

Série **Santé de la reproduction, fécondité et développement**

Document de recherche **n°4**

**EVOLUTION DES MODES DE CONTRÔLE
DE LA FÉCONDITÉ EN TUNISE AU COURS
DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE**

Bénédicte GASTINEAU

Bénédicte Gastineau, chargée de recherche à l'IRD
Equipe de recherche MIDDEN
Laboratoire Population-Environnement-Développement
Unité de mixte de recherche IRD - Université de Provence 151.

IRD BP 434 - 101 Antananarivo - Madagascar
Tél. (00 261 20) 22 272 80
benedicte.gastineau@ird.mg

© Laboratoire Population-Environnement-Développement
Unité de mixte de recherche IRD - Université de Provence 151.
2005

Centre St Charles, case 10
3, place Victor Hugo
13331 Marseille Cedex 3, France

Janvier 2005

La Tunisie est un bon exemple du modèle classique de la transition démographique : la baisse de la mortalité a été antérieure à la baisse de la fécondité et le contrôle de la fécondité s'est fait par la nuptialité puis par la contraception. En l'espace de 40 ans la Tunisie est passée ainsi d'une fécondité naturelle à une fécondité proche de celle des pays les plus développés. Après un bref rappel du déroulement de la transition démographique en Tunisie, nous détaillerons les modalités de la baisse de la fécondité en examinant l'ensemble des facteurs : nuptialité, contraception, abstinence post-partum et avortement.

1 - La transition démographique en Tunisie

1.1 - La mortalité

La transition démographique en Tunisie débute avec la baisse de la mortalité générale. En 1921, le taux brut de mortalité est de 29‰. Il est légèrement plus faible qu'au siècle précédent. Les différentes crises des années 1930 et 1940 causées par plusieurs sécheresses ralentissent cette tendance à la baisse, qui se révélera néanmoins irréversible. En 1955, le taux brut de mortalité est inférieur à 20‰. L'espérance de vie à la naissance passe de 38 ans en 1945 à 47 ans en 1956 (Bchir, 1990). La modernisation des moyens de production agricole et le développement des réseaux de communication aident à mieux gérer les années de sécheresse. De plus l'amélioration des conditions d'hygiène et de santé facilite la disparition des maladies épidémiques après 1945. Le recul de la mortalité se traduit par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui passe de 53,5 ans en 1966 (Bchir, 1990) à 72 ans à la veille de l'an 2000 (INS, 2000, Annuaire statistique).

Le taux de mortalité infantile a lui aussi enregistré une baisse spectaculaire. Il est passé de 250‰ en 1956 à 150‰ naissances vivantes au début des années 1960. En 2000, il est de 26‰ (INS, Annales statistiques ; INS-web pour 2000). L'évolution de la mortalité infantile reflète les progrès enregistrés dans le domaine de la médicalisation de l'accouchement, de la vaccination, des conditions de vie et de l'alimentation des enfants. La Tunisie enregistre actuellement un taux de mortalité infantile inférieur à la plupart des pays africains.

1.2 - La fécondité

La situation sociale et culturelle de la Tunisie au 19^{ème} siècle est favorable à une forte fécondité. La nuptialité n'est nullement un mode de contrôle : les mariages sont précoces et universels, les hommes disposent du droit de répudiation et de polygamie. Dans les faits, la polygamie est peu répandue. Seules les classes sociales les plus aisées la pratiquent comme signe de prestige. Les hommes les plus pauvres contractent plusieurs mariages mais successivement en répudiant la première femme pour en épouser une seconde. Le mariage est le cadre exclusif de la procréation en milieu rural comme en milieu urbain. L'Islam demeure le fondement du statut de la femme, des comportements matrimoniaux et de l'organisation familiale. Cependant, au sein d'une minorité urbaine "avant-gardiste", dès la colonisation

certaines jeunes filles s'élèvent contre ces règles. Certaines refusent par exemple le droit de *Jabr* - le droit de contrainte matrimoniale (Lili Temime, 1999).

Dans cette organisation sociale peu favorable aux femmes et fondée sur la famille, la maternité tient une place importante. Une fois qu'elle a fait la preuve de sa fertilité, la femme voit son statut s'améliorer, surtout si elle met au monde un fils. La stérilité est une cause de répudiation et les familles avec de nombreux enfants sont valorisées. Malgré ce contexte incitant à une forte fécondité, des moyens de contrôler la fécondité sont connus et utilisés, surtout en fin de vie féconde. On sait notamment qu'au 19^{ème} siècle l'avortement est pratiqué par des moyens mécaniques ou par des plantes abortives. Il est difficile d'estimer le nombre de ces interruptions de grossesse et leurs conséquences sanitaires, mais la fécondité générale reste très élevée.

Du début du 20^{ème} siècle jusqu'à l'Indépendance, il y a peu de changements dans les comportements nuptiaux et de fécondité. Les mariages sont toujours précoces et l'écart d'âge entre époux est élevé. Seule une petite frange de la population tunisoise adopte de nouveaux comportements : les classes sociales supérieures « occidentalisées » commencent à contrôler efficacement leur fécondité par des méthodes traditionnelles. En effet, l'autorité coloniale a appliqué comme en métropole des lois restrictives concernant la contraception. Le décret du 18 septembre 1920 punit la publicité pour la contraception, et celui du 22 juin 1923 interdit l'importation de toute méthode contraceptive.

Les taux de natalité de la Tunisie au moment de l'Indépendance sont ceux d'un régime de fécondité naturelle. La transition de la fécondité débute réellement au milieu des années 1960. L'indice synthétique de fécondité (ISF) passe alors de 7,2 enfants par femme en 1966 à 6,1 en 1971 (tableau 1).

Tableau 1
Evolution de l'indice synthétique de fécondité (1966-2000)

Année	ISF
1966	7,2
1971	6,1
1975	5,8
1980	5,3
1985	4,5
1990	3,4
1995	2,9
2000	2,1

Sources : INS, Annuaires statistiques

La rapidité avec laquelle la fécondité a diminué est un des aspects remarquables de la transition en Tunisie. Partant d'un niveau supérieur à celui des pays les moins avancés en 1966, la fécondité passe en moins de 40 ans à un niveau proche de celui des pays les plus développés. Ses plus proches voisins ont des ISF largement supérieurs : pour la période 1995-2000, l'Algérie affiche un ISF de 3,2 enfants par femme, le Maroc de 3,4 et la Libye de 3,8 (United Nations Development Program, 2002) tandis qu'en Tunisie, il est de 2,3. Actuellement, elle a le niveau de fécondité le plus faible d'Afrique, des pays musulmans et arabes (United Nations Development Program, 2002). Il est intéressant de noter la très grande diversité des pays musulmans : en 2003, l'Indonésie avait un ISF comparable à celui de la

Tunisie tandis que le Niger est le pays où la fécondité est la plus forte au monde avec 8 enfants par femme (PRB, 2004).

2 – Evolution des modes de contrôle de la fécondité : le modèle de la transition de la fécondité en Tunisie vu à travers le modèle de Bongaarts

Dans ses modalités, la transition de la fécondité tunisienne ne s'est pas distinguée des schémas observés dans les pays dont la transition est achevée ou en cours d'achèvement. Elle a eu lieu en 2 étapes successives : le recul de l'âge au mariage, puis progressivement l'adoption de la contraception au sein du mariage.

La première date à laquelle nous pouvons calculer les indices de Bongaarts est 1978¹. Au début de la transition, en 1978, la fécondité est contrôlée avant tout par la nuptialité et à parts égales par l'infécondabilité post-partum et la contraception. En 1994, en fin de transition, les deux variables les plus importantes sont le mariage et la contraception. Le poids de l'infécondabilité post-partum a peu varié et celui de l'avortement est faible mais non négligeable pendant toute la période (tableau 2). Le recul de l'âge au mariage et l'utilisation de la contraception se partagent à parts presque égales la responsabilité de la baisse de la fécondité (tableau 2).

Bongaarts, par l'intermédiaire du calcul d'indices, envisageait la transition de la façon suivante : dans une première phase, durant laquelle la fécondité était élevée, la fécondité était contrôlée essentiellement par l'infécondabilité post-partum et dans une moindre mesure par la nuptialité. Ensuite, le contrôle par la contraception augmente jusqu'à devenir prédominant. L'effet de l'avortement, nul en début de transition, s'intensifie tout en restant modeste. Enfin, l'infécondabilité post-partum, premier mode de contrôle en début de transition, ne joue plus qu'un rôle négligeable en fin de transition (tableau 3).

Ce modèle est largement démenti par l'expérience tunisienne. Dans le schéma de fin de transition, la contraception a un poids moins important que ne le laissait prévoir Bongaarts. Quant à l'infécondabilité, elle reste un mode de contrôle aussi fort en fin qu'en début de transition. En fin de transition, en 1994, on constate donc une combinaison des différentes pratiques inhibitrices.

Tableau 2
Valeurs des paramètres du modèle de Bongaarts pour la Tunisie

	1978	1988	1994
Indice du mariage	0,63	0,52	0,43
Indice de contraception	0,73	0,56	0,47

¹Bongaarts a proposé un modèle d'analyse de la fécondité permettant de mesurer le poids de chacune des variables intermédiaires (nuptialité, contraception, avortement et infécondabilité post-partum) dans la réduction de la fécondité. Ce modèle consiste en une décomposition multiplicative du taux de fécondité à un âge donné : $TF = C_m \times C_c \times C_a \times C_i \times TFBM$. C_m est l'indice de nuptialité. Il est égal à 1 si toutes les femmes d'âge reproductif sont mariées, à 0 en l'absence de mariage. C_c est l'indice de contraception. Il est égal à 1 en l'absence de contraception, à 0 si toutes les femmes d'âge reproductif utilisent une contraception. C_a est l'indice d'avortement provoqué. Il est égal à 1 en l'absence d'avortement, à 0 si toutes les grossesses sont interrompues par un avortement. C_i est l'indice d'infécondabilité post-partum. Il est égal à 1 en l'absence d'abstinence sexuelle post-partum et d'allaitement, à 0 si la stérilité est permanente. Le taux de fécondité biologique maximum (TFBM) est supposé égal à 15,3 enfants par femme.

Indice d'avortement*	0,92	0,89	0,89
Indice d'infécondabilité	0,73	0,75	0,78
ISF calculé	5,87	3,69	2,67
ISF observé	5,48	3,76	2,87

Source : Sandron, Gastineau 2002 - * estimations

Tableau 3
Valeurs des paramètres du modèle de Bongaarts selon la phase de transition

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Indice du mariage	0,78	0,63	0,55	0,55
Indice de contraception	0,91	0,68	0,63	0,31
Indice d'avortement*	1,00	1,00	0,96	0,76
Indice d'infécondabilité	0,65	0,78	0,76	0,93

Source : Bongaarts 1982 - * estimations

Nous allons maintenant considérer chaque mode de contrôle afin de préciser leur évolution et leurs effets sur le niveau de la fécondité

2.1 - Les changements de la nuptialité et leurs effets sur la fécondité

Le rôle de la nuptialité dans la transition de la fécondité a été vérifié maintes fois. Cependant, dans certains contextes, elle n'a joué qu'un rôle mineur dans la baisse de la fécondité (Van de Walle, 1996). Certaines régions d'Amérique latine connaissent une faible fécondité et une nuptialité précoce (Cuba), tandis que d'autres pays ont vu leur nuptialité augmenter avant la baisse de la fécondité (Mexique). De l'analyse des transitions latino-américaines, Cosío-Zavala (1995) conclut que le contrôle de la nuptialité comme mécanisme de régulation démographique n'a jamais été un modèle social acceptable en Amérique latine. De même, en Afrique, le recul de l'âge au mariage n'est pas toujours observé dans les pays en cours de transition de la fécondité (Vimard et al., 2001). A l'inverse, au Maghreb, le retard de l'âge au premier mariage est le facteur déterminant de la baisse de la fécondité.

Le gouvernement tunisien et le Président Habib Bourguiba ont engagé dès 1956 des réformes importantes, modifiant profondément les droits et les devoirs des hommes et des femmes en matière de mariage. En 1956, le Code du Statut Personnel donne une existence légale au mariage, il supprime ainsi le *Orf*, le mariage coutumier. Tout mariage non conclu devant un officier de l'Etat est nul et les faux époux sont passibles d'une peine d'emprisonnement. Ensuite, le Code du Statut Personnel interdit la polygamie, même si la seconde union n'est pas formelle. Il abolit aussi le droit de répudiation et définit le divorce judiciaire. La femme a le droit de demander le divorce au même titre que son mari. Le Code du Statut Personnel fixe un âge minimum au mariage de 15 ans révolus pour les femmes et 18 ans pour les hommes. En 1964, cet âge sera relevé à 17 ans pour les femmes et 20 ans pour les hommes. Les futurs époux doivent donner leur consentement, le *Djabr*, droit de contrainte matrimoniale de la jeune fille par son père, n'existe plus en Tunisie. Le Code du Statut Personnel va ainsi à l'encontre de l'*idéal type* du mariage arabo-musulman. Il faut cependant noter que la législation conforte aussi quelques règles traditionnelles : l'allaitement reste, dans le Code du Statut Personnel une cause d'interdiction du mariage (deux individus allaités par la même mère ne peuvent se marier), les relations sexuelles et les conceptions hors union sont fortement découragées ainsi que le concubinage.

Les résultats de cette politique sont visibles rapidement. Les Tunisiennes se marient et mettent au monde leur premier enfant de plus en plus tard quel que soit leur niveau d'instruction et leur origine sociale. L'âge moyen de la femme au mariage est passé de 19,5 ans en 1956 à 26,6 ans en 1994 (tableau 4). Le recul de l'âge au mariage est le facteur déclenchant et le plus déterminant de la baisse de la fécondité en Tunisie.

Tableau 4
Evolution de l'âge moyen au premier mariage (ans) entre 1956 et 1994

	Femmes	Hommes
1956	19,5	26,3
1966	20,9	27,0
1975	22,6	27,1
1984	24,3	28,1
1994	26,6	30,2

Source : INS 1973, 1975, 1984, 1995

Toutefois, le mariage reste universel en Tunisie. L'instauration d'un âge légal minimum au mariage ne devait pas dissuader les jeunes tunisiens d'entrer en union et d'assurer la fonction première du mariage c'est-à-dire avoir des enfants. Habib Bourguiba déclarait ainsi le 13 août 1967 : « Nous envisageons donc des mesures propres à favoriser le mariage et la constitution des familles. Le célibat sera combattu. Dès l'âge de vingt-cinq ans, tout jeune homme doit songer à se marier. Le parti et la société exerceront leurs pressions sur les couples sans enfant. ».

Au moment du recensement de 1994, à 50-54 ans, seules 1,8% des femmes sont célibataires et 2,4% des hommes. Ces chiffres sont tout à fait comparables à ceux observés lors des recensements précédents (tableau 5). Le mariage reste très valorisé, la constitution d'un couple reste un objectif primordial pour les Tunisiens. Il est donc peu probable que le célibat définitif progresse à court terme surtout si le mariage reste le seul cadre légal et légitime de la procréation et que le concubinage ne soit admis ni juridiquement, ni socialement.

Tableau 5
Proportion de femmes et d'hommes célibataires à 50-54 ans aux dates de recensement

Année du recensement	% de femmes de 50-54 ans célibataires	% d'hommes de 50-54 ans célibataires
1966	1,6	3,1
1975	1,8	3,0
1984	1,5	2,4
1994	1,8	2,4

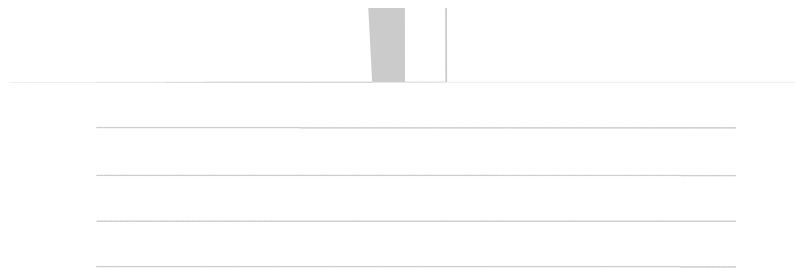
Sources : INS 1973, 1975, 1984, 1995

Alors, qu'en Afrique subsaharienne, une part importante des femmes célibataires ont une vie sexuelle (plus de quatre sur cinq au Botswana par exemple) (Westoff, 1994), en Tunisie comme dans tout le Maghreb, la sexualité est réservée aux femmes mariées. La jeune fille doit arriver vierge au moment du mariage. Certes la pression sociale et familiale est de moins en moins visible et la cérémonie du drap (le couple doit prouver que la femme était vierge le jour de sa nuit de noces en exhibant le drap tâché de sang) n'existe plus que dans une petite partie de la population, la plus traditionnelle (Labidi, 2001). De même, le choix du conjoint devient de plus en plus individuel. La tradition de la dot s'adapte aux conditions de vie moderne des Tunisiens: dès les années 1960 en ville et plus récemment dans les campagnes,

les familles instaurent le dinar symbolique comme paiement de la dot. La sexualité et la procréation deviennent une affaire privée (Labidi, 2001). Les naissances hors mariage étant très rares et les femmes entrant de plus en plus tard en union, le recul de l'âge au mariage a une incidence évidente sur le niveau de la fécondité.

Jusqu'au début des années 1990, l'entrée en union des femmes était plus précoce en zone rurale. La différence entre les âges moyens selon le milieu de résidence était de l'ordre de 2 ans. On constate maintenant une convergence des modèles de nuptialité, principalement de la nuptialité féminine (figure 1).

Figure 1
Age moyen au premier mariage des femmes et des hommes
en Tunisie selon le milieu de résidence
1966-1994



Sources : INS 1973, 1975, 1984, 1995

En 1966, les différences entre les milieux urbain et rural étaient marquées. Les femmes rurales se mariaient en moyenne un an et 7 mois avant les urbaines. Les écarts entre les zones de résidence se sont estompés. En 1994, urbaines et rurales entrent en union en moyenne aux mêmes âges (26,6 ans pour les premières et 26,5 ans pour les secondes).

La scolarisation des femmes a joué un rôle important dans les changements de comportements matrimoniaux. Les enquêtes démographiques en 1978 et 1988 confirment que l'âge moyen au mariage augmente avec le niveau d'instruction des femmes. Les femmes analphabètes, majoritaires en 1978 et 1988, se marient plus tôt que les femmes scolarisées. En 1994, les différences d'âge d'entrée en union des femmes, liées au niveau d'études, se sont estompées.

Pour conclure sur le rôle de la nuptialité, notons que la baisse des proportions des femmes mariées aux jeunes âges (15-29 ans) est responsable de plus des deux tiers de la baisse du taux de natalité entre 1966 et 1984 (Duchêne, Ajbilou, 1995). Conformément au modèle classique de la transition démographique, le recul de l'âge au mariage a été en Tunisie un facteur essentiel de la transition féconde.

2.2 - Les changements dans la pratique contraceptive et leurs effets sur la fécondité

Nous présenterons brièvement quelques aspects de la politique de planification familiale² qui a été incontestablement un déterminant majeur de la transition démographique tunisienne. Depuis 1956, date de l'Indépendance, l'économie et la société tunisiennes ont connu des mutations et des changements considérables conduisant à l'amélioration des conditions de vie de la population et facilitant la mise en œuvre de la politique de population. La réduction de la croissance démographique et l'amélioration du statut des femmes ont été parmi les objectifs prioritaires du gouvernement de la Tunisie et la question de la limitation des naissances a été discutée très tôt en Tunisie. Dans l'édition du 12 mai 1960, dans *La Presse*, journal tunisien en langue française, on pouvait lire un article intitulé « *Le Birth-Control* a en Tunisie ses fervents partisans, mais aussi ses détracteurs acharnés » (Magnin, 1961). Le Président Bourguiba³ fait partie des « fervents partisans » de la limitation des naissances et plus généralement de l'émancipation des femmes et de nombreuses réformes sociales vont être engagées après 1956 (Code du Statut Personnel, réforme de l'enseignement).

Le programme national de planification familiale qui débute en 1966 a été précédé de mesures qui traduisaient la volonté de mettre un frein à la politique nataliste du protectorat. Tout d'abord, en 1960, la limitation de l'octroi des allocations familiales aux seuls quatre premiers enfants est votée. Ensuite, en 1961, la loi française interdisant la vente et la publicité des produits contraceptifs est abrogée. Enfin, dès 1965, l'avortement est légalisé dans les trois premiers mois de grossesse mais seulement pour les femmes ayant déjà 5 enfants. En 1973, cette clause restrictive est levée. Ainsi « en s'attaquant au statut traditionnel de la femme, le régime tunisien a, à la fois, ouvert la voie à une modernisation en profondeur de la société et préparé un terrain plus sûr à la réussite d'une politique de planning familial » (Roussi, 1977).

En 1966, est lancé officiellement le programme de planification familiale après 2 années de programme expérimental. L'objectif principal est de faire diminuer le taux de fécondité global de la Tunisie pour qu'il soit, à la fin du 20^{ème} siècle, équivalent à celui du monde occidental⁴. Des moyens importants sont déployés dès le début du programme : entre 1966 et 1968, des « équipes mobiles » de médecins et agents du planning familial sillonnent toutes les régions du pays. Les efforts du programme de planification familiale durant la décennie 1970 sont orientés vers l'information des femmes et des couples. Les messages en faveur de la limitation des naissances ont été déclinés sous des formes très diversifiées (brochures, calendriers, monographies, bulletins, notes d'information, affiches publicitaires...) et surtout à travers les grands médias que sont la presse, la radio, la télévision et même le cinéma. « Le Planning Familial devient ainsi un programme national et un sujet favori de la presse, de la radio, de la télévision et même du cinéma » (Vallin, 1971).

Durant la phase expérimentale (1964-1966) du programme de planification familiale, un peu moins de 30 000 femmes consultèrent, soit environ 3% des 15-49 ans. Ce chiffre augmente progressivement et la prévalence contraceptive, quasiment nulle en 1966, atteint 31% en 1978 (tableau 6). Les méthodes proposées sont des méthodes d'arrêt : le stérilet et la stérilisation (tableau 7). En 1976, les autorités sanitaires souhaitent promouvoir l'espacement des

² Pour une analyse plus complète du programme de planification familiale, on peut consulter Sandron, Gastineau, 2002

³ Bourguiba a été président de la Tunisie de 1956 à 1987.

⁴ Alors qu'il est de 193‰ en 1965, la valeur visée pour le taux de fécondité global est de 66‰ en 2000, c'est-à-dire le taux de l'Italie au début du lancement du programme.

naissances. La priorité est alors donnée à la valorisation de la pilule mais sans succès. Le poids de la pilule dans l'ensemble des méthodes utilisées ne cesse de décroître (tableau 7).

Tableau 6
Taux de prévalence contraceptive 1978-1994 (%)

Année	Taux de prévalence Contraceptive
1978	31,4
1983	41,1
1988	49,8
1994	59,7
1999	70,5

Source : ONFP 1997a, et ONFP in ins-web

Tableau 7
Répartition des utilisatrices de contraception (%) selon la méthode pratiquée en 1978, 1988 et 1994

	1978	1988	1994
Pilule	21	17,7	12
Stérilet	28	34,1	42
Stérilisation féminine	24	23,1	21
Autres méthodes modernes	6	6,2	8
Méthodes traditionnelles	21	18,9	17

Sources : ONPFP, 1982, IRD, ONFP, 1989, ONFP, 1996

Tableau 8
Prévalence contraceptive au moment de l'enquête selon des caractéristiques des femmes en 1978

<i>Niveau de scolarisation</i>	
Femmes jamais scolarisées	27,6
Niveau primaire	38,5
Niveau secondaire et plus	52,3
<i>Zone de résidence</i>	
Tunis	42,8
Urbain	42,1
Rural	20,3

Source : ONPFP, 1982

Dans les années 1980, la Tunisie accentue ses efforts pour multiplier les services de planification familiale. Elle fait alors figure d'exception en la matière dans la région d'Afrique du Nord et Moyen Orient, région très en retard dans la mise en place de programmes efficaces (Turner, 1992). Jusqu'au début des années 1980, ce sont davantage les femmes urbaines et scolarisées qui font appel aux services des centres de planification familiale (tableau 8), les moyens du programme sont concentrés dans les grandes villes, la capitale et les villes côtières. Pourtant, à cette même date, la totalité des femmes non célibataires est capable de citer au moins une méthode contraceptive efficace. Les programmes d'information ont donc atteint leur objectif en zone urbaine comme en zone rurale. Cependant, les pratiques contraceptives sont très différentes. Ainsi, en 1978, seulement 28% des femmes rurales exposées avaient déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie génésique contre 59% à Tunis et 58% dans les autres zones urbaines (ONPFP, 1982).

Le programme de planification familiale donne alors la priorité au milieu rural où les femmes restent encore peu touchées par les services de planification familiale. L'objectif annoncé est de faire doubler le taux de prévalence contraceptive en milieu rural pour qu'il atteigne 36% en 1986. Les femmes pourront dès lors profiter de prestations de planification familiale dans les centres de santé de base. À partir de la fin des années 1980, on observe une similitude des pratiques contraceptives dans toutes les catégories de population (tableau 9). Au début du programme national, les femmes qui limitaient ou espaçaient leurs grossesses étaient majoritairement urbaines et éduquées. En 1994, les écarts entre les différents groupes de femmes se sont considérablement réduits (tableau 9).

Au cours des années 1980, la stérilisation et surtout le stérilet restent les 2 méthodes les plus fréquemment utilisées. Les femmes qui utilisent des méthodes traditionnelles sont toujours nombreuses et leur proportion ne diminue pas.

Tableau 9
Prévalence contraceptive au moment de l'enquête selon des caractéristiques des femmes en 1983 et 1988

	1983	1988	1994
<i>Niveau de scolarisation</i>			
Femmes jamais scolarisées	35,5	42,3	52,6
Niveau primaire	48,2	56,8	64,0
Niveau secondaire et plus	67,8	66,5	67,1
<i>Zone de résidence</i>			
Tunis	58,4	63,9	*
Urbain	49,6	58,6	64,7
Rural	28,9	34,6	51,4

Sources : ONFP, IRD, 1989, ONFP, 1997a

Note : * Tunis est inclus dans les zones urbaines

Au cours des années 1990, le programme de planification familiale cherche à remédier aux fortes disparités régionales qui subsistent. L'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des prestations de santé reproductive dans le milieu rural et plus particulièrement dans les zones les moins développées reste la priorité du programme de planification familiale durant les années 1990. L'offre en matière de méthodes contraceptives se diversifie mais les femmes continuent à préférer massivement le stérilet. La pilule rencontre peu de succès auprès des femmes. La contraception sert avant tout à limiter les naissances, plus rarement à les espacer. Le stérilet est la méthode privilégiée, celle qui a le plus contribué à la baisse de la fécondité (tableau 10).

Tableau 10
Répartition des naissances évitées par la contraception et l'avortement entre 1987 et 1991 selon les principales méthodes contraceptives (%)

	1987	1988	1989	1990	1991
Avortement	23	22	20	18	17
Pilule	5	6	6	7	6
Stérilisation féminine	19	19	20	20	19
Stérilet	53	53	55	56	58
Total	100	100	100	100	100

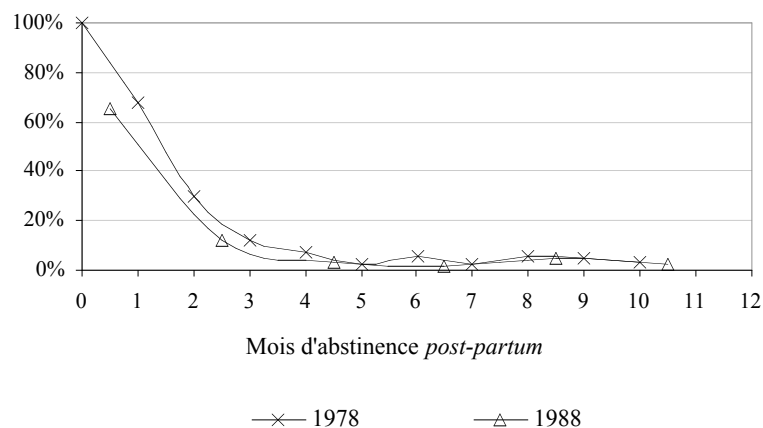
Source : ONFP, 1992

2.3 - L'infécondabilité post-partum et ses effets sur la fécondité. Allaitement et abstinence post-partum

Abstinence sexuelle post-partum

La durée de l'abstinence est en général régie par les normes sociales : en Tunisie, elle est influencée par les valeurs de la religion musulmane. Cette période dure 40 jours, 40 jours pendant lesquels la femme et l'enfant sont considérés comme faibles et en danger. La femme s'abstient de toute relation sexuelle et on entoure l'enfant de soins attentifs. Nous ne disposons pas de données très récentes sur le sujet mais nous savons que jusqu'en 1988, cette durée est respectée par la majorité des femmes (figure 2). En 1978, entre 2 naissances vivantes, les femmes observent en moyenne une période de 1,6 mois d'abstinence sexuelle, en 1988, cette durée est de 1,8 mois. Aux deux dates, cette durée varie très peu selon les caractéristiques de la femme et l'écart-type est faible. Traditionnellement, le quarantième jour, la mère emmène son enfant, qui sort pour la première fois, visiter la famille et les voisins. Une fête est organisée. Dès le début du programme de planification familiale, ces impératifs culturels ont été pris en compte. Au moment de la fin de l'abstinence, le 40^{ième} jour, une visite dans les dispensaires est proposée aux femmes leur offrant des services post-partum, de planification familiale et des soins aux nourrissons. Ce choix était le bon car dès 1987, 84 % des mères se rendent à la visite du quarantième jour et 56 % d'entre elles commencent à utiliser une méthode contraceptive à cette occasion (Coeytaus, 1989).

Figure 2
Proportion de femmes (%) en abstinence *post-partum* selon la durée écoulée depuis la naissance en 1978 et 1988



Sources : ONPFP 1982, ONFP 1989

Cependant, la durée d'abstinence post-partum est relativement courte comparée à d'autres pays africains comme la Côte d'Ivoire ou le Botswana par exemple où elle est un moyen d'espacement des naissances efficace (Vimard et al., 2001). En Tunisie, elle pèse peu sur les intervalles intergénéraliques.

Aménorrhée et allaitement

L'allaitement maternel est très répandu en Tunisie, la quasi-totalité des enfants est allaitée. Dans ce pays musulman, c'est une pratique traditionnelle encore respectée comme au Maroc ou en Algérie (Rovillé-Sausse et al. 2002).

Les autorités sanitaires du pays encouragent vivement les mères à allaiter leurs enfants. Des mesures législatives ont été prises en 1983 en faveur de l'allaitement maternel. La publicité en faveur des substituts du lait maternel a ainsi été interdite, le congé de maternité a été prolongé, passant de 1 à 2 mois pour les femmes qui allaitent et enfin, un congé postnatal de 4 mois a été créé pendant lequel la femme peut bénéficier d'un demi salaire.

Tableau 11

	1978	1988	1994-1995
Abstinence post-partum (mois)	1,6	1,8	<i>n.d.</i>
Proportion (%) des enfants allaités	95,6	96,5	93,8
Durée moyenne de l'allaitement exclusif (mois)	5,2	<i>n.d.</i>	1,6
Durée moyenne de l'allaitement (exclusif et mixte) (mois)	13,8	15,5	15,0
Aménorrhée post-partum (mois)	8,2	7,2	<i>n.d.</i>

Sources: ONPFP 1982, IRD, ONFP 1989, ONFP, 1996

n.d.: non disponible

Entre 1978 et 1995, la durée moyenne pendant laquelle les femmes allaitent leurs enfants a augmenté faiblement passant de 13,8 mois à 15 mois (tableau 11). En revanche, la période pendant laquelle l'enfant est nourri exclusivement au sein s'est considérablement amenuisée, passant de 5,2 mois en 1978 à 1,6 mois en 1995. A ce titre, la Tunisie se distingue nettement des autres pays maghrébins où la durée d'allaitement exclusif est plus de 2 fois supérieure (tableau 12).

Tableau 12

Durée moyenne de l'allaitement maternel (en mois) en 1995 au Maghreb

Pays	Maroc	Algérie	Tunisie
Durée	3,7	3,2	1,6

Source: Rovillé-Sausse et al. 2002

Le taux d'allaitement maternel n'a pratiquement pas changé en Tunisie durant les dernières décennies, puisqu'il était de 96% en 1978 (tableau 11) et oscille entre 94% et 96 % aujourd'hui selon les études (Khaldi, Ben Mansour, 2001).

Les effets contraceptifs de l'allaitement sont complexes : ils sont importants au niveau d'une population comptant un faible nombre d'utilisatrices de contraception. En revanche, ils sont peu fiables au niveau d'un individu. L'allaitement lorsqu'il est fréquent et intense retarde l'ovulation et diminue la probabilité de conception une fois l'ovulation reprise. Des études ont montré que l'allaitement assurerait une protection de plus de 98% contre la grossesse durant les 6 premiers mois qui suivent l'accouchement (VanLandingham et al. 1991). En l'absence de contraception, la diminution de l'allaitement aurait donc pour conséquence une hausse de la fécondité.

Contrairement à beaucoup de pays subsahariens où la longue abstinence post-partum peut masquer le rôle de l'allaitement, en Tunisie, l'allaitement joue un rôle important dans l'aménorrhée post-partum. Cependant, les modifications que l'on peut observer (diminution de la durée d'allaitement exclusif) n'ont et n'auront finalement que peu de conséquences sur le niveau de la fécondité car comme nous venons de le voir, la pratique contraceptive y est

très répandue. Pour conclure, il convient de retenir le fait que contrairement au schéma proposé par Bongaarts (1982), l'infécondabilité post-partum a toujours un pouvoir réducteur sur la fécondité même au milieu des années 1990, lorsque la contraception est très diffusée et que l'âge au mariage est tardif. Le contrôle de la fécondité par la nuptialité et par la contraception n'exclut pas un contrôle par l'allaitement et par l'abstinence sexuelle post-partum.

2.4 - L'avortement et ses effets sur la fécondité

En 1973, la loi de 1965 sur l'avortement est assouplie : elle autorise maintenant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) durant les trois mois suivant la conception sans aucune restriction. L'IVG est ainsi légalisée pour sauver la vie de la mère, pour préserver sa santé physique et morale, dans le cas d'un viol ou d'un inceste, pour des motifs socio-économiques ou sur simple demande de la femme. L'intervention est pratiquée gratuitement dans les hôpitaux publics. La loi de 1973 permet aussi de punir sévèrement toute pratique de l'avortement hors d'une structure médicale (privée et publique). Cependant les avortement illégaux n'ont pas disparu immédiatement: en 1980, ils représentent encore 80% de l'ensemble des IVG (United Nations 2002).

Depuis sa légalisation, l'avortement a été pratiqué par un nombre croissant de femmes (figure 3). Cependant, le taux d'avortement est resté modeste : en 1996, on compte 8,6 avortements pour 1000 femmes de 15-44 ans. Après sa légalisation et jusqu'au milieu des années 1980, l'avortement a été utilisé par les femmes comme une méthode contraceptive permettant de limiter leur fécondité. Une enquête menée juste après la légalisation de 1973 (Ayad, 1976) montre que les femmes qui subissent un avortement ont en moyenne 40,2 ans et

Source : Gastineau, 2002

3 – La diversité régionale et sociale du modèle de transition de la fécondité

La transition de la fécondité est manifeste dans toutes les régions de la Tunisie (tableau 13) cependant elle diffère d'une région à l'autre dans la date de début de transition, dans le rythme de la baisse de la fécondité et dans ses modalités.

En 1966, on observe une certaine homogénéité dans les niveaux de fécondité (figure 4). Seul Tunis se distingue avec un indice synthétique de fécondité de 4,8 enfants par femme. Tous les autres *gouvernorats* affichent un indice de fécondité supérieur à 6 enfants par femme, de 6,21 à Jendouba à 8,46 à Sidi Bouzid. Au fur et à mesure que la transition nationale avance, les écarts entre les régions se creusent. Ainsi, en 1984, la diversité régionale est importante. Alors que les tunisoises ont en moyenne moins de 3 enfants par femme (2,9), 5 *gouvernorats* connaissent encore des niveaux de fécondité très forts, avec des ISF supérieurs à 6. Coexistent donc des régions en fin de transition et des régions tout juste entrées en transition (tableau 13).

En 1994, alors que la transition nationale est dans sa phase finale, on retrouve une plus grande homogénéité, les différences se sont fortement estompées. Les indices de fécondité les plus élevés sont enregistrés à Kasserine (4,3), les plus faibles à Béja (2,9). Tunis ne se distingue plus : la fécondité est plus faible à Béja que dans la capitale. Tous les *gouvernorats* sont entrés en transition mais certains beaucoup plus tardivement que d'autres. Ces différents schémas de transition de la fécondité ne se comprennent qu'en relation avec les changements de nuptialité et de pratiques contraceptives.

3.1 - Recul de l'âge au mariage

C'est entre 1966 et 1984 que le recul de l'âge au mariage a été le plus important. L'âge moyen au premier mariage des hommes et des femmes a crû de plus de 3 ans entre 1966 et 1984 (INS, 1973, 1984). Mais là encore, si le recul touche tous les *gouvernorats*, les changements sont différents d'un *gouvernorat* à l'autre. A Tataouine, l'âge moyen au mariage est passé de 19,8 ans à 21,0 ans, soit un gain de 1,2 an, alors que dans le même temps, à Tozeur, il croissait de 19,7 ans à 24,8 ans, soit une progression de 5,1 ans.

En 1994, on retrouve une moins grande variation des moyennes d'âge au premier mariage, et à l'exception de Tataouine, tous les *gouvernorats* ont une moyenne d'âge d'entrée en union supérieure à 25 ans. Sans surprise nous observons une forte corrélation entre les niveaux de fécondité et l'âge d'entrée en union, pour toutes les années considérées.

3.2 - Changements dans les pratiques contraceptives

Nous ne disposons que de très peu de données sur la pratique contraceptive au niveau des *gouvernorats*. L'information est souvent collectée à une échelle plus grande, au niveau national ou dans le meilleur des cas au niveau des grandes régions. Le découpage n'étant pas toujours identique d'une enquête à l'autre, les comparaisons s'avèrent difficiles.

En 1978, les situations régionales sont excessivement contrastées puisque la prévalence contraceptive chez les femmes non célibataires varie de 15% dans le Centre à 58% à Tunis

(tableau 14). Entre 1978 et 1988, les écarts s'estompent doucement : la prévalence contraceptive augmente peu à Tunis, alors qu'elle progresse dans les régions du Centre et du Sud. Les différences entre régions restent néanmoins très prononcées : Tunis a le taux de prévalence le plus élevé, suivi par le Nord-Est et le Nord-Ouest. L'utilisation de la contraception semble stagner dans la région du Centre-Est par rapport à la progression des autres régions.

En 1994, la situation est finalement peu différente par rapport à 1988 (tableau 15). Les taux de prévalence ont augmenté mais la hiérarchie n'est pas bouleversée. En 1994, les disparités régionales restent fortes malgré les efforts du planning familial ciblés sur les régions les plus défavorisées. Entre 1988 et 1994, ce sont les régions à faible prévalence qui ont connu les hausses les plus importantes. Ainsi, dans la région du Centre-Est, le taux de prévalence a progressé de 44% contre seulement 9% à Tunis (ONFP, 1996).

Tableau 14
Proportion de femmes non célibataires (%)
ayant déjà en 1978 utilisé une méthode contraceptive (toutes méthodes confondues)
et proportion de celles qui utilisent une méthode au moment de l'enquête, en 1978.

	% ayant déjà utilisé une méthode contraceptive	% de utilisant actuellement une méthode contraceptive
Grand Tunis	63	58
Nord Ouest	41	40
Nord Est	48	51
Centre Ouest	18	15
Centre Est	50	52
Sud	37	29
Ensemble	45	43

Source : ONFPP, 1982.

Tableau 15
Evolution des taux de prévalence contraceptive par région 1988-1994 (%)

	1988	1994
Grand Tunis	63,9	69,8
Nord Ouest	51,3	61,5
Nord Est	57,1	65,0
Centre Ouest	31,5	45,6
Centre Est	48,8	60,6
Sud	41,4	49,7
Ensemble	49,8	59,7

Source : ONFP, 1996.

Pour résumer, on distingue trois types de transition. Tout d'abord, dans le district Tunis (Tunis, Ben Arous, Ariana) et dans la région du Nord Est, la transition de la fécondité fut précoce relativement aux autres régions et aujourd'hui le mode de contrôle de la fécondité le plus important est la contraception, avant même la nuptialité. Ensuite, les régions du Centre-Est et celles du Nord-Ouest bien que très différentes d'un point de vue socio-économique ont en commun d'avoir une fécondité contrôlée autant par la nuptialité que par la contraception. Enfin restent le Centre-Ouest et le Sud où la fécondité qui est restée élevée plus longtemps qu'ailleurs, a diminué principalement sous l'effet du recul de l'âge au mariage.

3.3 - Tunis et le Nord-Est

Le Nord-Est est la région la plus développée de la Tunisie après le district de Tunis. Fortement urbanisée, elle profite de sa proximité avec la capitale. Après l'Indépendance, elle a été rapidement dotée en structures scolaires et sanitaires. A Tunis et dans le Nord-Est, la théorie générale de la modernisation explique bien le processus de transition démographique. Dans la région de la capitale, la transition a été particulièrement précoce, antérieure à 1956. Dans les gouvernorats de Nabeul, Bizerte et Zaghouan, elle a été un peu plus tardive mais dès 1975, ils se distinguent comme étant les gouvernorats où les indicateurs de la fécondité sont les plus faibles (figure 4).

Dès 1988, on relève que Tunis et le Nord-Est, les deux régions les plus développées ont un âge médian au mariage supérieur aux autres régions (respectivement 22,5 et 21,7). Le recul de la nuptialité a joué un rôle important. Cependant, ce qui distingue ces 2 régions, c'est la précocité de la diffusion massive de la pratique contraceptive. Dès 1978, la prévalence contraceptive y est supérieure à 50%, pour atteindre environ 60% en 1988 et dépasser 65% en 1995. Ces régions ont bénéficié très tôt de nombreuses structures sanitaires permettant aux femmes d'avoir à leur disposition des services de planification familiale et la demande des femmes pour une limitation des naissances a pu être entendue.

En revanche, l'allaitement entre peu en compte dans le contrôle de la fécondité, ou du moins, c'est un facteur moins important que dans les autres régions. Les femmes de Tunis et du Nord-Est allaitent moins longtemps que les autres et connaissent une durée d'aménorrhée post-partum plus courte.

La transition de la fécondité dans ces gouvernorats est assez classique, et relativement conforme au schéma que Bongaarts propose avec un poids important de la contraception par rapport aux autres modes de contrôle.

Tableau 16
Effet réducteur de la nuptialité et de la contraception sur la fécondité en 1978 et 1995

	1978		1995	
	Indice de nuptialité	Réduction* en %	Indice de nuptialité	Réduction en %
Grand Tunis	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	0,53	47
Nord Est	0,65	35	0,51	49

	1978		1995	
	Indice de contraception	Réduction* en %	Indice de contraception	Réduction en %
Grand Tunis	0,65	35	0,44	56
Nord Est	0,75	25	0,45	55

*La réduction est de $1-(C_m)*100$ et $1-(C_c*100)$

Sources: ONPFP 1982, IRD, ONFP 1989

Tableau 17
Durée moyenne d'allaitement et d'aménorrhée en mois en 1988

	Durée d'allaitement (mois)	Durée d'aménorrhée (mois)
Tunis	10,3	4,0

Nord Est	14,9	6,8
Nord Ouest	19,1	9,0
Centre Ouest	18,0	10,0
Centre Est	14,7	8,8
Sud	15,5	7,2

IRD, ONFP 1989

3.4 - Le Nord Ouest et le Centre Est

Ces deux régions ont vu leur fécondité baisser rapidement dès la fin des années 1960 et sont entrées dans un régime de fécondité « moderne » avant 1984 (l'ISF est inférieur 5 en 1984). Elles avaient un âge moyen au mariage supérieur à 20 ans en 1966 et supérieur à 24 ans en 1975. La prévalence contraceptive était supérieure à 50% dès 1988.

Ces deux régions ont donc en commun d'une part la précocité de leur transition démographique d'autre part le fait que le poids du mariage et celui de la contraception sont équivalents dans les modes de contrôle de la fécondité (tableau 18). Pourtant ces deux grandes régions n'ont rien en commun du point de vue économique. Le Nord Ouest, fortement rural, est pauvre, c'est la région qui a le moins profité des fruits de la croissance nationale. Le Centre Est, à l'inverse, a bénéficié du développement du tourisme et de l'industrialisation de l'économie tunisienne.

Les transitions de la fécondité, même si elles répondent à des logiques différentes - malthusianisme de pauvreté pour l'une, modernisation pour l'autre - ont suivi un modèle très proche : caractérisé par un recul du mariage et une diffusion de la contraception concomitantes.

Tableau 18

Effet réducteur de la nuptialité et de la contraception sur la fécondité en 1978 et 1995 dans les gouvernorats du Centre Est et Nord Ouest

	1978		1995	
	Indice de nuptialité	Réduction* en %	Indice de nuptialité	Réduction en %
Centre Est	0,61	39	0,48	52
Nord Ouest	0,62	38	0,46	54

	1978		1995	
	Indice de contraception	Réduction* en %	Indice de contraception	Réduction en %
Centre Est	0,67	33	0,49	51
Nord Ouest	0,67	33	0,44	56

*La réduction est de $1-(Cm)*100$ et $1-(Cc*100)$

Sources: ONPFP 1982, IRD, ONFP 1989

3.5 - Le Centre-Ouest et le Sud

Ces deux régions ont en commun d'avoir une transition de la fécondité où le contrôle par le mariage est nettement plus important que celui par la contraception. Ce sont deux régions dont les *gouvernorats* sont entrés dans un régime de fécondité « moderne » relativement

tardivement après 1975. En 1984, leur fécondité est encore forte. En 1966, l'âge moyen au mariage était inférieur à 20 ans et en 1984, inférieur à 25 ans. La prévalence contraceptive est encore inférieure à 50% en 1994.

Tableau 19
Effet réducteur de la nuptialité et de la contraception sur la fécondité en 1978 et 1995 dans les gouvernorats du Centre Ouest et du Sud

	1978		1995	
	Indice de nuptialité	Réduction* en %	Indice de nuptialité	Réduction en %
Centre Ouest	0,68	32	0,47	53
Sud	0,67	33	0,47	53

	1978		1995	
	Indice de contraception	Réduction* en %	Indice de contraception	Réduction en %
Centre Ouest	0,91	8	0,59	41
Sud	0,81	19	0,58	42

*La réduction est de $1-(Cm)*100$ et $1-(Cc*100)$

Sources: ONPFP 1982, IRD, ONFP 1989

C'est par leur prévalence contraceptive faible - plus que par leur nuptialité - que ces deux régions se distinguent dans le paysage tunisien. En 1988, dans la région de Tunis, 64% des femmes mariées de 15-49 ans utilisaient une méthode contraceptive contre 34% dans le Centre Ouest et 41% dans le Sud (Tableau). En 1994, ces régions ont rattrapé seulement une partie de leur retard mais la prévalence contraceptive reste nettement plus faible dans les autres *gouvernorats*.

Les institutions tunisiennes reconnaissent l'insuffisance des activités de planification familiale, qu'il s'agisse d'éducation, d'information ou de prestations dans cette zone. Plus de la moitié des femmes déclarent qu'il leur est difficile de se rendre dans un centre de santé et de planification familiale du fait de son éloignement (ONFP, 1997b). Certes la connaissance des méthodes contraceptive est générale, mais il subsiste une certaine crainte quant à l'usage de la contraception. Un tiers des femmes mariées en âge de reproduction a un avis défavorable sur la diffusion de spots télévisés sur la planification familiale (ONFP, 1997b).

Le Centre-Ouest souffre surtout d'un manque de structures et de personnel sanitaires. En 1994, c'est dans cette région que l'on trouve le ratio « nombre de lits d'hôpital par habitant » le plus faible du pays. La répartition par région et par spécialité médicale fait apparaître d'énormes disparités régionales mettant en exergue l'insuffisance des moyens dans la région du Centre Ouest (Achour, Ben Romdhane, 1991). Dans le Sud, ce sont surtout des facteurs d'ordre culturel (mariage précoce, poids de la famille étendue dans les décisions de fécondité...) qui expliquent que la contraception n'y est pas aussi diffusée que dans les autres régions (ONFP, 1997b).

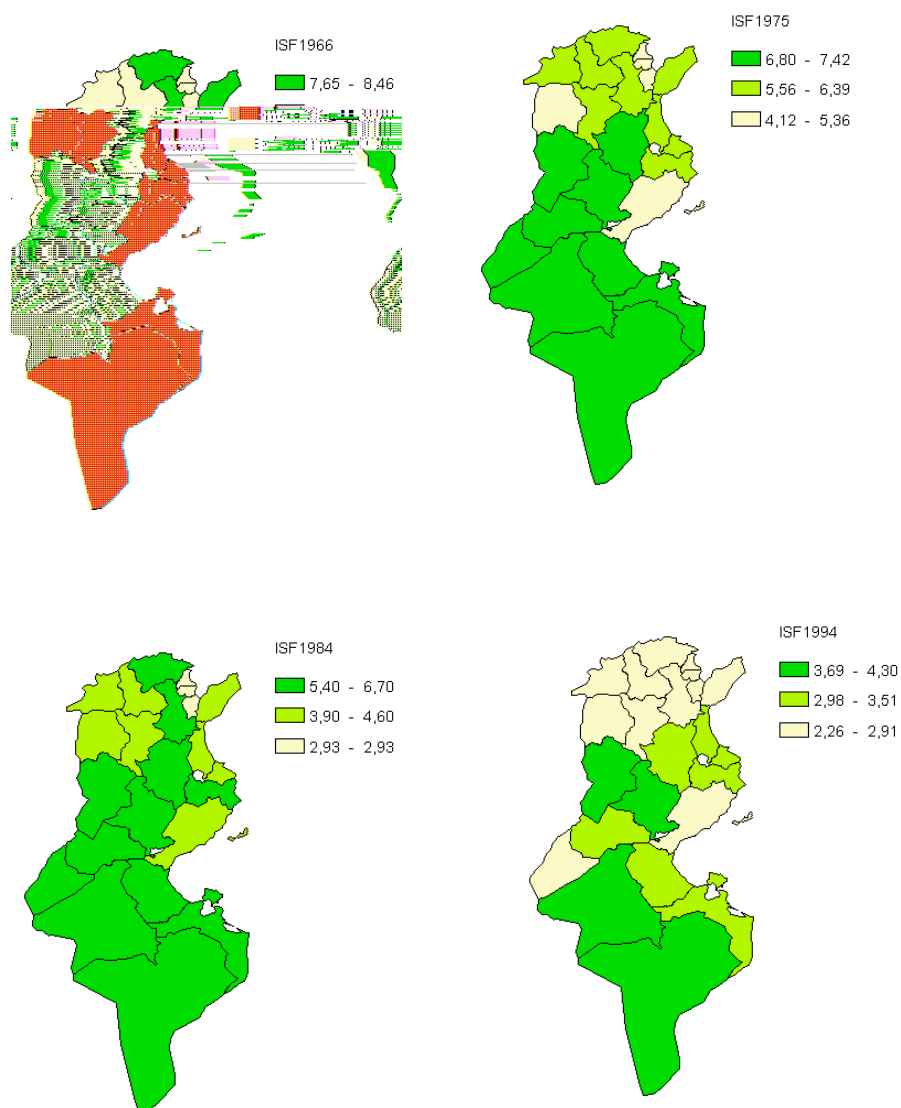
Tableau 13
Phase de la transition de la fécondité selon les gouvernorats entre 1966 et 1998
(modèle de Bongaarts, 1982)

	1966	1975	1984	1994	1998
<i>District de Tunis</i>					
Tunis	2	3	4	4	4
Ariana	2	2	4	4	4
Ben Arous	2	2	4	4	4
<i>Nord Est</i>					
Nabeul	1	2	3	4	4
Bizerte	1	2	3	4	4
Zaghouan	1	2	2	4	4
<i>Nord Ouest</i>					
Béja	1	2	3	4	4
Le Kef	1	2	3	4	4
Jendouba	1	2	2	4	4
Siliana	1	1	2	4	4
<i>Centre Est</i>					
Sousse	1	2	3	4	4
Sfax	1	2	3	4	4
Monastir	1	1	3	3	4
Mahdia	1	1	2	3	4
<i>Centre Ouest</i>					
Sidi Bou Zid	1	1	1	3	4
Kasserine	1	1	1	3	4
Kairouan	1	1	2	3	4
<i>Sud</i>					
Tozeur	1	1	2	4	4
Gabes	1	1	2	3	4
Médenine	1	1	2	3	4
Gafsa	1	1	1	3	4
Kebili	1	1	1	3	4
Tataouine	1	1	1	3	4
Tunisie	1	2	2	4	4

Sources : d'après INS 1973, 1975, 1984, 1995; Annuaire statistique 1998, in Sandron, Gastineau, 2002

Pour plus de détail sur les phases, cf. tableau 3

Figure 4
Indice synthétique de fécondité par gouvernorat entre 1966 et 1994



Sources : INS 1973, 1975, 1984, 1995

Conclusion

Les comportements reproductifs des couples tunisiens se sont considérablement modifiés au cours des 50 dernières années. La baisse importante de la fécondité résulte de modifications dans le calendrier de la nuptialité et d'un recours croissant à la contraception. Les deux phases caractéristiques du modèle classique ont pu être observées: le contrôle malthusien et néo-malthusien de la fécondité. La période actuelle de fin de transition est caractérisée par une fécondité contrôlée à la fois par la contraception, par le mariage, avec un poids encore important des modes dits traditionnels comme l'infécondabilité post-partum.

Le modèle national cache néanmoins des disparités. L'analyse de la fécondité au niveau régional a permis de mettre en exergue des temporalités différentes et des combinaisons entre les modes de contrôle de la fécondité variant d'une région à l'autre. Toutefois, l'ensemble des catégories de femmes et des régions ont achevé leur transition de la fécondité à la fin du 20^{ième} siècle.

Au-delà des comportements reproductifs, la transition de la fécondité renvoie à tout un ensemble de changements importants observés dans les sphères sociales et culturelles de la société tunisienne qui ont été largement encouragés par les choix politiques dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de l'économie depuis 1956.

Achour N., Ben Romdhane H., 1991, « Les ressources humaines », *Congrès (XXème) médical maghrébin, Tunisie Méd*, n°69, pp.335-339.

Ayad M., 1976, *Les acceptantes de la ligature des trompes et de l'avortement. Caractéristiques, attitudes et opinions*, Office National du Planning Familial et de la population, 25p.

Ben Romdhane H., Khaldi R., Oueslati A., Skhiri H., 2002, « Transition épidémiologique et transition alimentaire et nutritionnelle en Tunisie », *Options méditerranéenne*, Série B., n°41, pp.7-27.

Bchir M., 1990, « La mortalité en Tunisie, évolutions et tendances », *Mortalité et santé de la reproduction*, Institut de Recherche et d'Etudes sur la Population, Cahier n°2, pp.43-86.

Bongaarts J., 1982, «The fertility-inhiting effects of the intermediate fertility variables », *Studies in Family Planning*, vol.13, n°6/7, pp.179-189.

Coeytaus F., 1989, *Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax, Tunisia, Postpartum Program*, The Population Council Quality/Calidad/Qualité, No. 1. NewYork.

Cosio-Zavala M., 1995, « Dos modelos de transición demográfica en America latina », *Perfiles Latinoamericanos*, Mexico, N°6, pp.29-47.

Duchêne J., Ajbilou A., 1995, « Structures, nuptialité et fécondité dans les déclinis de la natalité d'hier et d'aujourd'hui », *Transitions démographiques et sociétés, Chaire Quetelet 1992*, Institut de Démographie, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Académia/ L'Harmattan, pp.283-300.

Gastineau B., 2002, « Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne », A. Guillaume, A. Desgrées du Loû, B. Zanou, K. N'Guessan, *Santé de la reproduction en Afrique*, FNUAP, IRD, p.243-266.

INS, 1973, *Recensement général de la population et des logements 1966, vol.1*, Institut National de la Statistique, Tunis, 271 p.

INS, 1975, *Recensement général de la population et des logements 1975, vol.3, caractéristiques démographiques*, Institut National de la Statistique, Tunis, 323 p.

INS, 1984, *Recensement général de la population et des logements 1984, vol. 4*, Institut National de la Statistique, Tunis, 264 p.

INS, 1995, *Recensement général de la population et de l'habitat 1994, Caractéristiques démographiques*, Institut National de la Statistique, Tunis, 65 p.

INS, 1966-2000, *Annuaire statistique*, n°9 à n°43, Institut National de la Statistique.

IRD, ONFP, 1989, *Enquête démographique et de santé en Tunisie 1988*, ONFP IRD/Macro systems, Inc., Columbia, Maryland.

Khaldi F, Ben Mansour A, 2001, « Evolution de la croissance de l'enfant tunisien au cours des 3 dernières décennies: facteurs déterminant », *Biom hum et Anthropol*, 19, n°1-2, pp.115-119

Labidi L., 2001, « From sexual submission to voluntary commitment: the transformation of family ties in contemporary Tunisia », in Hopkins N. (ed.), *The new arab family, Social Sciences*, volume 24, numéro 1/2, pp.117-138.

Lili Temime Leïla, 1999, *Histoire de familles - Mariages, répudiations et vie quotidienne à Tunis, 1875-1930*, Tunis, Script.

Magnin J. G., 1961, *Des tunisiens s'interrogent. La limitation des naissances*, Etudes Sociales Nord-Africaines, Documents Nord-Africains, n°430, 4p.

ONFP, 1982, *Enquête tunisienne sur la fécondité - Rapport principal*, Tunis, Office National du Planning Familial et de la Population, 123p.

ONFP, 1992, *Le programme démographique de la santé familiale 1988-1992*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 29p.

ONFP, 1996, *L'enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant, Rapport Principal*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 248 p.

ONFP, 1997a, *Impact du programme national de planning familial sur les secteurs sociaux*, ONFP, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 337p.

ONFP, 1997b, *Comportement contraceptif des familles en milieu rural dans les régions du Centre-Ouest et du Sud de la Tunisie*, Ministère de la santé publique, Office National de la Famille et de la population, 207p.

- PRB, 2004, 2003 – *Données sur la population mondiale*, Population Reference Bureau, 4p.
- Rouissi M., 1977, « L'expérience tunisienne de planning familial », *Actes du Congrès International de la Population UIESP*, Mexico, pp.375-391.
- Rovillé-Sausse, F., Amor, H., Baali, A., Ouzennou, N., Vercauteren, M., Prado-Martinez, C., Boudjada, Z. et Khaldi, F., 2002, « Comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois au Maghreb et dans trois pays d'immigration », *Antropo*, n°3, pp.1-9.
- Sandron F., Gastineau B. 2002, *La transition de la fécondité en Tunisie*, L'Harmattan, Collection Populations, 251p.
- Turner R., 1992, « Family planning program effort has increased during the 1980s », with Asia Ranked highest *International Family Planning Perspectives*, volume 18, numéro 2, pp.73-74.
- United Nations, 2002, *Abortion Policies. A Global Review*, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.
- United Nations Development Programs, 2002, *Human Development Report 2002 - Deepening democracy in fragmented world*, UNDP, 292p.
- Vallin J., 1971, « Limitation des naissances en Tunisie. Efforts et résultats », *Population*, n° spécial, pp.181-204.
- Van De Walle E., 1996, « L'âge au mariage : tendances récentes », in K. Foote, K. Hill, L. Marin (Eds), *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, PUF-INED, Travaux et documents, Cahiers n°135, pp.119-154.
- VanLandingham M., Trussel J., Grummer-Strawn L., 1991, « Contraceptive and health benefits breastfeeding: a review of the recent evidence », *International Family Planning Perspectives*, volume 17, numéro 4, pp.131-136.
- Vimard P., Fassassi R., Talnan E., 2001, *Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne*, XXIV Congrès Général de la Population, UIESP, Salvador, Brésil, 18-24 août 2001, 28p.
- Westoff C., Blanc A., Nyblade L., 1994, « Marriage and Entry into parenthood », *Demographics and Health Survey Comparative Studies n°10*, Macro International Calverton.