



**HAL**  
open science

## La transition démographique

Maria Eugenia Cosio-Zavala

► **To cite this version:**

Maria Eugenia Cosio-Zavala. La transition démographique. Yves Charbit. Dynamiques démographiques et développement, 1, ISTE Editions, 2021, Encyclopédie Sciences, 978-1-78948-050-4. halshs-03983534

**HAL Id: halshs-03983534**

**<https://shs.hal.science/halshs-03983534v1>**

Submitted on 16 Mar 2023

**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.

## 2

# La transition démographique

**Maria Eugenia Cosio Zavala**

*Professeur émérite Université Paris Nanterre*

*El Colegio de México*

### 2.1. Introduction

La transition démographique désigne le passage d'un régime de forte mortalité et de fécondité élevée à une faible mortalité et une fécondité réduite. Des travaux approfondis<sup>1</sup> ont mis en évidence la grande hétérogénéité des contextes et la variation des étapes, comme la situation démographique au début de la transition, l'antériorité de la baisse de la mortalité ou de la fécondité, les progrès médicaux, l'urbanisation, le rythme des principaux changements démographiques (mortalité, nuptialité, fécondité, migrations), le moment de fin de la transition. On ne peut donc pas se référer à un modèle unique de transition démographique, mais à une grande diversité qui s'explique par des facteurs économiques, sociaux, culturels et institutionnels, au cours du temps et de l'espace.

Les transitions démographiques ont commencé dans les pays européens au XVIIIe siècle, puis elles se sont largement diffusées aux pays peuplés par des émigrants européens, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis, le Canada, l'Argentine, l'Uruguay. À partir du milieu du XXe siècle, elles ont gagné la majorité des pays asiatiques et latino-américains, puis l'Asie du Sud-est, le Moyen-Orient et l'Afrique subsaharienne. Les transitions démographiques ont été en premier lieu mises en relation avec la « modernisation » des économies et des sociétés, mais cette explication s'est avérée insuffisante. De nombreux auteurs ont souligné d'autres dimensions, comme la langue parlée, la religion, l'éducation, les

---

1 Une des études pionnières, parmi les plus complètes sur la transition démographique au niveau des régions en Europe, est celle de l'équipe dirigée par Ansley Coale au sein du projet « The European Fertility Project » de l'Université de Princeton (Coale, Cotts Watkins, 1986).

*[Titre de l'ouvrage],*

coordonné par [nom du coordonnateur]. © ISTE Editions [année de publication].

modèles familiaux, la valeur des enfants, les interactions sociales, les relations intergénérationnelles, les inégalités sociales, raciales et de genre.

Les concepts développés offrent un champ d'études extrêmement riche pour l'histoire de la population mondiale sur plus de trois siècles. En effet, loin d'un modèle unique de transition démographique, qui serait une réplique des évolutions des pays européens, les temporalités et la variété des changements démographiques au cours des XXe et XXIe siècles montrent la pluralité des modèles.

Dans ce chapitre, nous analyserons successivement la genèse du modèle transition démographique et sa généralisation, les tendances actuelles de la croissance démographique, les transitions démographiques dans le monde et en Amérique latine et Caraïbes. Les principaux résultats du chapitre devraient permettre de comprendre en profondeur les relations entre population et développement.

## 2.2. Genèse de la transition démographique

La première référence aux conséquences de la baisse de la mortalité et des naissances est la mention d'une « révolution démographique » par Rabinowicz en 1929 (Adeev, 2011, p. 9). Landry en fera le titre de son célèbre ouvrage (Landry, 1934). Notestein introduira le terme de « croissance transitionnelle » (*transitional growth*) en se référant au moment où la mortalité a décliné, provoquant une forte croissance démographique, suivie de la baisse de la fécondité<sup>2</sup> (1945, p. 46). Pour Notestein, la transition démographique est liée à la modernisation, urbanisation et industrialisation, au développement de l'éducation et de la santé publique, à une augmentation des niveaux de vie, au contrôle de la fécondité et à l'adoption de nouvelles valeurs (Notestein, 1945, p. 57). Davis publiera à son tour un article sur la transition démographique mondiale (*The World Demographic Transition*) en 1945. D'après Chesnais, la théorie originelle de la transition démographique, dans sa version européenne (Landry) ou nord-américaine (Davis, Notestein) a été arrêtée en 1953 (Chesnais, 1986b, p. 1061).

Les démographes sont d'accord pour évoquer le « passage d'une situation démographique caractérisée par une forte mortalité et une forte fécondité et un quasi-équilibre "haut" à une situation de faible mortalité et faible fécondité et un

---

<sup>2</sup> Notestein mentionne explicitement la fécondité, alors que les textes plus anciens s'intéressent plutôt à la natalité en tant que composante de la croissance de la population (Notestein, 1945).

quasi-équilibre “bas” » (Meslé *et al.*, 2011, p. 482) avec une forte croissance de la population entre les deux phases. La première transition démographique s’est produite, à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, au nord-ouest de l’Europe, lorsque la lutte contre les grandes épidémies et la mortalité infantile s’est étendue à tout le continent (Meslé, Vallin, 1995). Puis la fécondité a baissé à son tour, d’un niveau de plus de 5 enfants par femme à environ 2 enfants par femme. Le cas de la France est exceptionnel, puisque la réduction de la fécondité a débuté au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que les autres pays européens l’ont commencée en 1870 (Vallin, 2003). Il faut souligner qu’en 150 ans, la population européenne a été multipliée par quatre en moyenne<sup>3</sup> (Chesnais, 1986a ; Vallin, 2003, p. 28-30).

En étudiant 67 pays entre 1720 et 1984, Chesnais a voulu montrer que la transition démographique est une théorie générale, « ramenée à quelques propositions centrales empiriquement testables et [qu’elle peut] être enrichie sur certains points que l’histoire des faits amène à considérer comme essentiels pour la compréhension des mécanismes qui sont à l’œuvre » (Chesnais, 1986b, p. 1061). Il énonce :

« trois paradigmes, qui peuvent être extraits des textes fondateurs : le principe d’antériorité de la baisse de la mortalité ; le module de la transition reproductive en deux phases (limitation des mariages, puis limitation des naissances) ; l’influence de l’entrée dans la croissance économique moderne (au sens de Kuznets) sur le déclenchement de la baisse séculaire de la fécondité » (Chesnais, 1986b, p. 1061).

Par ailleurs, il souligne « les insuffisances de la théorie originelle et donc les amendements nécessaires [qui] concernent, quant à eux, trois aspects : la notion d’équilibre pré et post-transitionnel, l’absence d’ouverture internationale, la polarisation exclusive sur la fécondité, considérée comme variable dépendante » (Chesnais, 1986b, p.1061). À juste titre, il mentionne le rôle des migrations internationales pour contrôler la forte croissance démographique (comme les flux massifs d’Europe vers les Amériques au XIX<sup>e</sup> siècle) et les différences de périodes et de vitesse des transitions nationales, dans le temps et l’espace (Chesnais, 1986b, p. 1061).

Dès la publication du livre de Chesnais (1986a), des observations empiriques ont remis en question ces postulats : en Europe même, car la fécondité a pu baisser

---

3 koba

en même temps ou avant la mortalité (Coale, Cotts Watkins, 1986 ; Vallin, 2003). En Afrique, en Asie et en Amérique latine, les différences sont encore plus grandes, en ce qui concerne le calendrier, la rapidité des changements démographiques et les facteurs qui les expliquent (Attané et Barbieri, 2009 ; Guzmán *et al.*, 2006 ; Koba *et al.*, 2019). En Amérique latine, le modèle de transition reproductive en trois phases ne s'est pas produit, ni de la même forme, ni dans cet ordre, ni à la même vitesse (Cosio-Zavala, 2011).

Nous présentons ci-dessous les différentes évolutions de la population mondiale, qui sont déterminées par l'histoire de leurs transitions démographiques.

### **2.3. Changements et tendances de la population mondiale (2019-2100).**

D'après la Division de Population des Nations Unies (2019a)<sup>4</sup>, la population mondiale devrait continuer à croître pendant plusieurs décennies (ONU, 2019a). La population passerait de 7,7 milliards d'habitants en 2019, à 9,7 milliards en 2050 et à 10,9 milliards en 2100 (variante moyenne des projections). Entre 2019 et 2050, les projections prévoient un quasi-doublement de la population en Afrique, alors que la population européenne diminuerait durant cette période (tableau 2.1). Leridon confirme la vraisemblance d'une population dépassant les 9 milliards en 2050, « sauf à envisager des catastrophes d'une ampleur jamais rencontrée à l'échelle mondiale » (Leridon, 2020)<sup>5</sup>.

---

4 La Division de Population des Nations Unies produit régulièrement des estimations de la population et des projections pour tous les pays. Elle est chargée d'études sur différents thèmes démographiques essentiels, de la révision méthodologique des projections et du suivi démographique des politiques internationales, telles que les Objectifs de développement durable (ODD). C'est la principale source de données démographiques comparables et de grande qualité au niveau mondial (ONU, 2019a). [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/trends/index.asp>. Consulté en ligne le 07/02/2020.

5 Par ailleurs, il calcule que les deux tiers de la croissance démographique jusqu'en 2050 sont la conséquence des structures par âge de la population mondiale dues à « l'inertie démographique » (Leridon, 2020, p. 4).

REGION	Population en 2019	Population en 2050	Population en 2100
Afrique	1 308 064	2 489 275	4 280 127
Asie	4 601 371	5 290 263	4 719 907
Europe	747 183	710 486	629 563
Amérique du Nord	366 601	425 200	490 889
Amérique latine et Caraïbe	648 121	762 432	679 993
Océanie	42 128	57 376	74 916
TOTAL	7 713 468	9 735 034	10 875 394

Source: Population Prospects 2019 (ONU, 2019a).

**Tableau 2.1.** *Estimations et projections de la population des régions géographiques du monde en 2019, 2050 et 2100 (milliers d'habitants).*

En s'appuyant sur la théorie de la transition démographique, les perspectives des Nations Unies prévoient la réduction et la convergence des niveaux de mortalité et de fécondité<sup>6</sup> : en 2060, la fécondité atteindrait 1,75 enfant par femme dans les pays plus développés et 2,15 enfants par femme pour les pays moins développés (Nations Unies, 2019, Fert/4). Nous présentons ci-dessous les populations des différentes régions du monde, entre 2019 et 2100, classées en six groupes, selon les étapes de leurs transitions démographiques (tableau 2.2.). Nous considérons que la transition démographique est achevée lorsque l'espérance de vie dépasse 70 ans (sexes réunis) et que la fécondité est égale ou inférieure à 2,1 enfants par femme.

---

<sup>6</sup> Les migrations ont un solde nul au niveau de la population mondiale. Nous ne retenons donc que la mortalité et la fécondité comme facteurs de la croissance démographique.

Voici la composition des six groupes de transitions démographiques :

- *le groupe 1* rassemble, en 2019, les pays d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Océanie (1,1 milliard d'habitants) qui ont terminé leur transition démographique avant 1970. En 2019, ils représentent 14 % de la population mondiale. Il est prévu que la population européenne diminue (à l'exception de l'Europe du Nord) et que celle d'Amérique du Nord et d'Océanie augmente. Ce premier groupe pourrait atteindre un total de 1,2 milliard d'habitants en 2100, avec une faible croissance entre 2019 et 2100, d'environ 10 % (estimations et variante moyenne, ONU, 2019) ;

- *le groupe 2* regroupe des pays dont la transition démographique a été achevée à la fin du XXe siècle. Le Japon a rejoint ce groupe en 1970, la République de Corée en 1985, la Chine en 1990 et la République démocratique de Corée en 1995. Ces pays d'Asie de l'Est rassemblent près de 1,7 milliard d'habitants en 2019 (21 % de la population mondiale). En ajoutant tous les pays qui ont une fécondité inférieure ou égale à 2,1 enfants par femme, comme le Chili, le Brésil, la Colombie et l'Uruguay, de nombreux petits pays insulaires, une grande partie des pays du Moyen-Orient, le Bangladesh, l'Iran et le Sri Lanka, on compte au total 2,4 milliards d'habitants (31 % de la population mondiale). Or, cette population devrait diminuer pour atteindre environ deux milliards d'habitants en 2100 (18 % de la population mondiale). La population de l'Asie de l'Est, Chine incluse, commencerait à baisser dès 2050, atteignant 1,2 milliard d'habitants en 2100, soit un demi-milliard de moins qu'en 2019 (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a) ;

- *le groupe 3* comprend les pays qui auront terminé leur transition de fécondité en 2030. Ils ont connu, au cours de la seconde moitié du XXe siècle, une forte baisse de la mortalité, une réduction rapide de la fécondité, ainsi qu'une croissance démographique exceptionnelle. En 2019, ces pays dépassent de peu ceux du deuxième groupe, avec 2,5 milliards d'habitants (33 % de la population mondiale). Ce sont de grands pays d'Asie du Sud (l'Inde) ; les pays d'Asie du Sud-est (à l'exception du Cambodge, du Laos, et des Philippines). S'y ajoute la majorité des pays d'Amérique latine et Caraïbes (sauf la Bolivie, Guatemala, Haïti, Panama et Paraguay). En Afrique, ce groupe rassemble quelques pays d'Afrique du Nord (Lybie, Tunisie) ainsi que de petits pays insulaires (Île Maurice, Réunion et Cap Vert). En 2100, cet ensemble de populations représentera 2,1 milliards, et passera d'un tiers à un cinquième de la population mondiale (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a) ;

- *le groupe 4* est celui où la transition de la fécondité s'achèvera vers 2050. Il s'agit du Pakistan, Cambodge, Laos et Philippines en Asie; de l'Algérie et du Maroc en Afrique du Nord ; de pays latino-américains (Bolivie, Guatemala, Haïti, Panama et Paraguay) et d'Afrique subsaharienne (Bostwana, de petits pays insulaires et l'Afrique du Sud). Le groupe 4 rassemble environ 550 millions d'habitants en 2019 (7 % de la population mondiale) et il va croître jusqu'à 860 millions en 2100, soit 8 % de la population mondiale (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a) ;

- *le groupe 5* est composé de pays d'Afrique subsaharienne (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Nigeria, Tchad, Togo et Sénégal) qui seront proches de la fin de la transition de fécondité en 2100 (entre 2,1 et 2,3 enfants par femme). Ce groupe réunit en 2019 environ 557 millions d'habitants (7 % de la population mondiale). Au terme des projections, sa population aura été multipliée plus de trois fois (près de 1,7 milliard d'habitants en 2100) soit 15 % de la population mondiale (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a) ;

- *le groupe 6* comprend finalement des pays où la fécondité sera supérieure à 2,4 enfants par femme en 2100. Ils ne sont pas très nombreux, mais leur croissance démographique sera extrêmement élevée. Ce groupe comprend l'Angola, Congo, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Niger, Somalie, Tanzanie et Zambie. Il regroupe 187 millions d'habitants en 2019 (2,4 % de la population mondiale), et 931 millions en 2100, soit 8,6 % de la population mondiale (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a).

En quelques décennies, le changement démographique mondial est radical et c'est une redistribution géopolitique complète qui est en cours, à partir des évolutions démographiques passées et actuelles (encadré 1).



### **Les pays ayant terminé leur transition démographique**

Si l'on ajoute aux principaux pays ayant terminé leur transition démographique en 2019 (groupes 1 et 2), ceux du troisième groupe (fin en 2030), cet ensemble comprend 78 % de la population mondiale de 2019 (6,1 milliards).

Mais il va sensiblement diminuer : en 2100, il regroupera 5,3 milliards d'habitants, soit 48 % de la population mondiale (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a).

En effet, les pays qui sont actuellement en fin de transition démographique connaîtront une faible croissance de leur population, avec une structure par âge vieillie.

### **Les pays en cours de transition démographique**

Par contre, la population des principaux pays où la transition démographique « se fait attendre » (groupes 4, 5 et 6), laquelle atteint 1,3 milliard et 16 pour cent de la population mondiale en 2019, s'élèvera à 3,5 milliards d'habitants en 2100 et sa proportion doublera (32 %).

La croissance de sa population sera élevée en raison du décalage entre baisse de la mortalité et baisse de la natalité et d'une structure par âge jeune

*Source : (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a)*

**Encadré 1.** *Transitions démographiques des principaux groupes de pays.*

	2019 Transition démographique terminée en 2019	2030 Transition démographique terminée en 2030	2100 Transition démographique entre 2030 et 2100
Groupe 1	1,1 milliard Europe, Amérique du Nord, Océanie.		1,2 milliard.
Groupe 2	2,4 milliards Japon, Chine, Rép. Corée, Rép. Dém. de Corée, Chili, Brésil, Colombie, Uruguay, Asie occidentale, Bangladesh, Iran, Sri Lanka.		2 milliards
Groupe 3	2,5 milliards	Inde, Asie du Sud-Est <sup>7</sup> , Amérique latine <sup>8</sup> , Lybie, Tunisie, Ile Maurice, la Réunion, Cap-Vert.	2,1 milliards
Groupe 4	0,550 milliard		0,860 milliard Pakistan, Cambodge, Laos, Philippines, Algérie, Maroc, Bolivie, Guatemala, Haïti, Panama, Paraguay, Bostwana, Afrique du Sud.

<sup>7</sup>À l'exception de : Cambodge, Laos, Philippines (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a).

<sup>8</sup> À l'exception de : Bolivie, Haïti, Guatemala, Panama, Paraguay (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a).

<b>Groupe 5</b>	0,557 milliard		1,7 milliard Afrique subsaharienne <sup>9</sup>
<b>Groupe 6</b>	0,187 milliard		0,931 milliard

Note : La définition de transition démographique terminée est une espérance de vie supérieure à 70 ans et un taux de fécondité totale inférieur à 2,1 enfants par femme. Nous ne comptons que les pays les plus peuplés en 2019.

Source : World Population Prospects 2019 (estimations et variante moyenne, ONU, 2019).

**Tableau 2.2.** *Groupes de pays selon les transitions démographiques et la population en 2019, 2030 et 2100 (en milliards d'habitants).*

---

<sup>9</sup> À l'exception de : Angola, Congo, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Niger, Somalie, Tanzanie et Zambie (estimations et variante moyenne, ONU, 2019a) qui font partie du groupe six.

## 2.4. La transition démographique dans le monde.

La transition démographique a commencé au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle en Europe, avec deux siècles de progrès extraordinaires de la mortalité, grâce au contrôle des épidémies et des famines. En France, entre 1780 et 1840, l'espérance de vie est passée de moins de 30 ans à plus de 40 ans et, de 1880 à 1940, de 43 ans à près de 60 ans. La mortalité infantile a également fortement reculé. Les progrès de la mortalité ne se sont pas produits dans tous les pays européens au même moment ni au même rythme. Ils ont été interrompus par les guerres (guerre de 1870, première guerre mondiale) et la grippe de 1918. Les découvertes médicales, notamment celles de Pasteur sur l'origine microbienne des maladies infectieuses, les progrès sanitaires et l'élévation des niveaux de vie ont contribué à réduire notablement les épidémies et les disettes (Vallin, 2003, p. 9-14). Par ailleurs, la progression des espérances de vie a continué largement, pour atteindre en 2015-2020 des niveaux supérieurs à 80 ans (en Australie, Canada, Corée, Europe, Japon, Singapour, etc.). En 2019, au niveau mondial, l'espérance de vie pour les deux sexes est de 72,3 ans : dans les pays développés de 79, 2 ans et de 72 ans dans les pays moins développés (ONU, 2019a, tableau A.28).

La baisse de la fécondité a commencé plus tard que celle de la mortalité, à partir de 1870 en Europe, passant de près de 5 enfants à environ 2 ou 3 enfants par femme à la veille de la Seconde Guerre mondiale. Seule la France a commencé à limiter les naissances au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, plus d'un siècle avant les autres pays européens (Festy, 1979). Le décalage entre les dates du début de la baisse de la mortalité et celle de la fécondité a provoqué une forte croissance de la population. C'est ainsi que la population de l'Angleterre-Galles est passée de 6,5 millions en 1750 à 42 millions au début des années 1940 (Vallin, 2003, p. 27).

Au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, la transition démographique s'est étendue en Asie et en Amérique latine, la mortalité ayant diminué après 1950, puis la fécondité vers 1970 (Chesnais, 1986a). La diminution de la mortalité a été d'autant plus accélérée que l'efficacité des politiques sanitaires résultait des expériences antérieures dans les pays développés (Omran, 1971). Pendant quatre décennies, entre 1940 et 1990, la natalité a largement dépassé les taux bruts de mortalité, induisant une forte croissance de la population, supérieure à 2 pour cent par an. Ce chiffre n'avait jamais été atteint ni en Europe ni au Japon (Chesnais, 2002, p. 458). Finalement, pendant la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la baisse de la fécondité s'est généralisée. Contrairement à ce qui s'est passé en Europe, « l'explosion du Tiers Monde » (Vallin, 2003, p. 60) a provoqué la mise en place de politiques de limitation des naissances, réduisant ainsi rapidement la fécondité. Comme l'écrit Vallin : « Il est

*[Titre de l'ouvrage],*

coordonné par [nom du coordonnateur]. © ISTE Editions [année de publication].

peu de cas où l'on peut affirmer que l'instauration d'un programme de limitation des naissances ait été le principal facteur d'une réduction souhaitée de la fécondité » (Vallin, 2011, p. 344). Mais, il souligne à juste titre que l'accès est rendu plus aisé, pour les couples et pour les femmes qui désirent limiter leurs naissances, lorsque les programmes existent (Vallin, 2011, p. 344).

#### **2.4.1. Les facteurs explicatifs des transitions démographiques.**

Pour expliquer la baisse de la mortalité en Europe depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, Abdel Omran (1971) a proposé la théorie de la transition épidémiologique, soit le passage d'un régime ancien de mortalité « âge de la peste et de la famine », à une période de transition « de recul des pandémies », pour atteindre finalement le dernier âge des « maladies de dégénérescence » et « des maladies de société » (Omran, 1998). Puis est apparu le concept plus général de « transition sanitaire » (Meslé, Vallin, 2002). Pendant cette période, les progrès médicaux pour réduire les maladies infectieuses et cardio-vasculaires sont accompagnés du développement de l'alimentation, de l'agriculture, de l'éducation, d'une amélioration du niveau de vie, de la mise en place d'infrastructures sanitaires (eau potable, égouts) et du développement des systèmes de santé. Mais sur ces dimensions, les inégalités se creusent, car toute la population n'y a pas accès également (Meslé *et al.*, 2011, p. 484).

En Europe, le retard à l'âge au mariage<sup>10</sup> a accompagné la baisse séculaire de la fécondité, en l'absence de moyens contraceptifs efficaces chez les couples. En 1840, Festy distingue les pays à mariage tardif, supérieur à 27 ans : pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède), Belgique, Pays-Bas, Suisse ; et les pays à mariage précoce, inférieur à 26 ans : Finlande, Grande-Bretagne, Allemagne, Autriche, Europe méridionale (Espagne, Italie et Portugal) et Amérique du Nord (Festy, 1979, p. 28). Il montre la relation complexe, en 1870, entre mariage tardif, basse fécondité, coutumes d'allaitement et différences de fécondabilité entre riches et pauvres (Festy, 1979, p. 42). De plus, les « variables intermédiaires de la fécondité », qui sont des facteurs biologiques, sociaux, économiques et culturels, agissent de concert dans la réduction de la fécondité (Davis et Blake, 1956). Bongaarts a calculé qu'on pouvait les réduire à quatre variables déterminantes, lesquelles expliquent à elles seules la majorité des évolutions de la fécondité : l'âge à la première union, la durée de l'allaitement, l'utilisation de méthodes contraceptives et l'avortement (Bongaarts,

---

<sup>10</sup> Malthus préconisait d'ailleurs ce retard au mariage, associé à la chasteté dans le célibat, comme un frein préventif à l'accroissement de la population (Malthus, 1980 [1798]).

1978). Dans les pays asiatiques et latino-américains, les moyens de contraception modernes et l'avortement ont joué un rôle prédominant dans la régulation des naissances, car « la révolution contraceptive » a gagné toutes les régions du monde (Leridon et Toulemon, 2002). En Afrique, la durée de l'allaitement prolongé a, pour sa part, un effet réducteur sur le nombre d'enfants dans les couples (Tabutin et Schoumaker, 2004).

Coale a regroupé les principales causes macro-sociales des changements de la fécondité dans le modèle RWA (Coale, 1973) :

- un premier facteur est le choix raisonné pour mettre au monde un enfant. Les avantages et les inconvénients d'une naissance supplémentaire doivent pouvoir être acceptés par les couples. Ce facteur est nommé *readiness* (R). Il détermine l'apparition de la fécondité contrôlée, notamment pour des raisons économiques ;
- un second facteur est la perception que la basse fécondité est avantageuse socialement et économiquement pour les mères et les pères. Ce facteur est nommé *willingness* (W). Il s'agit de la légitimité sociale du contrôle de la fécondité dans les familles et d'un changement de valeurs, normatif et culturel ;
- le troisième facteur est la disponibilité de moyens de limitation des naissances et leur utilisation efficace. Ce facteur est nommé *ability* (A). Il dépend de la diffusion des méthodes de contraception, des infrastructures mises en place pour le contrôle des naissances et des politiques médicales et sanitaires.

Selon Coale, les principaux facteurs de la transition de la fécondité doivent être à la fois économiques, culturels et institutionnels, les trois préconditions RWA agissant mutuellement, car si une seule fait défaut, la baisse de la fécondité ne se produira pas (Coale, 1973 ; Lesthaeghe, Vanderhoeft, 2001). Comme tous les individus ne changent pas leurs comportements au même moment, et que seuls des groupes pionniers les adoptent, la diffusion au reste de la population est véhiculée par les « interactions sociales » (Bongaarts, Cotts Watkins, 1996). Mais elle peut être freinée ou bien accélérée selon les normes culturelles, religieuses et linguistiques de chaque région<sup>11</sup>. Bourgeois-Pichat a souligné l'importance des

---

<sup>11</sup> Par exemple, en 1870, l'Angleterre, le pays le plus industrialisé d'Europe, gardait une forte fécondité, alors que la France, laquelle contrôlait les naissances dès 1750, était beaucoup plus rurale. Un autre exemple est celui de la Suède et de l'Allemagne, où la scolarisation primaire universelle était achevée en 1870, sans faire baisser la descendance des familles (Coale, 1973, p. 65).

effets de groupe : « Certes, le couple décide, mais il le fait en fonction de critères sociaux et le patrimoine culturel qu'on avait chassé un peu vite maintient ses droits » (Bourgeois-Pichat, 1976, p. 1077).

Pour expliquer les transitions démographiques contemporaines, le modèle de diffusion de Coale (Coale, 1973) a été complété par de nombreux auteurs. Mc Nicoll a analysé les conséquences des facteurs politiques et institutionnels sur les comportements des familles (Mc Nicoll, 1980). Becker a expliqué la limitation des naissances dans les couples par des facteurs micro-économiques (Becker, 1994). Caldwell a mis en avant le rôle des flux intergénérationnels de richesse : ils vont des enfants vers les parents dans les régimes de forte fécondité et leur sens se modifie, des parents vers les enfants, lorsque le coût de la scolarisation des enfants et de leur santé augmente, induisant le contrôle de la fécondité (Caldwell, 1982). Selon une perspective psychosociale, Fawcett a proposé de prendre en compte la perception de la valeur des enfants (Fawcett, 1983). Simons s'est intéressé à l'impact de la pratique religieuse sur les comportements reproductifs (Simons, 1982).

Une autre proposition théorique est celle de la seconde transition démographique, laquelle se réfère à la diversification des configurations familiales dans les sociétés post-modernes, marquée par la hausse de la cohabitation hors mariage, l'augmentation des divorces et des nouvelles cohabitations après les ruptures d'union, le retard de l'âge au premier enfant, l'augmentation des naissances hors mariage et des couples sans enfant. Ces changements de la nuptialité et de la fécondité proviendraient de la primauté des choix individuels, de relations de genre plus équitables, d'une plus grande autonomie des femmes, de changements macro-structurels, de calculs micro-économiques et de nouveaux modèles culturels et de valeurs qui s'expriment individuellement et collectivement (Lesthaeghe, 2010). Si ces changements ont pu se produire dans certains pays européens, ils n'ont pas encore gagné toutes les autres parties du monde, où les systèmes familiaux et de genre sont extrêmement résistants aux changements.

#### **2.4.2. Questionnements.**

L'observation des évolutions démographiques contemporaines pose des interrogations sur la validité universelle des trois paradigmes de Chesnais pour expliquer la transition démographique : tout d'abord, sur la vraisemblance de l'hypothèse de stabilisation pour la fin de la transition ; ensuite, sur la transition reproductive en deux phases (limitation des mariages, puis limitation des naissances) ; finalement, sur l'influence de l'entrée dans la croissance économique moderne (Chesnais, 1986a, p. 1061).

La première question sur la fin de la transition est fondée sur l'observation des oscillations récentes à la hausse et à la baisse des très basses fécondités contemporaines. En 1979, Bourgeois-Pichat s'interrogeait : « La baisse actuelle de la fécondité en Europe s'inscrit-elle dans le modèle de la transition démographique ? ». À cette question, il donnait la réponse suivante : « Ce qu'on observe actuellement semble indiquer que cette dernière phase n'est pas caractérisée par une fécondité constante, mais plutôt par une succession de vagues produites par les modifications dans la structure des familles qui résultent elles-mêmes des variations de la fécondité » (Bourgeois-Pichat, 1979, p. 293-294). Vallin a également souligné que les « évolutions observées dans les pays les plus avancés s'éloignent de plus en plus du modèle de la transition démographique, et, si la convergence reste possible, il est peu probable qu'elle conduise à la stabilisation » (Vallin, 2003, p. 75). Par ailleurs, Myrskylä, Kohler et Billari ont montré que la relation entre la fécondité des pays les plus développés et les niveaux très élevés de l'indicateur de développement humain (IDH) est devenue positive<sup>12</sup>, ce qui explique le redressement des niveaux de fécondité dans des pays ayant atteint ce niveau de développement supérieur (Myrskylä *et al.*, 2009).

Le second questionnement concerne le paradigme du module de la transition de la reproduction en deux phases (limitation des mariages, puis limitation des naissances), lequel ne se vérifie pas de manière généralisée. Par exemple, au Mexique, la nuptialité demeure précoce : dans les trente générations 1951-1980, l'âge médian à la première union<sup>13</sup> des femmes mexicaines est stable, à 21 ans, malgré un allongement sensible de leur scolarité. Cela n'empêche pas la fécondité de baisser rapidement, et ce sont d'autres facteurs qui l'expliquent, comme la diffusion des méthodes modernes de contraception, notamment la stérilisation féminine (Zavala, Paéz, 2016). Une comparaison entre l'Algérie et le Mexique a montré que la réduction de la fécondité fut semblable, entre 1970 et 2005 : de 7 à 2,4 enfants par femme. Cependant, les âges moyens à la première union ont évolué différemment dans la période : à peu près stables au Mexique (de 21 à 23 ans) et en forte hausse en Algérie (de 18 à 30 ans) (Cosio-Zavala, 2012).

---

12 L'indice de développement humain (IDH) est un indice multidimensionnel, calculé depuis 1990 par le Programme des Nations unies sur le Développement (PNUD), à partir de trois composantes : espérance de vie à la naissance, niveau de scolarisation et niveau de revenu (PNUD, 1990). Au cours du temps, il a été complété par d'autres dimensions (ajustements des indicateurs, perspective de genre).

13 Il s'agit de l'ensemble des unions consensuelles et des mariages. En effet, les couples en union ont le même comportement reproductif que les couples mariés (Zavala, Paéz, 2016).



Finalement, l'autre paradigme qui ne se vérifie pas partout est celui de la croissance économique pour expliquer les changements de fécondité. En effet, dans les pays en développement, il existe deux modèles de transition de la fécondité : le premier modèle est celui de la population urbaine et scolarisée, laquelle contrôle ses naissances, suite à l'amélioration de son niveau de vie. Le second modèle, le *malthusianisme de pauvreté*, a son origine dans la faible croissance économique et les mauvaises conditions de vie. C'est le cas au Mexique depuis trois décennies, dans une situation de crise économique interminable, où les familles limitent le nombre de leurs enfants parce qu'ils manquent de moyens pour les élever (Cosio-Zavala, 1996). Ces deux modèles de transition de la fécondité sont également présents en Afrique subsaharienne : au Kenya et en Côte d'Ivoire (Vimard, Fassassi, 2001), au Bénin (Capo-Chichi, 1999), au Nigeria (Caldwell *et al.*, 1992) et dans un ensemble de pays de la région (Lesthaeghe, Jolly, 1995). Par conséquent, le postulat d'une relation négative entre le niveau de fécondité et la croissance économique ne s'applique pas aux pays peu développés ni aux populations très développées, comme mentionné ci-dessus (Myrskylä *et al.*, 2009). Ce n'est donc pas une relation globale, ni en tous lieux ni en tout temps, susceptible d'expliquer la généralisation de la transition démographique dans le monde.

Dans la section suivante, nous analyserons la transition démographique en Amérique latine et Caraïbes, afin d'illustrer la variété et la particularité des évolutions. En effet, commencée vers 1900 dans le sud du sous-continent, elle débute à peine dans certains pays actuellement. Les disparités dans le temps et les lieux sont très importantes, selon les contextes sociaux, économiques et culturels.

## **2.5. La transition démographique en Amérique latine et Caraïbes (ALC).**

La première phase de la transition démographique latino-américaine a démarré à la fin du XIXe siècle, lorsque la mortalité a faibli dans les pays de forte immigration européenne (Argentine, Cuba, Uruguay), lesquels comptaient de grandes villes, avec les meilleurs services urbains et d'hygiène de l'époque, inspirés de Paris ou New York<sup>14</sup>. Au début du XXe siècle, les plus faibles taux bruts de mortalité se trouvaient en Uruguay (14 ‰), Argentine (20 ‰), Cuba (24 ‰) et Panama (21 ‰), alors que le

---

14 Buenos Aires était considérée comme l'une des villes les plus modernes du monde. Le premier métro d'Amérique latine y fut construit en 1914 (Rivière D'Arc et Schneier, 1993, p. 220)

reste des pays enregistré des taux bruts de mortalité supérieurs à 30 pour mille (Delaunay, Cosio-Zavala, 1992, p. 17).

Pour l'ensemble de l'Amérique latine<sup>15</sup>, Arriaga a estimé l'espérance de vie à 25 ans vers 1825, et à 27 ans vers 1900 (Arriaga, 1968), soit un retard considérable par rapport aux niveaux européens, lesquels atteignaient, en 1840, autour de 41 ans d'espérance de vie en Suède, Angleterre-Galles et France (Vallin, 2003, p. 5). De grandes différences s'observaient également à l'intérieur du sous-continent, selon les régions, les infrastructures et le niveau de développement économique et social. Ainsi, à Cuba, l'espérance de vie en 1910 atteignait 34 ans pour les hommes et 37 ans pour les femmes (Albizu-Campos, 2000). La baisse de la mortalité cubaine fut particulièrement rapide et Cuba montre le taux de mortalité infantile le plus bas d'Amérique latine : 4 décès d'enfants de moins d'un an pour mille naissances en 2015-2020 (ONU, 2019a, Mort/1-1).

Le tableau 2.3 montre les évolutions des espérances de vie et du taux de mortalité infantile, entre 1950 et 2020.

### **2.5.1. Modalités de la réduction accélérée de la mortalité.**

Au milieu du XXe siècle, la diminution rapide de la mortalité s'est diffusée à l'ensemble de l'Amérique latine et Caraïbes (tableau 2.3). En deux décennies, entre 1950-55 et 1970-75, les espérances de vie à la naissance ont gagné près de 10 ans ; entre 1980-85 et 2000-05 la hausse fut de 7 ans. Sur la dernière période de 15 ans, entre 2000-2005 et 2015-2020, l'accroissement fut de 3 ans. Les progrès de la mortalité ont été ensuite ralentis (tableau 2.3), en raison de la crise économique latino-américaine, « la décennie perdue » des années 1980<sup>16</sup>. La fin des années 2000 a également connu une stagnation de la mortalité, car la transition sanitaire affronte maintenant les maladies chroniques, dégénératives et les causes violentes, dans un contexte d'inégalités sociales croissantes, de vieillissement démographique et de

---

<sup>15</sup> L'Amérique latine comprend les pays membres de la Commission pour l'Amérique latine et Caraïbes (CEPALC) des Nations Unies. Dans une première définition, comprenant 20 pays au total, étaient exclues les anciennes possessions anglaises et hollandaises ainsi que les départements français. Depuis 1984, la région CEPALC comprend tous les pays ou territoires, indépendants ou non (38 pays en 2020).

<sup>16</sup> En Amérique latine, la « décennie perdue » désigne les années 1980-1990, période de crise du modèle de développement latino-américain, marquée par le poids de la dette extérieure et les programmes d'ajustement structurel (CEPALC, 2019).

grandes disparités entre villes et campagnes, selon le sexe et les niveaux de scolarisation.

	1950-1955	1970-1975	1980-1985	2000-2005	2015-2020
Espérance de vie (années)	51,4	61,2	65,3	72,3	75,2
Taux de mortalité infantile (pour mille)	126	80	59	25	15

Source : ONU, File/Mort 1-1 et Mort 7-1 (2019)

**Tableau 2.3.** *Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile en Amérique latine et Caraïbes. 1950-2020 (Sexes réunis).*

Cependant, sur l'ensemble de la période 1950-2020, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 23,8 ans (3,4 années par an en moyenne). Les taux de mortalité infantile sont passés de 126 en 1950-55 à 59 décès en 1980-85, puis à 15 décès d'enfants de moins d'un an pour mille naissances en 2015-2020. Par conséquent, selon ces deux indicateurs, la baisse de la mortalité a été particulièrement rapide, jusqu'à atteindre 75 ans d'espérance de vie à la naissance en 2020 pour les deux sexes (tableau 2.3).

Entre 1950-1955 et 2015-2020, les espérances de vie à la naissance ont convergé entre les nations. En 1950-1955, les plus faibles valeurs étaient de 38 ans en Haïti et de 40 ans en Bolivie ; les plus élevées de 63 ans en Argentine et 66 ans en Uruguay : la différence était de 28 ans entre les deux valeurs extrêmes. En 2015-2020, le Costa Rica a atteint 80 ans d'espérance de vie à la naissance ; Haïti a la valeur la plus basse (64 ans), soit 16 ans de différence entre les valeurs extrêmes (figure 2.1). Pendant ces sept décennies, la mortalité a baissé plus rapidement dans les pays dont le niveau initial était élevé (Honduras, Pérou et Nicaragua). La Bolivie a gagné 31,5 ans d'espérance de vie à la naissance, ce qui est considérable, par rapport à son niveau de départ de 39,6 ans. Au Mexique, les progrès rapides marquent le pas depuis 2000, suite à l'augmentation des homicides (Cosio-Zavala, 2017, p. 25-27). En Argentine, l'augmentation est régulière, et le Costa Rica rejoint et dépasse Cuba (figure 2.1).

Pour l'ensemble de l'Amérique latine et Caraïbes, en 2015-2020, l'espérance de vie féminine à la naissance (78,5 ans) est supérieure de 6,5 années à celle des hommes (72 ans). Pour les femmes, les deux valeurs extrêmes en 1950-55 étaient celles de l'Uruguay et d'Haïti (69 et 39 ans respectivement), une différence de 30 ans, alors qu'en 2015-2020 la différence est de 17 ans entre le Costa Rica (83 ans) et Haïti (66 ans). Chez les hommes, en 1950-55, la différence entre les valeurs extrêmes était de 27 ans (63 ans en Uruguay contre 36 ans en Haïti), et de 16 ans en 2015-2020 (77 ans au Chili et au Costa Rica et 61 ans en Haïti) (ONU, Mort/7-2 et 7-3, 2019). On observe donc une certaine convergence de la mortalité entre les pays au cours du temps, mais celle des hommes reste supérieure à celle des femmes.

En 2015-2020, nous pouvons classer la mortalité des pays latino-américains en trois groupes, en nous basant sur les espérances de vie à la naissance des femmes, lesquelles sont les plus favorables :

- dans un premier groupe, elles dépassent 80 ans à Cuba, en Argentine et Uruguay, qui avaient de bas niveaux de mortalité dès le début de la transition démographique<sup>17</sup>. S'y ajoutent des pays ayant connu de rapides progrès médicaux et sanitaires (Chili, Costa Rica, Panama) et de nombreuses îles des Caraïbes en relation avec leurs métropoles (Barbades, Curaçao, Guadeloupe, Martinique, Puerto Rico, Îles Vierges). Les taux de mortalité infantile sont bas dans ce groupe : entre 4 (Cuba) et 18 (Panama) décès de moins d'un an pour mille naissances (ONU, Mort/7-3, 2019) ;

- le second groupe se situe entre 75 et 80 ans : Brésil, Colombie, Équateur, Pérou, Paraguay, Venezuela en Amérique du Sud ; Belize, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua en Amérique centrale ; Antigua, Aruba, Bahamas, République dominicaine, Jamaïque, Saint-Vincent, Trinidad et Tobago aux Caraïbes. Ces pays ont atteint 70 ans à la fin des années 1980, sauf El Salvador, Guatemala, Honduras et Nicaragua, autour de 60 ans vers 1980. Mais ces pays centre-américains ont rapidement rattrapé leur retard, pour rejoindre dans les années 1990 les niveaux de ce second groupe. Les taux de mortalité infantile atteignent entre 15 et 20 décès de moins d'un an pour mille naissances au Venezuela (15), Mexique (17), Pérou (18) et Brésil (20) ; ils varient de 23 à 31 décès de moins d'un an pour mille naissances au Honduras (23) et au Nicaragua

---

17 Ils ont été peuplés majoritairement d'immigrants d'origine européenne à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle (Cosio-Zavala, 1998), avec une mortalité relativement basse dès leur arrivée.

et Guatemala (31), ce qui reflète de mauvaises conditions de vie et une grande vulnérabilité économique et sociale (ONU, Mort/7-3, 2019) ;

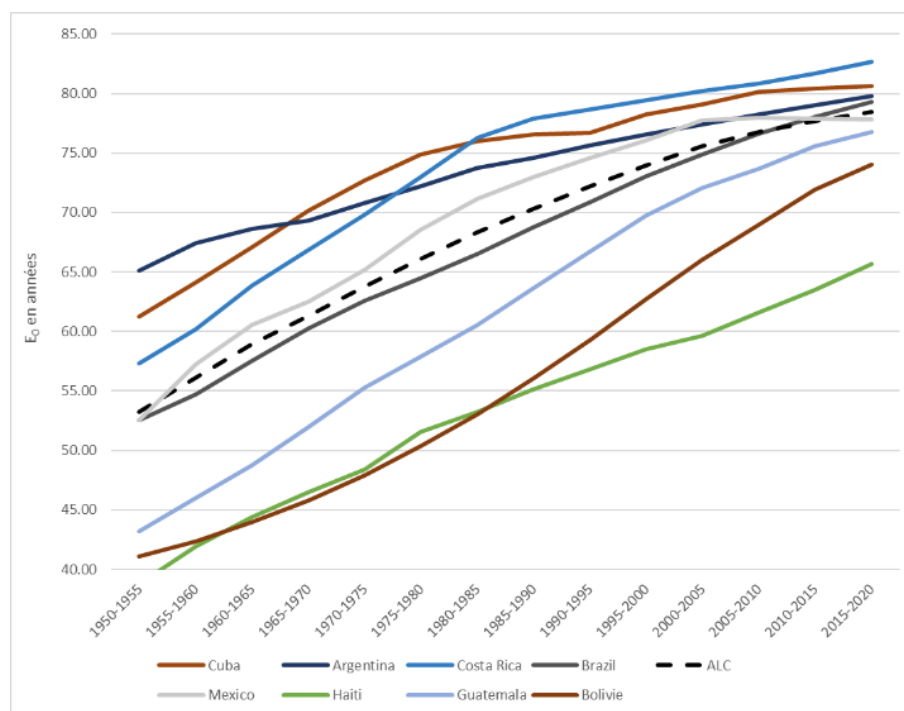
- le troisième groupe comprend quatre pays : Haïti, Bolivie, Guyana, Suriname, dont l'espérance de vie féminine à la naissance est inférieure à 75 ans. Ce sont les pays les plus pauvres d'Amérique latine, avec beaucoup de difficultés économiques et politiques et de grandes disparités sociales (CEPAL, 2019). La mortalité infantile en Haïti est de 64 et en Bolivie de 42 décès de moins d'un an pour mille naissances, des niveaux très élevés (ONU, Mort/7-3, 2019).

Il faut souligner que les progrès remarquables accomplis dans la lutte contre la mortalité ont été effectués de manière coordonnée. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)<sup>18</sup>, fondée en 1902, a organisé des programmes médicaux et sanitaires dans tous les pays latino-américains (installation d'eau potable, d'égoûts, campagnes massives de vaccination, lutte contre la fièvre jaune, le paludisme, la tuberculose, la rougeole et autres maladies infectieuses et parasitaires). À partir de 1950, ils ont permis de réduire efficacement la mortalité infectieuse et parasitaire, ainsi que la mortalité infantile, indépendamment du niveau de vie des populations, en profitant des découvertes des pays développés. Cependant, lors de la crise économique des années 1980 (*la décennie perdue*), les programmes de lutte contre la mortalité ont connu des restrictions de financement, provoquant un retour du paludisme et de la rougeole (Cosio-Zavala, 1998, p. 39-40). De nouvelles maladies infectieuses sont apparues, telles que le VIH-Sida, la Dengue, le Zika, le Chikungunya et le Covid-19.

En 2017, l'OPS a déclaré qu'en Amérique latine et Caraïbes, les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ont tous été réalisés en 2015, sauf l'OMD 5 sur la mortalité maternelle. L'OPS a également pour objectif de piloter les Objectifs du Développement durable (ODD) en cours, notamment l'ODD 3 sur la santé (OPS, 2017).

---

18 Tous les pays latino-américains sont membres de l'OPS, et la France, le Royaume-Uni et les Pays-Bas y participent. Porto Rico est un membre associé.



Source : ONU, 2019a, Mort/7-3.

**Figure 2.1.** *Espérance de vie féminine à la naissance par périodes quinquennales, 1950-2020. Ensemble ALC et pays sélectionnés.*

### 2.5.2. La période de forte croissance démographique.

Une période de forte croissance de la population latino-américaine a commencé, au milieu du XXe siècle, suite à la baisse de la mortalité. Entre 1950 et 1970, les taux d'accroissement naturel se sont élevés à plus de 2,5 pour cent, jusqu'à atteindre 2,75 % par an entre 1960-1965 (Cosío-Zavala, 1998). C'est une conséquence de la baisse de la mortalité, de la hausse de la nuptialité et de la fécondité élevée. En effet, un *union boom* latino-américain a été observé entre 1950 et 1960<sup>19</sup>. Les

<sup>19</sup> Les unions non légales (*consensuales*) ont toujours été extrêmement fréquentes en Amérique latine et aux Caraïbes, et elles doivent donc être considérées dans l'étude de la nuptialité avec les mariages légaux. On se réfère donc aux unions, et non pas seulement aux mariages, pour l'étude de la nuptialité (Camisa, 1978).

[Titre de l'ouvrage],

coordonné par [nom du coordonnateur]. © ISTE Editions [année de publication].

pourcentages de femmes en union ont augmenté, avec des unions particulièrement précoces et une nuptialité universelle (comme en 1950-60, au Nicaragua, où 60 % des femmes étaient unies à 20-24 ans et 97 % à 50 ans). Ce n'est qu'au sud de l'Amérique du Sud (Argentine, Chili, Uruguay) que les unions ont été plus tardives, bien qu'en augmentation pendant la période du boom des unions (Camisa, 1978).

La fécondité latino-américaine est restée très élevée avant 1965, et tous les pays affichaient entre 6 et 7,4 enfants par femme, à l'exception de quelques pays à fécondité modérée (entre 3 et 5 enfants par femme), comme l'Argentine, le Chili, Cuba et l'Uruguay (ONU, 2019a, Fert/4). La forte fécondité est le résultat de l'association d'une vie maritale durable, d'une fécondité *naturelle* chez les couples (qui ne contrôlaient pas leurs naissances), d'une nuptialité précoce et intense, de la baisse de la mortalité qui a réduit la mortalité intra-utérine et le veuvage (le divorce étant très rare à cette période), et de la réduction de la stérilité des couples, grâce aux progrès médicaux, nutritionnels et sanitaires.

### **2.5.3. Nouveaux comportements reproductifs.**

La fécondité s'est rapidement transformée en Amérique latine et Caraïbes après 1965. On peut identifier quatre modèles de transition de la fécondité :

- *Une transition précoce*, dès 1900, en Argentine et en Uruguay, avec des taux de fécondité totale de 3,1 et 2,9 enfants par femme respectivement en 1960-65 (ONU, 2019a, Fert/4). Ces pays ont connu une histoire particulière : forte immigration d'origine européenne, urbanisation rapide, bonnes conditions de vie dès la fin du XIXe siècle. Les immigrés d'Italie, d'Espagne, d'Europe de l'Est sont arrivés porteurs de normes familiales de leurs pays d'origine, où la transition de la fécondité avait déjà commencé. La diminution de la fécondité pendant tout le XXe siècle, et jusqu'en 2015-2020, lente mais régulière, s'accélère en fin de période (figure 2.2) ;

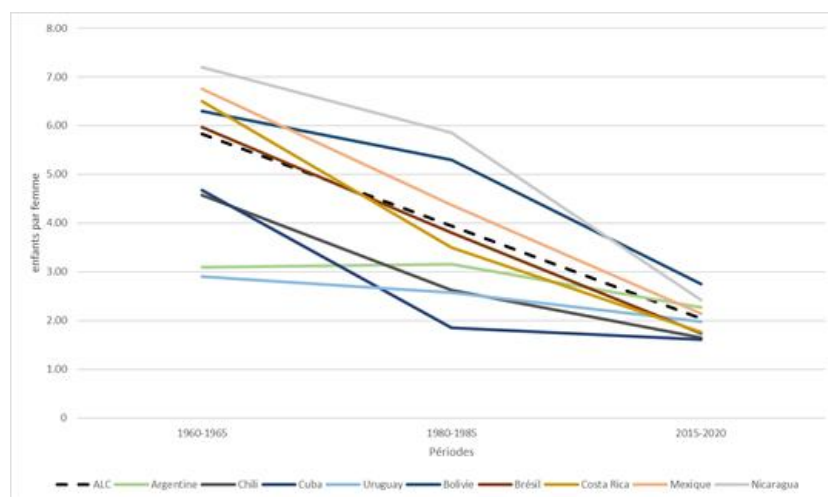
- *Une transition débutant vers 1965* à Cuba<sup>20</sup> (4,7 enfants par femme en 1960-65) et au Chili (4,6 enfants par femme en 1960-65) (ONU, 2019a, Fert/4). Une scolarisation élevée et l'urbanisation ont permis de réduire la fécondité, pour atteindre respectivement 1,9 et 2,6 enfants par femme en 1980-85, une baisse de 60 % et 40 % respectivement. Dans la seconde période (1980-2015), la baisse continue dans ces deux pays, mais à un rythme plus lent (figure 2.2) ;

---

<sup>20</sup> Cuba a enregistré un baby boom post révolutionnaire entre 1959 et 1970 (Cosio-Zavala, 1998).

- *Une transition accélérée entre 1965 et 2015* : au Brésil, Colombie, El Salvador, Équateur, Mexique, Pérou, Panama, République dominicaine et Venezuela. Dans ce groupe de pays, la fécondité se situait en 1960-65 entre 6 et 7,4 enfants par femme ; puis entre 3,5 et 5 enfants par femme en 1980-85 ; et finalement, en 2015-2020, entre 1,7 et 2,5 enfants par femme. En Colombie et au Costa Rica, la réduction du taux de fécondité total est de 46 pour cent entre 1960 et 1985, et de plus de 30 pour cent au Brésil, Mexique, Panama et Venezuela (ONU, 2019a, Fert/4) ;

- *Une transition tardive et extrêmement rapide* : en Bolivie, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua et Paraguay. Ces pays gardaient en 1980-85 des niveaux élevés de fécondité, entre 5 et 6 enfants par femme. La baisse de fécondité après cette date atteignit une réduction égale ou supérieure à 50 %, et la fécondité se situe, en 2015-2020, entre 2,5 et 3 enfants par femme (ONU, 2019a, Fert/4).



Source: ONU, 2019a, Fert/4. Ensemble ALC et pays sélectionnés.

**Figure 2.2.** Taux de fécondité totale en Amérique latine et Caraïbes (ALC). 1960-65, 1980-85, 2015-2020.

Par conséquent, la fécondité a convergé dans la région après 1965. Tous les pays, quelle que soit leur histoire reproductive, affichent en 2015-2020 des niveaux de fécondité entre 1,6 et 3 enfants par femme, alors que les niveaux de départ s'étaient, en 1960-65, entre 2,9 en Uruguay et 7,4 enfants par femme en République dominicaine. Cette transformation de la fécondité latino-américaine



s'explique par la révolution contraceptive entre 1965 et 1990, et par le malthusianisme de pauvreté.

En 2019, la prévalence contraceptive en Amérique latine et Caraïbes s'élève à 58 % de femmes utilisatrices de méthodes de contraception, âgées de 15-49 ans. La stérilisation féminine prédomine, avec 16 % d'utilisatrices pour l'ensemble de la région, 30 % en République dominicaine, plus de 20 % à El Salvador, Colombie, Équateur et Mexique. Suit la pilule avec 15 % pour la moyenne latino-américaine, mais 30 % au Brésil. La stérilisation est la première méthode féminine à Cuba (25 % d'utilisatrices), et 24 % des Cubaines utilisent le stérilet, dans un pays où de nombreux avortements légaux ont lieu<sup>21</sup> (ONU, 2019b).

La diffusion de méthodes contraceptives modernes explique la diminution de la fécondité latino-américaine après 1965, car des programmes de planification familiale ont été mis en place dans la majorité des pays, permettant de satisfaire la demande de contrôle des naissances de la part des femmes scolarisées, économiquement actives, résidant dans les grandes villes, avec des niveaux de vie élevés (Zavala de Cosío, 1992). L'utilisation de méthodes modernes de contraception s'est répandue rapidement dans ces catégories sociales favorisées, lesquelles ont suivi la voie des sociétés ayant débuté la révolution contraceptive moderne (Leridon, Toulemon, 2002).

Cependant, pour les catégories sociales désavantagées, un autre modèle de transition de la fécondité a eu lieu, sous la forme d'une diminution tardive et rapide. Jusqu'en 1985, les populations les plus pauvres et les moins instruites ont conservé une forte fécondité, entre 5 et 6 enfants par femme, comme en Bolivie, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua et Paraguay (ONU, 2019a, Fert/4). Puis, leur fécondité a baissé extrêmement vite. Le *malthusianisme de pauvreté* s'est produit lorsque les familles défavorisées ont dû limiter leurs naissances pour pouvoir survivre, alors que les méthodes contraceptives modernes leur étaient largement accessibles :

« loin de signifier un développement social harmonieux, ceci souligne la faillite du modèle économique, la détérioration des niveaux de vie et les effets de la crise qui frappe avant tout les couches sociales les plus défavorisées, alors que s'est développée

---

21 Il est difficile de savoir combien d'avortements légaux sont pratiqués à Cuba, car la méthode la plus fréquente est l'aspiration à un stade précoce de la grossesse, appelée régulation menstruelle, pour laquelle il n'y a pas de statistiques.

parallèlement une offre abondante de services de planification familiale » (Cosio-Zavala, 1998, p. 67).

Dans le tableau 2.4, nous présentons une synthèse des transitions latino-américaines de la mortalité et de la fécondité, en 2015-2020, aboutissant à dix groupes différenciés selon différentes combinaisons (tableau 2.4).

Transitions de la mortalité	Transitions de la fécondité				
	Très avancée TFT<2,0	Avancée TFT=2,0	Majoritaire 2,4≥TFT>2,1	Modérée TFT=2,5	En cours TFT>2,5
Avancée $E_0 \geq 78$ ans	Chili 80/1.7 Costa Rica 80/1.8 Cuba 79/1.6	Uruguay 78/2.0		Panama 78/2.5	
Moyenne 78 ans $E_0 \geq 75$ ans	Brésil 76/1.7 Colombie 77/1.8		Argentine 76/2.3 Équateur 77/2.4 Mexique 75/2.1 Pérou 76/2.3	Honduras 75/2.5	
En cours $72 \text{ ans} \geq E_0 \leq 74$ ans			République dominicaine 74/2.4 El Salvador 73/2.1 Nicaragua 74/2.4 Venezuela 72/2.3	Paraguay 74/2.5	Guatemala 74/2.9
Débutante $E_0 < 72$ ans					Bolivie 71/2.8 Haïti 64/3.0

Source : ONU, 2019a, tableaux Mort/7-1 et Fert/4<sup>22</sup>.

**Tableau 2.4.** Pays d'Amérique latine et Caraïbes selon les transitions de la mortalité et de la fécondité. 2015-2020.

22 Dans le tableau 2.4, les 20 pays sont ceux de la CEPAL en 1984.  $E_0$  est l'espérance de vie à la naissance (en années, les deux sexes réunis) et TFT est le taux de fécondité totale (en nombre d'enfants par femme). Les chiffres après le nom du pays représentent les  $E_0$ /TFT en 2015-2020.

## 2.6. Conclusions.

L'histoire de la transition démographique en Europe et sa généralisation postérieure dans le monde font partie d'un cadre démographique commun, malgré de grandes différences économiques, sociales et culturelles des différentes régions et périodes. La remise en cause du concept d'une théorie universelle se base sur la diversité des étapes et des facteurs qui la provoquent, ainsi que sur le manque de preuves de l'hypothèse de convergence et de stabilisation des populations (Vallin, 2003).

Par ailleurs, au-delà d'analyses au niveau mondial, si l'on prend en compte les inégalités sociales et territoriales, les migrations, les dimensions culturelles et religieuses, différents modèles de transitions démographiques apparaissent, selon les contextes historiques, économiques, sociaux et institutionnels.

On peut en effet conclure :

« qu'il n'existe pas un modèle unique de transition démographique, les conditions dans lesquelles celle-ci se produit étant sous l'influence de variables temporelles et spatiales, des valeurs et des normes de chaque société, de son organisation économique et sociale » (UNESCO, 1996, p. 8).

Et par conséquent, il est nécessaire d'étudier en profondeur les dimensions sociales, régionales et culturelles des tendances démographiques. C'est d'ailleurs ce qui a conduit à un nombre considérable de travaux sur le sujet, depuis des décennies et encore actuellement.

Il est en fait paradoxal et stimulant que le concept de transition démographique soit critiqué de toutes parts, mais qu'il soit à l'origine d'investigations fondamentales pour comprendre l'histoire commune et le devenir possible des évolutions démographiques dans le monde.

## 2. BIBLIOGRAPHIE

- Albizu-Campos E., J.C. (2000). *Mortalidad y supervivencia en Cuba en los 90*. Centro de Estudios Demográficos, Barcelone, et Universidad de La Habana, Cuba.
- Arriaga, E. (1968). Components of city growth in selected Latin American countries. *The Milbank Memorial Quaterly*, vol. XLVI, 2, abril 1968, part. 1.
- Avdeev, A., Eremenko, T., Festy, P., Gaymu, J., Le Bouteillec, N., Springer, S. (2011). Populations and Demographic Trends of European Countries, 1980-2010. *Population*, 66(1), p. 9-129.
- Becker, G. (1991). *Fertility and the Economy*. Population Research Center, University of Chicago.
- Bongaarts, J. (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility, *Population and Development Review*, 1978, 4, p. 105-132.
- Bongaarts, J., S., Cotts Watkins, S. (1996). Social interactions and contemporary fertility transitions, *Population and Development Review*, 22 (4), p. 639-682.
- Boserup, E. (1985). Economic and demographic interrelationships in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 11 (3), p. 393-398.
- Bourgeois-Pichat, J. (1976). Baisse de la fécondité et descendance finale. *Population*, 31<sup>e</sup> année, 6, 1976, p. 1045-1097.
- Bourgeois-Pichat, J. (1979). La baisse actuelle de la fécondité en Europe s'inscrit-elle dans le modèle de la transition démographique ? *Population*, 34<sup>e</sup> année, 2, 1979, p. 267-305.
- Caldwell, J.C. (1982). The wealth flows theory of fertility decline. Dans *Determinants of Fertility Trends: Theories Re-examined*, Hohn C, Mackensen T. (eds.). Ordina, Liège.
- Caldwell, J.C., Orubuloye, I.O., Caldwell, P. (1992). Fertility decline in Africa: a new type of transition? *Population and Development Review*, 18(2), p. 211-242.
- Camisa, Z.C. (1978). La nupcialidad de las mujeres solteras en América latina. *Notas de Población*, 18. Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Santiago, Chili.
- Capo-Chichi, P. V. A. (1999). *Fertility transition in Benin: new reproductive patterns or traditional behaviours?* PhD thesis, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Grande-Bretagne. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://researchonline.lshtm.ac.uk/682287>. Consulté en ligne le 22/02/2020.

- CEPAL (2019), Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, *Panorama Social de América Latina 2019*. (LC/PUB.2019/22-P/Re v.1), Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago, Chili.
- Chesnais, J. Cl. (1986a). *La transition démographique: étapes, formes, implications économiques. Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*. Cahier 113, Travaux et Documents, INED, Paris.
- Chesnais, J. Cl. (1986b). La transition démographique: étapes, formes, implications économiques. Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays. Présentation d'un Cahier de l'INED. *Population* (French Edition), Vol. 41, 6 (nov.-déc., 1986), p. 1059-1070.
- Chesnais, J. Cl. (2002). La transition démographique : 35 ans de bouleversements (1965-2000). Dans *La Population du monde. Géants démographiques et défis internationaux. Seconde édition revue et augmentée*, Chasteland, J. Cl., Chesnais, J. Cl (dir.). Cahier 149, INED, Paris, p. 455-475.
- Coale, A.J. (1973). *The demographic transition reconsidered*, International Population Conference, UIESP, Liège, p. 53-72.
- Coale, A. J., Cotts Watkins, S. (eds.). (1986). *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Cosío-Zavala, M.E. (1996). Malthusianisme de la pauvreté au Mexique. Dans *Populations, L'État des connaissances*, Leridon H. (coord.). Institut National d'Études démographiques (INED)/La Découverte, Paris, p. 255-256.
- Cosío-Zavala, M.E. (1998). *Changements démographiques en Amérique latine*. Savoir Plus Universités. Universités francophones. Estem, Paris.
- Cosío-Zavala, M.E. (2011). Démographie, pauvreté et inégalités. Dans *Les enjeux du développement en Amérique latine. Dynamiques socioéconomiques et politiques publiques*, Quenan, C., Velut, S. (coord.). Institut des Amériques (IA) et Agence française de Développement (AFD), Paris, Coll. A savoir, 4, mars 2011, p. 83-110.
- Cosío-Zavala, M.E. (2012). Les transitions démographiques du XXe siècle dans les pays en développement, des contre-exemples théoriques? *Les Cahiers D'EMAM, Numéro 21, Transition démographique et développement. Diversité des processus et études de cas Maghreb/Machrek*, p. 13-31.
- Cosío-Zavala, M.E. (2017). Les jeunes en Amérique latine, un point de vue démographique. *Problèmes d'Amérique latine*, 105 (2), p. 13-28.
- Davis, K. (1945). The World Demographic Transition. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 237(1), p. 1-11.

- Davis, K., Blake, J. (1956). Social structure and fertility: an analytic framework, *Economic development and cultural change*, 1956, 4, p. 211-235.
- Delaunay, D., Cosio-Zavala, M.E. (1993). Populations et sociétés. Dans *L'Amérique du Sud aux XIXe et XXe siècles. Héritages et territoires*, Rivière D'Arc, H. (dir.). Armand Colin, Paris, p. 11-34.
- Fawcett, J.T. (1983). Perceptions of the Value of Children: Satisfaction and Costs, Dans *Determinants of Fertility in Developing Countries: A Summary of Knowledge, Vol. 1. Supply and demand for children*. Bulatao, R., Lee, R. (eds.). Academic Press, New York, p. 429-457.
- Festy, P. (1979). *La fécondité des pays occidentaux de 1870 à 1970*. INED, Travaux et documents, Cahier 85, Presses universitaires de France, Paris.
- Guzmán, J. M., Rodríguez, J., Martínez, J., Contreras, J. M., González, D. (2006). La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950. *Population*, 2006, 5, (61), p. 623-733.
- Landry, A. (1934). *La Révolution démographique : études et essais sur les problèmes de la population*, INED, 1982 (éd. originale : Paris, Sirey, 1934).
- Leridon, H., Toulemon, L. (2002). La régulation des naissances se généralise. Dans *La Population du monde. Géants démographiques et défis internationaux*. Seconde édition revue et augmentée, Chasteland, J. Cl., Chesnais, J.Cl. (dir.). Cahier 149, INED, Paris, p. 477-495.
- Lesthaeghe, R. (2010). The Unfolding Story of the Second Demographic Transition. *Population and Development Review*, Vol. 36, No. 2 (June 2010), p. 211-251.
- Lesthaeghe, R., Jolly, C. (1995). The start of the sub-Saharan fertility transition: some answers and many questions. *Journal of International Development*, 7(1), p. 25-45.
- Lesthaeghe, R., Vanderhoeft, C. (2001). Ready, Willing and Able. A Conceptualization of transitions to New Behavioral Forms, Dans *Diffusion Processes and Fertility Transition*. US National Research Council, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Committee on Population. Washington D.C., chapter 8, p. 240-264
- Malthus, T.R. (1980 [1798]). *Essai sur le principe de population*. Traduction française d'Eric Vilquin. INED, Paris.
- Mc Nicoll, G. (1980). Institutional Determinants of Fertility Change, *Population and Development Review*, 6, 3, 1980, p. 441-462
- Meslé, F., Toulemon, L., Véron, J. (2011). *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*. Armand Colin, Paris.

- Meslé, F., Vallin, J. (1995). *La mortalité dans le monde : Tendances et perspectives*. (Les Dossiers du Ceped 30). Centre français sur la Population et le Développement, Paris.
- Meslé, F., Vallin, J. (2002). La transition sanitaire : tendances et perspectives. Dans *Démographie, analyse et synthèse, vol III, Les déterminants de la mortalité*, Caselli, G., Wunsch, G., Vallin, J. (dir.). INED, Paris, p. 439-461.
- Myrskylä, M., Kohler, H. Billari, F. Advances in development reverse fertility declines. *Nature* 460, 741–743 (2009) [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.semanticscholar.org/paper/Advances-in-development-reverse-fertility-declines-Myrskyl%C3%A4-Kohler/2a24121c15b0715a086b0635e6a530d49250aaba#paper-header>. Consulté en ligne le 22/02/2020.
- Notestein, F. W. (1945). Population. The long view. Dans *Food for the World*, Schultz, E. (ed.). Chicago: University of Chicago Press, p. 36–57.
- Omran, A. (1971). The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 4, p. 509-538.
- Omran, A. (1998). The epidemiological transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly/Rapport trimestriel de statistiques sanitaires*. 51, 2-3-4, p. 99-109.
- ONU (2019a). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects 2019, Volume I: Comprehensive Tables (ST/ESA/SER.A/426)*. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>. Consulté en ligne le 07/02/2020.
- ONU (2019b). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Division de la Population. *Contraceptive Use by method 2019. (ST/ESA/SER.A/435)*, New York. [En ligne]. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/ContraceptiveUseByMethodDataBooklet2019.pdf>. Consulté en ligne le 28/02/2020.
- OPS (2017). Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization). *Informe quinquenal 2013-2017 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Abogar por la salud a favor del desarrollo sostenible y la equidad: En el camino hacia la salud universal*. Washington D.C. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://iris.paho.org>. Consulté en ligne le 28/02/2020.
- PNUD (1990). *Rapport mondial sur le développement humain 1990*. Economica, Paris.



- Rabinowicz, L. (1929). *Le problème de la population en France précédé d'une Histoire générale de la population: étude de sociologie de la population*. Marcel Rivière, Paris.
- Rivière d'Arc, H., Schneier, G. (1993). De Caracas à Rio et Buenos Aires : un siècle d'aspiration à la modernité urbaine. Dans *L'Amérique du Sud aux XIXe et XXe siècles. Héritages et territoires*, Rivière D'Arc, H. (dir.). Armand Colin, Paris, p. 217-234.
- Simons, J. (1982). Reproductive behaviour as religious practice, Dans *Determinants of Fertility Trends: Theories re-examined*, Hohn, C., Mackensen, T. (eds). Liège, Ordina, 1982, p. 131-145.
- Tabutin, D., Schoumaker, B. (2004). La démographie au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique. *Population*, 59, 3-4, 521-622.
- UNESCO. (1996). *Population and quality of life: synopsis of the theme papers solicited by the Independent Commission on Population and Quality of Life*. EPD-96/WS/3. UNESCO, Paris.
- Vallin, J. (2011). Faut-il une politique de population ? Dans *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Meslé, F., Toulemon, L., Véron, J. (eds.). Armand Colin, Paris. p. 340-346.
- Vimard, P., Fassassi R. (2001). Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne ? Dans *Les transitions démographiques des pays du Sud*, Gendreau, F. (ed.), Poupard M. (collab.). AUPELF-UREF. ESTEM, Universités Francophones : Actualité scientifique. Montréal et Paris, p. 157-169.
- Zavala de Cosío, M.E. (1992). La transición demográfica en América Latina y en Europa, *Notas de Población*, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), vol. 20, núm. 56, p. 11-32.
- Zavala de Cosío, M.E., Paéz, O. (2016). Tendencias y determinantes de la fecundidad en México: las desigualdades sociales. Dans *Generaciones, cursos de vida y desigualdad social*, Coubès, M.L., Solís, P., Zavala de Cosío, M.E. (coord.). El Colegio de México, El Colegio de la Frontera Norte, Mexico et Tijuana, p. 45-76.