HAL
open science

Les transitions démographiques dans les pays arabes et en Amérique latine : similitudes et différences

Maria Eugenia Zavala de Cosio

To cite this version:

Maria Eugenia Zavala de Cosio. Les transitions démographiques dans les pays arabes et en Amérique latine : similitudes et différences. Journée d'étude Population et Développement, May 2010, Tours, France. halshs-00558688

HAL Id: halshs-00558688

https://shs.hal.science/halshs-00558688v1

Submitted on 23 Jan 2011

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

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

Les transitions démographiques dans les pays arabes et en Amérique latine : similitudes et différences

Maria Eugenia Cosio Zavala, Université de Paris Ouest Nanterre la Défense et CREDA (UMR 7227-CNRS-Paris III)

Le terme de transition démographique désigne le processus des 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 dans un premier temps produites dans les pays européens, puis dans les pays majoritairement peuplés par des Européens (comme l'Australie, Nouvelle-Zélande, Etats-Unis et Canada). Au XX° siècle, dans les pays en voie de développement (PED), les transitions démographiques ont également commencé (Asie, Afrique, Amérique latine) plus ou moins tardivement, et elles y sont encore en cours.

Les transitions démographiques ont pratiquement partout débuté par une réduction de la mortalité, généralement déclenchée dans les PED grâce à des mesures de santé publique, à l'introduction de la médecine moderne et de la prévention des maladies microbiennes qui ont bénéficié des découvertes scientifiques faites auparavant et appliquées dans les pays développés, mais aussi grâce aux campagnes scientifiquement coordonnées par les gouvernements nationaux et l'Organisation Mondiale 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 appliquées même lorsque les conditions de vie de la population restent précaires, notamment en milieu rural.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la baisse de la mortalité a été à la fois plus tardive et plus rapide que dans les pays européens et qu'elle a commencé généralement par les grandes villes. On peut ainsi relier la baisse de la mortalité dans les PED 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). Mais les résultats sont inégalitaires selon le sexe et les groupes sociaux.

Nous allons voir comment ces processus d'évolutions démographiques se sont déroulés dans les pays arabes ainsi que les comparer aux changements démographiques en Amérique latine, qui présentent à la fois des similitudes et des différences. Les facteurs explicatifs permettent de comprendre pourquoi.

1.La croissance démographique dans les pays arabes

La révision de 2008 (prévisions en 2010) des perspectives démographiques des Nations Unies présente les effectifs de population des pays de deux régions (d'après la définition des Nations Unies) : l'Afrique du Nord (Algérie, Egypte, Lybie, Maroc, Tunisie, Sahara occidental, Soudan) et l'Asie occidentale (Arménie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Chypre, Géorgie, Iraq, Israël, Jordanie, Kuwait, Liban, Palestine, Oman, Qatar, Arabie Saoudite, Syrie, Turquie, Emirats arabes unis, Yémen) entre 1950 et 2010.

En 2010, la population de l'Afrique du Nord (7 pays) était évaluée à 212 921 000 habitants et celle de l'Asie occidentale (18 pays) à 232 702 000 habitants. Au total, on atteint 435,6 millions.

Le tableau 1 donne l'évolution des effectifs entre 1950 et 2005.

Tableau 1. Populations (en millions) pour deux régions des Nations Unies : Afrique du Nord et Asie occidentale

Population (en millions)	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Afrique du Nord	52,9	59,6	67,5	76,3	86,9	98,6	113,0	130,5	147,8	163,9	179,5	195,4
Asie occidentale	51,5	58,8	67,2	77,0	88,4	101,3	116,5	134,1	152,1	170,6	190,3	211,1
Source : World Population Prospects, The 2008 Revision, United Nations, 2009.												

Toujours d'après les projections des Nations Unies (prévisions en 2010), les taux annuels d'accroissement des pays d'Afrique du Nord, supérieurs à 2,5 % dans les années 1950, ont culminé en 1980-85 à 2,88 %, pour ensuite diminuer régulièrement à partir de cette date. Le taux d'accroissement est estimé à 1,71 % en 2005-2010. En Asie occidentale les taux d'accroissement sont plus élevés : 2,66 % en 1950-55, 2,81 % en 1980-85, 1,95 % en 2005-2010 (Tableau 2). Ils sont parmi les plus élevés du monde (Tabutin, Schoumaker, 2005).

Tableau 2. Taux d'accroissement annuel (en pourcentage) pour deux régions des Nations Unies : Afrique du Nord et Asie occidentale

Taux d'accroissement	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990 1995	1995-2000	2000 2005	2005-2010
Afrique du nord	2,34	2,50	2,46	2,59	2,54	2,72	2,88	2,49	2,08	1,82	1,70	1,71
Asie occidentale	2,66	2,68	2,71	2,67	2,81	2,79	2,81	2,52	2,30	2,19	2,07	1,95
Source : World Population Prospects, The 2008 Revision, United Nations, 2009												

Les chiffres du tableau 2 montrent que les transitions démographiques ont commencé dans les pays d'Afrique du Nord et d'Asie occidentale, mais les rythmes et tendances de la mortalité et de la fécondité sont différents entre tous ces pays, qui connaissent des situations démographiques extrêmement variées. On doit donc évoquer une pluralité de transitions démographiques des pays arabes et du moyen Orient, notamment parce que les régions définies par les Nations Unies sont très hétérogènes.

Nous allons à la suite souligner uniquement quelques grandes évolutions démographiques, sans prétendre réaliser une analyse approfondie qui devrait être effectuée pays par pays, pour le moins tout au long du XX° siècle. Pour les lecteurs

intéressés, ils trouveront une analyse très détaillée dans l'article de Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker (2005) dans la revue *Population*.

Notre objectif est également comparatif, en mettant en évidence les similitudes et différences avec les transitions démographiques en Amérique latine, et également explicatif, en faisant appel à des interprétations provenant de différentes théories démographiques.

1.1 La première étape de la transition démographique : la baisse de la mortalité

Dans cette section, nous nous concentrerons sur l'évolution récente de la mortalité et de la fécondité des sept pays de la région « Afrique septentrionale » des Nations Unies. En effet, il est difficile de prendre l'ensemble des pays arabes car ils ont suivi des évolutions démographiques très hétérogènes, bien que

> « 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 (figure 5, schémas A et C). 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, que nous avons déjà signalées. » (Tabutin et Schoumaker, 2005, p. 628)

Pour la plupart des pays d'Afrique du Nord, d'après les Nations Unies (prévisions de 2010), la baisse de la mortalité a conduit à des espérances de vie dépassant 70 ans en moyenne en 2008, comblant ainsi le retard affiché dans les années 1950 (tableau 3).

Tableau 3. Espérances de vie et taux de mortalité infantile des pays d'Afrique du Nord. Prévisions en 2010

*Espérance de vie en années **Taux de mortalité infantile : décès pour 1000 naissances

Pays	Espérance de vie*	Mortalité infantile**
Algérie	72.9	28.2
Egypte	70.5	32.5
Libye	74.5	16.9
Maroc	71.8	27.7
Sahara occidental	66.9	40.1
Soudan	58.9	65.7
Tunisie	74.3	18.5
Afrique septentrionale	**68.6**	**38.9**

Institut national d'études démographiques - www.ined.fr
Source : World Population Prospects. Nations Unies, Révision 2008.

Cependant, la mortalité des enfants âgés de moins d'un an est encore forte en Afrique du Nord. Ainsi, les taux de mortalité infantile restent élevés, avec des variations du simple au double (tableau 3) : 32 décès p. 1000 naissances en Egypte, 28 p. 1000 en

Algérie et au Maroc, 18 p. 1000 en Tunisie et 16 p. 1000 en Lybie. Les progrès accomplis dans le domaine de la santé et de l'éducation expliquent les taux les plus faibles mais ces taux sont encore nettement supérieurs aux taux européens. Les taux de mortalité infantile sont dans le cas des pays arabes, de l'Afrique du Nord (et de l'Amérique latine) fortement dépendants des bas niveaux de vie économiques et sociaux.

Il faut souligner que la surmortalité des petites filles entre 1 et 5 ans est encore présente en Afrique du Nord et qu'elle représente entre 10 et 30% (Tabutin et Schoumaker, 2005). Citons ces deux spécialistes du sujet :

> « Comme les autres régions du monde, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient connaissaient dans les années 1970 et 1980 une surmortalité des petites filles entre 1 et 5 ans, particulièrement élevée et précoce, qui débutait souvent dès l'âge de 2 ou 3 mois….. Avec le déclin de la mortalité aux jeunes âges dû notamment au contrôle progressif des maladies infectieuses, cette surmortalité des petites filles a disparu ou presque dans un bon nombre de pays du monde pour faire place à une surmortalité générale des garçons. Cela s'est souvent produit à des niveaux de l'espérance de vie de l'ordre de 65 ans…. Les pays de la région [nde : Monde arabe et Moyen Orient] n'ont guère suivi ce schéma : 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)

1.2. La baisse de la fécondité

Les niveaux élevés de la fécondité des pays du Sud ont commencé à se réduire à partir de la seconde moitié des années soixante. A l'image de l'évolution de la mortalité, la baisse 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 2000-2005 (tableau 4).

Plusieurs facteurs expliquent la baisse rapide de la fécondité: retard de l'âge au mariage des femmes, contraception, infécondité *postpartum.* En Afrique du Nord, les deux facteurs se sont combinés et contraception et recul du calendrier de la nuptialité expliquent tous deux la baisse de la fécondité.

Comme concluent Tabutin et Schoumaker :

« Finalement, sur l'ensemble des 30 dernières années, l'augmentation de l'âge au mariage des femmes et la diffusion de la contraception auront presque autant contribué au recul rapide de la fécondité, mais à des périodes différentes » (Tabutin et Schoumaker, 2005, p. 651).

Tableau 4. Taux de fécondité totale des pays d'Afrique du Nord
Prévisions en 2010

Pays		Nombre d'enfants par femme		
Algérie		2.32		
Egypte		2.77		
Libye		2.59		
Maroc		2.31		
Sahara occidental		2.60		
Soudan		3.95		
Tunisie		1.83		
Afrique septentrionale		**2.80**		

Institut national d'études démographiques - www.ined.fr
Source : World Population Prospects. Nations Unies, Révision 2008

Dans les autres pays africains, c'est plutôt l'infécondité post-partum, l'avortement et le retard de la nuptialité qui expliquent à la fois la baisse récente de la fécondité mais aussi des niveaux encore élevés des descendances (Lasbeur, 2006).

Dans d'autres cas (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 dont la fécondité commence à des âges précoces, sans retard de calendrier de la nuptialité. L'influence des programmes publics de planification familiale se fait surtout sentir dans les catégories sociales les plus défavorisées, les plus pauvres et les moins instruites (Cosio-Zavala, 2002).

Les variables intermédiaires de la fécondité, selon K. Davis et J. Blake (1956) se combinent dans chaque société, à travers le monde, selon les normes reproductives des groupes sociaux. C'est ce qui explique la grande hétérogénéité des évolutions démographiques observées, notamment dans les pays arabes et d'Afrique du Nord. Il est ainsi très difficile de généraliser.

1.3 Les modèles de transitions dans les pays arabes

D'après Tabutin et Schoumaker (2005), on peut distinguer trois grands modèles transitionnels 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).
- *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 deux enfants par femme et une croissance inférieure à 1 % par an (estimation 2010).

D. Tabutin et B : Schoumaker en concluent que :

> « Développement économique, éducatif et culturel, politiques démographiques et sociales, pauvreté et stabilité politique détermineront dans les deux à trois décennies à venir les chemins définitifs de la transition dans chaque société, qui seront sans doute divers » (Tabutin, Schoumaker, 2005, p. 630).

2. Les transitions démographiques en Amérique latine

Dans cette section, nous allons présenter plus en détail les transitions démographiques de l'Amérique latine. Il s'agit d'analyser les évolutions et les tendances, mais également d'avancer les facteurs explicatifs de ces processus démographiques. Cela nous permettra d'analyser les facteurs qui déterminent les évolutions des populations et de pouvoir ensuite comparer ces variables explicatives avec la situation des pays arabes et d'Afrique du Nord.

Comme partout, dans le sous-continent latino-américain on observe une grande diversité des situations démographiques en nette relation avec les conditions socio-économiques. Grâce aux progrès médicaux et sanitaires, dès le début du XX° siècle, la mortalité a diminué précocement en Argentine, Uruguay et Cuba, les pays de plus forte immigration européenne. Puis, à partir de 1930, la mortalité a baissé dans toute l'Amérique latine. Par conséquent, l'accroissement démographique s'est accéléré pendant trois à quatre décennies, avant que la fécondité ne baisse à son tour à partir de 1965-1970 (Cosio-Zavala, 1998).

C'est à ce moment-là que les fortes fécondités (entre 6 et 8 enfants par femme) ont commencé à leur tour à fléchir, mais à des rythmes différents selon le niveau de développement socio-économique des pays et des catégories sociales. Dans l'ensemble, les transitions démographiques se sont accélérées dans le dernier quart du XX° 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.

On observe nettement deux modèles de transition démographique. Un modèle équivalent à celui des sociétés les plus développées, 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. Un second modèle ayant 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. Si dans ce second modèle il est difficile de parler de transition démographique complète, car la fécondité reste plus élevée que dans les sociétés à transition démographique achevée, on assiste tout de même à un changement important des comportements reproductifs, notamment par l'utilisation courante de moyens de contraception au cours de la vie féconde.

Les modalités des transitions de la mortalité séparent les pays latino-américains en quatre groupes (tableau 5) :

- Le premier groupe (Argentine, Chili, Costa Rica, Cuba, et Uruguay) enregistre près de 80 ans d'espérances de vie à la naissance en 2005-2010 pour le sexe féminin. C'est le groupe des transitions *avancées.*
- Un second groupe (Brésil, Colombie, Équateur, Mexique, Nicaragua, Panamá, Pérou, République dominicaine, Salvador, et Venezuela) 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'espérances de vie à la naissance en 2005-10, ont commencé à voir baisser leur mortalité. La mortalité infantile y reste encore relativement élevée, avec respectivement des niveaux à Haïti de 49 et en Bolivie de 46 décès d'enfants de moins de un an pour 1000 naissances (tableau 5).

Tableau 5. Espérances de vie à la naissance et taux de mortalité infantile en Amérique latine, 2005-2010

Pays Amérique latine	Ensemble	Hommes	Femmes	Mortalité infantile*
	73,4	70,4	76,6	21,7
Argentine	75,2	71,6	79,1	13,4
Chili	78,5	75,5	81,5	7,2
Costa Rica	78,8	76,5	81,2	9,9
Cuba	78,2	76,2	80,4	5,1
Uruguay	76,2	72,8	79,9	13,1
Brésil	72,4	68,8	76,1	23,6
Colombie	72,8	69,2	76,6	19,1
Equateur	75,0	72,1	78,0	21,1
Mexique	76,1	73,7	78,6	16,7
Nicaragua	72,9	69,9	76,0	21,5
Panamá	75,6	73,0	78,2	18,2
Pérou	71,4	68,9	74,0	21,2
République Dominicaine	72,2	69,2	75,5	29,6
El Salvador	71,8	68,8	74,9	21,5
Venezuela	73,8	70,9	76,8	17,0
Guatemala	70,2	66,7	73,8	30,1
Honduras	72,1	69,7	74,5	27,8
Paraguay	71,8	69,7	73,9	32,0
Haïti	60,6	59,0	62,4	48,6
Bolivie	65,5	63,4	67,7	45,6

* Décès de moins de un an pour 1000 naissances vivantes

Source : CEPAL (2007) • América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico Nº 4

Après trois quarts de siècle de baisse de la mortalité, les différences régionales se sont cristallisées encore plus en fonction des rythmes de baisse de la fécondité. Dans le cône sud (Argentine et Uruguay) et à Cuba, la fécondité était basse dès la fin du XIX° siècle. Dès la fin des années 1960, les méthodes modernes de régulation des naissances ont été largement diffusées, à commencer par le Chili et le Costa Rica. A partir de 1970, la fécondité s'est réduite rapidement au Brésil, Colombie, Mexique, Panama, Pérou, République Dominicaine, Salvador, Venezuela. Cependant, d'autres pays d'Amérique centrale (Guatemala, Honduras, Nicaragua), Haïti, la Bolivie et le Paraguay, ont enregistré à cette époque relativement peu de réduction de la fécondité.

Tableau 6. Taux de fécondité totale, Amérique latine 1960-2010

Pays	1960-1965	1970-1975	1985-1990	1995-2000	2000-2005	2005-2010*	Baisse 1960-85 en %
Pays andins							
Bolivie	6,6	6,5	5,0	4,3	4,0	3,5	24,2
Colombie	6,8	5,0	3,2	2,8	2,6	2,5	52,9
Chili	5,4	3,6	2,7	2,2	2,0	1,9	50,0
Equateur	6,7	6,0	4,0	3,1	2,8	2,6	40,2
Pérou	6,9	6,0	4,1	3,2	2,9	2,7	40,5
Venezuela	6,7	4,9	3,6	2,9	2,7	2,6	46,3
Pays atlantiques							
Argentine	3,1	3,1	3,0	2,6	2,4	2,3	3,2
Brésil	6,2	4,7	3,1	2,5	2,3	2,2	50,0
Paraguay	6,6	5,7	4,9	4,2	3,8	3,5	25,8
Uruguay	2,9	3,0	2,5	2,4	2,3	2,2	13,8
Amérique centrale							
Costa Rica	7,2	4,3	3,4	2,6	2,3	2,1	52,8
El Salvador	6,8	6,1	3,9	3,2	2,9	2,7	42,6
Guatemala	6,5	6,2	5,7	5,0	4,6	4,1	12,3
Honduras	7,4	7,1	5,4	4,3	3,7	3,3	27,0
Nicaragua	7,3	6,8	5,2	3,9	3,3	2,9	28,8
Panamá	5,9	4,9	3,2	2,8	2,7	2,6	45,8
Mexique et Caraïbes							
Cuba	4,7	3,5	1,8	1,6	1,6	1,6	61,7
Haïti	6,3	5,8	5,9	4,4	4,0	3,6	6,3
Mexique	6,8	6,5	3,6	2,8	2,5	2,1	47,0
Rép. Dominicaine	7,3	5,6	3,6	2,9	2,7	2,6	50,7

Source : CELADE (2010). En 2005-2010, ce sont des estimations basées sur les projections de populations des Nations Unies

En 2005-20105, la fécondité totale est estimée à 2,3 enfants par femme pour l'ensemble du sous-continent latino-américain[1]. Seulement 4 pays latino-américains, parmi les plus pauvres, conservent des indices conjoncturels de fécondité supérieurs à 3,5 enfants par femme: Haïti, la Bolivie (3,6 et 3.5 respectivement) le Guatemala (4,1 enfants par femme) et le Paraguay (3,5). Tous les autres pays (à l'exception du Honduras) se situent, en 2005-2010, au-dessous de 3 enfants par femme (tableau 6).

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

- une transition *très avancée* à Cuba (1,6 enfants par femme en 2005-2010)
- une transition *avancée* : Argentine, Brésil, Chili, Uruguay (entre 1,9 et 2,3 enfants par femme en 2005-2010)
- une transition *en pleine évolution*, le modèle majoritaire : Costa Rica, Colombie, Équateur, Mexique, Panama, Pérou, Salvador, Venezuela (entre 2,2 et 2,7 enfants par femme en 2005-2010)
- une transition *modérée* : Honduras, Nicaragua, (moins de 3,5 enfants par femme en 2005-2010)
- une transition *débutante* : Bolivie, Guatemala, Haïti, Paraguay (entre 3,5 et 4 enfants par femme en 2005-2010)

La pilule et le stérilet et surtout la stérilisation féminine ont été les principales méthodes de contraception utilisées. L'avortement est illégal dans tous les pays sauf à Cuba, mais largement pratiqué[2]. « 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-Zavala1998, p. 70).

Les cinq groupes de transitions démographiques sont en forte résonance avec les situations socio-économiques nationales, notamment avec les niveaux de pauvreté et les inégalités socio-économiques. Les transitions « avancées » ont été précoces dans des pays d'immigration européenne. Les transitions « moyennes » sont observées dans des pays qui ont connu une forte croissance démographique et économique à la fois au cours du XX° siècle. Les transitions « modérées et débutantes » sont celles des pays les plus pauvres. Les pays classés selon les groupes de transitions de la mortalité et les groupes de transitions de la fécondité figurent au tableau7. On observe une forte correspondance entre les deux types de classements.

Au sein des pays, des différences sont également observées entre les transitions démographiques avancées des catégories sociales les plus favorisées, les plus scolarisées, les plus urbanisées jusqu'aux transitions retardées des catégories les plus pauvres, notamment les populations indigènes.

Or, il faut remarquer qu'entre 1960 et 1975, la corrélation entre la croissance économique et la croissance démographique était positive et qu'elle a changé de sens, devenant négative à partir des années 1975-1980 (Blanchet, 1999). Ce qui veut dire que dans les pays où certains groupes sociaux ont gardé une fécondité élevée après cette période et un fort accroissement démographique, l'augmentation rapide de la population

---

[1] Il s'agit de l'ensemble Amérique latine Caraïbes au sens de la CEPALC

[2] En l'absence de chiffres exacts, on estime que chaque année, quatre millions de femmes environ se font avorter dans la région (OMS, 2004),

a eu des conséquences négatives sur leurs conditions de vie socio-économiques, ouvrant la brèche entre les groupes sociaux ayant limité leur fécondité et ceux qui ne l'ont pas fait.

Tableau 7. Pays d'Amérique latine classés selon les situations des transitions de la fécondité et de la mortalité en 2005-2010

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

Ce n'est donc pas seulement au niveau des pays que différents modèles démographiques sont observés, mais également au sein même des sociétés qu'ils divisent. Les différences de rythme des transitions démographiques ont séparé 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.

2.1. Les deux modèles de transition démographique

Le principal facteur expliquant l'évolution de la fécondité et sa baisse rapide dans les pays latino-américains est la progression de la proportion de femmes, mariées ou en union libre, qui utilisent des méthodes contraceptives efficaces. La diffusion récente de la contraception dans les catégories sociales les plus défavorisées a mis en évidence le rôle de facteurs différents de ceux qui ont permis, dans les années 1960, un contrôle des naissances dans les secteurs de population les plus éduqués, urbanisés, et à hauts revenus. L'influence des programmes de planification familiale s'est fait sentir dans la généralisation de l'utilisation des méthodes modernes de contraception (offre et demande de planification familiale).

La baisse récente de la fécondité a majoritairement concerné les couches sociales les plus pauvres et les moins instruites. Vers 1980, au Mexique, on a observé des diminutions proportionnellement plus importantes des taux de fécondité des femmes

rurales et des femmes les moins éduquées, notamment avant l'âge de 40 ans. Ayant conservé jusque-là des niveaux très élevés de fécondité, les femmes des couches sociales les plus défavorisées ont vu baisser plus vite leur taux de fécondité, surtout entre 30 et 39 ans, sous l'influence du vigoureux programme national de planification familiale (Zavala de Cosío, 1992).

Au Brésil, entre 1970 et 1976, *les femmes urbaines sans aucune scolarisation* ont réduit rapidement la taille de leur descendance, de même qu'entre 1970 et 1990, en Bolivie (-1,1 enfant par femme), au Honduras (-1,8 enfant par femme), en Equateur et au Mexique (-2,8 enfant par femme), en Colombie (-1,7 enfant par femme) et au Chili (-1,4 enfant par femme). Dans tous les cas analysés, il existe une tendance à la réduction des différences entre les sous-populations, les plus éduquées ne diminuant pratiquement plus leur fécondité après 1975, où elle était déjà basse (entre 2,5 et 3 enfants par femme), la fécondité des femmes les moins scolarisées diminuant de façon accélérée (Chackiel, Schkolnik, 1996).

Cette réduction des différences s'observe également dans les nombres idéaux d'enfants déclarés dans les enquêtes des années 1990, autour de 2,5 enfants par femme, pratiquement identiques dans tous les groupes de femmes, quel que soit leur niveau de scolarité. Il semble donc qu'après 1990, l'idéal d'une famille réduite et le contrôle des naissances soient déjà largement acceptés et désirés. Mais, puisque l'éventail des aspirations de fécondité s'est singulièrement retréci, les fortes différences de fécondité encore observées tiennent aux difficultés rencontrées par les familles des groupes sociaux les plus défavorisés pour pratiquer effectivement les moyens de limitation des naissances.

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 féminine. Au contraire, les programmes de planification des naissances ont eu des effets importants dans des groupes traditionnellement considérés réticents à l'égard de la contraception mais qui sont devenus la "cible" des programmes officiels. La chute de la fécondité s'explique dans ce cas par l'abondance de l'offre de méthodes contraceptives faciles à obtenir, moins chères ou même gratuites, qui peut inciter les femmes des catégories sociales à bas revenu à limiter leurs naissances sous l'impulsion de ces programmes.

Cela suppose cependant que soit expliqué aussi le développement parallèle du désir de familles réduites (demande de contraception). En effet, 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. De plus, la fécondité est quand même restée plus élevée là où la croissance économique et le développement social sont les plus faibles, où domine aussi une plus forte mortalité et de bas niveaux de vie, de développement, de scolarisation et de santé. On observe des différences marquées de fécondité entre pauvres et riches, entre villes et campagnes notamment.

L'Amérique latine a donc connu deux modèles de transition démographique. Le premier, qui a commencé vers 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 et que l'on peut résumer en une attitude plus moderne des couples face à la

reproduction. Ces changements ont été associés à un retard de nuptialité, puisque la baisse de la fécondité s'est produite en premier lieu dans les groupes de femmes unies pour la première fois après l'âge de 20 ans, femmes ayant fréquenté les écoles secondaires et parfois supérieures, appartenant aux groupes socio-professionnels des cadres et des professions libérales. La diffusion du malthusianisme a effectivement commencé par les femmes retardant leur première union. Dès le début des années 1970, ces femmes, une minorité très scolarisée et appartenant aux groupes favorisés économiquement, montraient déjà une fécondité contrôlée (Cosio-Zavala, 1994).

Dans les années 1980, dans les grandes métropoles latino-américaines, la fécondité s'établissait à moins de 2,5 enfants par femme : c'était le cas en Colombie, au Chili, à Cuba, au Mexique, à Panama, au Paraguay. Par contre, dans les campagnes, la fécondité est restée élevée jusqu'en 1975, augmentant encore entre 1965 et 1975 du fait de la baisse de la mortalité rurale à cette période. Aux environs de 1980, la fécondité rurale était d'autant plus élevée que le pays était moins avancé socialement et économiquement : 2,7 enfants par femme à Cuba, 3,6 enfants au Chili, 5,1 en Colombie, 5,4 au Panamá, 5,5 en Equateur, 5,9 au Salvador et en République Dominicaine, 6,3 au Pérou, 6,6 au Paraguay, 7,1 au Guatemala, 8,2 au Honduras L'écart de fécondité entre villes et campagnes était dans tous les cas considérable entre les extrêmes : de 1 enfant par femme à Cuba à 4,4 enfants par femme au Honduras. Ces différences se retrouvaient selon les niveaux de scolarisation et selon les groupes professionnels. C’étaient toujours les paysans qui montraient la fécondité la plus élevée (3,9 enfants par femme au Chili, 8,6 au Honduras) et les techniciens, patrons, cadres, fonctionnaires, la fécondité la plus basse (1,9 enfants par femme au Chili, 3,8 au Honduras) (Chackiel, Schkolnik, 1996).

Ces chiffres confirment les tendances que nous avions observées au Mexique: une transition de la fécondité plus précoce et plus avancée dans les milieux sociaux les plus modernes et favorisés socio-économiquement, peu ou en tout cas moins de changements dans les groupes sociaux en marge du développement socio-économique (Zavala de Cosío, 1992). Cependant, la fécondité a quand même baissé plus récemment dans ces groupes également, mais suivant d'autres modalités.

2.2. La révolution contraceptive

La mise en place de programmes nationaux de planification des naissances a été à l'origine du rythme rapide de progression de l’utilisation de méthodes modernes de contraception. Quelques pays ont adopté des programmes depuis plus de vingt ans (Costa Rica, Puerto Rico, El Salvador, Jamaïque, Mexique, Panamá). Parmi les méthodes les plus utilisées figurent en premier lieu la pilule, puis l’usage de la stérilisation s’est amplement développé. En 1983, 56 pour cent des femmes latino-américaines en union utilisaient des méthodes contraceptives, 46 pour cent des méthodes modernes, dont 20 pour cent la stérilisation, 16 pour cent la pilule et 5 pour cent le stérilet. Dans les années 1990, 60 pour cent étaient utilisatrices dont 49 pour cent d’une méthode moderne, avec la stérilisation en forte progression (36 pour cent), et la pilule et le stérilet en baisse. Le stérilet était plus employé au Mexique, en Colombie, et en Equateur: entre 15 et 20 pour cent des utilisatrices. Par contre, certains pays connaissaient une forte prévalence des méthodes naturelles préconisées par l'Eglise catholique: ainsi 36 pour cent des utilisatrices au Pérou et 53 pour cent en Bolivie utilisaient le rythme.

La diffusion des méthodes contraceptives a surtout été importante dans les pays où une forte progression de la stérilisation a été observée. En effet, la plupart des programmes de planification familiale toléraient la stérilisation à des fins contraceptives, même si elle a été provisoirement interdite au Chili en 1975, et temporairement au Pérou de 1977 à 1983. Elle était légale dans les autres pays ou considérée licite parce qu'aucune loi ne l'interdisait. Elle a aussi été socialement bien acceptée malgré l'opposition de principe de l'Eglise catholique. Il faut remarquer que la stérilisation à des fins contraceptives s'est aussi remarquablement développée en Amérique du Nord. Aux Etats-Unis, en 1982, 35 pour cent des couples utilisateurs de méthodes étaient stérilisés et 30 pour cent utilisaient la pilule, alors qu'en Europe de l'ouest, ces proportions étaient respectivement de 5 et de 40 pour cent. L'influence du modèle nord-américain en Amérique latine est triple : il donne une image de modernité et d'efficacité à la stérilisation; il influe sur le corps médical formé aux méthodes américaines; il a un effet sur la conception, le financement et l'organisation des programmes de planification familiale.

Dans quatre pays, plus de la moitié des femmes utilisant des moyens contraceptifs modernes étaient stérilisées , comme à Porto-Rico (63 pour cent en 1991), à El Salvador (60 pour cent en 1993), en République Dominicaine (69 pour cent en 1991) et à Panamá (56 pour cent en 1984). De 25 à 50 pour cent des utilisatrices étaient stérilisées au Guatemala, au Honduras, en Equateur, au Costa Rica et au Mexique.

La proportion des femmes stérilisées était souvent plus importante en zone rurale qu'en zone urbaine (au Costa Rica, à Panamá, en Equateur). Les stérilisations étaient généralement réalisées dans les cliniques gouvernementales (75 pour cent des opérations de stérilisation au Mexique) où les femmes étaient « conseillées » par les médecins chargés de l’application du programme. Or les femmes peu scolarisées étaient peu informées de leurs droits reproductifs et de leurs possibilités de choix contraceptifs, comme cela a été observé en Bolivie (Rozée, 2006).

De plus, au Brésil et au Mexique, c'est parmi les femmes des couches sociales défavorisées (sans scolarisation ou avec moins de trois ans d'école) que le niveau de fécondité a le plus diminué, parallèlement à l’augmentation de la proportion de femmes stérilisées. Au Mexique, près des deux tiers des femmes rurales stérilisées vers 1980 n'avaient jamais utilisé auparavant de méthode contraceptive. Ceci souligne les pratiques préférentielles des programmes de planification familiale, liées au souci de rentabilité et d'efficacité à court terme. La stérilisation proposée à des femmes de forte fécondité et provenant de milieux défavorisés est apparue à la plupart des gouvernements latino-américains comme une solution efficace et définitive.

Par contre, en ce qui concerne l'avortement, les législations sont restées très restrictives, sauf à Cuba où l'avortement est libre et restait la méthode la plus utilisée dès la fin des années 1970. Dans les autres pays, l'avortement demeure totalement illégal. En général, le développement de la pratique contraceptive a fait diminuer parallèlement l'incidence de l'avortement clandestin, mais il reste très pratiqué (voir la note de bas de page n°2).

2.3. Le malthusianisme de pauvreté

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. Les méthodes les plus répandues ont été la pilule et la stérilisation féminine. Dans la période la plus récente, ce sont les femmes peu scolarisées, rurales et à faible revenu qui ont été le plus largement touchées par la diffusion de la pratique de la contraception au sein des programmes organisés de limitation des naissances. Toutefois, la qualité des services proposés aux femmes et de l'information sur la contraception laissent beaucoup à désirer, ce qui explique la concentration sur un petit nombre de méthodes contraceptives, comme la stérilisation souvent proposée comme option unique pour limiter définitivement la taille des familles.

En étudiant les pays d'Amérique latine en général, et le cas du Mexique en particulier, on peut spécifier les déterminants et les modalités des deux modèles de transition démographique. En effet, la situation est très différente de ce qu'elle pouvait être à la fin du XIXème siècle en Europe, du point de vue économique, social et démographique, en l'état actuel des connaissances de lutte contre la mort et de limitation des naissances.

La transition démographique latino-américaine a commencé lorsque s'est produite une certaine modernisation des économies et des sociétés au début du XXème siècle, et qu'ont été installées les infrastructures nécessaires pour déclencher une baisse de la mortalité. Généralement, des politiques de santé et d'équipement médical furent mises en place, rendues possibles dans un contexte de croissance économique, de développement social et de paix civile, qui contraste avec la période troublée de guerres et de récession économique de l'ensemble du XIXème siècle et des premières années du XXème siècle.

Les infrastructures furent concentrées, dans un premier temps, en priorité dans les grandes villes, qui se virent dotées de tous les équipements les plus modernes de l'époque pour l'hygiène (réseaux de grands collecteurs d'égouts) et la santé (construction d'hôpitaux). À cette époque, gouverner en Amérique Latine c'était à la fois peupler, éduquer et soigner. L'éducation et la santé ont joué un rôle essentiel dans les différents projets des nouvelles nations latino-américaines. Mais les grandes masses paysannes ont été laissées, en général, en dehors de ce processus.

Mais dans la deuxième phase de baisse de la fécondité, qui a commencé vers 1970, ce sont les catégories sociales les plus défavorisées qui ont massivement réduit leurs naissances, en utilisant des méthodes de contraception définitives comme la stérilisation, proposées par les programmes publics ou privés de planification familiale. Le désir d'un petit nombre d'enfants s'est imposé aux jeunes couples, face aux difficultés économiques, aux mauvaises conditions de vie, et aussi aux coûts élevés de la scolarisation et de la santé des enfants. C'est ce phénomène que l'on dénomine *malthusianisme de pauvreté*, soit la réduction des naissances provoquée par la précarité économique et sociale.

En guise de conclusions

Les facteurs explicatifs mis en évidence en Amérique latine peuvent s'appliquer aux transitions démographiques des pays arabes et d'Afrique du Nord. Une première étape de la transition démographique s'observe tout au long du développement économique et social : l'urbanisation, la scolarisation et l'exode rural provoquent la baisse de la mortalité et ensuite celle de la fécondité.

Cela s’est produit ainsi dans les pays d’Amérique latine, d’Afrique du Nord et du Moyen-Orient, et au sein des pays, parmi les couches sociales les plus favorisées, éduquées, urbanisées. C’est le premier modèle de transition démographique, proche de celui des pays développés. On l’observe en Argentine, en Colombie, au Mexique, mais également en Egypte et en Tunisie.

Dans un second moment, les crises économiques et les conditions de vie précaires entraînent l’apparition du malthusianisme de pauvreté dans l’ensemble de la population. Il se développe lorsque les méthodes contraceptives modernes sont accessibles au plus grand nombre, y compris aux populations rurales et aux pauvres urbains. Les politiques de population, les programmes de planification familiale, les institutions de santé et d’éducation ainsi que les institutions religieuses facilitent ces processus ou bien, au contraire, y mettent des obstacles. La diffusion des normes sociales favorables aux familles réduites, par le biais des moyens de communication comme la radio et la télévision, peuvent également accélérer la diffusion du contrôle 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.

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.

De toute l'analyse antérieure, on peut dégager deux remarques générales. La première, c'est que les modalités de la transition démographique dépendent énormément des contextes historiques et culturels, réintroduisant le temps et l'espace dans la construction théorique. L'exemple de l'Amérique latine, avec ses singularités, mais aussi avec la confirmation des conditions de la baisse de la mortalité, puis de la fécondité, nous rappelle ce conditionnement historique et culturel, qui ne contredit pas les présupposés théoriques mais qui les place dans une perspective conjoncturelle. Les pays arabes et d’Afrique septentrionale connaissent également cette hétérogénéité, qu’il faut expliquer historiquement, économiquement, politiquement et culturellement.

La deuxième conclusion est de nature plutôt politique. Il faut insister sur le développement social comme condition tout à fait nécessaire à une véritable transition démographique. La croissance démographique ne peut être limitée sans une indispensable participation des familles et des individus, qui va dans le sens de ce que les populations souhaitent elles-mêmes : des enfants sains et éduqués, qui survivent facilement dans leurs premières années et vivent ensuite dans de bonnes conditions.

On peut dire que le malthusianisme a pratiquement gagné le monde entier, notamment l'Amérique latine, les pays d’Afrique du Nord et du Moyen-Orient, riches et pauvres, pour des raisons différentes. Mais 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. Dans l’analyse des transitions démographiques, il faut réintroduire une dimension sociale. Les écarts observés face au modèle théorique s'expliquent généralement par des différentiels socio-économiques, qui conditionnent les caractéristiques particulières et les modalités variées des différentes transitions démographiques, notamment dans les contextes de pauvreté.

Finalement, il faut souligner que les transitions démographiques ont des conséquences importantes sur la répartition par groupes d’âges de la population. Dans un premier temps, la baisse de la mortalité fait augmenter le groupe des moins de 15 ans, rajeunissant les populations. Puis la baisse de la fécondité fait diminuer rapidement la proportion d’enfants de 0-14 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.

Le rapport de dépendance[3], après une augmentation 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. A plus long terme, vers 2050, ce rapport augmentera tendanciellement 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 c'est un phénomène universel et inéluctable, mais il est aussi lourd de conséquences économiques et sociales, que l'hétérogénéité des situations démographiques détermine fortement.

[3] 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 15-59 ans)

Bibliographie

BLANCHET D. 1999. – “Reversal of the effects of population growth on economic growth since the end of the 1970's: reality or artefact?” in *Population Growth and Demographic Structure* – United Nations, 1999, pp. 41-73

CELADE (2010), “Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe et CELADE 2010 , *Indicadores para el seguimiento regional del Programa de Acción de la CIPD,* Disponible sur le Portail électronique de Celade.

CHACKIEL Juan, SCHKOLNIK Susana, 1996. – América Latina: transicion de la fecundidad en el periodo 1950-1990, *in* : Jose Miguel GUZMAN *et al* (ed), *The fertility transition in Latin America*. – Oxford, Clarendon Press.

COSIO-ZAVALA Maria Eugenia, 1994. – *Changements de fécondité au Mexique et Politiques de Population* – L’Harmattan, 1994, 256 p.

COSIO-ZAVALA Maria Eugenia, 1998. – *Changements démographiques en Amérique latine* – Paris, Estem, Coll. Savoir plus Universités francophones AUPELF UREF, 122 p.

COSIO-ZAVALA Maria Eugenia, 2002. – “La transición de la fecundidad en México”, in Gómez de León Cruces J., Rabell Romero C. (ed.), *La población de México. Tendencias perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI* – CONAPO, Fondo de cultura económica, México, pp.147-167

DAVIS Kingsley, BLAKE Judith, 1956. –“Social structure and fertility: an analytic framework”, *Economic development and cultural change*, 1956, 4, pp. 211-235

INED, INSTITUT NATIONAL D’ETUDES DEMOGRAPHIQUES, www.ined.fr

LASBEUR Linda, 2006 – *Modes de contrôle de la fécondité en Afrique de l’Ouest : Analyse comparative (Sénégal, Mali, Burkina Faso et Ghana*, – Thèse de doctorat, Université de Paris X Nanterre

NATIONS UNIES, 2009. – *World Population Prospects. Révision 2008*. – New York, UN.

SCHKOLNIK S., 2004. – « La fecundidad en América latina », in *La fecundidad en América latina: transición o revolución?* (Dirigé par S. Schkolnik et M.E. Cosio-Zavala) – CELADE-CEPAL-Université Paris X-Nanterre, 2004, pp.33-47

TABUTIN Dominique, SCHOUMAKER Bruno, 2005. – “La demographie du monde arabe et du Moyen-Orient des annees 1950 aux annees 2000. Synthese des changements et bilan statistique », *Population*, 60 (5-6), 2005, pp. 611-724

ZAVALA DE COSIO Maria Eugenia, 1992. – *Cambios de fecundidad en Mexico y Politicas de Poblacion*. – FCE-El Colegio de Mexico, 326 p.