

PARTIE I

APPROCHE GÉNÉRALE

1. Démographie et contexte socio-économique en Amérique Latine et dans les Caraïbes

Lorenzo Agar¹, Marcela Ferrer²

Au milieu des années soixante, la majeure partie des pays d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC) ont entamé la transition de leur fécondité. Ce processus ne s'est pas engagé de façon uniforme, tant au niveau régional qu'au sein des pays. Diverses situations démographiques et sociales coexistent, les différences étant atténuées par le processus de modernisation et la prédominance de la vie en ville et dans les mégapoles.

Nous proposons dans ce chapitre une analyse descriptive et comparative des différentes étapes de la transition démographique dans l'ALC. Pour cela, nous regroupons des pays ayant une dynamique démographique semblable (en utilisant les taux bruts de natalité et de mortalité pour la période 1990-95) et nous dressons des profils tenant compte de diverses variables socio-économiques.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence dans les pays de l'ALC, la relation généralement admise entre le processus de développement socio-économique et la dynamique démographique. On montre en effet que plus la transition démographique en est à un stade avancé, plus les indicateurs de développement associés au processus de modernisation sont meilleurs. Même si les indicateurs de développement et les indicateurs démographiques ne sont pas liés mécaniquement, il est néanmoins possible d'affirmer qu'en observant les trajectoires de ces pays, on peut tirer profit de l'expérience de ceux qui se situent à des étapes plus avancées. Finalement, on doit considérer que les différences au sein des pays, aussi bien dans le domaine territorial que social, sont suffisamment importantes pour justifier une révision au cas par cas des politiques publiques sectorielles ou intersectorielles localisées, en appréciant d'une part la situation démographique, d'autre part les conséquences des politiques de développement sur les variables démographiques.

La population de l'Amérique Latine et des Caraïbes (ALC) est le produit du mélange des divers peuples indigènes et des colonisateurs européens. A ce mélange initial, réalisé avec des intensités différentes selon les pays, se sont ajoutés des courants migratoires qui ont connu une importance croissante entre la période de la conquête espagnole et la fin du XIX^e siècle. Ce n'est qu'au début du XX^e siècle que la population a retrouvé les 70 millions d'habitants, chiffre estimé de la population du continent américain à l'arrivée des Espagnols.

1. Sociologue, Université du Chili.

2. Sociologue, Université du Chili.

Au milieu du XX^e siècle, la population de l'ALC comptait 166 millions d'habitants. Le taux de croissance a été le plus important de son histoire au début des années soixante (2,8%), dans un contexte général d'explosion démographique. Cependant, la fécondité élevée (environ 6 enfants par femme) a suivi la tendance à la baisse déjà enregistrée par la mortalité à partir des années trente. Parallèlement à une immigration externe chaque fois moins importante, on a enregistré une baisse du taux de croissance qui se situe actuellement aux environs de 1,7%. La population totale aujourd'hui est voisine des 470 millions d'habitants³.

L'évolution des indicateurs démographiques au cours des dernières décennies indique que le processus de la transition démographique est en cours.

C'est au milieu des années soixante que la majeure partie des pays de l'ALC ont entamé la transition de leur fécondité. Ce processus ne s'est pas engagé de façon uniforme, tant au niveau régional qu'au sein des pays. Diverses situations démographiques et sociales coexistent, les différences étant atténuées par le processus de modernisation et la prédominance de la vie en ville et dans les mégapoles.

On peut observer que la baisse de la mortalité et surtout celle de la fécondité, commencent dans les couches sociales les plus élevées pour se répandre ensuite dans le reste de la société. Cela voudrait donc dire que la transition démographique est plus avancée dans les pays présentant un plus haut niveau de développement et au sein des pays, dans les couches bénéficiant des meilleures conditions de vie.

Au-delà des interrelations entre la population et le développement et des diverses approches existantes, il est certain que l'état et la dynamique de la population imposent des conditions différentes à l'élaboration des politiques de développement. Cela conduit les pays possédant des caractéristiques socio-économiques semblables, mais des conditions démographiques différentes, à adopter des mesures divergentes en matière de politiques publiques (avec ou sans effet direct au niveau de la population), en fonction d'une structure de la demande distincte. Ainsi, la dynamique et les conditions démographiques déterminent des conditions spécifiques au niveau de la structure de l'offre et de la demande d'une société donnée, indépendamment de ses conditions socio-économiques [3]. Bien qu'il y ait certaines constantes au niveau du développement des pays, de leur dynamique et de leur structure démographique, les facteurs présents dans les processus de changement — ou le passage d'une étape « primaire » à une étape « avancée » de la transition démographique — ne sont néanmoins pas homogènes [1].

Nous réalisons dans ce chapitre, une analyse descriptive et comparative des différentes étapes de la transition démographique. Nous montrons que ce n'est pas le fruit du hasard si l'on peut regrouper des pays ayant une dynamique démographique semblable (en utilisant les taux bruts de natalité et de mortalité pour la période 1990-95) et dresser des profils tenant compte de diverses variables socio-économiques⁴.

Cette étude est donc basée sur la relation généralement admise entre le processus de développement socio-économique et la dynamique démographique et permet d'apprécier cette relation dans le contexte particulier de l'ALC.

3. Nous n'avons considéré ici que les pays de plus de 2 millions d'habitants de langue espagnole et portugaise, ainsi qu'Haiti.

4. Un exercice semblable peut se faire à l'intérieur des pays. L'existence de différences (par groupe social et lieu de résidence) est liée au stade de la transition démographique auquel se trouve chaque pays. On s'aperçoit généralement que plus un pays est à un stade avancé de la transition démographique, moins les différences d'ordre démographique (par exemple la fécondité et la mortalité infantile) sont importantes. Cela ouvre évidemment la discussion sur le rôle que joue le contexte général de développement dans les diverses étapes de la transition démographique.

Les indicateurs démographiques et socio-économiques par groupe de pays

Vue d'ensemble

Situation démographique

Le rythme de croissance de la population de l'ALC n'a pas cessé de diminuer au cours des dernières décennies. Cependant, malgré la baisse du nombre d'enfants par femme, la croissance naturelle reste élevée en raison d'une pyramide encore jeune du fait de la forte fécondité des dernières décennies. A partir de l'an 2000 et jusqu'à ce qu'elle ait atteint une croissance zéro, la population va croître d'environ 327 millions de personnes [9]. Entre 1965 et 1996, la croissance démographique annuelle a été de 2,1% alors que la population économiquement active (PEA) a augmenté de 2,8%. Le groupe d'âges 15-64 ans est passé de 200 millions en 1980 à 300 millions en 1996 et la PEA dans la même période a augmenté de 130 à 200 millions. Un des facteurs principaux de cette croissance importante est l'augmentation de la participation des femmes au monde du travail salarié. Ainsi, en 1980, 28% de la PEA était constituée de femmes, pourcentage qui s'est élevé à 33% en 1996.

En 1990-1995, l'indice synthétique de fécondité est de 3 enfants par femme et l'espérance de vie à la naissance est de 69 ans. Les tendances avancées font prévoir que vers la fin du premier quart du XXI^e siècle, la fécondité atteindra le niveau de remplacement.

La répartition par âges est la suivante : moins de 15 ans, 42% ; entre 15 et 64 ans, 53% ; plus de 65 ans, 5%. Le rapport de dépendance est actuellement de 63,5% et estimé à 49,7% en 2020. S'il est certain que ce rapport diminuera, la part des 65 ans et plus augmentera par contre à 7%, provoquant ainsi une charge supplémentaire pour la population active (le coût économique des personnes âgées étant environ le triple du coût de la population des enfants).

Les changements dans la structure par âges de la population sont dus à la baisse de la fécondité et à l'augmentation de l'espérance de vie. Cinquante-cinq pour cent de cet accroissement correspond à l'inertie démographique, 36% à la baisse de la mortalité et seulement 9% à un taux de fécondité supérieur au taux de remplacement.

Le fort potentiel de croissance qu'implique une structure par âges relativement jeune (avec une forte interaction de la population active et en âge de reproduction) implique un délai important avant que le taux de croissance ne s'annule, aboutissant ainsi, lentement, à constituer une population stationnaire [2 : 25].

Urbanisation et variables socio-économiques

Le caractère urbain est très accentué: en 1995, 7 habitants sur 10 vivent en zone urbaine, avec un rythme de croissance annuelle de 2,4%. Or il y a trente ans, ce phénomène ne touchait que la moitié de la population. La concentration et la prédominance des grandes villes constituent une caractéristique importante de la distribution territoriale: 1 latino-américain sur 3 vit dans une ville de plus d'un million d'habitants, et 1 sur 4 habite dans la plus grande ville du pays.

La Banque Mondiale (1998) estime à 3 710 US\$ le PNB par habitant pour l'ALC en 1996. Environ 40% des ménages se situent en dessous du seuil de pauvreté et la distribution du revenu reste très inégale : 20% des ménages (les plus pauvres) ne perçoivent que 4% des revenus alors que 20% (les plus riches) en concentrent presque 60% [4].

Le taux d'analphabétisme revêt une très grande importance et possède un effet de différenciation primordial pour le comportement reproductif et le taux de mortalité infantile, pour ne citer que ces deux indicateurs. L'ALC dans son ensemble compte 12% d'analphabètes parmi les hommes de plus de 15 ans et 15% parmi les femmes du même âge.

Présentation des cinq situations

En observant les taux de natalité et de mortalité de la période 1990-1995, on peut ainsi recenser cinq types de situations. La combinaison des taux de natalité (élevé : 33-40‰, intermédiaire : 24-33‰, faible : 24‰ et moins) et des taux de mortalité (élevé : 10-12‰, intermédiaire : 6-10‰, faible : 6‰ et moins) permet en effet de constituer des groupes de pays aux situations relativement homogènes, malgré des écarts inévitables (Tab. 1).

Tableau 1 : Mouvement naturel de la population (1990-1995)

Pays et catégorie*	Taux de natalité (‰)	Taux de mortalité (‰)	Taux d'accroissement naturel (%)	Mortalité infantile (‰)	Espérance de vie à la naissance	Indice synthétique de fécondité
Total	25,4	6,5	1,9	40,8	68,7	3,0
A	34,7	11,1	2,4	74,6	57,4	4,8
Bolivie	35,7	10,2	2,6	75,1	59,3	4,8
Haiti	33,6	12,0	2,2	74,1	55,4	4,8
B	37,2	6,7	3,1	46,4	66,2	5,0
Guatemala	38,6	8,1	3,1	51,1	62,6	5,4
Honduras	37,1	6,1	3,1	43,0	67,7	4,9
Nicaragua	39,0	6,6	3,2	48,1	66,1	4,9
Paraguay	34,1	6,0	2,8	43,3	68,5	4,6
C	28,5	6,6	2,2	48,5	67,5	3,5
Équateur	28,3	6,2	2,2	49,7	68,8	3,5
El Salvador	29,6	6,7	2,3	40,2	67,1	3,5
Pérou	27,6	6,9	2,1	55,5	66,7	3,4
D	26,5	5,2	2,1	28,9	71,7	3,1
Colombie	27,0	6,4	2,1	35,2	68,6	3,0
Costa Rica	25,3	3,8	2,2	13,7	75,7	3,0
Mexique	27,0	5,2	2,2	34,0	71,5	3,1
Panama	25,0	5,3	2,0	25,1	72,9	2,9
Rép. Dominicaine	27,0	5,5	2,2	42,0	69,6	3,1
Venezuela	27,4	4,7	2,3	23,2	71,8	3,3
E	19,6	7,5	1,2	23,1	72,2	2,4
Argentine	20,8	8,2	1,3	24,3	72,1	2,8
Brésil	22,2	7,1	1,5	47,2	66,4	2,5
Cuba	14,9	6,8	0,8	10,0	75,3	1,6
Chili	21,8	5,5	1,6	14,0	14,4	2,5
Uruguay	18,2	9,8	0,8	20,1	73,0	2,5

Source : [5]. * : Pour les diverses situations, on a calculé des moyennes simples.

La place d'un pays dans l'un de ces cinq types découle de l'évolution de ses indicateurs démographiques en relation avec les différentes phases de la transition. Afin d'illustrer les interrelations de la dynamique de la population et du développement, nous allons passer en revue les groupes de pays en examinant leur situation démographique ainsi que leurs indicateurs socio-économiques (Tab. 2 à 6).

Tableau 2 : Population en 1995

Pays et catégorie	Population (milliers)	Structure par âge (en %)				Rapport de dépendance (en %)
		0-14 ans	15-24 ans	25-64 ans	65 ans et +	
Total	468888	42,2	17,3	36,1	4,4	63,5
A	15036	41,7	19,7	34,9	3,8	83,3
Bolivie	7414	40,6	20,0	35,6	3,8	79,8
Haïti	7622	42,8	19,4	34,1	3,7	86,8
B	24884	43,8	20,0	32,9	3,3	89,3
Guatemala	9976	45,0	20,3	31,3	3,4	93,9
Honduras	5654	43,7	20,2	32,7	3,1	88,4
Nicaragua	4426	45,0	20,5	31,5	3,0	92,3
Paraguay	4828	41,6	18,8	36,1	3,5	82,4
C	40661	36,6	21,2	37,8	4,5	69,6
Équateur	11460	36,4	20,5	38,7	4,4	68,9
El Salvador	5669	37,4	22,5	35,6	4,6	72,4
Pérou	23532	35,9	20,6	39,1	4,4	67,4
D	165539	34,6	19,9	41,0	4,5	64,8
Colombie	38542	34,5	19,5	41,5	4,5	63,7
Costa Rica	3554	34,6	18,6	42,2	4,6	64,4
Mexique	91145	35,5	21,9	38,3	4,3	66,1
Panama	2631	33,4	19,5	41,9	5,2	62,9
Rép. Dominicaine	7823	35,1	19,9	41,0	4,0	64,2
Venezuela	21884	36,2	19,3	40,4	4,1	67,5
E	222768	27,5	17,6	46,5	8,4	56,2
Argentine	34768	28,9	17,7	44,0	9,4	62,1
Bésil	159608	31,7	19,7	43,8	4,8	57,5
Cuba	10964	22,3	16,9	51,8	9,0	45,6
Chili	14210	29,5	17,2	46,8	6,6	56,4
Uruguay	3218	25,1	16,5	46,1	12,3	59,6

Source : [5].

Situation A : les pays à taux de natalité et de mortalité forts

Situation démographique⁵

Ce groupe est constitué de la Bolivie et de Haïti (au total un peu plus de 15 millions de personnes, soit 3,2% de la population totale de l'ALC), pays qui présentent des taux élevés de natalité et de mortalité (supérieurs respectivement à 33‰ et 10‰). Le taux d'accroissement naturel est de l'ordre de 2,4% (Tab. 1). Ces pays se trouvent au stade le moins avancé de la transition démographique de la région : la fécondité reste encore élevée (4,8 enfants par femme) et la mortalité infantile est la plus élevée avec un taux de 74,6‰ (Tab. 1). La mortalité des enfants de moins de 5 ans atteint 118‰ [8]. L'écart entre la mortalité infantile et celle des moins de 5 ans montre l'im-

5. On indiquera les tableaux uniquement pour ce groupe-ci. Pour les autres groupes, la source est la même.

portance des facteurs associés à la qualité de vie. En effet, dans la mesure où les pays présentent de meilleures conditions de vie, l'écart entre ces deux indicateurs s'atténue. Par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance évaluée à 57,4 ans seulement, est cohérente avec de forts taux de mortalité générale, infantile et juvénile. Le pourcentage des 65 ans et plus est faible (3,8%) alors que la population de moins de 25 ans est de l'ordre de 61% (Tab. 2). Selon la Banque Mondiale [9], la croissance de la population de ces pays à partir de l'an 2000 et au-delà, sera attribuable pour 38% à l'inertie démographique, pour 31% à la fécondité supérieure au niveau de remplacement et pour 31% à la baisse de la mortalité (Tab. 6).

Tableau 3 : Urbanisation et éducation

Pays et catégorie	Population urbaine 1995 (%)	Taux de croissance de la population urbaine 1990-95		Taux d'analphabétisme des 15 ans et + (%) en 1995		Différence Hommes-Femmes
		Urbaine	Totale	Hommes	Femmes	
Total	73	2,4	1,7	12	15	-3
A	47	4,2	2,2			
Bolivie	60	4,1	2,4	10	24	-14
Haïti	34	4,2	1,9	52	58	-6
B	47	3,8	2,8			
Guatemala	39	2,9	2,6	38	51	-13
Honduras	44	4,7	3,0	27	27	0
Nicaragua	54	3,4	2,9	35	33	+2
Paraguay	52	4,2	2,7	7	9	-2
C	61	3,1	2,0			
Équateur	59	3,5	2,2	8	12	-4
El Salvador	53	3,2	2,1	27	30	-3
Pérou	71	2,5	1,7	6	17	-11
D	66	2,9	2,2			
Colombie	72	2,7	2,0	9	9	0
Costa Rica	49	3,9	3,1	5	5	0
Mexique	73	2,4	1,8	8	13	-5
Panama	56	2,6	1,9	9	10	-1
Rép. Dominicaine	57	3,1	1,9	18	18	0
Venezuela	86	2,7	2,3	8	10	-2
E	84	1,7	1,1			
Argentine	88	1,7	1,3	4	4	0
Brésil	78	2,3	1,5	17	17	0
Cuba	78	1,4	0,6	4	5	-1
Chili	84	2,0	1,6	5	5	0
Uruguay	92	0,9	0,7	3	2	+1

Sources : [5, 9].

Urbanisation et variables socio-économiques

La population urbaine de ce groupe est de l'ordre de 47% (Tab. 3). Toutefois, la différence entre les deux pays est importante: 60% en Bolivie et 34% en Haïti. Le taux de croissance urbaine, au cours de la période 1990-1995 a été de 4,2% par an face à une croissance totale de 2,2%.

Tableau 4 : Données socio-économiques

Pays et catégories	Classification IDH	Niveau de développement humain	Place en ALC	PIB par habitant (dollars de 1990)	Foyers en situation de pauvreté (%)
A					
Bolivie	116	Moyen	17	892	57 (1997)
Haïti	159	Bas	20	a)	a)
B				881	61,0
Guatemala	111	Moyen	15	964	63 (1989)
Honduras	119	Moyen	18	722	74 (1997)
Nicaragua	126	Moyen	19	591	66 (1997) b)
Paraguay	91	Moyen	14	1248	40 (1996) b)
C				1528	45,0
Équateur	73	Moyen	10	1284	50 (1997) b)
El Salvador	114	Moyen	16	1161	48 (1997)
Pérou	86	Moyen	12	2139	37 (1997)
D				2227	35,0
Colombie	53	Haut	8	1442	45 (1997)
Costa Rica	34	Haut	2	2030	20 (1997)
Mexique	49	Haut	7	3394	43 (1996)
Panama	45	Haut	5	2711	27 (1997)
Rép. Dominicaine	88	Moyen	13	1104	32 (1997)
Venezuela	46	Haut	6	2681	42 (1997)
E				4086	17,0
Argentine	36	Haut	3	5790	13 (1997) b)
Brésil	62	Haut	9	3214	29 (1996)
Cuba	85	Moyen	11	a)	a)
Chili	31	Haut	1	3557	29 (1996)
Uruguay	38	Haut	4	3783	6 (1997)

Notes : a) : Non disponible ; b) : uniquement zone urbaine. Sources : [4, 7].

Ces deux pays se trouvent en queue du classement de l'indice de développement humain (Tab. 4)⁶, la Bolivie au 17^{ème} rang avec un développement intermédiaire et Haïti au 20^{ème} et dernier rang, seul pays de l'ALC montrant un faible développement humain. Le PIB par habitant de la Bolivie est de 892 US\$ et 57% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté (Tab. 4). En Haïti, plus de la moitié de la population de 15 ans et plus est analphabète (Tab. 3). Pendant la période 1990-1996, les indicateurs de condition de vie (Tab. 5) sont, quant à eux, les moins bons de l'ALC.

Situation B : les pays à taux de natalité forts et à taux de mortalité intermédiaires

Situation démographique

Ce groupe est formé du Guatemala, du Honduras, du Nicaragua et du Paraguay. La population de ces pays avoisine les 25 millions d'habitants, soit 5,3% du total des

6. L'Indice de Développement Humain (IDH) correspond à une moyenne simple de l'indice d'espérance de vie à la naissance, de l'indice du niveau d'éducation (alphabétisation des adultes et taux d'inscription aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire) et de l'indice du PIB réel par habitant ajusté [7].

pays de l'ALC. Ces pays affichent des taux de mortalité (6,7‰ en moyenne) inférieurs à ceux du groupe précédent, mais ont encore des taux de natalité (37,2‰) élevés, ce qui les place en tête des pays à fort taux d'accroissement naturel (3,1‰) au cours de la période 1990-1995. La fécondité est de 5 enfants par femme, indice supérieur à celui de tous les autres groupes. La mortalité infantile atteint 46,3‰ et l'espérance de vie à la naissance est estimée à 66,2 ans. La part des 65 ans et plus ne représente que 3,3% du total alors que 64% de la population a moins de 25 ans. La croissance démographique de ce groupe de pays à partir de l'an 2000 et au-delà, proviendra à 46% de l'inertie démographique, à 34% de la fécondité au-delà du niveau de remplacement et à 20% de la baisse de la mortalité.

Tableau 5 : Indicateur de conditions de vie

	Pays et catégories				
	A	B	C	D	E
Accès à l'eau potable (en %) (1990-96)	50	71	68	84	84
Accès aux services d'hygiène (en %) (1990-96)	42	61	76	77	68
Accès aux prestations de santé (en %) (1990-96)	64	68	57	80	92
Proportion de femmes bénéficiant de soins pendant l'accouchement (en %) en 1995	24	63	69	84	94
Taux de mortalité maternelle (en pour cent mille) en 1995	423	174	164	61	47

Urbanisation et variables socio-économiques

Les quatre pays regroupent 47% de population urbaine. Le taux de croissance urbaine durant la période 1990-1995, a été de 3,8% par an face à un rythme de croissance totale de 2,8%. Ces quatre pays, bien qu'ils appartiennent à la catégorie des pays à développement humain intermédiaire, font partie du peloton de queue en ce qui concerne l'IDH global et régional. Le PIB moyen par habitant de ce groupe de pays est de 881 US\$, avec au premier rang le Paraguay qui totalise 1 248 US\$. Soixante-et-un pour cent des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le taux d'analphabétisme des plus de 15 ans est voisin de 35%, sauf pour le Paraguay dont le taux est inférieur à la moyenne de l'ALC.

Situation C: les pays à taux de natalité et de mortalité intermédiaires

Situation démographique

Ce groupe, formé de l'Équateur, du Salvador et du Pérou, représente une population de plus de 40 millions de personnes, soit 8,7% du total de la population de l'ALC. Les taux de natalité (28,5‰) et de mortalité (6,6‰) sont intermédiaires par rapport à la

région et le taux d'accroissement naturel est de 2,2% au cours de la période 1990-1995. La fécondité est de 3,5 enfants par femme ; elle est très inférieure à celle des groupes précédents, montrant ainsi à partir de cette situation démographique une tendance très nette à la transition. La mortalité infantile présente un taux de 48,5% et l'espérance de vie à la naissance est de 67,5 ans. La part de population des 65 ans et plus correspond à 4,5% du total et celle des moins de 25 ans en représente 58%. La croissance démographique de ce groupe de pays à compter de l'an 2000 et au-delà sera attribuable à hauteur de 61% environ à l'inertie démographique, de 9% à la fécondité au-delà du niveau de remplacement et de 30% à la baisse de la mortalité.

Tableau 6 : Perspectives

Pays et catégories	Rapport de dépendance en 2020 (en %)	Accroissement de la population à partir de l'an 2000 et au-delà (millions) (a)	Facteurs de cet accroissement (millions)		
			Inertie démographique (b) et %	Fécondité (c) et %	Mortalité (d) et %
Total	49,7				
A	58,8	20,7	7,9 (38,2)	6,4 (30,9)	6,4 (30,9)
Bolivie	58,2	11,8	4,6	4,3	2,9
Haïti	59,3	8,9	3,3	2,1	3,5
B	60,9	44,4	20,3 (45,7)	15,2 (34,2)	8,9 (20,1)
Guatemala	63,5	19,7	8,2	7,5	4,0
Honduras	55,4	10,9	4,8	4,0	2,1
Nicaragua	64,3	7,1	3,7	1,9	1,5
Paraguay	60,4	6,7	3,6	1,8	1,3
C	49,3	39,6	24,1 (60,9)	3,7 (9,3)	11,8 (29,8)
Équateur	48,3	11,0	7,0	1,0	3,0
El Salvador	51,6	7,0	4,1	1,2	1,7
Pérou	48,1	21,6	13,0	1,5	7,1
D	49,4	141,3	99,2 (70,2)	5,5 (3,9)	36,6 (25,9)
Colombie	49,7	27,7	17,5	0,4	9,8
Costa Rica	51,7	2,7	2,2	0,1	0,4
Mexique	48,1	82,2	60,2	2,9	19,1
Panama	48,0	1,9	1,5	0,0	0,4
Rép. Dominicaine	48,2	6,8	4,6	0,4	1,8
Venezuela	50,6	20,0	13,2	1,7	5,1
E	50,8	135,5	84 (62,0)	-1,9 (-1,4)	53,4 (39,4)
Argentine	53,4	20,2	13,5	0,8	5,9
Brésil	47,0	106,5	61,6	0,3	44,6
Cuba	47,0	0,0	2,0	-3,0	1,0
Chili	51,2	7,7	6,2	0,0	1,5
Uruguay	55,4	1,1	0,7	0,0	0,4

Notes : a) : Accroissement de la population à partir de l'an 2000 et jusqu'à ce qu'elle soit stationnaire, plusieurs décennies après que la fécondité ait atteint le seuil de remplacement. b) : tendance à l'accroissement de la population après que le taux de fécondité ait atteint le seuil de remplacement. c) : croissance de la population due à un taux de fécondité supérieur au taux de remplacement. d) : croissance attribuable à la baisse des taux de mortalité et à la migration nette. Sources : [5, 9].

Urbanisation et variables socio-économiques

Les pays qui appartiennent à ce groupe, présentent une moyenne de 61% de population urbaine. Le Pérou cependant fait état d'un pourcentage bien plus élevé (71%).

Le taux de croissance urbaine au cours de la période 1990-1995 a été de 3,1% par an face à un rythme de croissance totale de 2%. Ces trois pays occupent des places moyennes dans le classement de l'IDH au niveau régional. Le PIB moyen par habitant se chiffre à 1528 US\$, le Pérou montrant toutefois un montant supérieur avec 2 139 US\$. Quarante cinq pour cent des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté. Tous les pays du groupe présentent des taux d'analphabétisme des 15 ans et plus équivalents à la moyenne régionale, à l'exception du Salvador dont le taux est supérieur. Parmi les indicateurs de condition de vie, mentionnons la mortalité maternelle du Pérou qui est plus importante que dans les autres pays avec un taux de 265 pour cent mille contre 164 pour cent mille pour le reste du groupe.

Situation D: les pays à taux de natalité intermédiaires et à taux de mortalité faibles

Situation démographique

La Colombie⁷, le Costa Rica, le Mexique, Panama, la République Dominicaine et le Venezuela font partie de ce groupe dont la population dépasse les 165 millions d'habitants, soit 35,3% du total de la population de l'ALC (20% de cet effectif correspondant au Mexique). Le taux de mortalité (5,2‰) est faible et le taux de natalité intermédiaire (26,5‰), donnant lieu à un taux de croissance naturelle de 2,1% au cours de la période 1990-1995. La fécondité correspond à 3,1 enfants par femme. La mortalité infantile est de l'ordre de 29‰. A souligner le cas du Costa Rica dont le taux de mortalité infantile de 13,7‰, est très inférieur à la moyenne du groupe et l'un des plus bas de toute la région. Enfin, l'espérance de vie à la naissance est de 71,7 ans. La part des 65 ans et plus atteint 4,5% du total et la population des moins de 25 ans représente 55% du total. La croissance de la population à partir de l'an 2000 et au-delà sera attribuable à 70% à l'inertie démographique, à 4% à un niveau de fécondité au-delà du niveau de remplacement et à 26% à la baisse de la mortalité.

Urbanisation et variables socio-économiques

Ces pays détiennent 66% de population urbaine, avec un record pour le Venezuela à 86%. Le taux de croissance urbaine au cours de la période 1990-1995 s'élève à 2,9% par an face à une croissance totale de 2,2%. Tous les pays, à l'exception de la République Dominicaine (qui enregistre un niveau intermédiaire) montrent un niveau de développement humain élevé (dans les dix premiers pays de l'ALC). Le Costa Rica est au 2^{ème} rang de l'ALC. Le PIB moyen par habitant pour ce groupe de pays est de l'ordre de 2 227 US\$. Il faut souligner néanmoins le faible PIB de la République Dominicaine qui, avec 1 104 US\$ apparaît très inférieur à la moyenne et bien plus proche du PIB du groupe précédent. Trente-cinq pour cent des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté, pourcentage qui descend à 20% pour le Costa Rica. L'analphabétisme des 15 ans et plus est en général inférieur à la moyenne régionale sauf dans le cas de la République Dominicaine où il est plus élevé. Au niveau des indicateurs de condition de vie, notons encore le cas du Costa Rica qui a une mortalité maternelle en-dessous de la moyenne, avec 39 pour cent mille.

7. Quoique la Colombie présente un taux brut de mortalité un peu supérieur au niveau maximal défini pour ce groupe, on a décidé de la classer dans ce groupe en raison des autres indicateurs tels que la structure par âge, la mortalité infantile, la fécondité et l'espérance de vie.

Situation E : les pays à taux de natalité faibles et à taux de mortalité variables

Situation démographique

L'Argentine, le Brésil, Cuba, le Chili et l'Uruguay représentent une population de 223 millions de personnes, soit presque la moitié de la population de la région (47,5%). Il est important de souligner que le Brésil regroupe à lui seul un tiers de la population de l'ALC, et qu'en conséquence, les changements démographiques de ce pays ont un impact considérable, non seulement sur le groupe auquel il appartient, mais aussi sur l'ensemble de la région. Ces pays possèdent des indicateurs démographiques qui les placent dans le groupe des pays qui ont bien entamé leur transition démographique. En effet, ils affichent les taux de natalité (19,6‰) les plus bas de la région et des niveaux hétérogènes de mortalité (entre 7,1‰ et 9,8‰), phénomène lié à la structure par âge de leur population. Le taux de croissance naturelle enregistré au cours de la période 1990-1995 a été de 1,2%, la fécondité de 2,4 enfants par femme et la mortalité infantile de 23,1‰ (mais elle varie entre 10‰ à Cuba et 47,2‰ au Brésil). L'espérance de vie à la naissance atteint les 72,2 ans, sauf au Brésil où elle n'est que de 66,4 ans. La part des 65 ans et plus représente en moyenne 8,4% de la population, l'Argentine, l'Uruguay et Cuba se situant au-dessus de cette moyenne alors que le Brésil et le Chili se placent nettement en dessous. La population des moins de 25 ans représente 45% du total. La croissance démographique de ces pays à partir de l'an 2000 et au-delà montre une particularité : elle ne sera obtenue que grâce à deux facteurs : l'inertie démographique à hauteur de 62% et la baisse de mortalité à hauteur de 39% (la fécondité intervenant pour -1%).

Urbanisation et variables socio-économiques

Les pays qui partagent cette situation démographique ont le plus fort taux d'urbanisation : 84%. Le taux de croissance urbaine s'élève au cours de la période 1990-1995 à 1,7% face à un taux de croissance total de 1,1% par an. La classification de l'indice de développement humain les place tous à de bons niveaux mondiaux. Au niveau régional, ils sont parmi les dix premiers (sauf le Chili qui est 11^{ème}). Le PIB moyen par habitant est estimé à 4086 US\$ (exception faite de Cuba). Dix sept pour cent des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté. C'est dans ce groupe que se produit la plus grande inégalité au sein de la distribution des revenus, dépassant largement la moyenne régionale. Ainsi 20% des ménages (les plus pauvres) ne disposent que de 3% des revenus alors que 20% des ménages (les plus riches) concentrent 63% des revenus. A l'exception du Brésil qui présente un niveau d'analphabétisme des 15 ans et plus supérieur à la moyenne de l'ALC, les niveaux des autres pays du groupe sont parmi les plus bas de la région. Le Chili avec 30 pour cent mille et Cuba avec 24 pour cent mille présentent les taux de mortalité maternelle les plus bas de l'ALC.

Transition démographique et niveau de développement

Après cette rapide présentation des cinq groupes, nous allons comparer les indicateurs démographiques et socio-économiques qui illustrent les ressemblances et les différences relevées au cours des étapes du processus de transition démographique dans lequel se situent les pays de l'ALC.

Croissance naturelle

Nous remarquons tout d'abord que les pays du groupe B présentent le rythme de croissance naturelle le plus élevée (3,1%), alors que celui-ci n'est que de l'ordre de 1,2% dans les pays du groupe E. Toutefois, ce dernier groupe concentre près de la moitié de la population totale de l'ALC. Ses tendances marquent donc fortement les moyennes régionales.

Mortalité des enfants

Les niveaux de mortalité infantile sont très différents entre les groupes : 74,6‰ pour le groupe A contre 23,1‰ pour le groupe E. En ce qui concerne le taux de mortalité des moins de 5 ans [8], on constate non seulement de grandes différences entre les groupes mais également au sein d'un même groupe entre les deux taux de mortalité (taux de mortalité infantile et taux de mortalité des moins de 5 ans). Ainsi le groupe A présente un taux de mortalité des moins de 5 ans de 118‰, très loin du taux de mortalité infantile (74,6‰) ; le groupe E affiche au contraire deux taux très proches (respectivement 24‰ et 23,1‰). Ceci confirme l'influence de la qualité de l'environnement, car plus l'écart est grand entre les taux, plus les facteurs exogènes occupent une place prépondérante dans la possibilité de survie des enfants. Par ailleurs, on constate des irrégularités, notamment dans le cas du Costa Rica qui possède un taux de mortalité infantile équivalent à celui des pays du groupe E et dans le cas du Brésil dont le taux est proche de celui des groupes B et C.

Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance montre des différences importantes selon les groupes. De 57,4 ans pour les pays du groupe A, elle passe à 72,2 ans pour ceux du groupe E, soit un écart de 14,8 ans entre ces deux groupes. Au Brésil, l'espérance de vie est proche de celle des groupes B et C, alors que celle du Costa Rica est proche du niveau du groupe E.

Fécondité

Les niveaux de fécondité se distinguent selon trois ensembles bien définis : les groupes A et B avec une fécondité autour de 5 enfants par femme, encore élevée et présentant peu de différence (en moyenne 15%) par rapport aux années cinquante ; les groupes C et D, affichant une fécondité intermédiaire (aux environs de 3 enfants par femme) mais en franc recul (environ 35%) par rapport aux années cinquante ; enfin le groupe E, avec une fécondité faible, voisine de 2 enfants par femme. L'Argentine et l'Uruguay (qui ont connu une baisse précoce de la fécondité par rapport aux autres pays de la région si l'on considère que pendant les années cinquante leur fécondité atteignait déjà 3 enfants par femme, taux moyen actuel) ont réduit leur taux de 10% par rapport à cette époque. Le Chili, le Brésil et l'Uruguay l'ont diminuée quant à eux de 50%.

Structure par âge

La structure par grands groupes d'âges permet de classer les situations démographiques dans trois catégories. La première inclut les groupes A et B, où les moins de 15 ans représentent un peu plus de 40% de la population et les 65 ans et plus près de

4%. La deuxième catégorie comprend les groupes C et D où les données sont respectivement 35% et 4,5%. Enfin, la dernière catégorie est constituée par le groupe E qui se caractérise par une population de moins de 15 ans inférieure à 30% du total (sauf le Brésil qui présente un taux légèrement supérieur), et une population des 65 ans et plus qui se divise en deux sous-groupes : l'Argentine, Cuba et l'Uruguay avec une part d'environ 10% tandis que le Brésil et le Chili, seraient plus proches du groupe D.

Dépendance

La jeunesse de la structure par âge se manifeste également à travers les rapports de dépendance. En effet, en comparant la population d'âge potentiellement inactif (moins de 15 ans et 65 ans et plus) à la population en âge potentiellement actif (15-64 ans), nous obtenons, pour l'année 1995, un rapport au-dessus de 80% (80 dépendants pour 100 actifs potentiels) dans les groupes A et B, et en dessous de 70% pour les groupes C, D et E. Les projections actuelles prévoient une diminution de ce ratio dans tous les groupes pour l'année 2020. Les groupes C, D et E verront leur rapport de dépendance s'équilibrer autour de 50%, quoique le groupe E aura une proportion bien plus importante de personnes âgées (proche de 13%).

Croissance au-delà de l'an 2000

La croissance de la population à partir de l'an 2000 et au-delà permet de distinguer deux évolutions différentes. Dans la première (groupes A et B), la part de l'inertie démographique dans l'augmentation de la population est respectivement de l'ordre de 40% et 45%. L'effet de la fécondité au-delà du taux de remplacement est évalué respectivement à 30% et 34%. Dans la seconde catégorie (les groupes C, D et E), l'inertie démographique constitue un facteur de poids de la croissance, respectivement à hauteur de 60%, 70% et 61%. La fécondité compte pour 10% environ dans le groupe C, 4% dans le groupe D et n'a pratiquement aucune incidence dans le groupe E.

Urbanisation

La transition démographique a souvent été associée à une accélération des processus d'urbanisation. En Amérique latine et dans les Caraïbes, on observe une augmentation de la population urbaine au fur et à mesure que l'on passe du groupe A au groupe E, qui rassemble les pays les plus urbanisés de la région à l'exception de Cuba et du Brésil. Le Venezuela, dans le groupe D, présente des niveaux d'urbanisation semblables à ceux des pays du cône sud, dont la transition est plus avancée.

Développement humain

Selon l'Indice de Développement Humain (IDH), 9 pays de la région ont un « développement humain élevé » en 1998, 10 un « développement humain intermédiaire » et un seul, Haïti, un « développement humain bas ». En général, on observe une nette tendance à l'augmentation du niveau de développement humain, avec l'avancement de la transition démographique. Les groupes A, B et C affichent un niveau de développement humain intermédiaire (sauf Haïti) et les groupes D et E montrent un niveau de développement élevé, à l'exception de la République Dominicaine et de Cuba classés à un niveau intermédiaire.

Produit intérieur brut

L'économie des pays d'ALC présente des situations variées. Après plusieurs années de crise, certains pays ont atteint des niveaux de croissance économique relativement importants, alors que d'autres connaissent des taux de croissance négatifs. En les observant à travers la catégorisation que nous avons effectuée, nous constatons que les pays présentent une économie plus robuste au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de la situation A et qu'ils se rapprochent de la situation E. Ainsi, le PIB par habitant dans le groupe B a été de 881 US\$ en 1997 par rapport à 4 086 US\$ à la même date pour le groupe E. En outre, le passage à travers les différentes situations témoigne d'une plus grande part relative de l'industrie et des services au détriment de l'agriculture. A ce niveau, les différences sont assez illustratives. A titre d'exemple, alors que dans le groupe B (à plus forte croissance démographique), près du tiers du PIB est produit par l'agriculture et la moitié par les services, dans le groupe E (sauf Cuba), le secteur agricole n'intervient qu'à hauteur de 10% et les services à hauteur de 60% du PIB.

Pauvreté

Les interrelations population et pauvreté constituent l'un des thèmes qui suscite le plus de débats parmi les chercheurs. Au-delà des divers points de vue, l'évidence empirique montre une dynamique démographique particulière de la population vivant dans des conditions de pauvreté. Les statistiques disponibles pour l'ALC révèlent que la population en état de pauvreté tend globalement à diminuer au fur et à mesure que l'on parcourt les situations démographiques du groupe A au groupe E. La diminution de la pauvreté aide les pays à avancer dans le processus de transition démographique. Cependant, il n'y a pas d'association mécanique. Ainsi le Brésil présente des niveaux de pauvreté supérieurs à ceux du Costa Rica et de Panama qui sont pourtant situés dans le groupe précédent de la transition démographique. Par ailleurs, il s'avère important de souligner que si le revenu par habitant est supérieur dans les pays les plus avancés de la transition, la distribution des richesses au sein des pays n'est pas pour autant plus égalitaire.

Éducation

Les pays de la région présentent en général des indices élevés d'alphabétisation (sauf Haïti) et d'inscription dans l'éducation primaire. Ces indices montrent néanmoins une tendance très nette à l'augmentation au fur et à mesure que l'on s'approche du groupe E. C'est ainsi que les groupes A et B (sauf la Bolivie et le Paraguay) ont des indices moins favorables que les autres groupes. Cependant, on peut citer l'exemple contraire du Salvador, de la République Dominicaine et du Brésil dont les niveaux sont proches de ceux des pays moins avancés dans la transition. Les groupes A et B (à l'exception du Paraguay) présentent un taux d'alphabétisation des 15 ans et plus voisin de 35%, alors que les groupes D et E (sauf la République Dominicaine et le Brésil) approchent les 7%. L'écart entre les hommes et les femmes est très accentué, avec une différence de plus de 10 points en Bolivie, au Guatemala et au Pérou. Ces écarts sont minimes ou quasiment nuls dans les pays plus avancés dans la transition démographique. Les taux bruts d'inscription dans l'enseignement secondaire sont différenciés selon les groupes de transition [7] : en moyenne 36% pour le groupe B, 53% pour le groupe D et 77% pour le groupe E.

Conditions de vie

L'accès de la population aux services primaires, à savoir eau potable, services d'hygiène et services de santé, montre également des différences marquées au cours de la transition [7]. Il reste cependant des exceptions. L'accès au réseau d'eau potable varie de 50% dans le groupe A à 84% dans le groupe E. L'accès aux services d'hygiène en Haïti, au Nicaragua et au Paraguay ne dépasse pas 40% (pays des groupes A et B), alors qu'il est supérieur à 70% dans les autres pays de la région. Il en est de même pour les services de santé où le pourcentage augmente de 60% (moyenne des groupes A, B et C) à près de 90% (cas des groupes D et E), à l'instar des prestations professionnelles lors de l'accouchement. Les variations du taux de mortalité maternelle suivent de façon tout à fait cohérente la voie de la transition démographique [6]. Ainsi la moyenne du groupe A est de l'ordre de 420 pour cent mille, celle des groupes B et C d'environ 170 pour cent mille, alors que la moyenne des groupes D et E est inférieure à 50 pour cent mille. Des exceptions existent là aussi, comme le Brésil et la République Dominicaine pour lesquels la mortalité maternelle oscille autour de 100 pour cent mille.

*

* *

De façon générale, il existe des liens évidents entre les indicateurs démographiques et les indicateurs sociaux et économiques. Au fur et à mesure que la transition démographique en est à un stade plus avancé, les indicateurs de développement associés au processus de modernisation sont meilleurs. Cela confirme ce qui a été signalé dans un document du CELADE au début de la décennie, selon lequel « en comparant une typologie de la transition démographique proposée par le CELADE à une modernisation proposée par la CEPAL en 1989 pour l'Amérique latine, on décèle une association empirique entre les deux. Cela appuie la conclusion générale selon laquelle la transition démographique hétérogène selon les pays reflète les spécificités du développement de chaque pays. Le schéma de la transition démographique est donc plus utile si on l'associe à des aspects de la transformation économique et sociale » [2 : 7].

Il y a cependant des exceptions qui méritent une analyse plus détaillée et qui démontrent également que les indicateurs de développement ne sont pas toujours associés à des indicateurs démographiques correspondant à des étapes avancées de la transition et vice-versa. Il y a une plus grande homogénéité des indicateurs dans les stades initiaux et avancés de la transition démographique ; par contre on constate une plus grande hétérogénéité dans les pays se trouvant dans une situation intermédiaire. Les différences entre les indicateurs des pays partageant la même situation démographique s'expliquent en grande partie par leur date d'entrée dans le processus de la transition démographique. A ce niveau, il nous paraît nécessaire, aussi bien pour approfondir nos connaissances que pour aider à l'élaboration des politiques de développement, d'effectuer des analyses socio-démographiques transversales et longitudinales.

Bien que le classement des pays selon leur situation démographique ne semble pas suffisant pour formuler des politiques de développement différenciées, il est néanmoins possible d'affirmer qu'en observant les trajectoires de ces pays, on peut tirer profit de l'expérience de ceux qui se situent à des étapes plus avancées. Finalement,

on doit considérer que les différences au sein des pays, aussi bien dans le domaine territorial que social, sont suffisamment importantes pour justifier une révision au cas par cas des politiques publiques sectorielles ou intersectorielles localisées, en appréciant d'une part la situation démographique, d'autre part les conséquences des politiques de développement sur les variables démographiques.

Bibliographie

1. CELADE, 1992a, *América Latina y el Caribe : dinámica de la población y el desarrollo*, Presentado a la Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, Preparatoria de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994, Santa Lucia 6-9 octubre 1992, DDR/1, Santiago, 104 p.
2. CELADE, 1992b, *Transición demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950*, Santiago, 28 p.
3. CELADE/BID, 1996, *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: contribución al diseño de políticas y programas*, Santiago, 297 p.
4. CEPAL, 1998, *Panorama social de América Latina 1997*, Santiago, 231 p.
5. CEPAL/CELADE, 1999, *América Latina : proyecciones de población urbana y rural 1970-2025*, Boletín demográfico, n° 63, Santiago, 256 p.
6. OPS, 1998, *La salud en las Américas, Publicación Científica*, n° 569, Washington, D.C., 2 volumes.
7. PNUD, 1998, *Rapport mondial sur le développement humain*, Oxford university Press, New York, 228 p.
8. UNICEF, 1998, *El progreso de las naciones. Las naciones del mundo clasificadas según sus logros en la satisfacción plena de los derechos de los niños y en sus avances hacia el progreso de las mujeres*, Nueva York, 38 p.
9. WORLD BANK, 1998, *World development Indicators*, New York, 389 p.

2. Les deux modèles de transition démographique en Amérique latine : le malthusianisme de pauvreté

Maria Eugenia Cosio-Zavala¹

Après la baisse de la mortalité commencée en 1930, l'Amérique latine a connu deux modèles de transition de la fécondité. Le premier, initié vers 1965, a commencé dans les grandes villes et chez les femmes les plus scolarisées, dans les groupes sociaux les plus favorisés. 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 femmes face à la reproduction, malgré une nuptialité précoce et universelle. La baisse de la fécondité s'est produite en premier lieu chez les femmes ayant fréquenté les écoles secondaires et parfois supérieures, appartenant aux groupes socio-professionnels des cadres et des professions libérales. Dès le début des années soixante-dix, cette minorité féminine montrait déjà une fécondité contrôlée.

Dans les couches les plus défavorisées des sociétés latino-américaines, la transition s'est produite dans un contexte où, non seulement la mortalité n'avait pas encore profondément baissé, mais où la fécondité restait relativement élevée, dans une situation de pauvreté, de faible scolarisation, de malnutrition accompagnant la carence en structures sanitaires, médicales et éducatives. Cependant, la fécondité a diminué dans la plupart des cas, même dans les campagnes et chez les groupes sociaux les moins scolarisés, comme une conséquence de la détérioration du niveau de vie, de la forte chute des salaires réels et de l'aggravation du chômage et du sous-emploi, dans le contexte de la crise économique des années quatre-vingt, parallèlement au développement considérable des services de planification familiale. Les familles les plus pauvres ont commencé à contrôler leurs naissances sous la pression de facteurs d'offre et de demande de contraception qui expliquent la diffusion rapide de la pratique de la limitation des naissances, notamment de la stérilisation. On assiste donc à l'émergence de ce que l'on peut qualifier de malthusianisme de la pauvreté, la naissance de nombreux enfants étant alors perçue par les familles comme mettant en danger leur survie immédiate.

Dans les années quatre-vingt-dix, la grande majorité des pays d'Amérique latine avaient déjà vu se réduire considérablement leur mortalité et leur fécondité. De fait, la transition démographique latino-américaine a débuté tôt dans le siècle, commençant par une baisse rapide de la mortalité à partir de 1930, puis la forte fécondité (entre 6 et 8 enfants par femme) a fléchi à partir de 1965, mais à des rythmes différents suivant le niveau de développement socio-économique des pays et des catégories sociales.

1. Université de Paris X-Nanterre, Credal.

Nous allons montrer brièvement l'originalité des transitions démographiques latino-américaines par rapport au modèle européen, comme le rôle de la nuptialité universelle et précoce et des techniques médicales modernes pour réduire rapidement la mortalité et la fécondité, ainsi que la grande hétérogénéité entre les pays, entre les groupes sociaux et entre les villes et les campagnes. On observe nettement deux modèles de transition démographique : un modèle équivalent à celui des sociétés les plus développées, dans les couches sociales privilégiées et rapidement modernisées, où l'amélioration des conditions économiques et sociales a provoqué des modifications radicales des comportements démographiques ; puis, un second modèle qui a principalement concerné les couches sociales défavorisées, ayant gardé la plupart 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, 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.

L'antériorité de la baisse de la mortalité

Le principal détonateur de la transition démographique a été dans tous les cas la baisse de la mortalité. L'équilibre traditionnel s'est rompu lorsque la mortalité infantile a commencé à diminuer rapidement, ainsi que la mortalité maternelle et adulte. Jusque-là, l'Amérique latine avait conservé tout au long du XIX^e siècle des niveaux de mortalité similaires à ceux de la France de 1750 (de l'ordre de 25 ans de vie moyenne à la naissance), sous l'influence de maladies infectieuses comme le paludisme et la tuberculose, auxquelles s'ajoutaient de fréquentes épidémies de variole, typhus, peste, choléra, fièvre jaune et grippe espagnole.

La mortalité a commencé à se réduire au tournant du siècle, lors des premières campagnes de santé publique et d'assainissement, et en premier lieu dans les grandes villes les mieux équipées ou chez des populations immigrantes, majoritairement venues d'Europe. C'est ainsi que La Havane enregistrait une espérance de vie de 39 ans en 1905-1907 [7], semblable à celle des pays européens de l'époque. En Amérique du Sud, les pays de la zone tempérée qui reçurent des contingents importants d'immigrés européens, connurent également une forte réduction de leur mortalité, les taux bruts se réduisant à 15‰ dès 1897 en Uruguay et en 1920-24 en Argentine.

A partir de 1930, tous les pays latino-américains ont commencé à bénéficier de programmes importants de santé publique. En effet, la médecine moderne et l'hygiène publique ont été au centre des priorités politiques de tous les États, aidés en cela par l'Organisation Panaméricaine de la Santé. Les campagnes de vaccination, la prévention des maladies infectieuses, l'éradication du paludisme et de la variole, la construction de réseaux d'eau potable et d'égouts, de centres de santé urbains et ruraux, d'hôpitaux, de dispensaires et de cliniques ont constitué l'armature de politiques de promotion de la santé. Conséquence immédiate de ces mesures, les espérances de vie ont doublé entre 1930 et 1960, date à laquelle la plupart des pays atteignaient les 60 ans de vie moyenne. Or, témoins des inégalités dans les rythmes de développement, les pays les plus pauvres ont atteint ce seuil avec retard [6].

Tableau 1 : Espérance de vie à la naissance et mortalité infantile

Pays	Espérance de vie à la naissance						Taux de mortalité infantile (en ‰)		
	1975-80			1990-95			1950-55	1985	1995
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble			
Cuba	71,15	74,45	72,75	73,50	77,30	75,30	82	17	9
Costa Rica	69,01	73,97	71,43	74,00	78,60	76,30	92	19	13
Uruguay	66,39	73,00	69,61	69,30	75,70	72,50	57	33	19
Panama	67,60	70,85	69,19	70,90	75,00	72,80	93	26	30
Argentine	65,43	72,12	68,71	68,60	75,70	72,10	64	35	21
Venezuela	63,61	69,00	66,24	68,90	74,70	71,70	107	39	24
Chili	62,43	69,04	65,65	71,50	77,40	74,50	126	24	12
Paraguay	61,93	66,40	64,11	66,30	70,80	68,60	106	45	43
Mexique	61,94	66,34	64,09	68,50	74,50	71,50	114	53	34
El Salvador	59,98	64,47	62,17	64,10	71,80	67,90	175	42	41
Colombie	59,96	64,48	62,16	67,10	72,40	69,70	134	53	28
Brésil	59,54	64,25	61,84	62,30	70,10	66,00	135	71	48
Rép. Dominicaine	58,42	62,22	60,27	67,60	71,70	69,60	147	64	47
Équateur	57,99	62,02	59,96	66,40	71,40	68,80	168	70	40
Guatemala	56,85	58,78	57,79	62,40	67,30	64,80	147	62	51
Honduras	55,38	58,93	57,11	65,40	70,10	67,70	169	82	43
Pérou	55,22	58,75	56,94	64,40	69,20	66,70	158	99	55
Nicaragua	55,29	57,27	56,26	63,50	68,70	66,10	167	76	49
Haïti	49,15	52,23	50,65	52,70	56,10	54,40	219	108	48
Bolivie	46,46	50,92	48,64	57,70	61,00	59,40	175	124	71

Source : CELADE, Nations-Unies et INED.

Il convient de séparer les pays latino-américains en plusieurs groupes selon les niveaux actuels de mortalité (Tab. 1). Le premier groupe formé par Cuba, le Costa Rica, l'Uruguay, Panama et l'Argentine, a des espérances de vie à la naissance qui dépassaient en 1990-95 le seuil des 75 ans pour le sexe féminin. Ce groupe se caractérise par une ancienneté de la baisse de la mortalité (en particulier pour l'Argentine et l'Uruguay), une mortalité infantile modérée, et une baisse de la mortalité rapide pour Cuba, le Costa Rica et Panama. Ces pays ont été les seuls où les progrès de l'hygiène et de l'appareil médico-social ont fait diminuer la mortalité dans de larges secteurs de la population, malgré un ralentissement du rythme de progression de l'espérance de vie après 1970, notamment en Argentine et en Uruguay.

Un second groupe est formé par les pays de mortalité moyenne: Venezuela, Chili, Mexique, Paraguay, El Salvador, Colombie, Brésil, République Dominicaine et Équateur. Ces pays ont atteint le seuil des 60 ans d'espérance de vie à la naissance à la fin des années soixante-dix et sont juste au-dessus de 70 ans d'espérance de vie pour les femmes en 1990-95. Ils ont connu une réduction importante de la mortalité dans les dernières décennies. Cependant, de larges secteurs de la population, en particulier rurale, ne bénéficient pas également des progrès de l'hygiène et de la médecine, les programmes d'assainissement et de prévention étant souvent limités aux villes. Faute d'un progrès réel au niveau des sociétés nationales tout entières, un certain ralentissement de la baisse de la mortalité se manifeste et la mortalité infantile reste élevée. En effet, dans tous les pays du monde, l'expérience montre qu'il est

aisé de combattre une très forte mortalité mais que des progrès plus importants ne sont obtenus que dans les sociétés où les inégalités sociales sont relativement faibles.

Un troisième groupe est formé par le Guatemala, le Honduras, le Pérou et le Nicaragua, avec des niveaux de mortalité qui ont progressé entre 1970 et 1995. La baisse de la mortalité s'est produite à partir d'espérances de vie à la naissance inférieures à 60 ans en 1970-75, conséquence d'un faible niveau de vie et d'inégalités sociales très importantes, jusqu'à atteindre 65 ans dans les années 1990-95.

Finalement, il faut signaler un quatrième groupe, Haïti et la Bolivie, dont les niveaux de mortalité se situaient encore parmi les plus forts du monde, avec des espérances de vie à la naissance inférieures à 60 ans en 1990-95. Ces deux pays accusent un retard très important dans leur développement économique et social, s'exprimant par une forte mortalité à tous les âges et notamment chez les jeunes enfants [6].

Le ralentissement général de la baisse de la mortalité après 1980 s'explique par la persistance d'un faible niveau de vie et le maintien de taux élevés de mortalité infantile et juvénile. De plus, des épidémies de rougeole ou le retour du paludisme sont encore observés, comme ce fut le cas en 1990-91 au Costa Rica, par suite de relâchements impardonnables dans les politiques publiques de santé. Les 6 000 cas de rougeole et 40 décès en 15 mois ont été la conséquence d'une mauvaise couverture vaccinale dans les 15 dernières années ; quant au retour du paludisme, il a été purement et simplement ignoré et non traité. En outre, dans le cas de Haïti, on observe une forte prévalence du VIH et des décès par Sida.

Cette rapide description des disparités régionales de la mortalité latino-américaine reflète les difficultés dans l'éradication des maladies infectieuses ou parasitaires qui ont, depuis de nombreuses années, pratiquement disparu dans les pays les plus développés mais qui demeurent des causes importantes de décès dans la région. La progression des espérances de vie dans l'actualité est ainsi freinée là où persiste un niveau élevé de mortalité infantile et juvénile, notamment dans les troisième et quatrième groupes décrits précédemment.

La nuptialité universelle et précoce

Traditionnellement, les effets positifs sur les descendance de la réduction de la mortalité étaient souvent contrôlés par une limitation des mariages. C'est ainsi qu'en Europe du Nord, tandis que les vies moyennes augmentaient entre 1750 et 1870, les mariages devenaient de plus en plus tardifs et le célibat définitif augmentait sensiblement dans les générations. La limitation des mariages permettait de contenir la croissance démographique dans des proportions raisonnables et de limiter la taille des familles. D'autres mécanismes étaient également utilisés, comme l'émigration de jeunes vers l'Amérique qui alimenta les flux vers l'Argentine, Cuba, l'Uruguay, le Brésil et le Chili à la fin du XIX^e siècle et dans le premier tiers du XX^e siècle : au total, 30 millions d'Européens se sont dirigés vers l'Amérique latine et 52,7 millions vers l'Amérique du Nord entre 1871 et 1957 [6].

Contrairement au cas européen, le contrôle de la nuptialité n'a pas été utilisé en Amérique latine comme un moyen de limiter la croissance démographique. Tout d'abord, il y a une question d'époque : ce qui était accepté comme une solution inévitable dans l'Europe de l'Ancien Régime était socialement difficile à proposer en

Amérique latine en 1950, lors de la phase de forte croissance de la population. En effet, les changements culturels de notre siècle, notamment les modifications de la condition féminine et des relations entre les générations, se sont produits aussi en Amérique latine, rendant impossible un modèle de mariage tardif dans un contexte culturel qui ne l'avait par ailleurs jamais connu, contrairement aux pays européens où le mariage tardif existait de longue date.

Un autre facteur a également joué en faveur du *marriage-boom* des années cinquante et soixante : la forte croissance économique pendant cette période. Ce sont les années des différents « miracles » économiques (brésilien, colombien, mexicain, vénézuélien), de l'expansion de l'emploi industriel et urbain et donc des possibilités de fonder un foyer dans de meilleures conditions, les jeunes trouvant plus tôt et plus facilement des moyens de subsistance dans le secteur moderne de l'économie. Les conditions du *marriage-boom* latino-américain sont d'ailleurs les mêmes que celles du *marriage-boom* des pays d'Europe et d'Amérique du Nord à la même époque [8] : urbanisation rapide, croissance économique accélérée, abondance d'emplois dans les secteurs secondaire et tertiaire, mobilité sociale, exode rural, moindre contrôle social des jeunes par les générations antérieures.

Ces tendances à la hausse de la nuptialité se confirment dans tous les pays, y compris ceux de l'extrême sud : la proportion de femmes qui se déclaraient en union a augmenté partout entre 1950 et 1960 alors que la proportion de célibataires à 50 ans a diminué fortement à la même époque. La nuptialité légale a considérablement augmenté, tandis que se réduisaient le célibat définitif, les unions consensuelles et les ruptures d'union consécutives aux veuvages, le divorce restant encore relativement limité [2 et 14].

Les pays latino-américains peuvent être classés en trois groupes par rapport à la nuptialité :

- a) les pays à nuptialité très précoce, de 18 à 19 ans à la première union : ce sont des pays d'Amérique Centrale et des Caraïbes, tels que le Salvador, le Guatemala, Honduras, Cuba et la République Dominicaine, ainsi que des régions, comme par exemple la côte du Golfe au Mexique et la façade atlantique en Colombie. Dans ce modèle, les unions consensuelles sont plus nombreuses que dans les deux autres groupes : ainsi, en République Dominicaine, plus de la moitié des unions sont consensuelles. Il faut souligner l'originalité du cas cubain, qui montre à la fois la nuptialité la plus précoce de l'Amérique latine et la fécondité la plus réduite. Cependant, une forte proportion de divorces à Cuba signale des changements importants dans les relations de couple.
- b) les pays à nuptialité précoce, de 20 à 21 ans à la première union : Colombie, Costa Rica, Équateur, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, Venezuela. On observe des pays à forte composante indigène, comme l'Équateur, le Pérou et une partie du Mexique, qui traditionnellement ont gardé une nuptialité relativement contrôlée par les communautés villageoises, et des pays d'Amérique centrale qui se distinguent des autres, comme Panama et le Costa Rica, par un niveau de scolarisation plus élevé. Dans cet ensemble, les unions consensuelles sont encore nombreuses : une première union sur trois en Équateur, au Pérou, au Venezuela et une première union sur quatre en Colombie et au Mexique. Plus de la moitié d'entre elles sont cependant légalisées au cours de la vie féconde.
- c) Les pays à nuptialité plus tardive, 22 ou 23 ans à la première union : Argentine, Brésil, Chili et Uruguay, pays dont le peuplement comprend une proportion éle-

vée d'immigration européenne. Cependant, en raison d'une grande hétérogénéité de ses populations, le Brésil présente une variété de modèles. Mais, dans tous les cas, la nuptialité reste plus tardive au Brésil que dans les deux groupes précédents.

Une fécondité naturelle jusqu'en 1965

Avant 1965, les indices conjoncturels de fécondité des pays latino-américains se situaient généralement entre 6 et 7,5 enfants par femme, sauf au Chili (5 enfants par femme), à Cuba (4,7), en Argentine et en Uruguay (3 enfants par femme) [4]. Jusque vers 1965, la très grande majorité des populations latino-américaines ne contrôlaient pas leurs naissances au sein du mariage. Ce que l'on connaît de la fécondité maritale montre des niveaux relativement similaires à ceux de l'Ancien Régime en Europe [15]. Mais comme la nuptialité était plus précoce et que les unions duraient plus longtemps, grâce à la réduction du veuvage, les niveaux de fécondité générale signalés ci-dessus, entre 6 et 7,5 enfants par femme, dépassaient largement ceux de l'Europe ancienne, qui n'excédaient pas 4 ou 5 enfants par femme.

Une hausse de fécondité, entre 1940 et 1965, a suivi dans un premier temps la baisse de la mortalité, comme conséquence des progrès sanitaires sur la morbidité et la mortalité maternelles, permettant une diminution des stérilités pathologiques et un meilleur déroulement des grossesses et des accouchements. De plus, la proportion de veuves s'est considérablement réduite et la précocité et l'universalité croissantes de la nuptialité ont également allongé la vie féconde des femmes en union.

Cependant, on trouvait des fécondités contrôlées en Argentine, en Uruguay, au Chili et à Cuba dès le début de ce siècle. Dans ces populations, les flux d'immigrants européens, qui ont quitté l'Europe au début de la transition démographique, ont conservé des comportements parallèles à ceux de leurs pays d'origine. Par exemple, en Argentine, la taille moyenne des familles était de 7 enfants en 1869-1914 ; elle a été divisée par deux à partir de 1930. La ville de Buenos Aires a toujours connu une moindre fécondité : 4 enfants par couple entre 1895 et 1914, 2,8 enfants en 1936, 2,4 enfants en 1947 [13]. De basses fécondités s'observaient aussi à Montevideo, dans certaines villes du Chili, dans la ville de La Havane. De fait, les immigrants européens de l'Amérique latine ont accompli leur transition démographique en même temps que leurs concitoyens restés en Europe.

Dans le reste de l'Amérique latine, la fécondité a commencé à se réduire lors de la dénommée « seconde révolution contraceptive » [9], c'est-à-dire lors de la diffusion des méthodes médicales de contraception. Il s'agit surtout de la pilule contraceptive, du stérilet et de la stérilisation, comme au Chili, au Costa Rica, et dans la plupart des îles Caraïbes après 1965, où la fécondité des femmes encore en union après l'âge de 30 ans s'est considérablement réduite. Dans l'ensemble de l'Amérique latine, l'utilisation de moyens modernes de contraception a été multipliée par quatre entre 1965 et 1985 [15].

Dès les années soixante, des différences sont apparues entre les zones urbaines et les zones rurales ainsi qu'entre les catégories sociales, notamment en fonction du niveau de scolarisation. Dans les grandes villes, les femmes les plus éduquées avaient en moyenne deux enfants de moins que les femmes peu scolarisées. L'arrivée massive de femmes migrantes dans les métropoles a eu aussi un effet réducteur sur la nuptialité urbaine, puisqu'on observait un important excédent de femmes par rapport aux hommes aux âges de forte nuptialité, donc plus de femmes célibataires et sans enfants.

Parallèlement, la stérilisation féminine devenait courante à Panama et à Puerto Rico, qui a été un pays pionnier pour cette méthode dès 1950. Par contre, les pratiques de limitation des naissances n'étaient ni connues ni utilisées dans les zones rurales où la fécondité restait à des niveaux proches de la « fécondité naturelle » [6].

Une forte diminution de la fécondité: 1965-1985

A l'image de l'évolution de la mortalité, la baisse de la fécondité a été tardive mais rapide. En une vingtaine d'années, tous les pays ont vu se réduire leurs indices conjoncturels de fécondité dans des proportions variant entre 5 et 62%, exception faite de l'Argentine qui a adopté une attitude pro-nataliste, d'où une augmentation de la fécondité. Les baisses les plus accélérées ont été aussi les plus précoces : Cuba (62%), le Chili (48%) et le Costa Rica (50%). Des pays qui ne montraient pas encore de variations de la natalité vers 1965 ont clairement enregistré un rythme rapide de diminution de leur taux par la suite : la Colombie (46%), la République Dominicaine (44%) ainsi que Panama, le Brésil, le Venezuela et le Mexique (entre 30 et 40%). Dans d'autres pays comme le Pérou, l'Équateur, le Nicaragua, El Salvador et le Honduras, la baisse rapide de la fécondité a commencé après 1970. La baisse n'a pas été toujours régulière : par exemple le Nicaragua a enregistré un *baby-boom* post-révolutionnaire au début des années quatre-vingt. En outre, la Bolivie a gardé pendant plus de trente ans pratiquement le même niveau de fécondité (Tab. 2).

Tableau 2 : Tendence à la fécondité (enfants par femme)

Régions	Pays	1950-55	1960-65	1970-75	1985	1995	Variation en % 1960-85
Pays andins	Bolivie	6,75	6,63	6,50	6,30	4,80	4,98
	Colombie	6,72	6,72	4,78	3,60	3,00	46,43
	Chili	4,80	4,98	3,33	2,60	2,40	47,79
	Équateur	7,00	7,00	6,50	5,00	3,60	28,57
	Pérou	6,85	6,85	6,00	5,20	3,50	24,09
	Venezuela	6,64	6,64	5,15	4,10	3,10	38,81
Pays atlantiques	Argentine	3,15	3,09	3,15	3,40	2,80	10,03
	Brésil	6,15	6,15	4,70	4,00	2,50	34,96
	Paraguay	6,62	6,62	5,70	4,90	4,50	25,98
	Uruguay	2,73	2,90	3,00	2,80	2,30	3,45
Amérique centrale	Costa-Rica	6,72	6,95	4,26	3,50	2,80	49,64
	El Salvador	6,46	6,85	6,33	5,60	3,90	18,25
	Guatemala	7,09	6,85	6,16	6,10	5,10	10,95
	Honduras	7,05	7,35	7,37	6,50	5,20	11,56
	Nicaragua	7,33	7,33	6,71	5,90	4,60	19,51
	Panama	5,68	5,92	4,94	3,50	2,80	40,88
Mexique et Caraïbes	Cuba	4,01	4,67	3,47	1,80	1,50	61,46
	Haïti	6,15	6,15	6,08	5,50	4,80	10,57
	Mexique	6,75	6,75	6,40	4,70	3,10	30,37
	Rép. Dominicaine	7,50	7,32	6,31	4,10	3,20	43,99

Source : CELADE, INED.

En 1995, seulement six pays latino-américains, les plus pauvres, conservaient des indices conjoncturels de fécondité supérieurs à 4 enfants par femme : le Paraguay (4,5), le Nicaragua (4,6), Haïti et la Bolivie (4,8), le Guatemala (5,1) et le Honduras (5,2). Tous les autres pays se situaient, en 1995, au-dessous de 4 enfants par femme, et pour la plupart, entre 2 et 3,5 enfants par femme.

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, utilisant 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 soixante, 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 faite sentir dans la généralisation de l'utilisation des méthodes modernes de contraception (*offre 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 dans les 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 [15].

Au Brésil, entre 1970 et 1976, les femmes urbaines sans aucune scolarisation ont réduit rapidement la taille de leur descendance [11 et 12], de même qu'entre 1970 et 1990, en Bolivie (-1,1 enfant par femme), au Honduras (-1,8), en Équateur et au Mexique (-2,8), en Colombie (-1,7) et au Chili (-1,4). 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 [5].

Cette réduction des différences s'observe également dans les nombres idéaux d'enfants déclarés dans les enquêtes des années quatre-vingt-dix, 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 rétréci, 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.

A l'heure actuelle, les tendances de la fécondité ne semblent plus dépendre, comme dans les années soixante, 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 pro-

grammes de planification des naissances ont eu des effets importants dans des groupes traditionnellement considérés comme 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 réduite 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.

Dans les années quatre-vingt, dans les grandes métropoles latino-américaines, la fécondité s'établissait à moins de 2,5 enfants par femme (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 Panama, 5,5 en Équateur, 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 : de 1 enfant par femme à Cuba entre les extrêmes 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) [5]. Ces chiffres confirment les tendances que nous avons 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 [15]. Cependant, la fécondité a quand même baissé plus récemment dans ces groupes, mais suivant d'autres modalités.

En effet, 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, avec une concentration sur un petit nombre de méthodes contraceptives, comme la stérilisation pour limiter définitivement la taille des familles. C'est ainsi que vers 1990, à Porto-Rico, El Salvador et en République

Dominicaine, respectivement 63, 60 et 69% des femmes utilisatrices de méthodes modernes de contraception étaient stérilisées [6].

Le malthusianisme de pauvreté

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. La transition démographique latino-américaine a commencé lorsque s'est produite une certaine modernisation des économies et des sociétés au début du XX^e 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 XIX^e siècle et des premières années du XX^e 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). A 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 [6].

Suivant la baisse de la mortalité, la transition de la reproduction a commencé dans les mêmes groupes sociaux qui ont été les principaux bénéficiaires de la croissance économique et du développement social rapides après 1930. La baisse de la fécondité a reflété les profondes modifications dans les structures familiales, l'urbanisation, la scolarisation, le marché du travail, la condition féminine. La limitation des naissances s'est diffusée largement après 1965, avec les méthodes modernes de contraception (surtout la pilule) et aussi le recours à l'avortement, qui devint fréquent en ville, malgré son interdiction et les dangers qu'il faisait courir aux femmes, au point de devenir un des principaux problèmes de santé publique au cours des années soixante [6].

Ce modèle de transition démographique, qui reposait sur des changements d'attitude vis-à-vis de la reproduction, est donc très semblable à celui des pays qui se sont développés et modernisés en premier (Europe, Amérique du Nord). Il y a cependant de grandes différences entre l'Amérique latine et l'Europe, comme le décalage de plus de 100 ans entre les dates de début de chacune des deux transitions démographiques, la rapidité de la transition latino-américaine par rapport à l'européenne et le rôle minime de la nuptialité dans le contrôle de la reproduction en Amérique latine qui permet à Cuba, par exemple, d'avoir à la fois une nuptialité extrêmement précoce et une fécondité très faible. Le *marriage-boom* latino-américain des années cinquante et le développement des moyens modernes de contraception expliquent cette différence dans le rôle de la nuptialité.

Une autre différence essentielle est le rôle joué par la médecine moderne, car l'efficacité et le coût relativement modique des grands programmes de santé publique ont permis de réduire rapidement à la fois la mortalité et la fécondité. Dans les pays en développement, la transition démographique est de plus en plus associée à une

politique médicale. Cependant, si celle-ci est nécessaire, elle n'est en aucun cas suffisante. Ceci peut être illustré par le cas du Mexique, où la campagne vigoureuse de planification familiale a été moins efficace en zone rurale, car les femmes n'avaient recours aux contraceptifs, généralement la stérilisation, qu'après de nombreuses naissances, et en fin de vie féconde. Sans un changement d'attitude indispensable face à la reproduction dès le début de la vie féconde, les politiques uniquement médicales ont peu de chances de succès. Au Salvador, beaucoup de stérilisations (60% des utilisatrices de méthodes) n'équivalait pas à une faible fécondité (elle restait de 7,0 enfants par femme vers 1990 chez les femmes sans scolarisation).

Dans les couches les plus défavorisées des sociétés latino-américaines, la transition démographique s'est produite dans un contexte de pauvreté, de faible scolarisation, de malnutrition accompagnant la carence en structures sanitaires, médicales et éducatives où, non seulement la mortalité n'avait pas encore baissé profondément, mais où la fécondité restait relativement élevée. Cependant, la fécondité a commencé à diminuer dans la plupart des cas, même dans les campagnes, chez les groupes sociaux les moins scolarisés et les groupes professionnels les plus défavorisés. Par exemple, en Colombie, les femmes sans scolarisation ont vu baisser leur indice conjoncturel de fécondité de 7,1 à 5,0 enfants par femme entre 1970 et 1990 ; la réduction est de 8,5 à 6,2 enfants par femme en Équateur aux mêmes dates, de 7,6 à 6,5 enfants par femme en Bolivie et de 7,5 à 7,0 enfants par femme au Honduras [5].

Une étude sur le Brésil a montré que la crise économique qui l'a touché de plein fouet a eu pour effet une diminution du nombre d'enfants dans les familles les plus défavorisées, comme conséquence de la détérioration du niveau de vie, de la forte chute du salaire réel à partir de 1965, et de l'aggravation du chômage et du sous-emploi. Cette évolution s'est conjuguée au développement des services de planification familiale, notamment ceux offerts par le BEMFAM (*Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil*), organisme privé affilié à l'IPPF (*International Planned Parenthood Federation*), soutenu par les gouvernements des États brésiliens. Les familles les plus pauvres ont commencé à contrôler leurs naissances sous la pression de la crise économique et sociale. Dans le cas de la Colombie et du Mexique également, des facteurs d'offre et de demande de contraception expliquent la diffusion rapide de la pratique de la limitation des naissances dans les catégories sociales les plus défavorisées. La baisse du niveau de vie, le chômage, la malnutrition, les carences de tout genre, ont conduit à l'émergence de ce que l'on peut qualifier de « malthusianisme de la pauvreté » [1]. La naissance de nombreux enfants est perçue actuellement par les familles comme mettant en danger leur survie immédiate [3].

De plus il existe, de la part des gouvernements latino-américains ou d'organismes privés, une offre très abondante de moyens contraceptifs, largement accessible à l'ensemble de la population, y compris aux plus pauvres et aux plus marginalisés, car les programmes de planification familiale bénéficient en Amérique latine d'un large consensus social. Dans ce contexte, les familles ont facilement accès à la contraception, qui est utilisée de préférence en fin de vie féconde, après une première partie de la vie reproductive qui se déroule traditionnellement, pratiquement sans aucun changement dans la nuptialité précoce, les naissances rapprochées et l'absence de limitation des premières naissances. Ce n'est qu'après avoir atteint une descendance relativement nombreuse, de 3 à 5 enfants, que les familles les plus pauvres ont recours aux moyens contraceptifs, souvent la stérilisation définitive de la femme, qui apparaît fréquemment comme une première et unique méthode au cours de la vie féconde [6].

Ces modalités de la transition démographique expliquent à la fois la baisse de la mortalité et de la fécondité dans un contexte de pauvreté, de faible scolarisation, et de comportements familiaux et individuels restés traditionnels, c'est-à-dire dans des conditions très différentes de celles qui sont à la base de la théorie de la transition démographique. Mais un facteur essentiel demeure cependant nécessaire : l'existence des infrastructures médicales, qui ne peut être assurée que dans un contexte minimal de paix civile, d'organisation administrative et d'un certain développement social indispensable.

Bibliographie

1. BOSERUP E., 1985, Economic and demographic interrelationships in sub-saharan Africa, *Population and Development Review*, Vol. 11, n° 3, p. 383-397.
2. CAMISA Z., 1971, *La nupcialidad femenina en América Latina durante el periodo intercensal 1950-1960*, CELADE, San José de Costa Rica, 44 p.
3. CARVALHO J., RODRIGUEZ WONG L., 1996, La transición de la fecundidad en el Brasil ; causas y consecuencias, in Guzman J.M. et al., Ed., *The fertility transition in Latin America*, Clarendon Press Oxford, p. 373-396.
4. CELADE, 1983, *Boletín demográfico*, CEPAL, Santiago.
5. CHACKIEL J. et SCHKOLNIK S., 1996, América Latina : transición de la fecundidad en el periodo 1950-1990, in GUZMAN J.M. et al., Ed., *The fertility transition in Latin America*, Clarendon Press Oxford, p. 3-26.
6. COSIO-ZAVALA M.E., 1998, *Changements démographiques en Amérique latine*, Paris, AUPELF-UREF, ESTEM, 120 p.
7. DIAZ-BRIQUETS S., 1981, Determinants of mortality transition in developing countries before and after the second World War : some evidence from Cuba, *Population Studies*, Vol. 35, n° 3, p. 399-411.
8. HAJNAL J., 1953, The marriage-boom, *Population Index*, Vol. 19, n° 1.
9. LERIDON H., 1987, *La seconde révolution contraceptive*, PUF/INED, Paris, 378 p.
10. LEVY M.L., 1985, *Tous les pays du monde, Population et Sociétés*, bulletin de l'INED, n° 193, 6 p.
11. MERRICK T.W., 1983, Fertility and Family Planning in Brazil, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 9, n° 4.
12. MERRICK T.W., 1984, *Recent fertility declines in Brazil, Colombia and Mexico*, Population Association of America.
13. PANTELIDES A., 1996, Un siglo y cuarto de la fecundidad en Argentina, 1869 al presente, in GUZMAN J.M. et al., Ed., *The fertility transition in Latin America*, Clarendon Press Oxford, p. 345-358.
14. ROSERO-BIXBY L., 1996, Nuptiality trends and fertility transition in Latin America, in GUZMAN J.M. et al., Ed., *The fertility transition in Latin America*, Clarendon Press Oxford, p. 135-150.
15. ZAVALA DE COSIO M.E., 1992, *Cambios de fecundidad en Mexico y Políticas de Poblacion*, FCE-El Colegio de Mexico, 326 p. Traduction française : *Changements de fécondité au Mexique et Politiques de Population*, L'Harmattan, 1994, 256 p.

3. Politiques de population, pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ?

Ali Kouaouci¹

La croissance démographique dans le Maghreb a connu ces dernières années un ralentissement remarquable, aussi rapide qu'imprévu. Il semble qu'on puisse parler de succès du malthusianisme pur, puisque le recul du mariage, auquel vont les faveurs du célèbre pasteur, à l'opposé du contrôle de la fécondité par des moyens contraceptifs peu « orthodoxes » pour lui, joue le rôle principal dans la transition. La croissance démographique a amené des générations de plus en plus nombreuses aux âges d'entrer en activité, de se marier et de créer de nouveaux ménages, sans une augmentation correspondante des opportunités d'emploi. Cette structure particulière qui exerce sur le marché du travail une tension inédite et redoutable modifie de nombreuses institutions comme la famille, mais aussi le marché du travail, voire même le champ politique.

Un cadre développé à l'origine par McNicoll et adapté à la situation du Maghreb, est appliqué et son efficacité à décrire cette situation est appréciée. Ce cadre représente un moyen possible pour comprendre comment une croissance démographique élevée peut induire des changements dans la structure familiale, puis dans les systèmes économique et social et pour finir se traduire par un changement de comportement au niveau individuel. Ce changement par rétroaction réduit la croissance démographique qui lui a donné naissance. Cependant, la croissance démographique ne s'est pas déployée en vase clos. Diffusion culturelle, politiques de population et pressions malthusiennes, paradoxalement aggravées par les programmes d'ajustement structurel, ont accompagné ce changement.

Le groupe des 15-24 ans apparaît à la fois comme l'une des principales victimes de cette transition mais aussi son accélérateur. S'il est impossible de dénier aux politiques de population tout effet sur la transition, il convient également de ne pas lui attribuer tout le bénéfice du changement puisque, avec des politiques commencées respectivement en 1966, 1975 et 1983, la Tunisie, le Maroc et l'Algérie présentent des niveaux relativement proches de fécondité, de nuptialité et de contraception.

Par ailleurs, la diffusion culturelle, avec le modèle familial alternatif qu'elle véhicule, rend possible par le recul du mariage et la baisse de la fécondité une action de freinage de la croissance démographique.

Enfin, les pressions malthusiennes telles qu'elles se traduisent par l'appauvrissement des populations les plus vulnérables, semblent jouer un rôle important dans la transition observée.

1. Département de démographie, Université de Montréal.

La croissance démographique a connu ces dernières années un ralentissement remarquable, dans de nombreuses régions. Pour le Maghreb, il aura été aussi rapide qu'imprévu. La transition vécue par l'Algérie, le Maroc et la Tunisie ne saurait être réduite à un changement démographique isolé des autres changements. En particulier, les conditions difficiles que traverse la région, du point de vue économique surtout, ne sauraient être escamotées pour faire croire à une transition paisible vers des niveaux plus favorables de fécondité et de croissance. En vérité, toute transition est pénible, les sociétés ne changent pas par choix raisonné mais bien contraintes et forcées, et nous allons essayer de l'illustrer dans le cas du Maghreb. M. Godelier l'a exprimé en disant : « La transition désigne ce moment où la société rencontrant des difficultés externes et/ou internes à reproduire le système économique et social sur lequel elle se fonde, est presque forcée de se réorganiser sur la base d'un autre système » [9].

Comme l'ont suggéré des chercheurs comme S. Adnan [3] pour le Bangladesh et M.E. Cosio-Zavala [6] pour l'Amérique latine, les transitions ne s'accompagnent pas nécessairement de progrès économique et social, mais plutôt d'appauvrissement de la population, à tel point qu'on a pu parler de « malthusianisme de la pauvreté », avec son cortège de chômage et de baisse du niveau de vie.

Dans le cas du Maghreb, il semble que l'on puisse parler de succès du malthusianisme pur, puisque le recul du mariage, auquel vont les faveurs du célèbre pasteur, à l'opposé du contrôle de la fécondité par des moyens contraceptifs peu « orthodoxes » pour lui, joue le rôle principal dans la transition. Le triomphe de Malthus est d'autant plus éclatant que ce recul du mariage se produit au cœur de la « citadelle domestique » d'après la formule heureuse de P. Fargues, là où le mariage universel et précoce apparaissait incontournable, il y a quelques années à peine.

Nous nous inspirons du cadre élaboré par G. McNicoll [11] en l'adaptant à la situation du Maghreb. Nous allons essayer de montrer comment dans le cas du Maghreb, la croissance démographique a amené des générations de plus en plus nombreuses aux âges d'entrée en activité, à se marier et à créer de nouveaux ménages. Cette structure particulière qui exerce sur le marché du travail une tension inédite et redoutable va modifier de nombreuses institutions comme la famille, mais aussi le marché du travail, et par là même le champ économique, voire même le champ politique. En particulier la notion de famille et de mariage quasi universel et précoce qui caractérisait les sociétés maghrébines encore récemment, connaît un recul évident annonçant des changements importants au niveau du comportement individuel. Ce comportement va par rétroaction et généralisation progressive continuer à réduire la croissance démographique qui lui a donné naissance, bouclant ainsi la boucle.

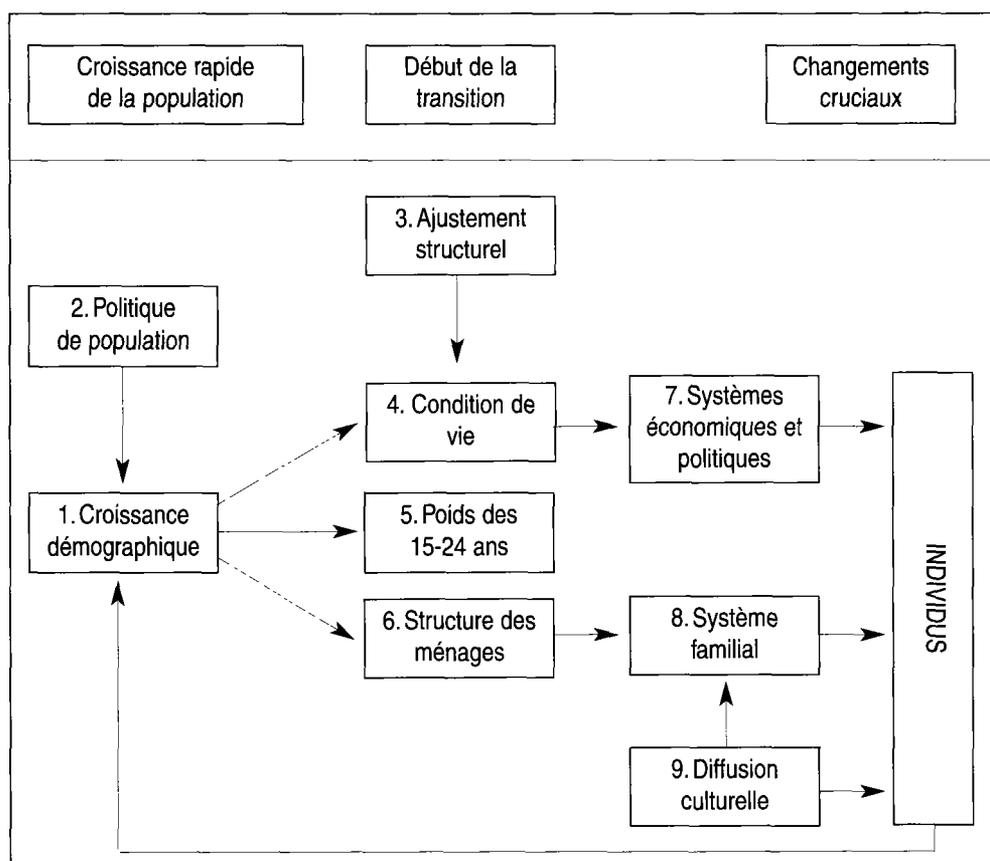
Cependant, la croissance démographique ne s'est pas déployée en vase clos. La diffusion culturelle, les politiques de population et les pressions malthusiennes, paradoxalement aggravées par les programmes d'ajustement structurel, ont accompagné ce changement.

Ce qui manque dans le cadre de G. McNicoll, ce sont les interventions politiques, la diffusion du modèle familial alternatif et les difficultés de survie quotidienne aggravées par les programmes d'ajustement structurel. Ces facteurs doivent pourtant être pris en compte comme conséquences ou résultats de la croissance démographique, mais aussi comme variables intervenant dans un premier temps au même titre que la croissance démographique elle-même. Ceci n'empêche pas dans un deuxième

temps et assez logiquement que les systèmes économiques et politiques soient aussi transformés du fait des conséquences sur le système familial, sur l'entrée dans le marché du travail, etc.

Nous tentons dans le cadre de ce travail de mettre en évidence les multiples transformations qui accompagnent ces changements de comportement lié à la reproduction. En particulier, les changements dans la nuptialité, l'emploi des jeunes et l'économie des ménages devraient être étudiés en montrant les conséquences sur la croissance démographique. Tout se passe comme si la croissance démographique élevée produisait elle-même des mécanismes qui finissent par la freiner. Idéalement, il faudrait suivre l'ordre suggéré par la figure 1.

Figure 1 : Cadre pour la transition



La croissance démographique vient logiquement en premier lieu. La politique de population est une réponse à cette croissance démographique. Le contexte socio-économique ne peut guère être approché si l'on fait l'impasse sur les programmes d'ajustement structurel qui transforment les conditions de vie des populations du Maghreb, en particulier par la difficulté de trouver un emploi, qui concerne les jeunes de 15 à 24 ans au premier chef. Cette crise de l'emploi des jeunes va se répercuter sur la structure des ménages, où le poids des fils et filles en âge de travailler, de se marier et de créer leur propre ménage augmente, sans que les opportunités

d'emploi évoluent parallèlement. Enfin ces pressions sur le système familial poussent à des transformations et par voie de conséquence entraînent des modifications des systèmes économique et politique. Enfin, la diffusion culturelle avec le modèle familial alternatif qu'elle véhicule rend possible par le recul du mariage et la baisse de la fécondité une action de freinage de la croissance démographique.

Dans le cadre limité de ce travail, nous nous concentrons sur les principales relations entre la croissance démographique et la politique de population, le poids des 15-24 ans, le recul de l'âge au mariage, l'évolution des possibilités d'emploi pour les jeunes, la structure des ménages et enfin les programmes d'ajustement structurel et les conditions de vie des populations. L'objectif est d'appliquer le cadre modifié de G. McNicoll au cas du Maghreb, en vue de tester son efficacité. Bien entendu, notre propos n'est pas de démontrer la validité théorique du cadre de G. McNicoll, tâche dont s'est acquitté cet auteur dans le cadre de ses propres objectifs. Il s'agit plutôt d'évaluer les effets d'une croissance démographique rapide sur les systèmes familiaux, économiques et politiques. L'idée est d'élargir ce cadre pour décrire de manière plus efficace certains mécanismes de la transition démographique du Maghreb, engagé par ailleurs dans d'autres transitions : économique (vers la libéralisation et l'ajustement), politique (vers le multipartisme) et socio-culturelle (vers des modèles familiaux et matrimoniaux alternatifs). Ce vaste programme d'études pour le futur n'est pas l'objectif immédiat de ce chapitre.

La croissance démographique au Maghreb

Tableau 1 : Natalité, mortalité et accroissement naturel au Maghreb, 1970-1995

Années	Indice	Algérie	Maroc	Tunisie
1970	TBN‰	48,72	46,64	38,98
	TBM‰	16,20	16,38	13,58
	TAN%	3,25	3,03	2,54
1980	TBN‰	42,36	38,14	34,78
	TBM‰	11,78	12,04	9,04
	TAN%	3,06	2,61	2,57
1995	TBN‰	26,16	26,70	24,02
	TBM‰	5,42	7,14	6,06
	TAN%	2,07	1,96	1,80

Vers 1950, les populations algérienne et marocaine ont été estimées à environ 8 753 000 et 8 953 000. La Tunisie avait alors une population d'environ 3 530 000 habitants. D'après les données de la Banque Mondiale, l'Algérie a connu la plus forte croissance naturelle de sa population durant les trente dernières années. Vers 1970, le taux d'accroissement naturel de l'Algérie atteignait 3,2% comparativement à 3% pour le Maroc et 2,5% pour la Tunisie. Le Maroc et l'Algérie présentaient de faibles différences en termes de natalité (48,7 et 48,6) et de mortalité (16,2 et 16,4), mais la Tunisie se démarquait nettement avec 39‰ pour la natalité et 13,5‰ pour la mortalité. Vingt-cinq ans plus tard, les différences se sont presque estompées : le taux d'accroissement naturel varie entre 2% (Algérie et Maroc), et 1,8% (Tunisie). Si l'Algérie conserve la croissance la plus forte, ce n'est plus apparemment du fait de

sa natalité, mais bien de sa mortalité : 5,4‰ contre 6,1‰ pour la Tunisie et 7,1‰ pour le Maroc.

Vers 1990, les estimations des Nations Unies donnent une population de 24 935 000 pour l'Algérie, de 24 043 000 pour le Maroc et de 8 162 000 pour la Tunisie [13]. En quarante ans, les populations algérienne et marocaine auraient presque triplé et la population tunisienne plus que doublé.

Dans un travail précédent [10], nous avons commencé à mettre en évidence la convergence des niveaux de fécondité, de nuptialité et de contraception, dans ces trois pays du Maghreb. Cette convergence ne fait que se confirmer, sans pourtant qu'on puisse parler d'homogénéité, et malgré des politiques officielles assez différentes.

Les politiques de population

C'est vers les années 1966-67 que les trois pays ont été ciblés par les bailleurs de fonds, principalement nord-américains, en vue de leur faire adopter une politique de population pour maîtriser leur croissance démographique. Des enquêtes Connaissance, Aptitude et Pratique (CAP) ont été menées à la même époque et avec les mêmes méthodologies et objectifs. La Tunisie d'abord, puis plus tard le Maroc ont adopté des politiques, l'Algérie résistant jusque vers 1980 pour suivre le mouvement. S'il est impossible de dénier au politique tout effet sur la population, il convient également de ne pas lui attribuer tout le bénéfice du changement puisque, avec des politiques commencées respectivement en 1966, 1975 et 1983, la Tunisie, le Maroc et l'Algérie présentent des niveaux relativement proches de fécondité, de nuptialité et de contraception (Tab. 2).

Tableau 2 : Fécondité, nuptialité et contraception au Maghreb

Rubrique	Algérie (1992)	Maroc (1995)	Tunisie (1995)
Indice synthétique de fécondité	4,4	3,6	3,2
Taux de prévalence contraceptive (%)	51	50	60
Age moyen au mariage des femmes (années)	23,8	25,3	26,6
Proportions de femmes célibataires à 20-24 ans (%)	52	60	72

« Si les programmes n'ont pas démarré en même temps, l'intérêt pour la maîtrise de la croissance démographique s'est manifesté dans les 3 pays vers 1967-68. Par rapport au Maroc et à la Tunisie, l'Algérie sortant d'une longue guerre meurtrière était encore en phase de rattrapage et d'euphorie » [10]. Cependant, il convient de souligner que bien avant l'adoption officielle d'une politique de population, l'Algérie offrait des services gratuits d'espacement des naissances. Pour le cas du Maroc et de la Tunisie, il faut citer le rôle pionnier des Associations de Planification Familiale qui ont sensibilisé la population et facilité la reprise de l'essentiel de l'effort par les services publics. L'histoire particulière de l'Algérie, avec sa guerre de libération et ses

élites politiques marquées par le tiers-mondisme, l'a rendue récalcitrante, du moins dans le discours officiel, pendant une dizaine d'années, aux « fausses solutions » de la planification familiale. Cependant, cela n'a pas empêché la mise à disposition de contraceptifs gratuits dans un réseau national de cliniques gouvernementales de Protection Maternelle et Infantile et d'Espacement des Naissances.

Par rapport à la croissance démographique, les trois pays n'ont pas eu les mêmes politiques, ou du moins, pas simultanément. L'apparent paradoxe de la convergence des niveaux de contraception, de fécondité et d'âge au mariage s'explique par contre lorsque l'on compare les programmes de planification familiale (d'espace-ment des naissances, pour l'Algérie), somme toute fort similaires dans les trois pays.

L'ajustement structurel

L'endettement extérieur touche les trois pays à des degrés divers, mais de manière sévère dans tous les cas : selon les indicateurs publiés par la Banque Mondiale (1997), la dette extérieure totale algérienne est passée de 940 millions de \$ US en 1970 à 32,6 milliards de \$ US en 1995, de 985 millions de \$ US à 22,4 milliards de \$ US pour le Maroc, et de 598 millions à 9,9 milliards de \$ US pour la Tunisie. Cet endettement devient un cercle vicieux. Le poids de la dette a tellement étranglé ces pays que la priorité des gouvernements devient le remboursement de la dette au lieu du bien-être de la population. Ne pouvant honorer les échéances, les gouvernements s'endettent davantage : on emprunte pour payer la dette, etc.

Nul doute que les années quatre-vingt ont vu un changement important pour les trois pays du Maghreb. En 1981 pour le Maroc, 1984 pour la Tunisie et 1988 pour l'Algérie ont eu lieu des émeutes menées par les jeunes, qu'on a parfois appelées « émeutes de la faim ». On parle aussi des « émeutes du FMI ».

Pour le Maroc, dès 1965, une première convention est signée avec le FMI, du fait d'une crise financière. Le pays doit changer son orientation (industrialisation) et opter pour le développement du capital privé dans le secteur agricole (tourné vers l'exportation) et le tourisme. A partir des années quatre-vingt, le premier souci sera le remboursement de la dette. Dès 1981, le programme d'ajustement structurel (PAS) pousse à une augmentation du prix des produits alimentaires de 14% à 77%. Des émeutes éclatent, conduites par des jeunes sans emploi, dont une partie venait de connaître l'échec au baccalauréat (84% de recalés en 1981) [2].

Pour la Tunisie, à partir de 1986, le PAS consacre la primauté du secteur tourné vers l'exportation. Avant 1986, l'État avait déjà commencé à se désengager en supprimant les subventions des produits de base, entraînant en 1984 des émeutes du pain [4].

Pour l'Algérie, comme pour le Maroc et la Tunisie, on est passé d'une politique de développement à une politique d'ajustement structurel avec tout ce que cela comporte en terme d'augmentation du coût de la vie, d'aggravation du chômage et d'émeutes. Jusque là, les revenus pétroliers avaient réussi à cacher la crise de la dette. Mais avec la baisse du prix du principal produit d'exportation (le pétrole) en 1986, le système est mis en difficulté. En 1988, le service de la dette avait grimpé à des sommets jamais égalés (87%). A la différence du Maroc et de la Tunisie, ces émeutes ont éclaté avant même l'adoption d'accords avec le FMI et, plus tard avec la Banque Mondiale en 1989. Le remboursement de la dette ayant pratiquement épuisé les ressources cette année-là, les

importations en ont durement souffert. Ce n'est qu'en 1991 que des mesures similaires à celles contenues dans le PAS sont adoptées en Algérie, du moins en partie [14].

Les programmes d'ajustement structurel ont eu des effets divers, dont l'appauvrissement de la partie la plus vulnérable de la population. On parle de 400 000 suppressions d'emploi en Algérie ces trois dernières années, sans compter la masse de jeunes en attente de leur premier emploi.

Le poids des 15-24 ans

Quand une population s'accroît rapidement, tous les groupes d'âges ne présentent pas le même rythme de croissance. Ainsi, si la population algérienne s'est multipliée par 2,8 entre 1950 et 1990, les effectifs des 15-24 ans se sont multipliés par 3,1 durant la même période, passant de 1,6 à 5,1 millions. Les données pour le Maroc et la Tunisie sont respectivement 2,7/2,9 et 2,3/2,6. Ce groupe d'âge est particulièrement vulnérable et explosif : les 15-24 ans sont instruits et n'arrivent pas tous à s'insérer dans le marché du travail, ni à s'intégrer par le mariage dans une forme de vie sociale ordinaire. Ces jeunes contestent, dans la plupart des populations en crise, de plusieurs manières, un ordre social qui ne peut leur offrir de place à la mesure de leur ambition. Sur les 1,26 millions de chômeurs algériens en 1991, 827 mille (soit 65%) ont moins de 25 ans.

Il faudrait en fait, fixer les limites des groupes d'âges utilisés selon les objectifs de l'analyse. L'âge démographique en effet, ne se confond pas nécessairement avec l'âge social. Dans le cas algérien, le recul de l'âge au mariage (24 ans pour les femmes et 27 ans pour les hommes) et l'importance du chômage parmi les moins de 30 ans font que la dépendance vis-à-vis des parents dure plus longtemps. On garde le statut de « fils » ou « fille » de plus en plus longtemps et peut-être de plus en plus difficilement. Nous allons travailler sur les 15-24 ans, bien qu'idéalement il faudrait envisager une limite différente pour chaque sexe.

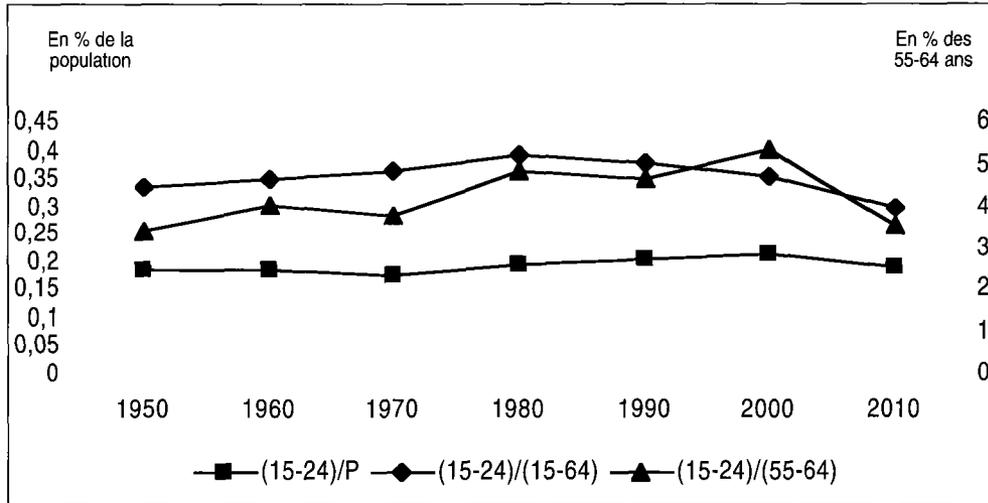
Le poids des 15-24 ans dans les trois populations est considérable. Autour de 20% de la population totale et de 35% de la force de travail, il ne reçoit que peu d'attention de la part de la société alors que les projections démographiques montrent pour les trois pays que leur poids va continuer à faire subir des tensions insoutenables sur le marché du travail, en particulier jusque vers 2010, date à laquelle un fléchissement sera probablement observé.

A titre exploratoire, nous avons essayé de comparer le poids des 15-24 ans à celui des 55-64 ans en vue d'illustrer la tension sur le marché du travail. En effet, ces deux groupes peuvent représenter les sous-populations concernées par l'entrée en activité économique (15-24 ans), et la sortie (55-64 ans). Le rapport de ces deux sous-populations varie en 1990 de 4,7 pour l'Algérie, à 4,3 pour le Maroc et 3,8 pour la Tunisie. Les prévisions montrent une aggravation de ce rapport pour 2000, puisque les chiffres passeraient respectivement à 5,4, 4,5 et 4,1. Ce n'est que vers 2010 que ces ratios baisseront respectivement à 3,5, 3,1 et 3,0 (Fig. 2). A titre de comparaison, ce rapport est de 1,5 pour le Canada en 1991.

Le poids de ces jeunes oblige la société à changer, car précisément, le système en place ne peut les intégrer. Ces changements toucheront nécessairement les principales institutions de la société : la famille, les sous-systèmes économique, politique

et culturel. Ces jeunes qui apparaissent comme le produit d'une croissance démographique passée soutenue peuvent être appréhendés comme la principale victime de cette transition, mais aussi comme le principal moteur de changement.

Figure 2 : Le poids des 15-24 ans dans la population algérienne



La structure des ménages

La taille moyenne des ménages a baissé en Tunisie et au Maroc, mais pas en Algérie. Alors qu'en 1994, cette taille moyenne était de 5,4 personnes en Tunisie et de 5,8 au Maroc, elle demeurait en 1992 à environ 7 personnes par ménage en Algérie. La crise du logement en Algérie était telle que vers 1992, 3,2 personnes partageaient en moyenne une chambre à coucher, contre 2,9 en Tunisie et 2,0 au Maroc. Cette surcharge des ménages en Algérie par opposition au Maroc s'éclaire quelque peu lorsque l'on compare les membres du ménage selon la relation au chef de ménage. La proportion de « fils » ou « filles » du chef de ménage est d'environ 27% au Maroc en 1992, et de 64% en Algérie. Dans ce pays, la situation était même plus critique en 1986 puisque cette proportion était de plus de 66%. Cette situation qui fait que les chefs de ménage soient en minorité par rapport aux fils et aux filles en Algérie (15%), mais pas au Maroc (33%), est potentiellement conflictuelle lorsque les descendants sont en âge de créer leur propre ménage sans en avoir la possibilité. Les jeunes sont alors forcés de cohabiter avec les générations plus anciennes. Ils sont dans un état de dépendance financière pesante et de frustration manifeste. Malgré le recul du mariage au Maroc, la situation est encore plus grave en Algérie.

C'est bien entendu la crise de l'emploi en Algérie qui laisse les jeunes désemparés. Jusque vers 1986, grâce à la manne du pétrole, le chômage déguisé faisait croire que l'Algérie pouvait fournir un emploi (fictif) à pratiquement tous les demandeurs d'emplois. Le travail était un droit dans la mentalité des gens, au même titre que le logement social, les cantines sur les lieux de travail, le transport des travailleurs. Le réveil n'en a été que plus pénible.

Tableaux 3 : Proportion de marié(e)s en Algérie et au Maroc (%)

	Algérie				Maroc			
	1986-1987		1992		1982		1994	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15-19	1,0	8,2	0,2	3,4	2,0	16,9	1,0	12,1
20-24	10,5	44,8	4,3	28,1	18,5	54,7	10,6	41,4
25-29	51,5	72,7	27,5	60,9	53,3	76,6	35,6	60,3

Sources : pour l'Algérie, ENAF (1986-87) et EASME (1992) ; pour le Maroc, recensements de 1982 et 1994.

Tableau 4 : Proportions d'occupé(e)s parmi les jeunes de 15-29 ans en Algérie et au Maroc (%)

	Algérie				Maroc			
	1986-1987		1992		1982		1994	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15-19	14	3	14	2	43	15	69	64
20-24	42	10	40	7	66	17	72	60
25-29	81	11	68	14	85	18	79	66

Sources : pour l'Algérie, ENAF (1986-87) et EASME (1992) ; pour le Maroc, recensements de 1982 et 1994.

Les changements économiques et sociaux

L'entrée de la Tunisie sur le marché international a été un choix dès 1970 [4]. Durant les années soixante-dix et quatre-vingt, le PIB s'est accru de 9,6% par an, le revenu par tête de 7% et la consommation de 12%. Cette performance est due au secteur industriel, en particulier aux activités délocalisées dans le cadre de la nouvelle division internationale du travail. Dans le même temps, la production agricole a été sacrifiée. Les prix, fixés autoritairement par l'État, ont diminué entre 1961 et 1979, de 47% pour le blé dur, 31% pour le blé tendre et 22% pour l'orge. Le taux de couverture des importations alimentaires était de 200% en 1960 et inférieur à 1/3 au début des années quatre-vingt.

Le taux de chômage qui était de 12,8% en 1980, passe à 16,4% en 1984, avec en particulier un taux de chômage des 18-24 ans qui passe à 25% en ville. La population en dessous du seuil de pauvreté diffère bien entendu selon que l'on utilise les chiffres officiels ou non, entre 12% et 50% en 1980.

Pour l'Algérie, à partir de 1986, le service de la dette est passé de 30-35% des recettes d'exportation à 60-70%, ne laissant guère de choix que de couvrir tant bien que mal l'importation de produits alimentaires et pharmaceutiques et de s'endetter de nouveau pour continuer à faire fonctionner la machine économique [1].

Tableau 5 : Structure des ménages en Algérie et au Maroc

	Algérie		Maroc	
	ENAF 1986-87 (%)	PAPCHILD 1992 (%)	EDS 1992 (%)	
Chef de ménage (M)	12,5	15,1	Chef de ménage	33,0
Chef de ménage (F)	1,6	2,2		
Époux (M)	0,3	0,0	Époux-Épouse	25,6
Épouse (F)	15,3	14,9		
Fils	36,3	33,5	Fils-Fille	27,2
Fille	30,0	29,5		
Père	0,4	0,3	Père-Mère	2,0
Mère	1,5	0,3		
Autre parent	2,1	4,2	Frère-Sœur	1,9
			Autre proche	2,2
			Adopté	0,3
			Sans lien de parenté	1,0
			Gendre/Bru	3,1
			Beaux parents	0,2
Petits-enfants	3,4			
Total	100,0	100,0		100,0

Après la libéralisation des prix des produits de base en 1992, les statistiques officielles indiquaient que 14 millions d'Algériens avaient besoin d'une assistance sociale, soit pratiquement la moitié de la population. Quatre millions d'Algériens n'avaient aucun revenu à ce moment-là. Les inégalités sociales avaient atteint un seuil critique : 10% de la population disposait de 30% du PIB, alors que 40% n'en consommaient que 6%. Une bonne partie de la société algérienne se trouvait ainsi poussée dans la marginalité [7].

Changements du système familial

En Algérie, les chercheurs d'emploi sont majoritairement pris en charge par la famille (67,9%). Le reste déclare se débrouiller pour subvenir à ses besoins [8]. Par ailleurs, le recul de l'âge au mariage, combiné au chômage, oblige les jeunes, surtout de sexe masculin, à une cohabitation avec les parents. Ceci entraîne des frustrations et des situations conflictuelles.

Au Maroc, au contraire, du fait de la crise du marché du travail, la transition s'appuie sur le maintien des solidarités familiales, mais sans co-résidence forcée : l'essentiel des emplois sont créés par des entreprises familiales et 70% de l'emploi se retrouve dans l'informel. Cela est assez différent de ce que J.C. Caldwell [5] et bien d'autres ont pronostiqué : avec un mode de production capitaliste, on observe un

recul de la famille et une émergence de l'individu qui vend sa force de travail à des inconnus. La baisse de la fécondité ici s'accompagne d'une détérioration des conditions de vie et l'institution familiale développe apparemment une stratégie de survie qui assure non seulement un travail à certains de ses membres, mais aussi un maintien des valeurs familiales traditionnelles.

Le cas de l'Algérie est plus complexe. La cohabitation forcée des générations a créé une situation explosive. Les relations familiales, selon les données de l'enquête sur la jeunesse sont plutôt tendues. Mais les ménages étendus pouvant (recensement de 1987) regrouper jusqu'à 5 personnes disposant d'un emploi ont alors un pouvoir économique, politique et social indiscutable : ce sont les mieux équipés, les plus influents, etc.

*

* *

La transition démographique au Maghreb est un phénomène douloureux pour la société qui va probablement entraîner des changements considérables et inattendus dans la famille, le marché du travail et même le système politique. Les sociétés maghrébines ont très peu à offrir aux vagues de jeunes qui s'impatientent à l'entrée du marché du travail. Les générations plus anciennes, après deux décennies de développement et une décennie d'ajustement structurel, n'ont pas réussi à négocier des termes honorables de l'échange dans le cadre de la division internationale du travail. Les trois pays sont maintenant bénéficiaires de l'aide alimentaire internationale, alors que trente ans plus tôt, ils étaient plutôt excédentaires. En 1990, l'Algérie a reçu 26 000 tonnes de céréales, le Maroc 200 000 tonnes et la Tunisie 348 000. Le remboursement de la dette est devenu la priorité des gouvernants, ce qui leur laisse une marge de manœuvre réduite pour faire face au défi d'intégrer les vagues successives de jeunes en âge de travailler, de former leur propre ménage et d'aspirer à une qualité de vie en rapport avec leur potentialités. C'est un défi assez inédit et sans rapport avec ce que nous connaissons des transitions dans le monde occidental. Ces transitions s'étaient inscrites dans des cycles temporels beaucoup moins rapides, ce qui permettait à ces sociétés de s'adapter graduellement aux transformations démographiques, économiques et sociales.

Le Bureau International du Travail (BIT) a donné l'alarme en fournissant le nombre de postes à créer annuellement pour avoir une chance d'amortir le choc des vagues de jeunes entre 2000 et 2010 : 359 000 pour l'Algérie, 308 000 pour le Maroc et 86 500 pour la Tunisie. Ces niveaux sont bien entendu hors de portée des économies maghrébines telles qu'elles fonctionnent. Le BIT parle de « course perdue », mais le changement incontournable qu'imposera la jeunesse permet de dire que tout n'est (peut-être) pas encore joué. Dans la plupart des sociétés contemporaines, les générations de *baby-boomers* ont radicalement changé la société, la famille, le rapport hommes-femmes et la structure du marché du travail.

Bibliographie

1. ABDOUN R., 1996, L'endettement extérieur de l'économie algérienne, in AMIN S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Montréal/Paris, p. 163-182.
2. ABOUHANI A., 1996, Le Maroc : crise du modèle de développement et perspectives de changement, in AMIN S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Montréal/Paris, p. 47-88.
3. ADNAN S., 1997, Baisse de la fécondité en situation de pauvreté absolue : aspects paradoxaux du changement démographique au Bangladesh, in CHASTELAND J-C. et Chesnais J-C., Eds., *La population du monde- Enjeux et Problèmes*, INED-PUF, Paris, p. 41-78.
4. BEN HAMMOUDA H., 1996, Crise économique et contestation du politique en Tunisie, in Amin S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Montréal/Paris, p. 19-46.
5. CALDWELL J.C., 1978, A Theory of Fertility ; From High Plateau to Destabilization, *Population and Development Review*, Vol. 4, n° 4, p. 553-577.
6. COSIO-ZAVALA M., 1995, Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique Latine, in TABUTIN D., EGGERICKX T. et GOURBIN C., Eds., *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Academia/L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, p. 401-414.
7. EL-KENZ A. et JABI A., 1996, Le mouvement social et les forces politiques dans l'Algérie des années 1990, in AMIN S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Montréal/Paris, p. 183-194.
8. Enquête Nationale sur la Jeunesse Algérienne, Rapport Final, Alger, C.E.N.E.A.P, 1992.
9. GODELIER M., 1990, La théorie de la transition chez Marx, *Sociologie et société*, Vol. XXII, n° 1, Montréal, p. 53-81.
10. KOUAOUCI A., 1995, Tendances démographiques au Maghreb et politiques de population, in ZAMOUN S. et al., Eds., *Population et environnement au Maghreb*, Academia, L'Harmattan, Louvain la Neuve, p. 59-80.
11. MCNICOLL G., 1984, Consequences of rapid population growth : Overview and assessment, *Population and Development Review*, Vol. 10, n° 2, p. 177-240.
12. ROYAUME DU MAROC, DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1996, *Recensement 1994. Les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population*. Niveau national, 295 p.
13. UNITED NATIONS, 1997, *The Sex and Age Distribution of the World Populations. The 1996 Revision*, New York, 883 p.
14. YACHIR F., 1996, Algérie : l'ajustement inachevé, in AMIN S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Paris/Montréal, p. 89-162.

4. Migration et transition démographique en Afrique

Victor Piché¹, Émilien Kokou Vignikin², Mouhamadou Guèye³,
Richard Marcoux⁴ et Mamadou Kani Konaté⁵

L'objectif de ce chapitre est d'examiner le rôle de la migration dans la transition démographique. Dans un premier temps, nous proposons un cadre théorique qui place la migration au cœur de la transition démographique (et non à la périphérie comme c'est habituellement le cas). Nous présentons ensuite pour huit pays africains une synthèse macroscopique des liens entre certains indicateurs de la migration et les autres indicateurs démographiques. Les données analysées ici suggèrent que l'Afrique a bien entamé ce que nous avons nommé la deuxième forme de transition migratoire, à savoir la transition urbaine. En effet, depuis le début des années soixante, la population urbaine africaine a quadruplé, passant en une trentaine d'années de 50 millions à 200 millions. La confrontation des indicateurs d'urbanisation avec ceux qui sont au centre du schéma classique de la transition démographique ne laisse toutefois pas apparaître les changements auxquels on aurait pu s'attendre. En effet, le phénomène d'urbanisation, pourtant très important n'est nullement accompagné d'une baisse de la fécondité et de la mortalité à l'échelle des pays. On observe même dans certains pays une association inverse puisque la croissance urbaine s'accompagne d'une augmentation de la fécondité. Deux hypothèses peuvent alors être avancées pour expliquer ces résultats : premièrement, que la période d'étude est trop restreinte et que les changements pourront devenir apparents sur une période plus longue que celle retenue ici; deuxièmement, que cette transition urbaine n'est qu'une nouvelle forme de migration circulaire. En d'autres termes, la transition urbaine en Afrique s'inscrirait principalement dans la logique d'un modèle de migration circulaire entre les zones rurales et urbaines permettant alors le maintien d'une fécondité élevée.

Une littérature relativement abondante traite de l'impact des migrations rurales-urbaines sur la fécondité dans les pays en voie de développement [6]. Il ressort en substance de cette littérature que la fécondité des migrants est significativement plus faible que celle des non-migrants et ce, pour trois raisons principales : i) la migration étant un phénomène éminemment sélectif, les migrants se distingueraient des non-migrants par leur jeunesse, leur éducation plus élevée et leur plus grande aspiration à l'ascension sociale ; ii) la rupture avec le milieu de départ, en contribuant à une séparation temporaire de certains couples, induirait un allongement des calendriers de fécondité et partant, participerait à une baisse de la fécondité générale ; iii) les conditions de l'insertion en milieu urbain contraindraient à modifier les comportements reproductifs des migrants et des migrantes.

1. Université de Montréal.

2. URD-Lomé.

3. CERPOD/INSAH, Bamako.

4. Université Laval, Québec.

5. CERPOD/INSAH, Bamako.

Les migrations induiraient ainsi des transformations socio-économiques. Plusieurs théories ont tenté d'expliquer la genèse et les causes des migrations contemporaines [1 et 8]. Si d'un côté ces théories ont rarement été inscrites dans la problématique plus large de la transition démographique, de l'autre, le cadre de la transition démographique est lui-même resté dominé par l'idée de la baisse de la mortalité et de la fécondité [7 et 12].

L'objectif du présent chapitre consiste à jumeler ces deux approches de recherche sur la transition démographique, lesquelles se sont développées de façon parallèle, en articulant notre raisonnement autour du postulat que la théorie de la transition démographique doit intégrer l'ensemble des phénomènes démographiques. En partant de ce postulat, nous avons essayé dans un premier temps, de circonscrire le concept de transition migratoire. Dans la deuxième partie, nous nous sommes interrogés sur l'état des transitions migratoires en cours en Afrique au Sud du Sahara. A partir d'une série d'indicateurs, nous examinons les tendances en matière d'urbanisation en fonction de certains paramètres démographiques à l'échelle des pays.

Migration et transition démographique: perspectives théoriques

Comment définir la transition migratoire ?

Comparativement aux autres phénomènes démographiques, la définition de la transition migratoire est fort complexe. En ce qui concerne la mortalité ou la fécondité, on s'accorde pour dire que le concept de transition fait surtout appel à la notion d'intensité. De ce fait, la transition traduit le passage d'un niveau de mortalité ou de fécondité élevé à un autre plus faible. Dans la réalité, le concept se mesure essentiellement par la baisse d'intensité de l'un ou l'autre de ces deux phénomènes. Naturellement, les théories de la transition démographique vont bien au-delà de la simple appréciation quantitative de l'évolution des phénomènes dans la mesure où elles tentent aussi de les expliquer à travers des changements sociaux et économiques plus globaux, même si le point d'ancrage de ces explications reste toujours la baisse de la fécondité ou de la mortalité.

Pour ce qui est de la migration, la référence à la notion d'intensité se heurte à un obstacle de taille. En effet, il n'y a pas de repère qui permette de dire qu'une société ou un groupe social subit une transition migratoire dans un sens ou dans un autre⁶. Il n'existe pas non plus de théories rassemblant les caractéristiques sociétales qui expliqueraient les changements profonds, voire séculaires, dans l'intensité du phénomène migratoire. Bien entendu, ceci ne veut nullement dire qu'il n'existe pas de modèles théoriques de l'intensité migratoire. Au contraire, nombreux sont les modèles qui sont conçus autour du changement d'intensité des flux migratoires. Mais le plus souvent, ces modèles sont de nature transversale et conjoncturelle et ne présupposent nullement le passage d'un type de société à un autre alors que les théories de la transition de la fécondité ou de la mortalité, de nature longitudinale et structurelle, impliquent un changement de société.

Comment alors définir la transition migratoire ? De notre point de vue, au-delà de l'intensité, ce sont les formes de migrations qui devraient être prises en compte dans

6. Par exemple, le passage d'une migration à forte (ou faible) intensité à une migration à faible (ou forte) intensité.

une théorie globale de la transition démographique. Dès lors, si l'on veut approfondir la notion de transition appliquée à la migration, il faut, comme pour toute transition poser les questions suivantes : 1) comment caractériser les migrations dans l'étape pré-transitionnelle ? 2) comment caractériser les formes de migrations dans l'étape post-transitionnelle ? et enfin 3) comment caractériser la transition elle-même, c'est-à-dire quels en seraient le moteur, le rythme et le caractère universel ?

La ou les transition(s) migratoire(s) en Afrique au Sud du Sahara ?

La difficulté à opérationnaliser la notion de transition migratoire dans un contexte précis — ici l'Afrique au Sud du Sahara — résulte de la cooccurrence de formes multiples de migrations (migrations de mariage, migrations pour les études, migration de colonisation de terres, migration de travail, etc.). Du fait de la simultanéité de ces formes de migrations, il est difficile, voire impossible, de parler de transition d'une forme du phénomène à une autre radicalement différente. L'exercice conceptuel consiste donc à se demander si les divers types de migrations observables dans une société ne forment pas, en définitive, un profil migratoire caractérisant cette société. Par exemple, une société qui se distingue par une forte fécondité et une forte mortalité se distingue-t-elle également par un profil migratoire spécifique ? Si tel était le cas, il serait facile de documenter le passage d'un système migratoire à un autre, le système migratoire se définissant alors comme un ensemble intégré de formes de migrations qui caractériseraient une société donnée. W. Zelinsky [15: 221] a été l'un des premiers auteurs à tenter une conciliation de la théorie de la transition démographique et les lois des migrations énoncées par E. Ravenstein en 1985 [11].

Après avoir décomposé la transition migratoire en cinq phases, W. Zelinsky montre qu'à chacune de ces phases correspond une spécificité dans la forme, l'intensité, la fonction, la fréquence, la durée, la distance parcourue, les catégories de migrants, etc. Il établit ensuite un rapport entre cinq phases de la transition migratoire avec les cinq phases classiquement connues de la transition démographique.

Dans le cas particulier de l'Afrique au Sud du Sahara, il convient de se demander s'il existe un système migratoire spécifique aux sociétés pré-transitionnelles (traditionnelle, pré-coloniale, pré-capitaliste, etc.) et post-transitionnelle (moderne, post-coloniale, capitaliste, etc.). S'agissant des formes de migrations dans les sociétés pré-coloniales africaines, les connaissances restent très parcellaires de sorte que la migration continue d'être, le plus souvent, conceptualisée en fonction de modèles dichotomiques qui mettent en opposition des paires telles que migration anciennes/modernes, migrations de lignages/ individuelles, migrations rurales-rurales/ rurales-urbaines, migrations internes/ internationales.

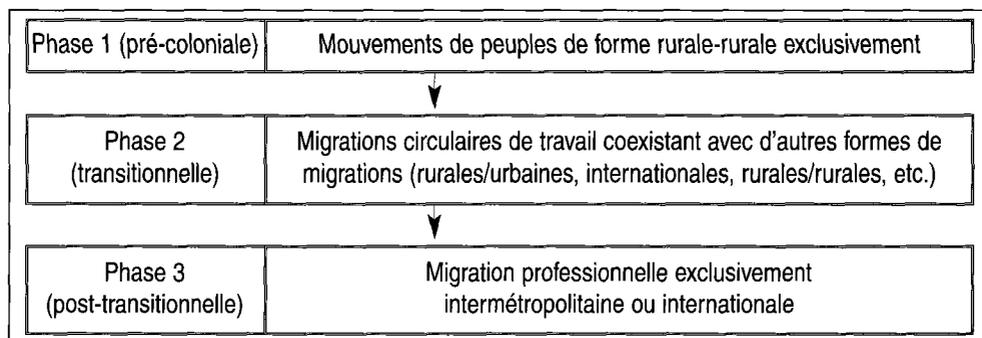
Cette vision dichotomique des formes de migrations a été abondamment critiquée quoiqu'elle continue de prévaloir [1, 2 : 11-12, 5]. Une approche plus historique permet cependant de la nuancer en documentant la multiplicité des formes de migrations dans les sociétés pré-coloniales. Cordell, Gregory et Piché [5: 31] décrivent ainsi cinq formes de migrations « anciennes » : les migrations de colonisation, les migrations liées au commerce, les migrations religieuses, les migrations forcées liées à la traite des esclaves, et les migrations de mariage. Mais ces formes de migrations constituent-elles un véritable système migratoire lié aux modes de vie (modes de production) des populations concernées ? La question est d'autant plus complexe

que d'une part, chaque forme de migration peut avoir son propre moteur ; d'autre part, chacune de ces formes peut être liée de façon plus ou moins organique aux autres. Seule une recherche historique approfondie permettrait de répondre adéquatement à la question. Dans les modèles ou typologies migratoires spécifiques à l'Afrique au Sud du Sahara, ces migrations sont dites appartenir à des sociétés agricoles, rurales et non marchandes dans lesquelles l'organisation de la production est centrée sur la famille et les rapports domestiques. Ce pourrait être là le fil conducteur ou le principe unificateur d'un ensemble de migrations en apparence hétéroclite.

Pour ce qui est des migrations dans la période coloniale, le moins qu'on puisse dire est que la recherche, s'est surtout intéressée à l'impact des politiques coloniales et de l'introduction de l'économie marchande sur les migrations tant internationales qu'internes. Cette recherche a surtout mis en exergue l'apparition d'une nouvelle forme de migration, à savoir, la migration de travail salarié. Autant les anciennes formes de migrations trouvaient leur finalité dans l'organisation familiale ou religieuse, voire même commerciale, autant cette nouvelle forme de migration se révèle fondée sur la monétarisation de l'économie et son corollaire, l'apparition d'un marché du travail salarié. Une des grandes caractéristiques de ce nouveau type de migration est d'être dans un premier temps circulaire, puis de devenir progressivement permanent (urbanisation). D'une certaine façon, on pourrait parler de la période coloniale comme d'une période de transition au cours de laquelle se sont mis en place les mécanismes de base des migrations circulaires et des migrations rurales-urbaines. Le degré d'implantation de ces mécanismes varie d'une société à l'autre. Il en est de même de la survivance des anciennes formes de migrations. La plupart des pays africains, du moins ceux de l'Afrique de l'Ouest, expérimenteraient encore cette phase transitoire.

Peut-on alors imaginer ce que pourrait être la phase post-transitionnelle ? La tentation est grande de scruter du côté des pays occidentaux (comme pour la fécondité ou la mortalité), mais même dans ces pays, la diversité des situations permet difficilement de parler d'un modèle unique. Au demeurant, les formes prépondérantes de migrations dans ces pays restent les migrations inter-métropolitaines et internationales, lesquelles sont pour la plupart, des migrations de travail (migrations professionnelles). Dans une optique de transition, le plus important demeure la disparition des anciennes formes de migrations au profit d'une émergence puis de l'exclusivité des migrations de travail. Précisons ici qu'il est surtout question de migrations volontaires. Les migrations forcées tout comme les migrations de refuge font appel à d'autres considérations.

En somme, les trois phases de migrations passées en revue pourraient être schématisées de la façon suivante :



A partir de ces trois stades d'évolution des migrations, la transition migratoire pourrait se définir comme le passage d'un système migratoire axé sur les mouvements de groupes de nature principalement rurale/rurale à un autre système migratoire articulé autour des migrations professionnelles. Entre ces deux moments se situerait la période de transition où les mécanismes favorisant les migrations de travail et défavorisant les migrations anciennes opéreraient de façon plus ou moins rapide selon les pays. Le moteur d'une telle transition migratoire serait alors l'introduction et le développement de l'économie marchande.

Cette intelligibilité de la transition migratoire n'est pas sans poser quelques problèmes dans la mesure où, nous l'avons précisé, une multitude de situations migratoires s'observent dans chacune des phases du processus de transition. Toute tentative théorique consistant à parler d'une transition migratoire unique est donc éminemment réductionniste. Cela dit, on peut contourner, du moins partiellement, cette démarche réductionniste en partant du postulat que cette multiplicité existe à toutes les phases du processus. Nous serions alors amenés à décrire, non pas une, mais plusieurs transitions migratoires. En d'autres termes, l'approche présentée ici doit être considérée comme un cadre conceptuel à l'intérieur duquel plusieurs transitions sont possibles et partant, plusieurs théories.

Pour une théorie de la transition démographique qui intègre la transition migratoire

La question principale ici est de savoir en quoi la transition migratoire affecte les autres transitions démographiques. Si l'on s'en tient au modèle de Mertens [9 : 498] (Fig. 1), il y aurait trois transitions fondamentales dans le processus du développement : la transition migratoire (définie comme la transition urbaine), la transition de la population active et la transition démographique stricto sensu, laquelle comprend la transition de la fécondité, la transition de la mortalité et la transition des âges. Les flèches dans ce modèle indiquent un processus interactif dans la mesure où la transition migratoire influe sur la transition démographique et *vice-versa*. Toutefois, si le premier lien de causalité (transition migratoire → transition démographique) est classique, le deuxième (transition démographique → transition migratoire) est beaucoup moins documenté.

Le premier lien du schéma de Mertens fait appel à l'approche classique de la théorie de la transition démographique [10 : 180-181]. Dans cette théorie de la modernisation, la migration constitue une variable explicative indépendante qui agit sur la baisse de la fécondité et de la mortalité. La migration rurale-urbaine (urbanisation) qui accompagne les changements socio-économiques (industrialisation, développement de l'économie marchande, éducation, etc.) produit de nouveaux modes de vie, transforme les fonctions de la famille et les statuts des femmes et des enfants, provoquant ainsi le désir d'une progéniture moins nombreuse [4]. L'approche marxiste conçoit également la migration comme une variable indépendante dans la mesure où celle-ci participe à la création de nouvelles classes dont les logiques de fécondité iraient dans le sens d'une réduction [10 : 186-187]. Au niveau micro, ces approches ont tendance à comparer les comportements démographiques — les comportements reproductifs surtout — des individus en fonction de leur expérience migratoire.

pective de 1974-75, a permis la recherche sur les migrations circulaires dans ce pays. On a pu avoir l'impression que le Burkina Faso, compte tenu de son histoire coloniale spécifique et de son rôle de réserve de main d'œuvre, était le seul pays de la région à être caractérisé par un système migratoire circulaire. Cette impression est renforcée par le fait que les données n'existaient pas pour les autres pays. En effet, les données transversales fournies par les recensements, sources primaires de données pour mesurer les migrations, ne permettent pas d'appréhender la circularité. Avec les nouvelles données basées sur les histoires rétrospectives, on découvre que les migrations circulaires existent en fait un peut partout dans la région. La question se pose alors d'analyser l'impact de ce système migratoire sur le régime démographique. Une première hypothèse serait que ce système est associé, voire permet, le maintien de la haute fécondité [13]. Empiriquement, on peut vérifier cette hypothèse à plusieurs niveaux : 1) au niveau macro, en constatant que les taux élevés de migrations circulaires coexistent avec les taux élevés de fécondité et de mortalité ; 2) au niveau micro, en observant que les comportements démographiques ne se différencient pas selon que l'on est migrant de retour ou non ; et 3) en constatant au niveau des stratégies familiales à quel point les stratégies migratoires sont partie prenante des autres stratégies démographiques, soit par complémentarité (diversification des activités rémunératrices), soit par substitution [14].

De notre point de vue, l'approche par les stratégies familiales est la seule qui permette véritablement de cerner les effets de rétroaction, c'est-à-dire l'impact des stratégies de fécondité sur les stratégies migratoires. La notion de régime démographique est ici essentielle car elle fédère l'ensemble des stratégies de fécondité, de nuptialité, de recours aux soins et de migration, lesquelles interagissent entre elles tout en étant influencées par les autres transformations socio-économiques. De ce fait, il conviendrait de modifier en profondeur le schéma de Mertens en réinsérant la transition migratoire dans la transition démographique, rejetant ainsi la notion de transition démographique stricto sensu. Ni les séries chronologiques (à l'échelle macro), ni les enquêtes individuelles ne permettent hélas de vérifier un tel modèle.

La seconde forme de la transition migratoire est celle qui nous intéressera dans ce chapitre, à savoir la transition urbaine. Ici, on retrouve les mêmes difficultés que pour la transition au système migratoire circulaire, même si les données classiques (recensements et enquêtes transversales) aident à mesurer le phénomène (par le biais des taux d'urbanisation notamment). Ces données peuvent ainsi documenter les comportements démographiques en fonction du statut migratoire et en particulier en fonction de la durée d'exposition à la vie urbaine. Ce sont les comparaisons rurales/urbaines qui dominent en fait les travaux sur les déterminants des comportements démographiques. Ceci étant dit, il est plus difficile de voir comment l'expérience de la fécondité peut entraîner des modifications dans les comportements migratoires. Et que dire du problème que pose le lien entre la fécondité des femmes et les comportements migratoires de leurs maris ou de leurs enfants ?

Urbanisation et transition migratoire en Afrique au Sud du Sahara : une première approche

Le contexte de l'urbanisation en Afrique au Sud du Sahara

Conformément au cadre qui vient d'être esquissé, on peut relever dans l'évolution récente des sociétés africaines au Sud du Sahara, deux phases de transition migratoire : celle des migrations circulaires et celle des migrations permanentes. Si l'une et l'autre de ces phases contribuent à alimenter le processus d'urbanisation rapide qui s'observe à l'échelle du continent, c'est bien par leur capacité à induire le changement social qu'elles contrastent véritablement. Cette seconde partie vise à documenter, du strict point de vue statistique, le phénomène urbain en Afrique dans sa globalité.

La population africaine, estimée à 282 millions d'individus en 1960, s'est élevée à plus de 632 millions en 1990, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2,7% sur la période. Cette croissance démographique somme toute forte, s'est accompagnée d'une urbanisation sans précédent dans l'histoire de l'humanité. En effet, de 1960 à 1990 la population vivant dans les villes a cru de près de 52 millions à plus de 201 millions de personnes. En trente ans cette population a donc quadruplé, le taux d'urbanisation passant de 18 à 32%.

Si cette tendance à l'accélération de l'urbanisation ne se dément dans aucune des cinq régions du continent, les niveaux et rythmes du phénomène se révèlent toutefois contrastés comme on peut le constater dans le tableau 1. En 1960 déjà, l'Afrique Australe et l'Afrique du Nord se signalaient par les taux d'urbanisation les plus élevés du continent — respectivement 42% et 30% — alors que dans les autres régions, ces taux étaient nettement plus faibles. Ils se situaient respectivement à 17,5%, 14,5% et 7,5% pour l'Afrique Centrale, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est. Bien entendu, ces moyennes occultent bien des disparités. En Afrique de l'Ouest par exemple, le Nigeria qui comptait à l'époque plus de la moitié de la population de la sous-région (52,8%) faisait état d'un taux d'urbanisation de 14,4% alors que ce taux au Burkina Faso et au Sénégal se situait respectivement à 4,7% et 32%.

Tableau 1 : Évolution du taux d'urbanisation de l'Afrique de 1960 à 1990 par grandes régions (%)

Région	1960	1970	1980	1990
Afrique	18,4	23,0	27,3	31,8
Afrique de l'Est	7,5	10,4	14,6	19,2
Afrique Centrale	17,9	24,8	28,1	31,0
Afrique du Nord	30,2	36,4	40,4	43,9
Afrique Australe	41,9	43,6	44,5	46,2
Afrique de l'Ouest	14,5	19,6	25,8	32,8

Cette urbanisation particulièrement rapide qui s'est principalement alimentée de l'exode de la population rurale⁸, contribue-t-elle à induire un changement social ? En d'autres termes, la ville représente-t-elle vraiment un lieu de transformation durable des comportements et attitudes en matière de reproduction ? Si l'on s'en tient à certaines thèses examinées dans la première partie, l'urbanisation ne s'inscrit dans un processus de modernisation sociale — c'est-à-dire de rupture avec les schémas comportementaux des milieux d'origine — que sur une échelle de plusieurs générations. Or, si la prééminence des flux migratoires dans la croissance des villes africaines ne se dément pas, il reste que l'installation d'une composante significative de la population urbaine est récente et le plus souvent précaire. En d'autres termes, peu de personnes vivant en ville sont nées ou socialisées en ville. De plus, les relations et les déplacements entre le milieu rural et le milieu urbain sont si intenses que certains auteurs ont pu écrire que la différence de comportements entre la population urbaine et la population rurale est insignifiante. Le « biais urbain » ou plutôt le « biais moderne » pourrait alors s'appliquer seulement aux personnes aisées et instruites des villes dont on sait par ailleurs qu'elles sont relativement peu nombreuses. Pour examiner ces questions, nous allons procéder à un double classement des pays selon leur indice de transition migratoire et leur indice de transition de la fécondité d'une part et leur indice de transition de la mortalité d'autre part.

Deux indices ont été élaborés pour mesurer le degré de transition migratoire d'un pays : le taux de croissance urbaine (TCU), calculé sur une base annuelle moyenne au cours de la période 1960-90 et le rythme relatif de croissance urbaine (TCU/TCR⁹) durant la même période¹⁰.

Dans notre démarche de classement selon TCU, nous avons retenu quatre catégories de pays selon que la croissance urbaine est faible (taux inférieurs à 4%), moyenne (4,5% à 5,5%), élevée (5,5 à 6,5%) ou très élevée (taux supérieurs à 6,5%).

Quant au rythme relatif de croissance urbaine (TCU/TCR) qui mesure la rapidité des transformations relatives en matière d'urbanisation, le classement des pays selon ce ratio nous a conduit à distinguer quatre catégories selon que TCU/TCR est faible (inférieur à 2), moyen (entre 2 et 2,75), élevé (entre 2,76 et 3,75) ou très élevé (supérieur à 3,75).

Transition migratoire et transition de la fécondité

S'agissant de la transition de la fécondité, c'est principalement par la variation de l'ISF (indice synthétique de fécondité) sur la période que nous l'avons mesurée en utilisant les annuaires statistiques des Nations Unies¹¹. Pour les fins de la démarche de classement, quatre catégories de pays ont été distinguées : les pays qui ont connu

8. Le rythme de la croissance urbaine étant deux ou trois fois plus fort que celui de la croissance naturelle.

9. Lire : Taux de Croissance Rurale.

10. Quoique la répartition des pays selon l'un ou l'autre de ces indices de transition migratoire soit sensiblement la même, on observe néanmoins quelques nuances significatives qui justifient leur différenciation. Les exemples du Rwanda et de l'Ouganda sont à ce sujets patents. Ces pays présentent en effet un indice de croissance urbaine élevée. Pourtant leurs rapports TCU/TCR les confinent dans la catégorie de rythme relatif de croissance urbaine le plus faible. C'est donc dire que même si les deux pays ont connu une croissance urbaine importante, leur milieu rural a également connu une croissance importante, réduisant d'autant les rapports TCU/TCR.

11. Ces statistiques ont pour avantage de permettre un examen de l'évolution de la fécondité au cours de la période considérée.

une baisse importante de leur fécondité au cours de la période (soit une diminution de 1 à 3 enfants par femme) ; les pays qui ont enregistré une baisse moyenne de leur fécondité (soit une réduction de moins de 1 enfant par femme) ; les pays pour lesquels on a observé une relative stabilité du phénomène au cours de la période (la variation de l'ISF dans l'un ou l'autre des sens n'a pas excédé 0,2 enfants par femme) ; enfin, les pays qui ont vu leur ISF augmenter de plus de 0,2 enfants par femme au cours de la période.

Les tableaux 2 et 3 font état des résultats du double classement selon TCU et TCU/TCR. Le Swaziland, le Botswana, la Réunion et le Cap Vert sont les seuls pays à représenter un profil qui cadre parfaitement avec le modèle selon lequel une forte urbanisation va de pair avec une baisse importante de la fécondité. Pour les autres pays du continent, notamment ceux de l'Afrique de l'Ouest, les niveaux élevés de croissance urbaine s'accompagnent d'une relative stabilité des indices de la fécondité. En marge de ce constat d'ensemble, quelques rares pays comme le Gabon, la Sierra Leone et l'Angola, qui ont vu leurs populations urbaines s'accroître six fois plus rapidement que leurs populations rurales, ont paradoxalement connu une hausse de leurs indices de fécondité.

Transition migratoire et transition de la mortalité

En ce qui concerne la transition de la mortalité, nous l'avons approchée par l'amplitude de la variation du taux de mortalité infantile (TMI) sur la période 1960-90. Les données statistiques utilisées à cette fin proviennent principalement des annuaires statistiques publiés par les Nations Unies. Notre démarche nous a conduit à distinguer quatre catégories de pays selon que la baisse du TMI a été très importante, significative, moyenne ou faible au cours de la période.

Les tableaux 4 et 5 donnent une vue synoptique des résultats du double classement des pays selon le niveau de transition migratoire et le niveau de la transition de la mortalité. Comme on peut le voir, ces tableaux fournissent une démonstration a contrario de la relation linéaire négative qui est censée exister entre l'urbanisation et la mortalité infantile. Ce résultat se révèle d'autant moins paradoxal que dans la phase actuelle d'urbanisation rapide que connaît l'Afrique, une forte majorité de la population vit à la limite de la survie matérielle.

Puisque l'évolution des schémas de la mortalité est extrêmement sensible aux conditions socio-économiques, on comprend pourquoi, en dépit des progrès réalisés, l'Afrique accuse encore un important retard par rapport à d'autres parties du monde. La crise économique, les contraintes de l'ajustement structurel et l'extension de la pandémie du SIDA tendent à aggraver la situation, notamment en milieu urbain. La gestion précaire des environnements domestiques et autres, et la force des comportements ruraux qui se conservent jusqu'en milieu urbain sont des hypothèses explicatives qui atténuent la notion d'urbanisation et amènent à s'interroger sur ce qu'est l'urbain en Afrique de manière générale.

Tableau 2 : Répartition des pays africains selon le rythme relatif de croissance urbaine et l'évolution de l'ISF (1960-90)

Rythme relatif d'urbanisation TCU/TCR	Fécondité (ISF)			
	Baisse importante (1 à 3)	Baisse moyenne (0,2 à 1)	Stable (-0,2 à +0,2)	Hausse (+0,2)
Faible (0-2)	Afrique du Sud Égypte Maurice	Ghana Sénégal	Gambie Somalie	Guinée Bissau Ouganda Rwanda Zaïre
Moyen (2-2,75)	Kenya Maroc Zimbabwe	Soudan	Côte d'Ivoire Djibouti Madagascar Mali Niger	Éthiopie Malawi R.C.A.
Élevé (2,76-3,75)	Algérie Tunisie	-	Burkina Burundi Liberia Namibie	Nigeria Tanzanie Togo Zambie
Très élevé (3,75+)	Botswana Cap Vert Réunion Swaziland	Lesotho Libye	Bénin Cameroun Guinée Mauritanie Mozambique Tchad	Comores Congo Guinée Équatoriale

Tableau 3 : Répartition des pays africains selon le taux de croissance urbaine et l'évolution de l'ISF (1960-90)

Croissance urbaine (TCU)	Fécondité (ISF)			
	Baisse importante (1 à 3)	Baisse moyenne (0,2 à 1)	Stable (-0,2 à +0,2)	Hausse (+0,2)
Faible (-4%)	Afrique du Sud Égypte Maroc Maurice Tunisie	Ghana Sénégal	Somalie	Guinée Bissau Guinée Équatoriale R.C.A. Zaïre
Moyenne (4 à 5,5%)	Algérie Cap Vert Réunion	Soudan	Gambie Guinée Mali Namibie	Angola Congo Éthiopie Sierra Leone
Élevée (5,5 à 6,5%)	Zimbabwe	-	Bénin Burundi Cameroun Côte d'Ivoire Liberia Madagascar	Niger Nigeria Tchad Togo Zambie
Très élevée (+6,5%)	Botswana Kenya Swaziland	Lesotho Libye	Burkina Faso Djibouti Mauritanie Mozambique Tanzanie	Gabon Ouganda Rwanda

*

* *

Les données présentées dans la deuxième partie de ce chapitre nous portent à croire que l'Afrique a bien entamé ce que nous avons nommé la deuxième forme de transition migratoire, à savoir la transition urbaine. En effet, depuis le début des années soixante la population urbaine africaine a quadruplé passant en une trentaine d'années de 50 millions à 200 millions. La confrontation des indicateurs d'urbanisation avec ceux qui sont au centre du schéma classique de la transition démographique ne laisse toutefois pas apparaître les changements auxquels on aurait pu s'attendre. En effet, le phénomène d'urbanisation, pourtant très important, n'est nullement accompagné d'une baisse de la fécondité et de la mortalité à l'échelle des pays. On observe même dans certains pays une association inverse puisque la croissance urbaine s'accompagne parfois d'une augmentation de la fécondité. Deux hypothèses peuvent alors être avancées pour expliquer ces résultats : premièrement, que la période d'étude est trop restreinte et que les changements pourront devenir apparents sur une période plus longue que celle retenue ici ; deuxièmement, que cette transition urbaine n'est qu'une nouvelle forme de migration circulaire. En d'autres termes, la transition urbaine en Afrique s'inscrirait principalement dans la logique d'un modèle de migration circulaire entre les zones rurales et urbaines permettant alors le maintien d'une fécondité élevée [13].

Une question de base que soulève cet examen est la suivante : en quoi l'établissement en ville de façon plus ou moins permanente (le contraire en quelque sorte de la migration circulaire) serait-il plus profitable pour l'individu et sa famille ? En d'autres termes, à partir de quel moment la migration circulaire devient-elle moins intéressante pour l'individu et sa famille ? Les réponses sont multiples et peuvent dépendre du type d'insertion dans le marché du travail urbain. Les travaux sur l'insertion urbaine montrent que les stratégies d'insertion sont également des stratégies familiales et pas uniquement des stratégies individuelles comme cela est souvent conceptualisé dans les théories de l'insertion [3]. A notre avis, seule l'approche par les stratégies familiales permettrait de cerner la totalité du régime démographique dans les sociétés africaines. Mais comment opérationnaliser cette approche puisqu'elle se prête mal aux enquêtes quantitatives ? Sauf si l'on veut se lancer dans des enquêtes de type anthropologique, il faut absolument réfléchir à la possibilité de faire des enquêtes — de type rétrospectif notamment — qui adoptent la famille (ou le ménage) comme unité d'analyse. L'avenir est certainement de ce côté.

Tableau 4 : Répartition des pays africains selon le rythme relatif de croissance urbaine et l'évolution du taux de mortalité infantile (1960-90)

Rythme relatif d'urbanisation (TCU/TCR)	Évolution du taux de mortalité infantile			
	Baisse très importante	Baisse importante	Baisse moyenne	Baisse faible
Faible (0-2)	Égypte Maurice Sénégal	—	Afrique du Sud Gambie Ghana Zaire	Guinée Bissau Ouganda Rwanda Somalie
Moyen (2-2,75)	Maroc	Côte d'Ivoire Kenya Madagascar Zimbabwe	Djibouti Malawi Niger R.C.A. Soudan	Éthiopie Mali
Élevé (2,76-3,755)	Algérie Tunisie	Burkina Faso Comores Congo Namibie Nigeria Togo	Guinée Équatoriale Zambie	Burundi Liberia Tanzanie
Très élevé (3,75+)	Bénin Cameroun Cap Vert Libye Réunion Swaziland	Botswana Gabon Lesotho	Angola Guinée Mauritanie Sierra Leone Tchad	Mozambique

Tableau 5 : Répartition des pays africains selon le taux de croissance urbaine et l'évolution du taux de mortalité infantile (1960-90)

Croissance urbaine (TCU)	Évolution du taux de mortalité infantile			
	Baisse très importante	Baisse importante	Baisse moyenne	Baisse faible
Faible (-4%)	Égypte Maroc Maurice Sénégal Tunisie	—	Afrique du Sud Ghana Guinée Équatoriale R.C.A. Zaire	Guinée Bissau Somalie
Moyenne (4 à 5,5%)	Algérie Cap Vert Réunion	Congo Namibie	Angola Gambie Guinée Sierra Leone Soudan	Éthiopie Mali
Élevée (5,5 à 6,5%)	Bénin Cameroun	Côte d'Ivoire Gabon Madagascar Nigeria Togo Zimbabwe	Niger Tchad Zambie	Burundi Liberia Ouganda Rwanda
Très élevée (+6,5%)	Libye Swaziland	Botswana Burkina Faso Comores Kenya Lesotho	Djibouti Malawi Mauritanie	Mozambique Tanzanie

Bibliographie

1. AMIN S., Ed., 1974, *Modern Migrations in Werstern Africa*, Oxford University Press, London, 426 p.
2. AMSELLE L.L., Ed., 1976, *Les migrations africaines. Réseaux et processus migratoires*, Éditions François Maspero, Paris, 126 p.
3. ANTOINE P., OUÉDRAOGO D. et PICHÉ V., 1998, *Trois générations de citadins au Sahel*, L'Harmattan, Paris, 276 p.
4. CORDELL D. et PICHÉ V., 1997, Pour une histoire de la famille en Afrique, in PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN E. et VIMARD P., Eds., *Ménages et familles en Afrique : approches des dynamiques contemporaines*, Les Études du CEPED, n° 15, Paris, p. 55-74.
5. CORDELL D., GREGORY J.W ; et PICHÉ V., 1996, *Hoe and Wage : a Social History of a circular Migration System in West Africa*, Westview Press, Boulder, colorado/oxford, 384 p.
6. LEE B.S. et POL L.G., 1993, The influence of rural-urban migration on migrants' fertility in Korea, Mexico and Cameroon, *Population Research and Policy Review*, Vol. 12, n° 1, p. 3-26.
7. LOCOH T., 1985, Transitions de la fécondité et changements sociaux dans le Tiers Monde, ORSTOM, Ed., *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Collection Colloques et Séminaires, Paris, p. 205-233.
8. LUTUTALA M., 1995, Les migrations africaines dans le contexte socio-économique actuel : une revue critique des modèles explicatifs, in GÉRARD H. et PICHÉ V., Eds., *La sociologie des populations*, Les Presses de l'Université de Montréal, AUP ELF/UREF, Montréal, p. 391-416.
9. MERTENS W., 1995, Population et développement : contributions sociologiques dans un cadre interdisciplinaire, in GÉRARD H. et PICHÉ V., Eds., *La sociologie des populations*, Les Presses de l'Université de Montréal, AUP ELF/UREF, Montréal, p. 497-516.
10. PICHÉ V. et POIRIER J., 1990, Les théories de la transition démographique : vers une certaine convergence ?, *Sociologie et sociétés*, Vol. XXII, n° 1, p. 179-192.
11. RAVENSTEIN E.G., 1985, *The laws of Migration*, *Journal of the Royal Statistical Society*, Vol. 48, part 2, p. 167-227.
12. TABUTIN D., 1980, *Problèmes de transition démographique*, Éditions Cabay, Louvain-la-Neuve, 580 p.
13. VIGNIKIN K., 1992, Dynamique des systèmes de production agricole et ajustement socio-démographique de sménages : le cas des agriculteurs Ewe du Sug Togo, *thèse en démographie*, Université de Montréal, Montréal, 345 p.
14. VIGNIKIN K., 1996, Ressources économiques et comportements démographiques des ménages agricoles : le cas des Ewé du Sud Togo, *Les dossiers du CEPED*, n° 37, CEPED, Paris, 35 p.
15. ZELINSKY W., 1971, The hypothesis of the Mobility Transition, *Geographical Review*, n° 61, p. 219-249.