sahara occidental et Soudan.

Source : *World Population Prospects, The 2010 Revision, United Nations, 2011a.*

Pour expliquer ces évolutions, le modèle de Bongaarts, élaboré à partir du schéma des variables intermédiaires de K. Davis et J. Blake (1956), permet de mesurer les évolutions de la fécondité à partir de quatre facteurs : la nuptialité, l'infécondité post-partum, l'avortement et la contraception, expliquant la réduction du nombre d'enfants par femme (Bongaarts, 1978). Entre les régions du monde, les modèles sont différents selon les normes reproductives du moment. Ainsi, dans les pays d'Afrique subsaharienne, c'est l'infécondité post-partum, l'avortement et le retard de la nuptialité qui influent à la fois sur la baisse récente de la fécondité et sur les niveaux encore élevés des descendance (Lasbeur, 2006).

Dans d'autres pays (Turquie, Amérique latine), c'est principalement la progression de la proportion de femmes utilisant des méthodes contraceptives modernes et efficaces qui limite la descendance des femmes, alors que la fécondité commence à des âges précoces, sans retard de calendrier de la nuptialité (comme nous l'avons analysé ci-dessus).

Dans les pays d'Afrique du Nord, c'est à la fois l'élévation de l'âge au mariage et la contraception qui expliquent la baisse de la fécondité (Ouadah-Bedidi *et al.*, 2012). La différence majeure avec l'Amérique latine est l'absence de conceptions hors mariage dans les pays du Maghreb et les autres pays arabes. Par conséquent, le retard de l'âge au mariage est un facteur qui a une influence principale sur le

calendrier de la fécondité. Les âges moyens au premier mariage ont beaucoup augmenté des années 1960 jusqu'aux années 2000, atteignant environ 30 ans dans tous les pays du Maghreb sauf au Maroc (Ouadah-Bedidi et Vallin, 2000).

En comparant l'Algérie et le Mexique — sur la Fig. 4 —, on perçoit comment les tendances de la nuptialité sont inversées, même si la fécondité a connu une réduction similaire entre 1970 et 2005, passant de 7 à 2 enfants par femme. Les âges moyens à la première union, qui conditionnent les âges à la première naissance⁵, ont évolué en sens inverse, pratiquement stables au Mexique (de 21 à 23 ans) et s'élevant en Algérie (de 18 à 30 ans).

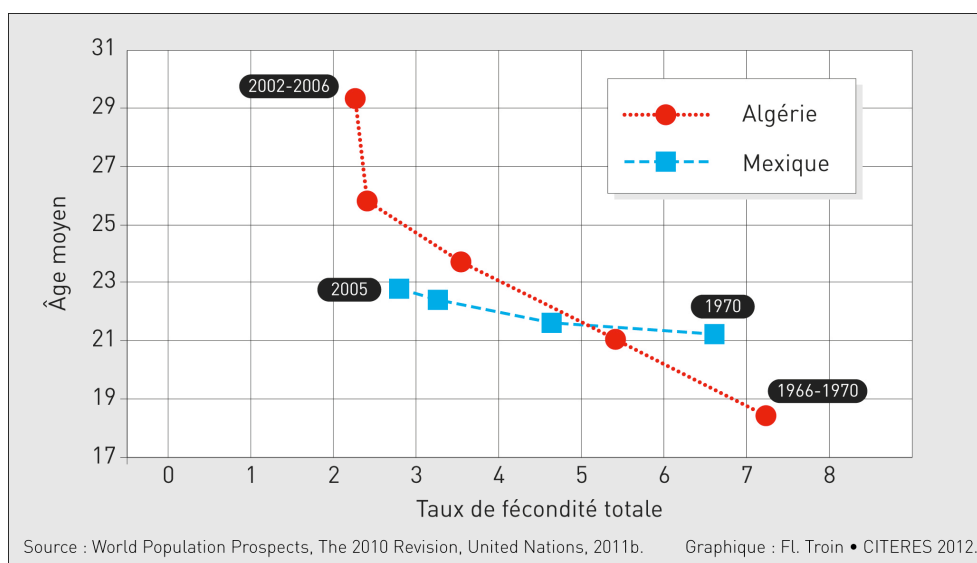


Fig. 4. Taux de fécondité totale et âge moyen à la première union, 1966-2005.

La contraception intervient aussi pour que la fécondité continue à baisser. En 2011, dans les cinq pays d'Afrique du Nord, plus de 60 % des femmes en union utilisent des méthodes contraceptives, et plus de la moitié utilisent des méthodes modernes, à l'exception de la Libye (PRB, 2012).

« Cependant, si les niveaux de contraception se rapprochent de plus en plus, les méthodes utilisées ne sont pas les mêmes. En Tunisie, dont le programme national avait d'abord été fondé sur le stérilet, cette méthode occupe encore la première place (42 %) et c'est la stérilisation qui vient en second (21 %). L'avortement lui-même joue un rôle non négligeable, avec un avortement pour 9 naissances. Au contraire c'est la pilule qui domine largement en Algérie et au Maroc (respectivement 79 % et 67 % des méthodes utilisées) » (Ouadah-Bedidi et Vallin, 2000, p. 3).

D'après D. Tabutin et B. Schoumaker (2005), on peut distinguer trois grands modèles transitionnels de fécondité dans les pays d'Afrique du Nord :

— un modèle précoce et lent, comme en Égypte : fécondité autour de 2,8 enfants par femme et taux de croissance de 1,7 % (estimation 2010) ;

⁵ Au Mexique, l'intervalle moyen entre l'union et la première naissance est de 13 mois. En Algérie, toutes les naissances ont lieu dans le cadre du mariage.

— *un modèle classique* avec une baisse régulière de la fécondité : c'est le cas du Maroc, de l'Algérie, de la Libye ;

— *un modèle avancé* : la Tunisie, avec une fécondité inférieure à 2 enfants par femme et une croissance inférieure à 1 % par an (estimation 2010).

Y. Courbage (2009) souligne une convergence des tendances démographiques de mortalité et de fécondité au Maghreb, malgré les disparités économiques et sociales importantes entre les pays. Cependant, au sein des pays maghrébins, des comportements démographiques différents se manifestent tout comme en Amérique latine. Par exemple, au Maroc, M. Sajoux a observé plusieurs phases dans la réduction de la fécondité, qui ressemble aux cas latino-américains. Une première phase est celle de la fécondité urbaine, qui diminue dès la fin des années 1970, atteignant 2,3 enfants par femme dès 1997 et 2,1 enfants par femme en 2004. Dans un second temps, la fécondité rurale commence à baisser, avec une réduction de 1,5 enfant par femme entre 1977 et 1990, diminution qui s'accélère à partir de la décennie des années 1990 (Sajoux, 2009), alors que les femmes rurales marocaines ont encore un faible niveau de scolarisation (89 % d'analphabétisme en 1994 et un taux net de scolarisation des fillettes rurales en primaire de 47 %). Le taux de mortalité infantile élevé (55 ‰ en 2003) et une forte mortalité maternelle (267 décès maternels pour 100 000 naissances en 1995-2003) témoignent de conditions socio-économiques défavorables dans les campagnes marocaines. Par conséquent :

« Au lieu d'être l'expression d'un rattrapage socio-économique du monde rural, la baisse de la fécondité rurale semble être au contraire en grande partie une conséquence de la paupérisation relative du monde rural marocain par rapport au monde urbain » (Sajoux, 2009, p. 6).

En Tunisie, B. Gastineau a également montré des écarts importants entre les différentes régions. Ainsi, en Kroumirie, zone pauvre et rurale, la réduction accélérée de la fécondité (de 6,3 enfants par femme en 1978-1982 à 2,6 en 1993-1997) s'est produite dans un contexte de pauvreté, qui s'explique par la progression du travail agricole des femmes, les migrations de jeunes femmes vers Tunis et le statut des femmes qui a changé avec le :

« [...] plus grand poids de son pouvoir de décision, notamment dans le domaine de la reproduction. La scolarisation et la migration temporaire vers les villes ont eu un impact dans le même sens. Ensuite, durant la période où les jeunes filles travaillent, elles ne sont pas susceptibles de se marier, et les parents ont intérêt à ce que cette période soit la plus longue possible : le recul de l'âge au mariage participe à la baisse de la fécondité. Enfin, le resserrement des écarts dans les préférences pour le sexe des enfants a des effets directs sur la fécondité : lorsqu'une fille vaut un garçon, le nombre souhaité d'enfants par les couples diminue » (Gastineau, 2011b et Gastineau, pp. 75-94, dans ces mêmes Cahiers).

Ces deux exemples, au Maroc et en Tunisie, confirment que les transitions de la fécondité sont différentes du modèle classique européen. L'accélération de la baisse de la fécondité dans les catégories sociales défavorisées traduit un malthusianisme de pauvreté comme en Amérique latine.

Cependant, les évolutions de la nuptialité sont inversées entre les deux régions : en Amérique latine on enregistre une forte augmentation des unions libres, une première union et une première maternité précoces, suivies rapidement d'une contraception d'arrêt par des méthodes définitives telles que la stérilisation féminine. Au Maghreb, on observe au contraire une élévation de l'âge au mariage, qui reste le seul cadre de la maternité, laquelle semble connaître une pause dans les années récentes (Ouadah-Bendidi et Vallin, 2012 et Boufraioua, pp. 63-74, dans ces mêmes Cahiers). Ces modèles de nuptialité

opposés, malgré des niveaux de fécondité similaires, s'expliquent par les rôles, les normes de genre et le statut des femmes distincts entre l'Amérique latine et les pays du Maghreb.

EN GUISE DE CONCLUSION

La comparaison entre les transitions démographiques des pays d'Afrique du Nord et des pays latino-américains et caribéens peut être résumée dans le Tab. 9, qui souligne les similitudes et différences.

Tab. 9. Comparaison des principales caractéristiques des transitions démographiques en Afrique du Nord et en Amérique latine et Caraïbes.

	Afrique du Nord	Amérique latine et Caraïbes
Indicateurs 2005-2010	Espérance de vie = 69,4 ans.	Espérance de vie = 73,4 ans.
	Taux de mortalité infantile = 37 ‰.	Taux de mortalité infantile = 22 ‰.
	Taux de fécondité totale = 3 enfants par femme.	Taux de fécondité totale = 2,3 enfants par femme.
	Femmes mariées utilisatrices de méthodes contraceptives = 60 %. Méthodes mod. > 50 %.	Femmes mariées utilisatrices de méthodes contraceptives = 74 %. Méthodes mod. = 60 %.
Tendances similaires	Antériorité de la baisse de la mortalité sous l'influence des infrastructures modernes et des programmes sanitaires et médicaux.	Antériorité de la baisse de la mortalité sous l'influence des infrastructures modernes et des programmes sanitaires et médicaux.
	La baisse de la fécondité s'appuie sur les méthodes modernes de contraception.	La baisse de la fécondité s'appuie sur les méthodes modernes de contraception.
	Deux moments de baisse de la fécondité : tout d'abord dans les villes et secteurs éduqués, puis baisse généralisée y compris dans les campagnes.	Deux moments de baisse de la fécondité : tout d'abord dans les villes et secteurs éduqués, puis baisse généralisée y compris dans les campagnes.
	Malthusianisme de pauvreté.	Malthusianisme de pauvreté.
Divergences	Dans le temps : croissance démographique rapide entre 1970 et 1985. Transition démographique plus tardive qu'en Amérique latine, mais plus rapide en rythme de croissance jusqu'à nos jours.	Dans le temps : croissance démographique rapide entre 1950 et 1970.
	Convergence des évolutions démographiques entre les pays et divergences au sein des pays.	Divergence des évolutions démographiques entre les pays et divergences au sein des pays.
	Surmortalité des petites filles de - de 5 ans.	Surmortalité des petits garçons de - de 5 ans.
	Méthodes modernes de contraception : pilule, stérilet, avortement.	Méthodes modernes de contraception : pilule, stérilet, stérilisation féminine. Pas d'avortement légal.
	La nuptialité est retardée en milieu urbain et rural. Pas de fécondité hors union, ni de grossesses précoces.	La nuptialité reste précoce. La fécondité des adolescentes varie peu et même augmente. La proportion de jeunes filles de 15-19 ans qui sont mères est plus élevée pour celles qui résident en zone rurale que pour les urbaines, et pour les jeunes filles avec un faible niveau de scolarisation par rapport à celles qui ont fait le plus d'études. Ce sont les jeunes filles des secteurs les plus défavorisés qui sont le plus souvent mères avant 20 ans, alors que les plus éduquées retardent leurs naissances.

De l'analyse antérieure, on peut dégager deux remarques générales :

- la première, c'est que les modalités de la transition démographique dépendent considérablement des contextes historiques et culturels ;
- une deuxième conclusion est que le malthusianisme gagne pratiquement toutes les régions du monde, dont l'Amérique latine et Caraïbes, les pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, les populations riches et pauvres, mais pour des raisons différentes. Il manque souvent aux familles les moyens d'assurer la survie et la santé de leurs enfants. Pour que la fécondité baisse durablement, une amélioration des conditions de vie est nécessaire.

Finalement, il faut souligner que les transitions démographiques ont des conséquences importantes sur la répartition par groupes d'âge de la population. Dans un premier temps, la baisse de la mortalité accroît le nombre de moins de 15 ans, rajeunissant ainsi les populations. Puis la baisse de la fécondité fait diminuer rapidement la proportion d'enfants de 0 à 14 ans. Le pourcentage de personnes âgées étant dans un premier moment encore réduit, c'est la proportion d'adultes entre 15 et 59 ans qui augmente le plus. Par contre, à plus long terme, les personnes âgées de 65 ans ou plus vont augmenter extrêmement rapidement (Gastineau, pp. 75-94, dans ces mêmes *Cahiers*).

Le rapport de dépendance⁶, après un accroissement pendant la phase de baisse de la mortalité (rajeunissement de la population), diminue ensuite rapidement pendant la phase de réduction de la fécondité. On parle à ce propos de « dividende démographique », qui est une période à durée limitée pendant laquelle les populations dépendantes diminuent par rapport à celles d'âge actif. La plupart des pays latino-américains et d'Afrique du Nord connaissent en ce moment ce phénomène, qui dure environ entre 40 et 60 ans. À plus long terme, vers 2050, le rapport de dépendance augmentera à nouveau pendant la phase finale de vieillissement.

C'est en cela que les transitions démographiques ont une grande importance en termes de croissance et de structure de la population. Non seulement il s'agit d'un phénomène universel et inéluctable mais, quelle que soit l'hétérogénéité des situations démographiques, il est lourd de conséquences économiques et sociales.

BIBLIOGRAPHIE

Blanchet D., 1999, « Reversal of the Effects of Population Growth on Economic Growth Since the End of the 1970's: Reality or Artefact? », *Population Growth and Demographic Structure*, United Nations, pp. 41-73.

Bongaarts J., 1978, « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, vol. 4, n° 1 (mars), pp. 105-132.

CELADE, 2010, *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe et Indicadores para el seguimiento regional del Programa de Acción de la CIPD*. Disponible sur Internet : <http://www.eclac.org/celade/> [consulté le 28/02/2013].

⁶ C'est le rapport entre l'effectif de la population « dépendante » (les jeunes de moins de 15 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans) et l'effectif de la population d'âge actif (personnes âgées de 15 à 59 ans).

- Cerrutti M. et Binstock G., 2009, *Familias latinoamericanas en transformación : desafíos y demandas para la acción pública*, CELADE, Série « Población y desarrollo », 61 p.
- Chackiel J. et Schkolnik S., 1996, « America Latina: transición de la fecundidad en el periodo 1950-1990 », in Guzman J.M. et al. (ed.), *The Fertility Transition in Latin America*, Oxford, Clarendon Press, 41 p.
- Courbage Y., 1994, « Évolution démographique et attitudes politiques en Syrie », *Population*, n° 3, pp. 725-750.
- Courbage Y., 1995, « Fertility Transition in the Mashriq and the Maghrib: Education, Emigration and the Diffusion of Ideas », pp. 80-104, in Makhoul Obermeyer C. (ed.), *Family, Gender and Population in the Middle East Policies in Context*, Le Caire, The American University in Cairo Press.
- Courbage Y., 1996, « Transition féconde en contexte peu propice : le Maroc de 1962 à 1994 », *Congrès régional arabe de population*, vol. 3, Le Caire, pp. 186-219.
- Cosio-Zavala M.E., 1988, *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Thèse de Doctorat, Lettres et Sciences humaines, Univ. de Paris V-René Descartes, 637 p. (2 tomes).
- Cosio-Zavala M.E., 1994, *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Paris, L'Harmattan, 256 p.
- Cosio-Zavala M.E., 1998, *Changements démographiques en Amérique latine*, Paris, ESTEM, coll. « Savoir plus », Universités francophones, AUPELF-UREF, 122 p.
- Cosio-Zavala M.E., 2002, « La transición de la fecundidad en México », pp. 147-167, in Gómez de León Cruces J. et Rabell Romero C. (ed.), *La población de México. Tendencias perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, Mexico, CONAPO, Fondo de cultura económica, 1043 p.
- Cosio-Zavala M.E., 2011, « Démographie, pauvreté et inégalités », Chapitre 2, pp. 83-110, in Quenan C. et Velut S. (coord.), *Les enjeux du développement en Amérique latine. Dynamiques socioéconomiques et politiques publiques*, Paris, Institut des Amériques (IA) et Agence française de développement (AFD), coll. « À savoir », n° 04 (mars).
- Davis K. et Blake J., 1956, « Social structure and fertility: an analytic framework », *Economic Development and Cultural Change*, n° 4, pp. 211-235.
- Festy P., 1979, *La fécondité des pays occidentaux de 1870 à 1970*, Paris, PUF/INED, 398 p.
- Gastineau B., 2011a, *Transition de la fécondité, développement et droits des femmes en Tunisie*, Série Population-Santé, LPED, Documents de recherche n° 21, 19 p. Disponible sur Internet : <http://www.lped.org/IMG/pdf/DR21.pdf> [consulté le 28/02/2013].
- Gastineau B., 2011b, « Les modes de contrôle de la fécondité en Tunisie », in Fassassi R., Vignikin K. et Vimard P. (éd.), *La régulation de la fécondité en Afrique. Transformations et différenciations au tournant du XXI^e siècle*, 342 p.
- INED (Institut National d'Études Démographiques), à consulter sur Internet : <http://www.ined.fr/>
- Lasbeur L., 2006, *Modes de contrôle de la fécondité en Afrique de l'Ouest : analyse comparative (Sénégal, Mali, Burkina Faso et Ghana)*, Thèse de Doctorat, sous la dir. de M.E. Cosio-Zavala, Univ. Paris X-Nanterre, 312 p.
- Nations Unies (Department of Economic and Social Affairs, Population Division), 2011a, *World Population Prospects. The 2011 Revision*. Disponible sur Internet : <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> [consulté le 28/02/2013].
- Nations Unies (Department of Economic and Social Affairs, Population Division), 2011b, *World Population Prospects. The 2010 Revision, Volume II : Demographic Profiles. ST/ESA/SER.A/317*, 993 p.
- Ouadah-Bedidi Z. et Vallin J., 2000, « Maghreb : la chute irrésistible de la fécondité », *Populations et Sociétés*, n° 359, 4 p.
- Ouadah-Bedidi Z., Vallin J. et Bouchoucha I., 2012, « La fécondité au Maghreb : nouvelles surprises », *Populations et sociétés*, n° 486, 4 p.
- PRB (Population Reference Bureau), 2008, *Family Planning Worldwide 2008*. Disponible sur Internet : <http://www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?loc=313> [consulté le 28/02/2013].
- Rozée V., 2006, *L'application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en Amérique latine. Le cas des droits reproductifs et sexuels en Bolivie*, Thèse de Doctorat, Sociologie, sous la dir. de M.E. Cosio-Zavala, Univ. de la Sorbonne Nouvelle/IHEAL-CREDAL, 2006. Disponible sur Internet :

- Les droits reproductifs et sexuels en Bolivie (La Paz et El Alto)*, HAL-SHS, 2007, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00181344/fr/> [consulté le 28/02/2013].
- Ryder N., 1983, « Fertility and Family Structure », pp. 279-319, in ONU, *Proceedings of the expert group on fertility and family*, New Delhi.
- Sajoux Ben Seddik M., 2001, *Développement rural et transition démographique. Le cas du Maroc*, Thèse de Doctorat, Sciences économiques, sous la dir. de H. Régnault, Univ. de Pau et des Pays de l'Adour, 356 p.
- Sajoux Ben Seddik M., 2003, « Le malthusianisme de pauvreté dans le monde rural marocain : une stratégie implicite de mise à niveau socio-économique ? », pp. 177-192, in Régnault H. (dir.), *Intégration euro-méditerranéenne et stratégies économiques*, Paris, L'Harmattan, coll. « Emploi, Industrie et Territoire ».
- Sajoux M., 2009, « La transition démographique au Maroc : spécificité du milieu rural et enjeux soulevés », XXVI^e Congrès international de la population, UIESP 2009, 9 p. Disponible sur Internet : <http://iussp2009.princeton.edu/download.aspx?submissionId=91394> [consulté le 02/04/2013].
- Schkolnik S., 2004, « La fecundidad en América latina », pp. 33-47, in Schkolnik S. et Cosio-Zavala M.E. (dir.), *La fecundidad en América latina : transición o revolución?*, CELADE-CEPAL-Univ. Paris X-Nanterre, 496 p.
- Sebti M., Courbage Y., Festy P. et Kursac-Souali A.-C., 2009, « Maghreb, Maroc, Marrakech : convergences démographiques, contrastes socio-économiques », *Populations et sociétés*, n° 459 (sept.), 4 p.
- Tabutin D. et Schoumaker B., 2005, « La démographie du Monde arabe et du Moyen-Orient, des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », *Population*, n° 60 (5-6), pp. 611-724.
- Tapinos G., 1985, *Éléments de démographie. Analyse, déterminants socio-économiques et histoire des populations*, Paris, Armand Colin, coll. « U », 367 p.
- Welti C., 2010, « Estimaciones de la fecundidad con la Enadid 2006 », pp. 166-200, in Chávez A.M. et Menkel Bancet C. (ed.), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid 2006*, México, Secretaría de Salud/CRIM-UNAM/Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva.
- World Health Organization (WHO), 2011, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, Genève, Sixth Ed. Disponible sur Internet : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf [consulté le 28/02/2013].
- Wong L. et Perpétuo, I., 2011, *La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina, 15 años después de El Cairo, 1994*, CELADE, Serie Población y desarrollo, 67 p.
- Yaakoubd A. et Vimard P., 2011, « La régulation de la fécondité au Maroc : évolution, homogénéisation et différenciations sociales », in Fassassi R., Vignikin K. et Vimard P. (éd.), *La régulation de la fécondité en Afrique. Transformations et différenciations au tournant du XXI^e siècle*, 342 p.
- Zavala De Cosio M.E., 1992, *Cambios de fecundidad en Mexico y Políticas de Poblacion*, FCE-El Colegio de Mexico, 326 p.