

Frédéric Sandron
et Bénédicte Gastineau

La transition de la fécondité en Tunisie

Collection
Populations

L'Harmattan

La transition de la fécondité en Tunisie

Collection Populations

*dirigée par Yves Charbit, Maria Eugenia Cosio-Zavala,
Hervé Domenach*

Comité éditorial

Yves Charbit, Maria Eugenia Cosio-Zavala, Hervé Domenach,
Patrick Livenais, Patrice Vimard, Dominique Waltisperger

La démographie est au cœur des enjeux contemporains, qu'ils soient économiques, sociaux, environnementaux, culturels, ou politiques. En témoigne le renouvellement récent des thématiques : développement durable, urbanisation et mobilités, statut de la femme et de l'enfant, dynamiques familiales, santé de la reproduction, politiques de population, etc.

Cette démographie contextuelle implique un renouvellement méthodologique et doit donc prendre en compte des variables en interaction, dans des espaces de nature diverse (physiques, institutionnels, sociaux).

La collection "Populations" privilégie les pays et les régions en développement sans pour autant oublier leurs liens avec les pays industrialisés et contribue à l'ouverture de la démographie aux autres disciplines. Elle est issue d'une collaboration entre les chercheurs de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), le Centre d'Etudes et de Recherches sur les Populations Africaines et Asiatiques (Université Paris V - René Descartes) et le Centre de Recherches Populations et Sociétés (Université Paris X - Nanterre).

Déjà parus

Véronique PETIT, *Migrations et société dogon*, 1998.

Frédéric SANDRON, *Les naissances de la pleine lune*, 1998.

Jesus ARROYO ALEJANDRE, Jean PAPAIL, *L'émigration mexicaine vers les Etats-Unis*, 1999.

Patrice VIMARD, Benjamin ZANOU (eds), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, 1999.

Stéphanie TOUTAIN, *L'interminable réforme des systèmes de retraite en Italie*, 2001.

Olivia SAMUEL, *Mariage et famille en milieu rural mexicain*, 2001.

Patrick LIVENAI, *Peuplement et évolution agraire au Morelos (mexioque)*, 2001.

Myriam de LOENZIEN, *Connaissances et attitudes face au VIH/sida*, 2002.

Yves CHARBIT (sous la direction de) et Catherine SCORNET (avec la collaboration de), *Société et politiques de population au Viêt-Nam*, 2002.

Frédéric SANDRON *et* Bénédicte GASTINEAU

LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ EN TUNISIE

L'Harmattan

5-7, rue de l'École-Polytechnique
75005 Paris
FRANCE

L'Harmattan Hongrie

Hargita u. 3
1026 Budapest
HONGRIE

L'Harmattan Italia

Via Bava, 37
10214 Torino
ITALIE

© L'Harmattan, 2002
ISBN : 2-7475-3382-4

INTRODUCTION

En matière de population, cela fait un demi-siècle que la Tunisie se singularise sur le continent africain et au sein du monde arabo-musulman. Le vote de lois révolutionnaires sur le statut de la femme, la mise en place d'une politique de planification familiale ambitieuse et l'existence d'une transition précoce de la fécondité sont les facettes les plus visibles de l'originalité du modèle tunisien.

Quelques illustrations peuvent conforter ce constat. Premièrement, l'indice synthétique de fécondité (ISF) serait au tournant du XXI^e siècle de l'ordre de 2,1 c'est-à-dire qu'il assure désormais tout juste le renouvellement des générations. Deuxièmement, le schéma de nuptialité a lui aussi connu des bouleversements importants puisque l'âge au premier mariage recule sans cesse pour les deux sexes et qu'un célibat tardif se développe. Troisièmement, la prévalence contraceptive au sein des unions atteint aujourd'hui un taux supérieur à 70%. Quatrièmement, le taux de scolarisation des enfants de la tranche d'âges 6-12 ans, filles comme garçons, est de 92%. Pour comparaison, en 1966 l'ISF est de sept enfants par femme, l'âge moyen des femmes au premier mariage de vingt ans, la contraception quasi inexistante et le taux de scolarisation des filles de 6 à 14 ans de 45%.

Étudier de manière détaillée le schéma de la transition de la fécondité tunisienne est intéressant pour deux raisons principales, l'une de l'ordre de la connaissance positive, l'autre ayant trait à la recherche méthodologique. La première de ces raisons est simplement le souhait de dresser un bilan de l'expérience tunisienne en matière de baisse de la fécondité. Le mot « expérience » est

volontairement employé ici dans la mesure où il semble clairement établi que la volonté politique qui a accompagné la transition de la fécondité en est un facteur clé. À partir des données des enquêtes nationales spécifiques et des recensements, il est possible de retracer assez précisément le chemin parcouru par la population tunisienne en matière de fécondité. Il paraît utile de le faire au moment où l'ISF est de 2,1 enfants par femme, seuil symbolique qui marque une étape décisive dans l'histoire démographique d'un pays.

La seconde raison tient dans la nature de la transition de la fécondité tunisienne. Elle s'est déroulée de manière concomitante à un développement économique soutenu et le modèle explicatif de la transition liée à la modernisation paraît une hypothèse de départ parfaitement adéquate à tester. Cependant, dans le contexte d'élargissement des schémas explicatifs de la transition de la fécondité et des problèmes méthodologiques posés par la multiplicité des échelles, il a semblé opportun de confronter cette approche nationale à l'approche régionale dans la mesure où la qualité des données statistiques le permettait. Nous verrons alors que la transition liée à la modernisation n'est peut-être pas si générale qu'elle apparaît de prime abord et que d'autres théories doivent être mobilisées pour expliquer des baisses importantes de la fécondité dans des régions peu développées.

Le premier chapitre est consacré à l'étude de la dynamique de la population tunisienne sur le long terme, plus particulièrement après 1860. Ensuite, une présentation du schéma de la transition démographique donne un premier éclairage sur la baisse de la fécondité grâce aux données de plusieurs enquêtes nationales sur la fécondité et la contraception réalisées entre 1978 et 1994 et à celles des recensements de 1966, 1975, 1984 et 1994 (chapitre 2). Les modalités de la transition de la fécondité y sont décrites ainsi que la part afférente à la nuptialité et à la contraception. L'hypothèse classique d'une baisse provoquée par un recul de l'âge au mariage suivie d'une augmentation de la prévalence contraceptive est discutée. Ces éléments en main, la question est de savoir si la

transition de la fécondité tunisienne peut être expliquée par le schéma de la modernisation (chapitre 3). L'analyse des variables intermédiaires de la fécondité, selon quelques variables socio-économiques et résidentielles, permet de mieux nous renseigner sur ce point. Au-delà des effets directs induits par ces variables, un schéma explicatif plus général est proposé à travers une recension de l'évolution des différentes organisations et institutions ayant à voir avec la fécondité. Le quatrième chapitre situe la baisse de la fécondité au cœur du contexte social et politique. En effet, depuis l'indépendance du pays en 1956, il existe une politique de population au sens large qui a fait évoluer les mentalités et le statut de la femme : la dimension globale, dynamique et suivie de cette politique de population est en rapport étroit avec la politique de planification familiale *stricto sensu*.

Cependant, si le schéma de la modernisation reste satisfaisant au niveau régional, il n'explique pas le cas de la région du Nord-Ouest qui combine à la fois un développement économique faible et des taux de fécondité eux-aussi faibles (chapitre 5). Ce résultat s'analyse à travers la théorie de la « transition de la pauvreté », conceptualisée dans les années 1980 et 1990 à la suite de la crise économique qu'ont connue de nombreux pays en développement au cours de cette période.

La conclusion pose la question d'un modèle tunisien. La transition de la fécondité du pays est comparée à celle des autres pays de la région. Par rapport à ces derniers, la baisse précoce de la fécondité observée en Tunisie va induire plus tôt de nouveaux enjeux démographiques parmi lesquels le vieillissement de la population. Ces points seront esquissés avec l'appui de projections démographiques à l'horizon 2050.

La réalisation de cet ouvrage n'a pu voir le jour que grâce à la collecte d'une masse de données et de documents dispersés dans de nombreuses institutions. C'est pourquoi nous tenons à remercier vivement les personnes qui nous ont aimablement permis de consulter et de rassembler cette information, ainsi que les collègues tunisiens pour les nombreux échanges fructueux que nous avons eus.

Nos recherches menées en Tunisie l'ont été dans le cadre du programme DYPEN (Dynamique des Populations et Environnement). Nous sommes reconnaissants envers les responsables Michel Picouet et Mongi Sghaier, d'une part de nous avoir accordé leur confiance en nous associant à cette recherche collective, d'autre part de nous avoir fait bénéficier de leur profonde connaissance de la société tunisienne. En supervisant plusieurs de nos travaux en Tunisie, Michel Picouet a largement contribué à en améliorer le contenu. De même, nous sommes obligés envers Yves Charbit d'avoir si précisément et pertinemment lu, commenté, fait progresser et enrichi le présent travail.

Nous adressons enfin nos remerciements aux responsables des collections ou des revues dans lesquelles ont paru certains textes, passages ou extraits, pour leur autorisation de reproduire ici nos analyses, en particulier Patrice Vimard en sa qualité de directeur de la publication « Documents de Recherche de l'ETS » et Alain Lery, directeur de la collection des « Dossiers du CEPED ». En effet, cet ouvrage n'a pas été écrit *ex nihilo* mais à partir de plusieurs documents publiés par les auteurs ou présentés lors de séminaires. Les textes les plus importants quant à leur contribution sont les suivants :

- Sandron F., 1995. « Transition démographique et développement régional en Afrique », Communication au 2^{ème} colloque international *Développement et transition démographique en Afrique*, 26-28 avril, Tunis, 17 p.
- Sandron F., 1998. *La baisse de la fécondité en Tunisie*, Dossiers du CEPED, n°49, Paris, 56 p.

- Gastineau B., Sandron F., 2000. *La politique de planification familiale en Tunisie (1964-2000)*, Dossiers du CEPED, n°61, Paris, 45 p.
- Gastineau B., Sandron F., 2000. La relation fécondité-pauvreté. Une étude de cas en Tunisie, *Documents de recherche de l'ETS*, n°9, IRD, Paris, 26 p.
- Gastineau B., 2001. *La transition de la fécondité en Tunisie. La question de la baisse de la fécondité dans le cadre des relations population-développement-environnement*, thèse de doctorat en démographie, Université Paris X-Nanterre, 416 p.

CHAPITRE 1

ÉVOLUTION DE LA POPULATION

L'objectif de ce chapitre est de contextualiser la transition de la fécondité pour mieux la comprendre. Il analyse la dynamique de la population tunisienne depuis 1860 en mettant l'accent sur le schéma classique de la transition démographique mais aussi sur les conditions historiques et socio-économiques dans lesquelles elle s'est déroulée.

Il est risqué d'avancer des chiffres précis et fiables sur l'effectif de la population avant le milieu du XIX^e siècle. Les régimes politiques ne se sont guère préoccupés de compter la population avant le début du XX^e siècle en Tunisie. Cependant, quelques estimations ont été tentées qui permettent d'avoir une idée de son évolution générale. Sur le très long terme, c'est-à-dire depuis deux millénaires, McEvedy et Jones (1978) avancent un nombre d'habitants oscillant entre 800 000 et 1 000 000, ces estimations étant évidemment à prendre comme une fourchette moyenne dans la mesure où la démographie des temps anciens connaît de très fortes variations du fait des crises aiguës de mortalité. À cet égard, le X^e siècle apparaît comme une période charnière dans l'histoire de la population du Maghreb (Talbi, 1977). Avant cette date, les villes sont importantes, le tissu urbain est très développé, la population de Kairouan, ville sainte de Tunisie, est évaluée à plus de 100 000 individus. On assiste même à une sédentarisation des nomades qui créent de nouveaux lieux d'implantation. Au début du XI^e siècle, Kairouan se vida de ses habitants à cause d'une peste et d'une famine de grande

ampleur. Guerres, troubles, épidémies, empêchèrent dès lors la croissance démographique pendant plusieurs siècles, jusqu'à une époque récente. Cette analyse semble en partie confirmée par la lecture des divers récits des voyageurs et consuls : la population tunisienne a dû subir plusieurs crises aux XVI^e, XVII^e et XIX^e siècles, le XVIII^e siècle se révélant au contraire une période de croissance consécutive à l'absence de grands fléaux (Valensi, 1969). Pour le XIX^e siècle, ces fléaux avaient pour noms « peste » et « choléra ». La population y était d'autant plus sensible que sa situation était fragilisée par des conditions économiques précaires, renforcées par une fiscalité à ce point contestée qu'elle donna lieu à de nombreuses révoltes sévèrement réprimées. À ces événements, vinrent se surajouter les invasions de sauterelles et les épisodes de sécheresse. À cause de ces pics de forte mortalité, ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que l'effectif de la population tunisienne commencera à croître de manière soutenue.

1860-1880 : PREMIÈRES ESTIMATIONS

À partir du milieu du XIX^e siècle, il est possible d'avancer des estimations de meilleure qualité grâce aux recherches de Ganiage (1966), dont les résultats ont été confirmés ensuite par d'autres travaux (Valensi, 1977). L'auteur, grâce à l'étude des registres de la *Mejba*, impôt instauré en 1856, dénombre pour cette époque 1,1 million d'habitants. La population européenne recensée par les registres paroissiaux est de l'ordre de 12 500 individus. Pour la seule région du Cap-Bon, en 1862, la structure de la pyramide des âges laisse augurer des taux de natalité et de mortalité très élevés, les moins de vingt ans représentant plus de la moitié de la population (Ganiage, 1966).

Une forte natalité

La situation sociale et culturelle de la Tunisie au XIX^e siècle est largement favorable à une forte fécondité. Les mariages sont précoces et universels. Le choix des époux, donc des alliances familiales, revient aux parents. Les épouses dépendent fortement de leurs maris (financièrement, socialement, juridiquement) dont l'autorité repose, entre autres, sur le droit de répudiation et de polygamie. Mais dans les faits, la polygamie est peu répandue : seules les classes sociales les plus aisées la pratiquent comme signe de prestige. Et même dans les classes bourgeoises, elle est rare, et ce pour des raisons économiques. En revanche, le droit de répudiation semble davantage exercé pour favoriser des unions successives, le mariage étant le cadre exclusif de la procréation.

Au milieu du XIX^e siècle, la scolarisation des filles comme des garçons est très faible : le taux de scolarisation avoisine les 1,5% (Bakalti, 1996). Le statut des femmes est peu valorisé. Confinées dans l'espace privé, elles participent néanmoins aux travaux agricoles dans les exploitations familiales. Outre les tâches domestiques, les activités des femmes urbaines relèvent principalement de l'artisanat : broderie, confection, tissage. Elles n'ont pas accès à l'espace économique, leurs productions sont commercialisées par les hommes et elles ne disposent ni de revenus ni de statut professionnel. Dans cette organisation sociale dont la base est la famille, la maternité tient une place importante dans la vie d'une femme. Une fois qu'elle a fait la preuve de sa fertilité, elle voit son statut social et familial s'améliorer, surtout lorsqu'elle met au monde un fils. La stérilité est une cause de répudiation dans cet univers où les familles nombreuses sont valorisées. Malgré le contexte socio-culturel favorable à une forte fécondité, des moyens de contrôler la fécondité sont connus et utilisés, surtout en fin de vie féconde. On sait notamment que l'avortement est pratiqué par des moyens mécaniques ou par des plantes abortives. Il est impossible d'estimer le nombre de ces interruptions de grossesse et leurs conséquences sanitaires, mais la fécondité en Tunisie au XIX^e siècle reste néanmoins très élevée.

Une forte mortalité

Outre la base caractéristique des régimes démographiques à fécondité élevée, la pyramide des âges de la région du Cap-Bon en 1862 (Ganiage, 1966) se distingue par des classes d'âges particulièrement discontinues qui signalent des crises de mortalité. La Tunisie a connu au XIX^e siècle plusieurs épidémies qui ont eu un impact fort sur la dynamique de population. Ainsi, entre 1818 et 1820, la peste fait des ravages. Les estimations les plus documentées chiffrent à un quart de la population totale les pertes consécutives à deux années d'épidémies (Valensi, 1977). Le choléra se déclare en 1836, 1849-1850, 1856 et 1867. En 1836, les victimes sont peu nombreuses. En 1849-1850, c'est la communauté juive et les plus pauvres qui sont les plus touchés, sans que l'on puisse estimer précisément le nombre de décès. En 1856, la maladie aurait emporté 6 000 personnes. En 1867, selon les rapports quotidiens envoyés par le chef de la police à l'autorité de tutelle faisant état du nombre de morts et des causes de décès, sur quarante jours d'épidémies à Tunis, le choléra serait à l'origine de 604 décès (Largueche, 1993). À cette même période, une grande famine sévit dans les campagnes. Les années 1860 sont marquées par des pertes humaines importantes. D'après les observateurs les plus sérieux, le pays aurait perdu un cinquième ou même un quart de sa population (Rouissi, 1983).

Durant cette période, les fortes variations de la mortalité de crise s'ajoutaient aux mauvaises conditions de vie des populations et à l'absence de structures sanitaires. Avant le protectorat français en 1881, il n'y avait pas d'organisation publique de la santé. Quelques médecins libéraux (français, italiens, anglo-maltaïes et tunisiens) et quelques congrégations féminines dispensaient des soins. C'est à cette époque que les femmes, du moins les plus aisées, ont eu accès à la médecine grâce aux religieuses¹. En 1880, un premier hôpital de

¹ Les femmes ont l'interdiction de se faire ausculter par un homme, or la profession est exclusivement masculine.

100 lits est inauguré à Tunis. Seule une infime partie de la population au XIX^e siècle profite de la « médecine savante ». La majorité des gens se soignent avec des plantes et des rites magiques (Bakalti, 1996).

Une forte mobilité : nomadisme et migration

Ganiage (1966) estime qu'au milieu du XIX^e siècle, la population nomade (600 000 individus) est plus nombreuse que la population sédentaire (500 000 personnes). Dans sa reconstitution de la répartition de la population tunisienne à la fin du XIX^e siècle, Despois (1961) estime que la population est davantage sédentaire le long du littoral, tandis que tout l'intérieur du pays sert de parcours aux tribus nomades. Les populations forestières du Nord-Ouest sont peu nombreuses, dispersées et peu fixées. Les populations du Sud se partagent entre les sédentaires des oasis et les nomades du désert.

En plus des déplacements saisonniers des tribus nomades, on constate l'existence de flux migratoires internes et internationaux. Les Européens sont présents mais relativement peu nombreux. Des Turcs se sont installés, principalement à Tunis et à Mahdia. Des tribus venues de Libye, les Trabelsya et les Tripolitains (20 000 individus), se sont regroupées au nord de la Tunisie, en conservant leur mode de vie nomade. Enfin, moins nombreux, quelque 6 000 à 7 000 Noirs africains viennent travailler en Tunisie. Les flux internes sont plus importants. Le Nord-Est, où se trouve la capitale, et le Centre-Est littoral sont les régions les plus attractives. Les populations du Sud, du Sud-Est, et de l'Ouest fournissent en hommes ces courants migratoires. Les déplacements se font majoritairement selon un axe sud-nord. La steppe a une population stable, elle n'est ni une région de départ ni une région d'accueil (Valensi, 1977). Ces déplacements ont certes modifié la répartition régionale de la population, mais sans réellement bouleverser la répartition entre les villes et les campagnes.

Une forte proportion d'habitants en milieu rural

Tunis, la capitale, est le siège du pouvoir. C'est le principal centre manufacturier et avec son port de la Goulette, c'est aussi le principal centre de négoce. Entre 1860 et 1880, sa population oscille autour de 80 000 habitants, soit moins de 10% de la population totale. Quelques centres (Bizerte, Sousse, Kairouan, Sfax, Gabès, Tozeur, Sfax, Gafsa) que l'on peut qualifier d'urbains comptent chacun entre 5 000 et 15 000 habitants. L'ensemble de ces « villes » ne regroupent pas plus de 15% de la population totale (Valensi, 1977 ; Rouissi, 1983).

Exception faite de Tunis, les villes sont plutôt des « gros bourgs » qui entretiennent des relations nombreuses avec le monde rural. Sfax, par exemple, est essentiellement constituée d'exploitants propriétaires d'oliviers qui vivent en ville à proximité des huileries (Despois, 1961). L'agriculture reste le secteur d'activité le plus important en Tunisie, même si les campagnes ont été fortement touchées par les famines et les épidémies des années 1860. Par manque de main-d'œuvre, des terres jadis cultivées ont été abandonnées. La production agricole, dont les techniques et les savoir-faire sont restés très traditionnels (céréales, élevage et olives), suffit tout juste à nourrir la population. Pendant cette période, les conditions de vie des populations rurales se sont dégradées (Poncet, 1961). À partir de 1860, une administration urbaine et structurée commence à s'organiser mais il faut attendre le protectorat de 1881 pour amorcer l'urbanisation de la Tunisie. La Tunisie du XIX^e siècle reste foncièrement rurale.

En résumé, le régime démographique de la Tunisie pré-coloniale étant caractérisé par une forte natalité et une forte mortalité, on peut le qualifier de « naturel ». Les taux de mortalité doivent se situer autour de 30 à 35 pour mille en dehors des périodes de crises. En l'absence de contraception, la nuptialité précoce explique que la fécondité soit forte, même si l'environnement sanitaire est plutôt défavorable et les taux de mortalité intra-utérine, périnatale et

maternelle sans doute très élevés. Les taux de natalité varient entre 35 et 40 pour mille. Dans ce type de régime démographique, l'accroissement naturel de la population se révèle faible (Rouissi, 1983).

1880-1956 : VERS LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

La connaissance statistique de la Tunisie débute avec le protectorat français dont la préoccupation de compter et de classer la population devient pressante. Contrairement à de nombreux pays africains, les recensements ou les dénombrements en Tunisie existent depuis plus d'un siècle bien que leur qualité soit loin d'être satisfaisante avant les années 1960. La régence de Tunis estime qu'en 1881 la population musulmane s'élève à 1 500 000 individus, et que résident sur le territoire tunisien un peu moins de 19 000 Européens (Annuaire statistique 1947). Au recensement de 1956, à la veille de l'Indépendance, la Tunisie compte 3 782 480 habitants dont 255 332 Européens. La croissance démographique est due essentiellement à la forte croissance naturelle de la population musulmane. Il convient en effet pour l'apprécier de différencier, comme le font les recensements, la population tunisienne de la population étrangère.

Si l'on en croit les estimations de Batou (1990), la croissance de la population qui s'annonce dès le début du XIX^e siècle n'est effective qu'à partir de 1870, après les dernières grandes épidémies de choléra et de typhus de 1867 et 1868. De l'ordre de 1,5 million d'habitants en 1880, l'effectif atteint 1,88 million lors du recensement de 1921, soit une croissance moyenne annuelle de la population sur la période d'environ 0,6%, avec probablement une accélération de la croissance au tournant du siècle.

Les dénombrements quinquennaux de 1931 et 1936 font apparaître de manière très nette le décollage de la croissance démographique puisque le taux de croissance annuel moyen est égal à 1,83% au

cours de ces cinq années (tableau 1.1). Jusqu'en 1956 le taux de croissance ne cessera d'augmenter pour atteindre 2,09% au cours de la période 1946-1956. Entre 1911 et 1956, la population tunisienne double d'effectif. Le rythme de croissance devient important dans les années 1930 quand la Tunisie entre dans une phase de baisse de la mortalité et de hausse de la fécondité.

TABLEAU 1.1 - ÉVOLUTION DE LA POPULATION TUNISIENNE
ENTRE 1881 ET 1956

Année	Effectif (milliers)	Taux de croissance annuel moyen (%) *
1881	1 519	
1911	1 740	0,46
1921	1 874	0,75
1926	1 919	0,48
1931	2 124	2,05
1936	2 325	1,83
1946	2 800	1,88
1956	3 442	2,09

Source : dénombremments, recensements

* calculé pour la période intercensitaire se terminant l'année considérée

La baisse de la mortalité

La baisse de la mortalité en Tunisie pendant la colonisation est réelle mais freinée par une mortalité infantile encore importante². Celle-ci est très difficile à estimer car le sous-enregistrement des décès des jeunes enfants est important, d'autant plus que toutes les naissances ne sont pas déclarées, ou avec retard. Si l'enfant décède très jeune, sa naissance et son décès échappent à l'état civil. Les annuaires statistiques, à partir de 1940, fournissent pour la ville de

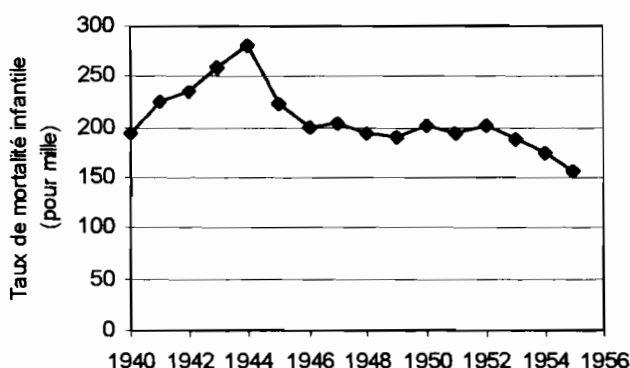
² Les données sur la mortalité dont on dispose concernent l'ensemble de la population (tunisienne et étrangère), mais le poids de la population tunisienne musulmane est tel que ces données reflètent assez bien les comportements de cette population.

Tunis des données de mortalité qui permettent néanmoins de dégager les grandes tendances de cet indicateur.

En 1940, à Tunis, on enregistre un taux brut de mortalité infantile de 146 pour mille pour l'ensemble de la population et de 194 pour mille pour la population musulmane (Annuaire statistique 1940-1946). La Tunisie connaît une crise importante pendant les années 1940 où se succèdent plusieurs épidémies (typhus et typhoïde). Pendant cette période, la mortalité infantile a connu à Tunis une hausse importante (figure 1.1). En 1948, les taux retrouvent le niveau de 1940. Ce n'est qu'au milieu des années 1950 qu'une tendance nette à la baisse se dessine quant au recul de la mortalité infantile tunisoise.

FIGURE 1.1 - TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE DE LA VILLE DE TUNIS ENTRE 1940 ET 1956

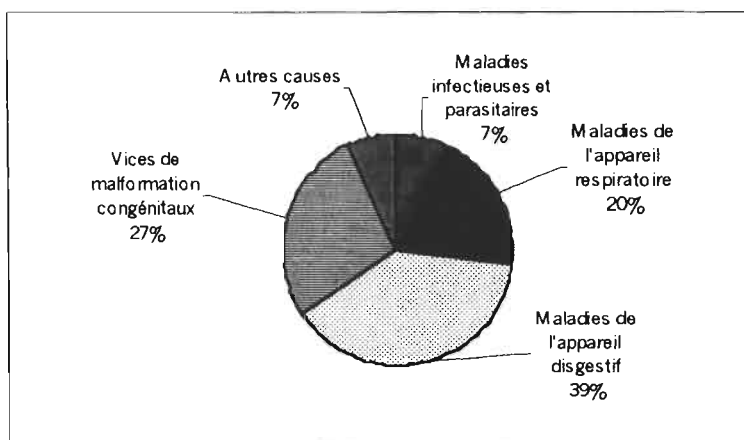
(Source : Annuaire statistiques 1940-1946, 1949-1950, 1955)



La capitale n'est pas représentative de l'ensemble de la Tunisie. Mais il n'est pas du tout évident que la mortalité infantile soit plus faible à Tunis qu'en zone rurale car les conditions de vie de la

majorité de la population tunisoise étaient très précaires. Des problèmes d'approvisionnement en eau et de collecte des eaux usées favorisaient la propagation de certaines maladies infantiles. En 1946, à Tunis, les maladies digestives (entérites et diarrhées) et les maladies de l'appareil respiratoires (bronchites et pneumonies) sont à l'origine de 59% des décès des enfants entre 0 et 1 an (figure 1.2).

FIGURE 1.2 - RÉPARTITION PAR CAUSE DES DÉCÈS DES ENFANTS
DE 0-1 AN RÉSIDENTS À TUNIS EN 1946
(Source : Annuaire statistique 1947)



Une infime partie de la population tunisoise habite des quartiers plus riches et dispose de services sanitaires compétents de plus en plus nombreux. Dès 1919, on trouve un service de maternité à l'hôpital Sadiki dont très peu de femmes profitent puisqu'en cinq ans (1919-1924) seulement 70 accouchements y sont pratiqués. Ce service se développe et pendant la seule année de 1946, 1 160 femmes ont fréquenté la maternité. À la fin des années 1930, une école de sages-femmes ouvre ses portes (Bakalti, 1996). En 1947, pour tout le pays, on compte 96 sages-femmes diplômées (91 sont

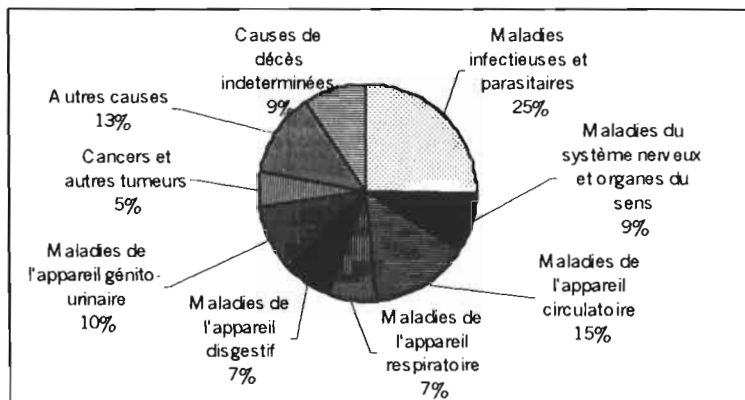
françaises) dont la majorité exerce dans la capitale. Durant cette période, une infrastructure sanitaire se met peu à peu en place à Tunis et la présence de médecins et de sages-femmes français pose les fondements de l'organisation du système de la santé maternelle et infantile qui ne reste néanmoins accessible qu'à une population privilégiée.

En milieu rural, les femmes accouchent toujours seules ou avec une *qabla*³. Les compétences des *qablas* ont été remises en cause de façon très violente par les médecins européens et tunisiens au début du XX^e siècle. Ils dénoncent le peu de précautions d'hygiène et les méthodes fantasques de ces femmes. D'ailleurs, dès 1888, un décret régleme l'exercice de la médecine. Il vise en particulier les matrones qui doivent dorénavant demander l'autorisation d'exercer. Ce décret n'a pas été appliqué rigoureusement et beaucoup de *qablas* ont continué leur travail dans l'illégalité.

La situation de la mortalité générale est quelque peu différente. En 1921, le taux brut de mortalité est encore proche de 30 pour mille, bien qu'il ait déjà baissé par rapport à la fin du siècle précédent. En 1955, le taux brut de mortalité est inférieur à 20 pour mille. L'espérance de vie à la naissance passe de 38 ans en 1945 à 47 ans en 1956 (Bchir, 1990). L'éradication des différents fléaux a permis la concrétisation de la baisse de la mortalité. La modernisation des moyens de production agricole et le développement des réseaux de communication permettent de mieux gérer les années de sécheresse, tandis que l'amélioration des conditions d'hygiène facilite la disparition des maladies épidémiques après 1945. Les principales causes de décès déclarés à Tunis sont les maladies infectieuses, parasitaires et celles de l'appareil circulatoire (figure 1.3).

³ Matrone traditionnelle.

FIGURE 1.3 - RÉPARTITION PAR CAUSE DES DÉCÈS DES ADULTES
DE DIX ET PLUS À TUNIS EN 1946
(Source : Annuaire statistique 1947)



Avec l'arrivée de médecins français, l'infrastructure sanitaire de base se développe et des médecins tunisiens sont formés. En 1919, la Tunisie compte 161 médecins dont trois tunisiens ; en 1947, on recense 452 médecins dont 129 tunisiens. La même année, quatre hôpitaux fonctionnent à Tunis, auxquels s'ajoutent un hôpital psychiatrique, 32 infirmeries, quatre dispensaires polyvalents, et à l'extérieur de Tunis, trois hôpitaux régionaux. Le nombre de lits d'hôpitaux passe ainsi de 1 216 à 2 197 dans la capitale et de 1 020 à 1 176 ailleurs. La ville de Tunis concentre ainsi une grande partie des infrastructures sanitaires et du personnel médical et paramédical (Secrétariat général du gouvernement tunisien, 1919 ; Annuaire statistique 1947).

Si la transition de la mortalité est entamée à la fin du protectorat français, la mortalité infantile reste encore élevée et les différences régionales et sociales sont très marquées. C'est la mortalité infantile qui explique que l'espérance de vie soit encore faible (47 ans) au moment de l'Indépendance.

Une natalité encore élevée

L'autorité coloniale a appliqué les lois françaises 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. Des méthodes traditionnelles sont utilisées avec plus ou moins de succès, mais avec peu de conséquences sur la fécondité générale. Les comportements nuptiaux continuent de favoriser une forte fécondité.

En 1914, l'état civil recense 46 300 naissances et quarante ans plus tard ce sont 108 700 naissances qui sont déclarées. Si cette croissance plus que proportionnelle des naissances est due en partie à la plus grande efficacité de l'état civil, les chiffres corrigés indiquent néanmoins une réelle hausse de la natalité puisque le taux brut passe de 38 pour mille en 1921 à 45 pour mille en 1955. Ceci s'explique surtout par la baisse de la mortalité qui permet à plus de femmes de vivre toute leur vie féconde et qui augmente les effectifs de la population d'âges féconds. Peu de changements importants dans les comportements nuptiaux et de fécondité sont observés pendant cette période, les mariages sont toujours précoces et l'écart d'âge entre époux reste élevé. Seule une petite frange de la population tunisoise adopte de nouveaux comportements : les classes sociales aisées commencent à contrôler efficacement leur fécondité.

Population étrangère et non musulmane

Pendant le protectorat français, la population non musulmane n'a représenté guère plus de 10% de la population totale. En 1881, à peine 19 000 Européens résident en Tunisie tandis qu'en 1956, avant l'Indépendance, ils sont plus de 255 000. Cette croissance est due principalement à la communauté française qui n'a cessé d'augmenter ses effectifs pendant le protectorat (tableau 1.2).

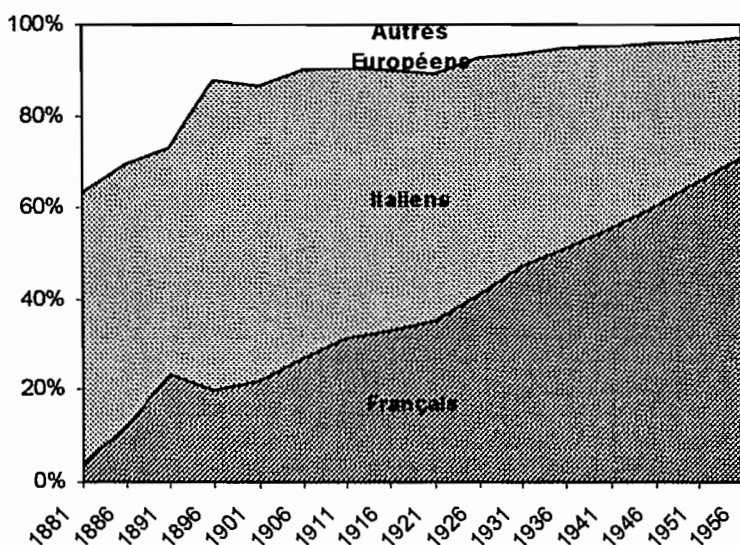
**TABEAU 1.2 - ÉVOLUTION DE LA POPULATION NON MUSULMANE
EN TUNISIE ENTRE 1911 ET 1956**

Année de recensement	Français	Italiens	Autres	Israélites
1911	46 044	88 082	14 350	50 467
1921	54 476	84 799	17 565	47 711
1926	71 020	89 216	14 266	53 022
1931	91 427	91 178	13 596	55 340
1936	108 068	94 289	11 111	59 222
1946	143 977	84 935	11 209	70 971
1956	180 440	66 910	7 974	57 792

Source : dénombrements, recensements in INS, 1973

Jusqu'en 1930, les Italiens sont plus nombreux que les Français. Avant 1930, l'immigration métropolitaine est faible et les migrants sont en majorité des cadres de l'administration coloniale. Le fait que la communauté française soit moins importante que la communauté italienne inquiète beaucoup le pouvoir colonial quant à son hégémonie en Tunisie. Pour y remédier, il encourage les métropolitains à venir s'installer en Tunisie et étend la politique de naturalisation (décret du 8 novembre 1921 et loi du 20 décembre 1923). Désormais, les étrangers nés en Tunisie de parents eux-mêmes nés sur le territoire tunisien sont français, les Italiens ne bénéficiant pas de cette naturalisation automatique. Par le jeu de cette loi, ce sont quelque 5 000 Maltais qui deviennent immédiatement français. Le gain de population française entre 1921 et 1926 (16 544 individus) s'explique à 71% par le jeu des naturalisations. « Pour diminuer la prépondérance numérique italienne, on s'est occupé aussi d'introduire d'autres éléments européens, notamment des slaves, des polonais et croates » notait Bernard (1927 : 139). Au début des années 1930, les Français atteignent ainsi leur objectif : dépasser en nombre les ressortissants italiens.

FIGURE 1.4 - RÉPARTITION DE LA POPULATION EUROPÉENNE
RÉSIDENTE EN TUNISIE
SELON LA NATIONALITÉ ENTRE 1881 ET 1956 (%)
(Source : dénombrements, recensements)



La croissance de la population française a toujours été due à des vagues importantes de naturalisation et n'a été freinée que par l'Indépendance. Près de 21 500 étrangers ont ainsi acquis la nationalité française entre 1936 et 1956 (Seklani, 1974). La croissance naturelle de la population française est faible. En 1956, le taux de natalité des Français est de 21 pour mille. Ce taux, un peu plus élevé que celui de la France (18 pour mille), s'explique par la structure jeune de la population composée essentiellement d'actifs. Quant à la population italienne, elle diminue en nombre absolu après 1936 à la suite du tarissement des flux migratoires composés majoritairement d'hommes. Alors qu'en 1881, elle représentait plus de la moitié de la population européenne, en 1956 elle ne compte plus que pour un quart (figure 1.4). Les Italiens ont des taux bruts

de natalité et de fécondité proches de ceux de la population française.

Parmi la population recensée non musulmane, il existe une communauté juive présente en Tunisie depuis très longtemps, comme dans le reste du Maghreb, sans doute depuis l'époque carthaginoise⁴. Elle forme une population à part pour les autorités coloniales, apparaissant au recensement de 1921 sous la catégorie « Israélites tunisiens et assimilés⁵ ». La communauté juive est formée en grande partie de Tunisiens auxquels s'ajoutent quelques Marocains et Libyens. En 1860, résident en Tunisie entre 25 000 et 30 000 Juifs, représentant approximativement 2% de la population. Fortement touchés par les épidémies de 1866 à 1869, leur effectif ne dépasse guère les 25 000 en 1880. Au recensement de 1921, ils sont près de 48 000 et environ 71 000 en 1946 soit 2,3% de la population totale (Taieb, 1992).

Le service tunisien des statistiques évalue le taux de natalité de la population juive à 37 pour mille pour les années 1919-1923, 30 pour mille entre 1934 et 1938 (Annuaire statistique 1940-1946). Après 1945, on observe une hausse des naissances (le taux de natalité est alors de 40 pour mille), hausse qui se révélera éphémère. Au moment de l'Indépendance, on compte environ 32 naissances pour 1 000 habitants dans la communauté, taux légèrement inférieur à celui de la population musulmane pendant toute cette période. Il est possible que ces différences soient liées aux incertitudes de l'enregistrement des naissances car, si à Tunis, dans les milieux aisés, des femmes en contact avec la population européenne expriment le désir de limiter leur descendance (Taieb, 1992), ces nouveaux comportements ne concernent qu'une faible partie de la population juive.

⁴ Qui commença au XII^e siècle av. J.C. et prit fin en 146 av. J.C. à la suite des guerres puniques contre les Romains.

⁵ Les « assimilés » sont les Juifs étrangers.

Les transformations de la société pendant la colonisation

La colonisation a eu de nombreuses répercussions sur l'organisation sociale, économique et culturelle de la Tunisie. Seules quelques-unes des transformations susceptibles d'avoir un effet direct ou indirect sur la dynamique de la population sont retracées ici.

Structures sanitaires et scolaires

Tout d'abord, comme il a déjà été précisé, les colons ont importé la médecine moderne et jeté les bases de l'organisation des structures de santé. En 1947, le Ministère de la Santé publique est créé. Une administration et un réseau d'infrastructures fonctionnent et des grandes campagnes contre les maladies endémiques sont entreprises. Malgré ces efforts durant les dix dernières années du protectorat, les déséquilibres sociaux et géographiques restent patents (Groupe Huit, 1973). Les soins médicaux ne sont disponibles que pour une minorité et ce n'est qu'après l'Indépendance que l'action sanitaire prendra un caractère massif.

Avant le protectorat, il existait pour une minorité un enseignement traditionnel donné dans les écoles coraniques mais aussi quelques écoles françaises et italiennes. Pendant la colonisation, des écoles franco-arabes ont été ouvertes, permettant de scolariser un nombre croissant d'enfants. Les effectifs du primaire entre 1946 et 1956 ont doublé. En 1956, 607 écoles primaires fonctionnent en Tunisie. Le taux de scolarisation est faible, environ 30% pour la population tunisienne au niveau primaire. En 1953, on compte 175 293 élèves, tous niveaux confondus, et un déséquilibre important par sexe puisque ce chiffre se subdivise en 134 026 garçons et 41 267 filles, soit plus de trois garçons pour une fille (Études Sociales Nord-Africaines, 1954).

Le statut des femmes

Si la place des femmes dans la société tunisienne évolue peu pendant la colonisation, le mode de vie des Français, et surtout des Françaises, suscite quelques débats. Les femmes de colons sortaient librement à Tunis et travaillaient, principalement dans les secteurs de la santé et de l'éducation. L'émancipation de la femme anime alors les débats de la classe politique et des milieux intellectuels tandis que la presse relate ces controverses. Des revues féminines prennent le parti de défendre la cause des femmes tunisiennes dans ce sens, comme le magazine *Leila* qui a été particulièrement actif.

À partir des années 1930, des associations féminines voient le jour à Tunis. La création de la Société des Dames Musulmanes (1932-1936) eut un grand retentissement. Association caritative, elle collecte des fonds et milite pour la participation des femmes à la vie publique. L'Union Musulmane des Femmes de Tunisie (1936-1956), qui dépose ses statuts en 1936, a une assise religieuse. Elle participe aux actions de bienfaisance et joue un rôle politique en collaborant avec les partis nationalistes. D'autres associations s'engagent pour le droit à l'éducation et à la santé des femmes. Certaines sont d'ailleurs créées et présidées par des Françaises : parmi elles, l'Union des Femmes Tunisiennes (1944-1963) institue pour la première fois la Journée de la Femme (le 8 mars 1946) en Tunisie (Bakalti, 1996). Si ces associations ont permis à un petit nombre de femmes d'avoir accès à la santé, à l'éducation ou même à la vie politique, leur rôle a sûrement été beaucoup plus important dans l'évolution des mentalités en rendant public le débat sur l'émancipation de la femme et en le portant à la connaissance des responsables politiques.

Le débat sur le port du voile est à cet égard très significatif. La revue *Leila* a beaucoup milité contre le port du voile, combat non vain puisque des observateurs remarquent qu'à Tunis et dans sa banlieue, les voiles noirs ont d'abord été remplacés par des voilettes puis par des tissus légers de soie, et que les jeunes filles n'hésitent

plus à se montrer à visage découvert. La portée réelle de ces changements a été appréciée par Pellegrin qui écrit : « De ces quelques faits rapportés objectivement [...] on peut conclure que la femme tunisienne a beaucoup évolué durant ces dernières années [...]. Il y a cependant des limites à son émancipation que la Tunisienne ne franchira pas de sitôt, dans l'état actuel des mœurs et des coutumes. Car l'égalité des sexes est loin d'être admise par l'opinion publique, à commencer par les intéressées elles-mêmes chez qui le respect des règles traditionnelles se confond avec la pudeur et la bienséance » (1954 : 6).

Politique foncière et sédentarisation de la population

La colonisation agricole était l'une des priorités du protectorat français. Avant la Première Guerre mondiale, la colonisation agraire directe reste exceptionnelle. Le colon s'approprie de vastes terres mais reprend les modes de production traditionnels. Après 1920, l'exploitation directe devient la règle et les petits paysans sont refoulés vers les plus mauvaises terres ou sont complètement démunis de moyens de production. Certains deviennent salariés agricoles, d'autres migrent vers les villes. Le prolétariat urbain grossit. Pendant la colonisation, on assiste à la création d'un secteur agraire capitaliste et en même temps à l'émergence d'un sous-emploi important de la main-d'œuvre.

Pour une série de raisons liées à la sécurité et à l'aménagement politique et agricole du territoire, les autorités coloniales ont impulsé très tôt une entreprise de sédentarisation des tribus nomades. À cette fin, certaines mesures furent coercitives comme la restriction de l'espace de circulation ou la déchéance des prérogatives du chef de tribu. D'autres furent incitatives ; ainsi des forages furent créés permettant aux pasteurs-nomades de devenir de véritables agriculteurs dans les régions du Sud. La privatisation des terres de parcours a aussi transformé les nomades en métayers, au profit des gros propriétaires.

Si le mouvement de sédentarisation des populations nomades est universel, la politique menée sous le protectorat l'a sans aucun doute accéléré. Alors que les nomades représentent la moitié de la population du sud de la Tunisie en 1881, ils ne comptent plus que pour le quart en 1956. Les mesures prises par le nouvel État indépendant vont rapidement aboutir à la disparition complète du mode de vie nomade ou semi-nomade.

L'urbanisation

L'urbanisation de la Tunisie augmente pendant le protectorat français. La part de la population urbaine est d'un tiers en 1956. Pendant la colonisation, deux grands mouvements migratoires se succèdent et gonflent les effectifs des villes. Au début du protectorat, les Français arrivent de la métropole et s'installent presque exclusivement dans les villes. Ainsi, de 1921 à 1936, plus de 40% des Tunisois sont européens. Après 1935, les flux migratoires venant de l'Europe se tarissent mais les villes continuent de croître avec l'afflux de populations rurales. Les colons ont exproprié des paysans et constitué de grandes propriétés foncières dont ils ont mécanisé et modernisé les moyens de production. Les propriétés coloniales se situaient dans les plaines les plus riches du Cap-Bon ou du Nord-Ouest. Ce sont ces régions qui fournissent en hommes les flux migratoires vers les villes. Le système colonial agraire a désorganisé l'économie traditionnelle et appauvri une partie de la population rurale. De 1936 à 1946, le nombre de citoyens de nationalité tunisienne a augmenté de 60% (Signoles, 1985). En 1956, les Européens ne représentent plus que 29% de la population tunisoise.

À l'aube de l'Indépendance, dans les villes, les prolétaires sont de plus en plus nombreux. Ce sont des ouvriers du secteur industriel moderne, des employés artisans ou des « ruraux sans terre ». Le secteur industriel et capitaliste qui s'est développé pendant le protectorat a concurrencé et déstructuré les secteurs commerciaux et

artisans traditionnels. Mais l'ouverture vers l'économie de marché n'a pas eu que des répercussions négatives. Comme le Groupe Huit l'écrit : « la colonisation a projeté la Tunisie dans la sphère des pays avancés, tendant à lui donner des structures sociales et économiques beaucoup plus différenciées et à créer les conditions nécessaires à son développement » (1973 : 315).

En 1956, la transition démographique est-elle amorcée ?

En 1956, la transition de la mortalité est entamée, la mortalité de crise est enrayée et la mortalité infantile commence à diminuer. On peut dater le début de la baisse de la mortalité générale vers les années 1930-1935. En revanche si, comme Chesnais (1986 : 121) on pose « la limite de 30 pour mille comme critère d'entrée dans le régime de fécondité moderne », alors on peut affirmer que la Tunisie en 1956 connaît encore un régime de fécondité traditionnel puisque le taux brut de natalité y est de l'ordre de 45 pour mille. La nuptialité reste précoce et la fécondité forte. Les données manquent pour pouvoir apprécier les disparités régionales qui vont apparaître lors du recensement de 1966, mais il est probable que la ville de Tunis se distingue déjà.

La colonisation a évidemment eu des conséquences sur la dynamique de population en Tunisie : conséquences immédiates par l'arrivée de nombreux colons et à plus long terme en précipitant la modernisation du pays (scolarisation, santé...) et en diffusant de nouvelles idées sur le statut de la femme ou sur la fécondité. Des changements importants dans la société laissent entrevoir une baisse rapide de la fécondité, notamment à Tunis où des opinions favorables à la baisse de la fécondité se sont diffusées dans les groupes sociaux favorisés.

1956-2000 : L'ACHÈVEMENT DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

Niveau national

Entre 1956 et 1966, les données sont rares et le recensement de 1956 n'a pas été exploité entièrement. Les analyses sont plus précises à partir de 1966, date à laquelle la fiabilité des données démographiques s'améliore nettement. Le recensement de 1966 est réalisé conformément aux normes internationales fixées par le Bureau de Statistiques des Nations Unies. C'est aussi à partir de cette période qu'ont lieu les premières grandes enquêtes démographiques à l'échelle nationale.

TABLEAU 1.3 - ÉVOLUTION DE LA POPULATION TUNISIENNE
ENTRE 1956 ET 2000

Année	Effectif (milliers)	Taux de croissance annuel moyen (%) *
1956	3 442	
1966	4 533	2,8
1975	5 588	2,4
1984	6 966	2,5
1994	8 785	2,3
2000	9 561	1,4

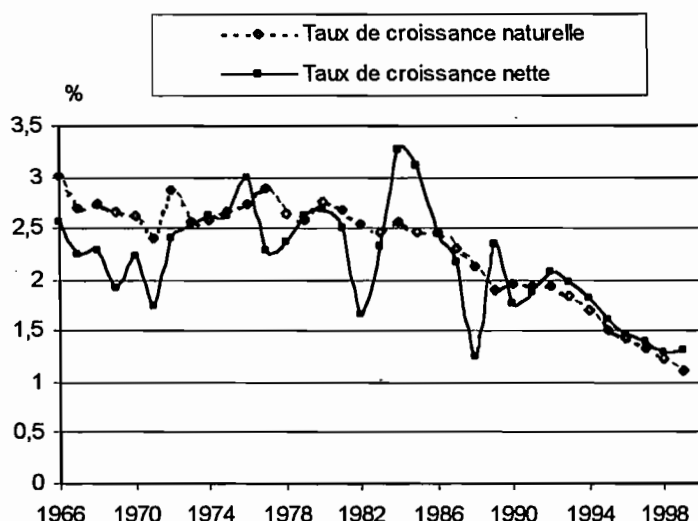
Source : recensements, INS ; estimation INS-web pour 2000

* calculé pour la période intercensitaire se terminant l'année considérée

Entre les recensements de 1966 et 1994, soit presque trente ans, la population tunisienne a quasiment doublé puisqu'elle est passée de 4,5 millions à 8,8 millions d'habitants (tableau 1.3). Le taux de croissance annuel moyen enregistré entre chaque période intercensitaire commence à décroître à partir de 1984. C'est au cours de la période 1956-1984 que la population de la Tunisie a connu sa plus forte croissance, affichant un taux de croissance annuel moyen

de 2,55%. La croissance de la population depuis 1966 est le fait d'un accroissement naturel. Le solde migratoire a joué un rôle négatif sur la croissance globale même si ceci est moins net depuis le milieu des années 1980 (figure 1.5).

FIGURE 1.5 - TAUX ANNUEL DE CROISSANCE NATURELLE ET
TAUX ANNUEL DE CROISSANCE NETTE ENTRE 1966 ET 1999
(Source : Taiachi, 1993 jusqu'en 1990 ; INS-web après 1990)

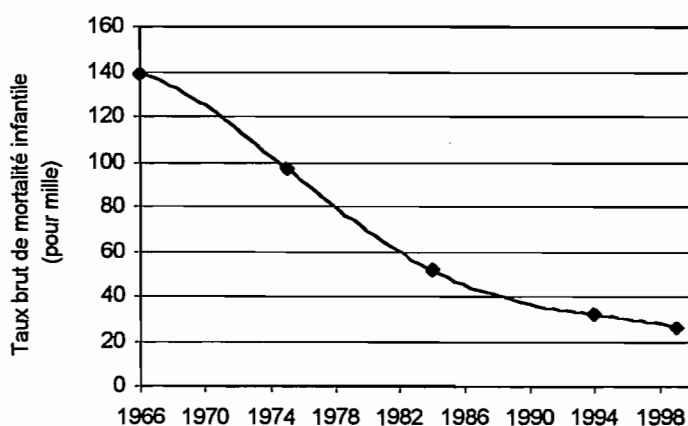


C'est surtout au cours de la période 1965-1975 que la baisse de la mortalité est la plus sensible. À partir des années 1980, la stagnation des taux bruts de mortalité associée au déclin des taux bruts de natalité, que nous analyserons en détail dans le chapitre suivant, va entraîner une moindre croissance naturelle. L'espérance de vie est passée de 50,6 ans en 1966 (INS, 1996a) à 72 ans en 1999 (INS-web), avec une espérance de vie des femmes de 74 ans

contre 70 ans pour les hommes. Une telle baisse est inévitablement liée à la réduction de la mortalité infantile (figure 1.6). En 1992, le taux de mortalité infantile de 34 pour mille naissances vivantes (INS-web) situait la Tunisie dans la fourchette moyenne de sa catégorie en termes de développement humain, inférieure à la valeur des pays en développement (69 pour mille) mais assez éloignée des pays industrialisés qui affichaient une valeur de 13 pour mille (PNUD, 1994).

FIGURE 1.6 - ÉVOLUTION DU TAUX BRUT DE MORTALITÉ INFANTILE ENTRE 1966 ET 1999

(Source : Ministère du Développement Économique et PNUD, 2000)



Sous l'impulsion de la baisse de la natalité et de la mortalité, l'âge moyen de la population est passé de 23,2 ans en 1966 à 26,7 ans en 1994. Toutefois, la population tunisienne reste jeune. Selon le recensement de 1994, les moins de vingt ans représentent 45,5% de l'ensemble de la population contre 8,3% pour les plus de 60 ans. La population des tranches d'âges actifs est aujourd'hui la plus nombreuse.

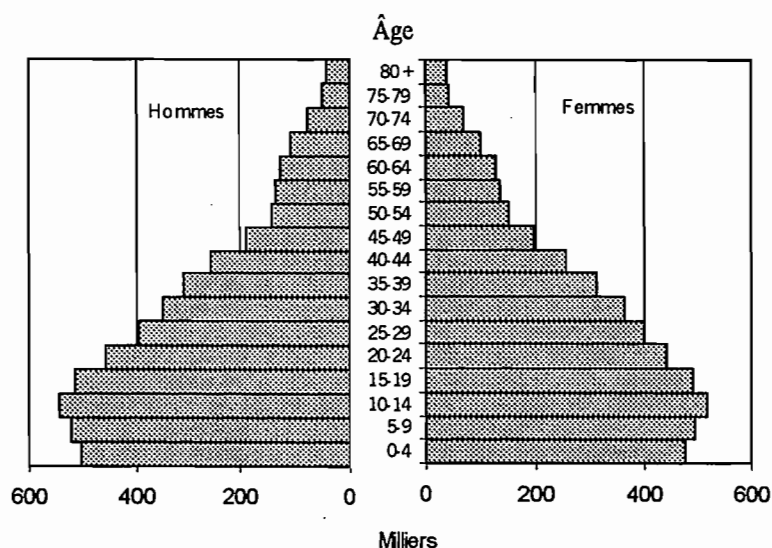
ÉVOLUTION DE LA POPULATION

**TABLEAU 1.4 - ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE LA POPULATION
ENTRE 1966 ET 1999 (%)**

Groupe d'âges	1966	1975	1984	1994	2000
0 à 4 ans	18,6	16,0	14,6	11,0	9,0
5 à 14 ans	27,9	27,8	25,1	23,8	21,9
15 à 59 ans	48,0	50,4	53,6	56,9	60,1
60 ans et plus	5,5	5,8	6,7	8,3	9,0
Total	100	100	100	100	100

Source : recensements, INS ; estimation INS-web pour 2000

FIGURE 1.7 - PYRAMIDE DES ÂGES EN 1998
(Source : Annuaire statistique 1999)



L'évolution de la répartition par tranche d'âges au cours des trente-cinq dernières années (tableau 1.4) et la pyramide des âges de 1998 (figure 1.7) illustrent le phénomène d'inertie démographique. La pyramide actuelle est encore large à sa base malgré le rétrécissement observé pour la tranche d'âges des 0-4 ans. En 1994, le nombre des naissances est sensiblement le même que celui enregistré vingt ans plus tôt (figure 1.8). De manière synthétique, le schéma de la transition démographique de la Tunisie indique clairement que le pays est en l'an 2000 dans la phase terminale de sa transition (figure 1.9).

FIGURE 1.8 - ÉVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES
ENTRE 1966 ET 1999

(Source : Annuaire statistiques ; INS-web pour 1999)

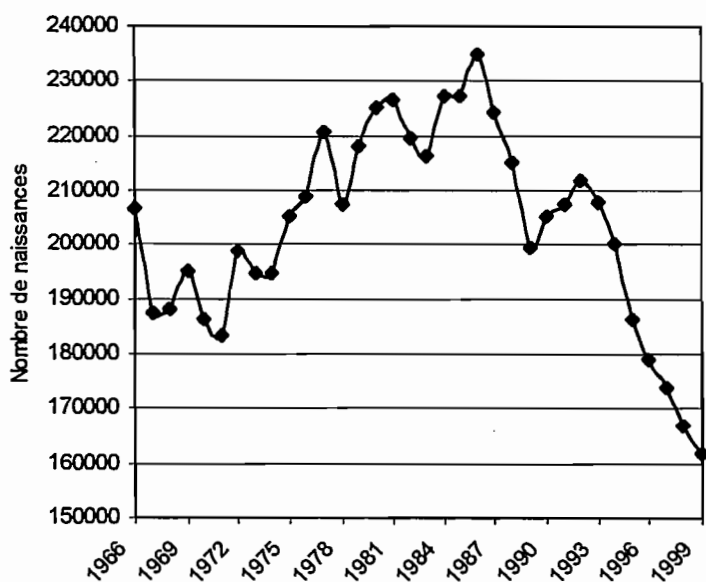
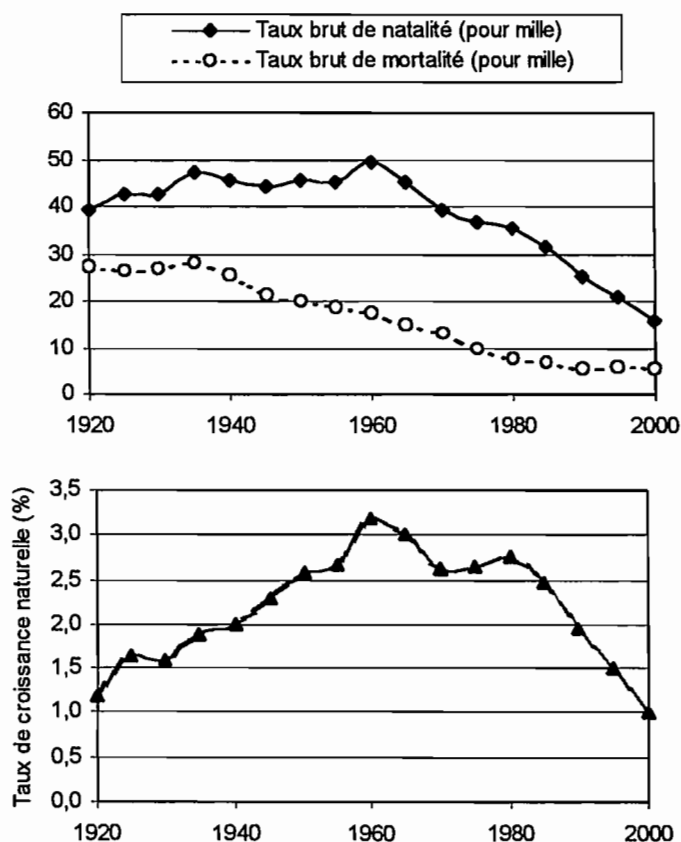


FIGURE 1.9 - LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE EN TUNISIE
DE 1920 À 2000

(Source : nos calculs d'après Taiachi, 1993 ;
Annuaire statistiques ; INS-web pour 2000)



Niveau régional

Même si les régions participent de fait au développement général du pays, leurs spécificités induisent des trajectoires économiques et démographiques différentes. L'étude de leur transition démographique

enrichit donc à la fois la compréhension de la théorie de la transition démographique et l'analyse de la dynamique de développement régional car l'espace joue un rôle particulièrement important pour les phénomènes démographiques en Tunisie. Les clivages traditionnels distinguent, d'une part les régions littorales de celles de l'intérieur et d'autre part le Nord et le Sud. La première classification est celle de l'urbain et du rural tandis que, schématiquement, la seconde opposait des populations sédentaires à des populations nomades.

Depuis l'Indépendance en 1956, la croissance régionale ne s'est pas faite au même rythme pour toutes les régions (tableau 1.5). Les populations des régions les plus défavorisées et les plus enclavées ont été contraintes de s'exiler vers les régions où se développait un marché de l'emploi effectif, c'est-à-dire vers les zones côtières et tout particulièrement vers la capitale. Ces flux migratoires internes ont eu une influence notable par leur contribution à l'urbanisation du pays. En effet, 40% de la population de la Tunisie de 1966 réside en zone communale⁶ contre 61% en 1994. La population urbaine a ainsi crû en moyenne de 3,9% par an au cours de la période 1966-1994 contre seulement 0,8% pour la population rurale. Croissance endogène de certaines zones rurales devenues urbaines et redistribution de la population liée à l'exode rural important des années 1965-1975 ont donc façonné la répartition spatiale actuelle des ménages.

⁶ Le milieu communal est défini dans le dernier recensement de 1994 comme « l'ensemble des communes érigées en tant que telles, par un décret du Ministère de l'Intérieur et par conséquent soumise à la Loi Municipale » (INS, 1995b : 6). Il est ajouté que dans les recensements précédents, ce milieu était appelé « milieu urbain ». Sur les 257 communes qui constituent le milieu communal en 1994, 243 abritent entre 2 000 et 100 000 habitants (INS, 1994). Le milieu non communal est quant à lui « l'ensemble des secteurs hors des périmètres communaux » et était appelé auparavant « milieu rural » (INS, 1995b : 6). Il concerne la « population vivant dans des agglomérations non érigées en communes et la population éparse vivant à l'état isolé » (INS, 1994 : 9).

ÉVOLUTION DE LA POPULATION

**TABEAU 1.5 - ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DE LA POPULATION
PAR GRANDE RÉGION ENTRE 1956 ET 2000 (%)**

Grande région	1956	1966	1975	1980	1984	1989	1994	2000
District Tunis	16,0	17,4	18,8	17,4	20,0	20,6	20,8	21,5
Nord-Est	15,0	14,4	14,5	16,1	14,0	13,8	13,7	13,6
Nord-Ouest	19,5	19,6	17,4	16,8	15,8	15,2	14,0	13,4
Centre-Ouest	13,8	10,8	14,2	14,4	14,5	14,6	14,8	14,4
Centre-Est	21,8	20,9	21,0	21,0	20,8	20,9	21,2	21,7
Sud	13,9	16,9	14,1	14,3	14,8	15,0	15,5	15,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : recensements ; ENPE 1980 ; ENPE 1989 ; estimation INS-web pour 2000

**FIGURE 1.10 - PROPORTION DES 0-14 ANS PAR GOUVERNORAT
EN 1998**

(Source : Annuaire statistique 1998)

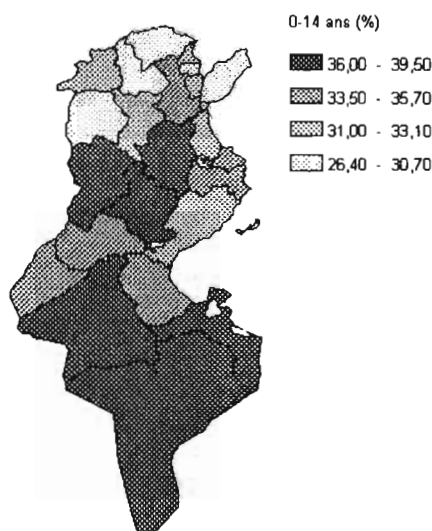
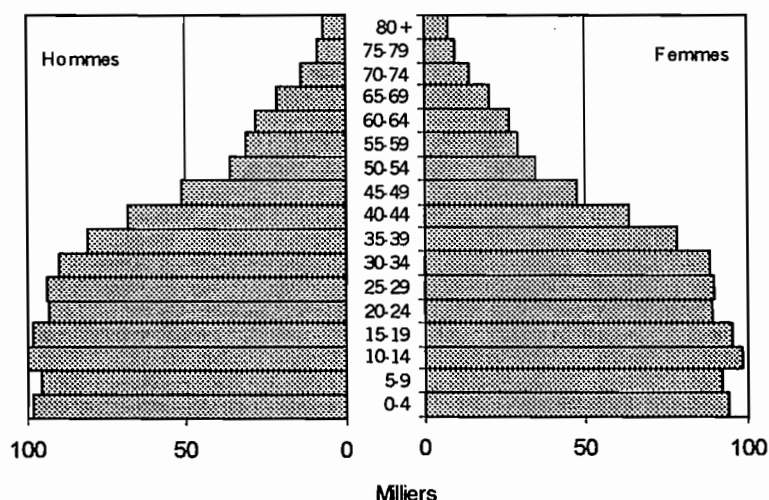


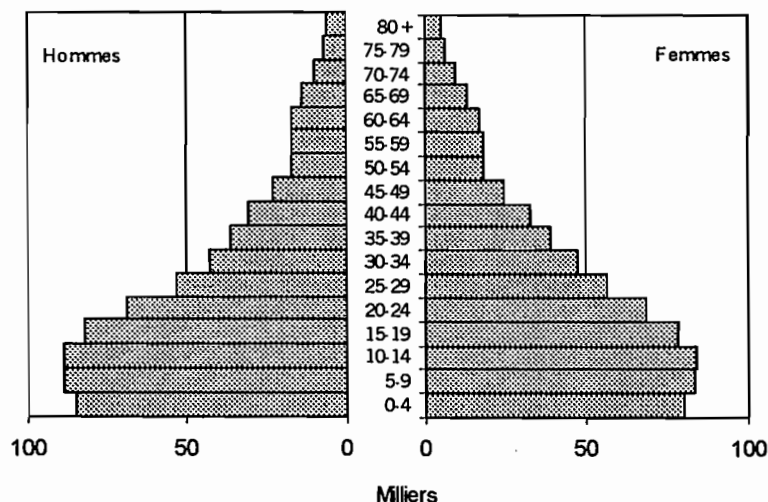
FIGURE 1.11 - PYRAMIDES DES ÂGES DE DEUX GRANDES RÉGIONS
EN 1998

(Source : Annuaire statistique 1999)

District de Tunis

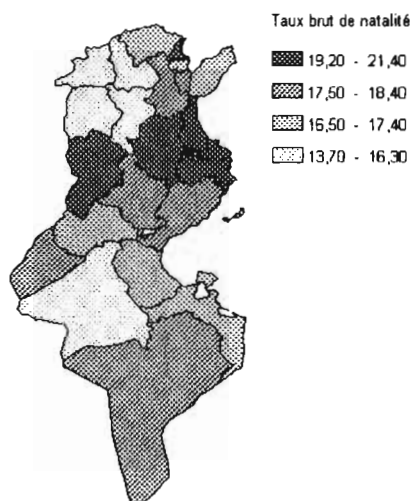


Centre-Ouest



L'observation de la structure par âge, lorsqu'elle est couplée avec les autres indicateurs courants, permet de se faire une bonne idée sur le type de régime démographique auquel la région est soumise. Nous ne détaillerons pas les pyramides des âges de tous les *gouvernorats*⁷, ce qui serait trop fastidieux, mais nous étudierons un indice de rajeunissement, la part des 0-14 ans dans la population (figure 1.10). Cette carte dessine très clairement une opposition entre les régions du Sud et du Centre-Ouest dont la population est jeune, aux régions littorales du Nord et du Centre-Est qui présentent des pyramides des âges significatives d'une transition démographique plus ancienne (figure 1.11).

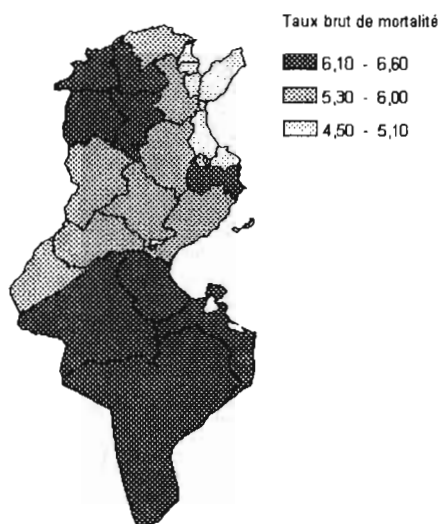
FIGURE 1.12 - TAUX BRUT DE NATALITÉ PAR GOUVERNORAT
EN 1998 (POUR MILLE)
(Source : Annuaire statistique 1999)



⁷ Le *gouvernorat* est la plus grande division administrative en Tunisie. Le pays en compte 23 au dernier recensement de 1994.

La fécondité sera abordée de manière détaillée par la suite. Mentionnons simplement ici, pour mieux comprendre les écarts relevés dans la section précédente, que la moyenne nationale des taux brut de natalité en 1998 couvre des disparités spatiales encore importantes puisque les valeurs vont de 13,7 pour mille pour le *gouvernorat* de Béja à 21,4 pour celui de Mahdia (Annuaire statistique 1999). La représentation cartographique (figure 1.12) dégage une tendance de faible fécondité pour les régions du Nord et du Nord-Ouest, une fécondité forte pour le Sud et le Centre-Ouest, alors que le littoral n'apparaît pas discriminant selon la fécondité.

FIGURE 1.13 - TAUX BRUT DE MORTALITÉ PAR GOUVERNORAT
EN 1998 (POUR MILLE)
(Source : Annuaire statistique 1999)



La figure 1.13 montre des écarts qui se resserrent en matière de mortalité. Le rajeunissement de la population, l'amélioration des

conditions sanitaires, la médicalisation plus importante, la proportion croissante des accouchements en milieu hospitalier figurent parmi les facteurs qui ont contribué à la baisse de la mortalité. Selon le critère de l'espérance de vie (tableau 1.6), les résultats concernant ce qu'on nomme les « grandes régions » sont fort explicites puisqu'ils opposent clairement le littoral, partie la plus développée du pays, aux régions du Centre, plus pauvres et dont l'accès à l'appareil médical est limité. Il y a donc bien un effet structurel important. Nous relierons ces différents indicateurs dans le cinquième chapitre avec ceux de la fécondité et du développement socio-économique pour cerner les spécificités des transitions démographiques régionales de la Tunisie.

TABLEAU 1.6 - ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE
PAR GRANDE RÉGION EN 1995

Région	E ₀
District Tunis	72,9 ans
Nord-Est	71,7 ans
Nord-Ouest	70,6 ans
Centre-Ouest	70,5 ans
Centre-Est	72,1 ans
Sud	70,4 ans
Tunisie	71,4 ans

Source : Ministère du Développement
Économique et PNUD, 2000

CHAPITRE 2

LA BAISSSE DE LA FECONDITÉ

Jusqu'au début des années 1960, les pays arabes présentent une fécondité d'où est quasiment absente toute forme de contrôle. Associée à une pratique du mariage précoce, c'est donc une fécondité qualifiée de « naturelle » qui caractérise cette région du monde. L'indice synthétique de fécondité y est de l'ordre de 7 à 8 enfants par femme (Fargues, 1988). La Tunisie n'échappe pas à ce modèle, puisqu'en 1966 l'indice synthétique de fécondité y est supérieur à 7 enfants par femme. Par contre, trente ans plus tard, il est inférieur à 3 enfants par femme, situant la Tunisie dans les pays à transition démographique rapide. Après avoir pris acte de la transition de la fécondité tunisienne, nous analyserons le rôle respectif de la nuptialité, de la contraception et de l'avortement.

Les matériaux statistiques pour étudier la baisse de la fécondité au cours de la période 1966-1994 sont nombreux⁸. On dispose d'abord des recensements de 1966, 1975, 1984, 1994 et des données de l'état civil dont l'Institut National de la Statistique estime le taux de couverture à 95% entre 1961 et 1974 et à 100% depuis 1975. Ensuite, plusieurs enquêtes démographiques ont été effectuées, soit générales, soit sur le thème précis de la fécondité. En 1968-1969,

⁸ La dernière grande enquête démographique date de 1994-1995 et le dernier recensement de 1994. C'est pourquoi nous focaliserons l'étude de la baisse de la fécondité sur la période 1966-1994, période sur laquelle l'ISF décroît de sept enfants par femme à moins de trois. Lorsque des chiffres sont disponibles pour des dates plus récentes, nous en ferons néanmoins mention.

s'est déroulée l'Enquête Nationale Démographique (END) qui a notamment pu confirmer que l'enregistrement des naissances à l'état civil était quasiment exhaustif dès la fin des années 1960, avec cependant un retard à l'enregistrement pour une part non négligeable d'entre elles. En 1972-1973, l'Enquête Migration Emploi comporte un volet sur la fécondité, de même que les Enquêtes Population Emploi de 1980 et 1989. Quatre enquêtes spécifiques sur la fécondité ont été menées entre 1978 et 1994 : l'Enquête Tunisienne sur la Fécondité (ETF) de 1978, l'Enquête Tunisienne sur la Prévalence de la Contraception (ETPC) de 1983, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) en 1988 et l'Enquête Tunisienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ETSME) en 1994-1995. Synthétisant diverses données produites par les pouvoirs publics, les données de population paraissent annuellement dans les « *Annuaire statistiques* » de la Tunisie depuis 1946.

LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ AU COURS DE LA PÉRIODE 1966-1994

En Tunisie, les séries dont on dispose indiquent que le taux brut de natalité a stagné autour de 45 pour mille jusque vers 1966, pour décroître en 1967, au moment de la mise en place de la politique de *planning familial*⁹ (tableau 2.1).

De 45 pour mille en 1965 à 17 pour mille en 1999, le taux brut de natalité a fortement baissé durant cette période. La diminution apparaît graduelle et progressive. Très sensible aux effets de structure de la population, le taux brut de natalité sous-estime ici la baisse de la fécondité en raison de l'augmentation au cours de la période étudiée de la part des femmes en âge de procréer dans la

⁹ La terminologie « *planning familial* » est celle employée dans les textes officiels. Nous la conserverons donc ici.

LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ

population¹⁰. En outre, l'absence d'une importante population masculine émigrée, mais revenant régulièrement dans le pays, induit des distorsions dans les comparaisons temporelles des taux.

TABLEAU 2.1 - TAUX BRUT DE NATALITÉ DE 1961 À 1999

Période	TBN (pour mille)
1961-1964	45,5
1965-1969	42,8
1970-1974	37,4
1975-1979	35,5
1980-1984	33,2
1985-1989	28,9
1990-1994	24,6
1995-1999	18,8

Source : Annuaire statistiques ; INS-web pour 1995-1999

Classiquement, avant de diminuer, la natalité est passée par une phase de hausse. L'augmentation de l'espérance de vie au cours du XX^e siècle, liée à la fin des crises violentes, à l'amélioration générale des conditions sanitaires et aux progrès de la médecine, a permis une croissance rapide de la population caractérisée par une augmentation de la période d'exposition au risque de grossesse, d'abord sans réduction de la fécondité. Selon une acception courante du schéma de la transition démographique, il existerait en effet une période de prise de conscience et d'intériorisation de la baisse de la mortalité qui aboutit à un nouveau calcul de la part des ménages en termes de descendance finale. C'est précisément au milieu des années 1960 que la diminution de la fécondité témoigne de ce nouveau comportement (tableau 2.2).

¹⁰ Sur l'ensemble de la population féminine, les 15-49 ans passent de 43% en 1966 à 51% en 1994 (recensements, INS).

TABLEAU 2.2 - INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ (1966-1999)

Période	ISF (enfants par femme)
1966-1969	6,77
1970-1974	6,04
1975-1979	5,59
1980-1984	5,00
1985-1989	3,85
1990-1994	3,24
1995-1999	2,38

Source : Annuaire statistiques ; INS-web pour 1995-1999

L'indice synthétique de fécondité, supérieur à sept enfants par femme en 1965, situait la Tunisie au niveau de fécondité des autres pays arabes et africains. Alors que, trente ans plus tard, certains d'entre eux affichent des taux toujours aussi élevés, la Tunisie fait désormais partie des pays à transition démographique avancée. Avec un indice de 2,9 enfants par femme en 1994, elle fait figure de référence en la matière sur le continent et dans le monde arabo-musulman. Depuis 1995, l'ISF aurait encore chuté de manière spectaculaire puisque selon les données de l'INS (INS-web) il est de 2,1 enfants par femme en 1999¹¹, ce qui constitue un véritable achèvement de la transition tunisienne.

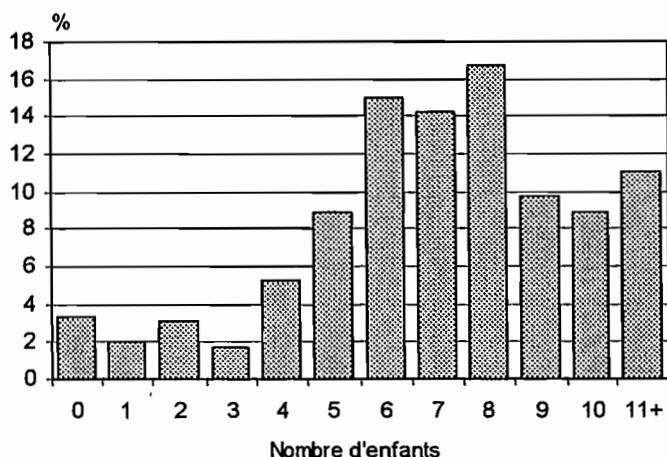
Les femmes nées dans les années 1930 et au début des années 1940 constituent sans doute les derniers exemples de ce que pouvait être une fécondité dite « traditionnelle » avec une descendance finale comprise entre 6,7 et 7,0 enfants selon les générations. Celles nées entre 1934 et 1938, avec une descendance finale au sein du mariage de 7,3 enfants, sont 77% à avoir eu au moins six enfants (figure

¹¹ D'autres sources donnent des valeurs plus élevées :

- 2,55 pour la période 1995-2000 (UNPD World Population Prospects : The 1998 Revision) ;
- 2,8 pour 2000 (2000 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau) ;
- 2,8 pour 1999 (« Tous les pays du monde », INED).

2.1). Parmi les autres, tout porte à croire que la stérilité, l'hypofertilité et les ruptures d'unions étaient majoritairement les causes d'une parité plus faible.

FIGURE 2.1 - RÉPARTITION DES FEMMES MARIÉES DE LA GÉNÉRATION 1934-1938 SELON LEUR DESCENDANCE FINALE (%)
(Source : ETPC 1983)

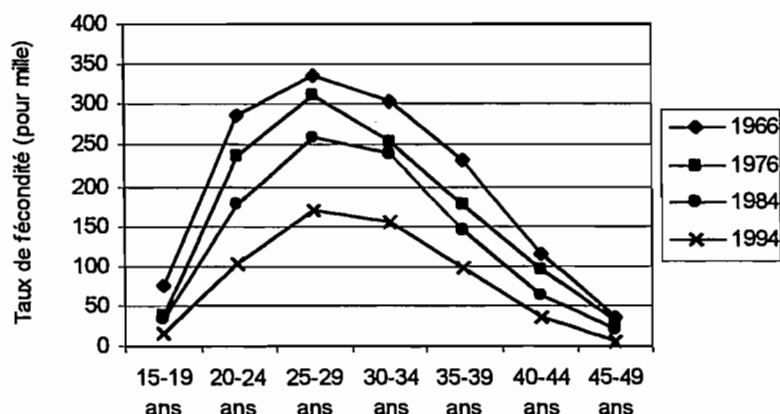


Le caractère de la baisse de la fécondité qui intervient au milieu des années 1960 est général. Les taux de fécondité sur les trente dernières années diminuent à tous les âges (figure 2.2). Mais c'est surtout dans les tranches d'âges les plus jeunes et les plus anciennes que les baisses sont les plus prononcées. Ainsi, les femmes qui ont entre 15 et 19 ans en 1994 ont cinq fois moins d'enfants que leurs aînées de 1966 lorsqu'elles avaient leur âge. Celles de 20 à 24 ans en ont trois fois moins, de même que les femmes de la tranche d'âges 40 à 44 ans. Quant aux femmes de 45 à 49 ans, c'est par un coefficient sept que le chiffre a été divisé. Dans les tranches d'âges centrales, soit 25 à 39 ans, les femmes de 1994 ont deux fois moins

d'enfants que celles de 1966. On observe donc un resserrement des naissances en milieu de vie féconde.

FIGURE 2.2 - TAUX DE FÉCONDITÉ SELON LE GROUPE D'ÂGES DE LA FEMME ENTRE 1966 ET 1994

(Source : Annuaire statistiques 1969 ; 1979 ; 1996 ; EDS 1988)



La transition de la fécondité est encore trop récente pour avoir des séries complètes de générations à titre comparatif. On peut cependant mettre en évidence une modification du calendrier des descendance par âge atteint pour les générations de 1944 à 1973 grâce à l'Enquête Démographique et de Santé de 1988 (tableau 2.3). Avec moins de six enfants à 45 ans, les femmes des générations 1944-1948 ont ouvert la voie aux comportements de limitation des naissances. Alors que ces femmes avaient 1,88 enfant en moyenne à l'âge de 25 ans, les jeunes femmes âgées de 25 ans en 1988 ont quant à elles juste un enfant en moyenne. Comme nous l'avons déjà perçu à la lecture des taux de fécondité par âge, les écarts relatifs sont moindres aux âges intermédiaires et plus importants aux âges extrêmes de la vie féconde (tableau 2.4).

LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ

**TABÉAU 2.3 - DESCENDANCE EN 1988 À L'ÂGE X
DES GÉNÉRATIONS (NOMBRE D'ENFANTS PAR FEMME)**

Groupe de généralions	Groupe d'âges	Descendance moyenne atteinte à l'âge de					
		20 ans	25 ans	30 ans	35 ans	40 ans	45 ans
1969-1973	15-19 ans	0,15	-	-	-	-	-
1964-1968	20-24 ans	0,16	1,00	-	-	-	-
1959-1963	25-29 ans	0,23	1,29	2,54	-	-	-
1954-1958	30-34 ans	0,30	1,56	3,03	4,15	-	-
1949-1953	35-39 ans	0,46	1,82	3,23	4,46	5,13	-
1944-1948	40-44 ans	0,47	1,88	3,42	4,72	5,63	5,95

Source : EDS 1988

**TABÉAU 2.4 - TAUX DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE DE LA FEMME ET
VARIATION ENTRE 1966 ET 1994**

Groupe d'âges	Taux de fécondité (pour mille) 1966	Taux de fécondité (pour mille) 1994	1994/1966
15-19 ans	75	14	0,19
20-24 ans	285	100	0,35
25-29 ans	335	164	0,49
30-34 ans	302	137	0,45
35-39 ans	232	72	0,31
40-44 ans	115	33	0,29
45-49 ans	35	7	0,20

Source : Annuaire statistique 1969 ; ETSME 1994

Pour résumer l'évolution du calendrier de la nuptialité et de la fécondité ainsi que leur importance respective dans la transition de la fécondité, il faut noter l'antériorité du recul de l'âge au premier mariage des femmes. Celui-ci s'est opéré de manière concomitante aux changements de mentalités et à la politique de développement des autorités tunisiennes depuis 1956. En prenant des mesures importantes en faveur de la condition de la femme et en impulsant un programme de planning familial, l'idée même de réduction de la

fécondité devenait acceptable¹². Le célibat prolongé des femmes était de moins en moins mal perçu, et vers le milieu des années 1970 le ferment était là pour concrétiser une réduction des naissances au sein du mariage. Duchêne et Ajbilou (1995 : 294), grâce au calcul des indices de Coale, estiment que la modification de la nuptialité a été en Tunisie la « véritable clef du déclenchement de la transition de la fécondité générale », ce que nous confirmera la section suivante ainsi que l'étude des indices de Bongaarts.

ÉVOLUTION DE LA NUPTIALITÉ

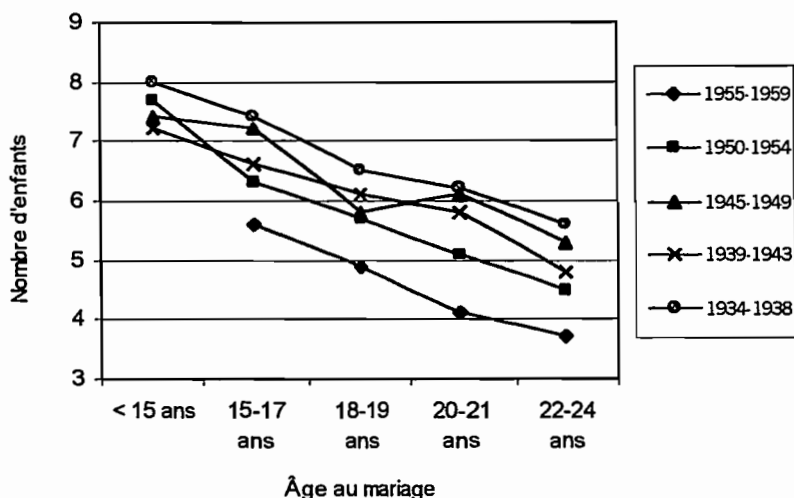
Dans la transition démographique, la nuptialité est au centre des changements démographiques. Sur la quasi-totalité des pays où la fécondité a commencé à diminuer, Chesnais (1986) n'a pu relever aucune exception : tous ces pays sont entrés dans un régime de nuptialité intermédiaire caractérisé par un âge moyen au premier mariage supérieur à 20 ans, voire dans un régime de nuptialité tardif, c'est-à-dire présentant un âge moyen supérieur à 25 ans.

Non seulement les évolutions de l'intensité et du calendrier de la nuptialité ont un effet mécanique sur les temps d'exposition au risque de concevoir des femmes et donc sur les niveaux de la fécondité, mais ils modifient aussi profondément les relations de genre. Les modèles culturels et sociaux attachés au couple et à la famille interagissent avec le statut social et économique des individus, et particulièrement des femmes. De fait, dans la transition de la fécondité tunisienne, l'impact du recul de l'âge au mariage est important, puisque au sein d'une même génération, c'est une différence moyenne de 2,5 enfants que l'on observe vers la fin de la vie génésique de la femme selon son âge au mariage (figure 2.3).

¹² Ce point ainsi que le précédent sont abordés en détail dans le chapitre 3.

FIGURE 2.3 - NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NÉS VIVANTS PAR FEMME SELON LA GÉNÉRATION ET L'ÂGE AU MARIAGE DE LA FEMME

(Source : ONPFP, 1982 ; ONFP, 1996a)



Du mariage traditionnel au Code du Statut Personnel

La tradition arabe fixe des normes très rigides à la formation des couples. Les principales sont l'endogamie et l'universalité du mariage¹³. Le mariage des femmes est plus ou moins précoce d'un pays à l'autre, le mariage de l'homme est en revanche toujours tardif. Les différences d'âge entre les époux peuvent être par conséquent élevées et provoquer un déséquilibre sur le marché matrimonial. Les hommes en âge d'être mariés sont moins nombreux que les femmes. Pour pouvoir marier toutes les femmes,

¹³ Pour plus de précisions sur le mariage traditionnel arabe, on peut consulter Fargues, 1986b ; Ben Salem, 1990.

la tradition arabe accorde aux hommes le droit de polygamie et de répudiation, le Coran permettant d'avoir jusqu'à quatre épouses légitimes en même temps. En fait, les Arabes ont peu pratiqué la polygamie, contrairement à l'Afrique noire, mais largement usé de leur droit de répudiation qui, rappelons-le, sanctionne les unions infécondes ou pas assez fécondes (Sahli, 1992).

Dans le mariage traditionnel idéalisé, l'union entre cousins parallèles est de rigueur (surtout lors de la première union). Plusieurs mariages peuvent ainsi avoir lieu entre deux mêmes familles. En règle générale, ni l'homme ni la femme ne choisissent leur conjoint. La conception traditionnelle du mariage est celle de l'alliance entre deux familles et non pas entre deux individus. Il permet d'intensifier la cohésion familiale mais aussi tribale autour d'un patrimoine commun. En effet, la loi islamique donne le droit aux femmes d'hériter, même si leur part est moitié moins importante que celles des hommes. L'endogamie a été un moyen parmi d'autres de contourner cette règle¹⁴. L'exploitation agricole, les moyens de production communs à un groupe servent sa cohésion, ils permettent d'en assurer l'entretien et la reproduction et parallèlement d'accroître son pouvoir face aux autres groupes. Le pouvoir est d'ordre économique, symbolique mais aussi numérique. Les stratégies de fécondité, de mariage précoce et universel, visent entre autres à produire le plus d'hommes et le plus vite possible.

La Tunisie s'est éloignée du modèle matrimonial traditionnel et se distingue des autres pays arabes depuis la promulgation du Code du Statut Personnel en 1956. Le CSP, rédigé en 1956 et modifié depuis, bouleverse complètement les règles du mariage et accorde aux femmes un certain nombre de nouveaux droits. Tout d'abord, en donnant au mariage une existence légale, il supprime le *Orf*, le mariage coutumier. Tout mariage non conclu devant un officier de

¹⁴ Le *habous* est un autre moyen de « déshériter » une fille. Il est un don à la communauté religieuse dont on garde l'usufruit. Les filles faisaient don des terres héritées que les fils ou les oncles se chargeaient d'exploiter.

l'État est nul et les « faux époux » sont passibles d'une peine d'emprisonnement. Ensuite, le Code du Statut Personnel interdit la polygamie, et ce même si la seconde union n'est pas « formelle ». Il abolit aussi le droit de répudiation et définit les termes du divorce judiciaire. La femme a le droit de demander le divorce au même titre que le 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. Enfin, les futurs époux doivent consentir à leur mariage. Le *Djabr*, droit de contrainte matrimoniale de la jeune fille par son père, n'existe plus en Tunisie.

Le Code du Statut Personnel de 1956 est un corpus législatif important qui s'oppose à certaines traditions et coutumes familiales. Il s'est heurté à leurs permanences pendant les premières années de son application mais il a vite été respecté. Les unions coutumières et les mariages précoces ont rapidement disparu. Le Code du Statut Personnel a été d'autant mieux accepté que des changements importants dans les comportements matrimoniaux étaient déjà en cours¹⁵. L'interdiction de la polygamie et de la répudiation n'était pas une revendication nouvelle. Elle a émergé durant les années 1930 dans les élites intellectuelles, certains esprits dits « éclairés » iront même jusqu'à proposer une réforme en vue de supprimer la polygamie, réforme jugée alors « révolutionnaire » pour cette époque (Karoui, 1989 : 62). Mais si le Code du Statut Personnel a remis en cause certaines pratiques, il en a consolidé d'autres, pas moins importantes.

Dans le système matrimonial traditionnel, sexualité et procréation sont indissociables du mariage. Le mariage est le seul cadre légal sur le plan religieux, juridique mais aussi social, des relations sexuelles et de la reproduction. La Tunisie, sur ce point précis, reste très proche du modèle traditionnel, et ce jusqu'à aujourd'hui. Les

¹⁵ D'autres séries de raisons à la bonne réception du CSP par la population seront développées dans le chapitre 4 consacré à la politique de population.

conceptions prénuptiales sont fortement désapprouvées socialement, tout comme les relations sexuelles hors du cadre légal du mariage. Tout homme qui a des relations sexuelles avec une femme, même consentante, de moins de 20 ans qui n'est pas son épouse légitime est passible d'une peine de prison¹⁶. Seul « le mariage du coupable avec la victime arrête les poursuites », poursuites qui seront reprises si le mariage est rompu avant deux années par un divorce demandé par le mari. En déposant une plainte, la « fiancée » ou sa famille peut ainsi contraindre l'homme au mariage et surtout légitimer une grossesse prénuptiale tout en assurant l'entretien de l'enfant par son père (article 227 bis du code pénal). Ce ne sont pas tant les relations sexuelles avec une jeune fille mineure qui sont réprouvées que le fait qu'elles se déroulent hors d'une union légale. Le Code du Statut Personnel permet aussi de punir les couples qui vivent ensemble sans être mariés, c'est-à-dire sans contrat de mariage. Le « délit de mariage hors des formes légales », défini initialement pour interdire les unions coutumières, a été détourné de son usage pour condamner le concubinage (article 18 du CSP). Jusqu'en 1993, l'homme reste le chef de famille et la femme lui doit obéissance. Le titre de « chef de famille » permet à l'époux de garder quelques avantages. Par exemple, en cas de conflit dans le choix du domicile conjugal, la décision finale revient au mari.

Malgré ces quelques survivances, en modifiant les règles matrimoniales, le Code du Statut Personnel a eu des répercussions non négligeables sur le régime matrimonial, surtout sur l'âge d'entrée en union des époux. Mais plus encore, il a réglementé les rapports entre les époux en accordant aux femmes des droits nouveaux. Les femmes peuvent légalement choisir leur époux, partager les responsabilités et les obligations du couple, demander le divorce. Il faut maintenant observer les évolutions démographiques de la

¹⁶ « Celui qui fait subir sans violences l'acte sexuel à un enfant de sexe féminin âgée de moins de 15 ans est puni de six ans de prison. La peine est de cinq ans de prison si l'âge de la victime est supérieur à quinze ans et inférieur à vingt ans accomplis. La tentative est punissable », article 227 bis du code pénal.

nuptialité pour voir comment ce nouveau cadre législatif s'est traduit dans les faits et quelles en ont été les conséquences sur la fécondité. Nous examinerons successivement trois caractéristiques du régime matrimonial : l'âge d'entrée en union, la fréquence du célibat définitif, la stabilité des unions.

Un âge d'entrée en union de plus en plus tardif

L'âge du début effectif de la vie féconde des femmes n'a cessé d'augmenter depuis 1966. En l'espace de trente ans, l'âge moyen au premier mariage des femmes a en effet progressé de six ans¹⁷ pour atteindre presque 27 ans en 1997 (Ministère du Développement Économique et PNUD, 2000). Avant le Code du Statut Personnel de 1956, aucune contrainte légale n'empêchait les parents de marier leur fille très jeune. Le mariage précoce pouvait même être considéré comme un soulagement pour les familles les plus nécessiteuses qui ne pouvaient se charger de leur fille trop longtemps (Karoui, 1989). De plus, le choix du conjoint étant effectué dès le plus jeune âge des enfants, il n'y avait aucune raison pour tarder à célébrer l'union après la puberté de la future épouse. Selon l'Enquête Tunisienne sur la Fécondité de 1978, la proportion de femmes mariées à 19 ans est de 48% pour les femmes nées entre 1928 et 1937. Pour ces mêmes générations, les mariages contractés dès la puberté ne sont pas rares puisque 6% des filles de 13 ans sont mariées, cette proportion atteignant 22% pour les filles de 16 ans. Les femmes nées entre 1938 et 1947, dont 11% sont mariées à 15 ans, seront les dernières à connaître le mariage précoce. Les femmes des générations 1948-1957 ne sont en effet plus que 2% à être mariées à 15 ans et 8% avant 18 ans.

¹⁷ Toutes les données sur les âges moyens au premier mariage sont calculées ici selon la méthode de Hajnal.

Les changements du calendrier nuptial après le Code du Statut Personnel de 1956

Si quelques passe-droits sont accordés, les mariages des jeunes filles de moins de 15 ans deviennent rares après 1956, et encore plus rares après 1964 lorsque l'âge minimal légal est relevé à 17 ans révolus. Au recensement de 1966, la totalité des jeunes filles et garçons de moins de 15 ans sont célibataires. Parmi les 15-19 ans, moins de 1% des garçons et 19% des filles sont mariés, veufs ou divorcés. En 1969, seulement 1 039 mariages sur un total de 33 764, soit 3%, sont contractés par des femmes de moins de 17 ans. Ces mariages ont fait l'objet d'une « autorisation spéciale du juge ».

L'ampleur des changements depuis 1956 mérite d'être soulignée. Entre 1956 et 1966, une première phase a eu lieu pendant laquelle la nuptialité des jeunes filles de 15-19 ans recule fortement sous l'effet de la loi, puis entre 1966 et 1975 une seconde phase où c'est la baisse de la nuptialité des 20-24 ans qui est la plus marquante. Entre 1975 et 1984, les évolutions sont beaucoup moins flagrantes pour redevenir importantes entre 1984 et 1994 dans les tranches d'âges 20-34 ans (figure 2.4).

Les évolutions n'ont pas été les mêmes pour la nuptialité masculine et la nuptialité féminine. En 1966, les hommes se mariaient en moyenne vers 27 ans, les femmes vers 21 ans (tableau 2.5). À partir de cette date, l'âge au premier mariage des hommes a augmenté moins rapidement que celui des femmes. Ceci s'est concrétisé par une réduction de l'écart de l'âge des époux au premier mariage, passant ainsi de 6,1 ans en 1966 à 3,6 ans en 1994. C'est surtout après 1984, pendant la crise économique, que l'âge au mariage des hommes a augmenté tandis que les changements dans le calendrier nuptial des femmes interviennent dès 1966. On peut alors penser que les causes du recul de l'âge au mariage des femmes et de celui des hommes sont différentes. Deux phénomènes majeurs se dessinent donc : la forte élévation de l'âge moyen au premier

mariage pour les deux sexes et la persistance d'un différentiel d'âge relativement important entre les conjoints.

FIGURE 2.4 - PROPORTION DE FEMMES CÉLIBATAIRES PAR GROUPE D'ÂGES ENTRE 1956 ET 1994 (%)

(Source : recensements)

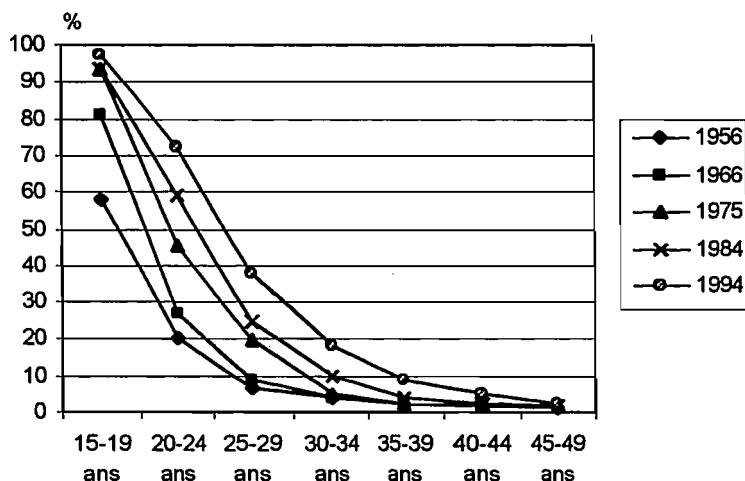


TABLEAU 2.5 - ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN AU PREMIER MARIAGE (ANS) ENTRE 1956 ET 1994

	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 : recensements

Outre les mentalités qui ne semblent pas s'opposer au recul de l'âge au mariage, il y a un effet démographique important qui joue dans ce sens. Le système matrimonial ancien autorisait la répudiation et la polygamie. Or, ces pratiques se conjuguent avec un âge au mariage plus jeune pour les femmes, eu égard au déséquilibre des sexes. L'abandon de ce système implique un rééquilibrage par une diminution de l'écart d'âge au mariage entre les sexes ou par une augmentation du taux de célibat chez les femmes. En Tunisie, ces deux voies ont été suivies parallèlement.

En outre, il existe une importante émigration masculine internationale qui implique un déséquilibre entre le nombre de femmes et d'hommes sur le marché matrimonial. En reprenant l'analyse de Beaujot (1986), on se rend mieux compte des effets induits par cette absence masculine. Puisqu'un décalage moyen de l'âge au premier mariage de l'ordre de cinq ans est la règle sur la période 1966-1994, nous présentons les classes d'âge des deux sexes suivant cette particularité (tableau 2.6). Il en ressort qu'en 1980, il existe un très fort déficit d'hommes en âge de se marier avec des femmes de 20 à 29 ans. Dans la décennie 1990, si l'émigration a diminué, elle reste encore un facteur explicatif non négligeable du célibat féminin.

TABLEAU 2.6 - NOMBRE DE FEMMES POUR 100 HOMMES PAR GROUPE D'ÂGES EN 1966, 1980 ET 1994

Âge des femmes	Âge des hommes	1966	1980	1994
15-19 ans	20-24 ans	132,4	128,4	111,6
20-24 ans	25-29 ans	106,1	148,1	111,7
25-29 ans	30-34 ans	109,0	164,9	116,6
30-34 ans	35-39 ans	112,6	132,4	117,1
35-39 ans	40-44 ans	128,0	95,9	126,5
40-44 ans	45-49 ans	107,5	119,9	145,6
45-49 ans	50-54 ans	101,2	117,7	117,7
15-49 ans	20-54 ans	114,4	130,7	118,3

Source : recensements 1966 et 1994 ; ENPE 1980

Âge au mariage, milieu de résidence et scolarisation

Jusqu'au début des années 1990, l'entrée en union était plus précoce en zone rurale qu'en zone urbaine, pour les femmes comme pour les hommes. On constate une convergence des modèles de nuptialité ruraux et urbains puisque l'écart de 1,7 an relevé en 1966 s'est réduit à 0,7 an en 1994. Mais ce modèle en cache deux bien distincts (figure 2.5). Aujourd'hui, les femmes se marient au même âge quel que soit leur milieu de résidence. En revanche, pour les hommes, l'écart rural/urbain n'a quasiment pas changé depuis 1966 : il est toujours d'environ 1,5 an. Au total, c'est en milieu rural que l'écart d'âge moyen au premier mariage entre les époux s'est le plus réduit¹⁸.

L'Enquête Tunisienne sur la Fécondité de 1978 montre, sans surprise, que l'âge moyen au mariage augmente avec le niveau d'instruction des femmes. Ces écarts sont très importants puisque les femmes analphabètes se sont mariées en moyenne vers 22,6 ans, tandis que celles qui ont fait des études secondaires l'ont été à 27,0 ans. Le fait d'avoir suivi un enseignement primaire situe cet âge à 24,2 ans. En 1994, l'Enquête Tunisienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant indique qu'il existe toujours une hiérarchie liée au niveau d'études mais que les différences se sont amenuisées. L'âge moyen au premier mariage des femmes non scolarisées est de 26,2 ans alors que celles ayant suivi des études secondaires se sont mariées en moyenne à 27,6 ans.

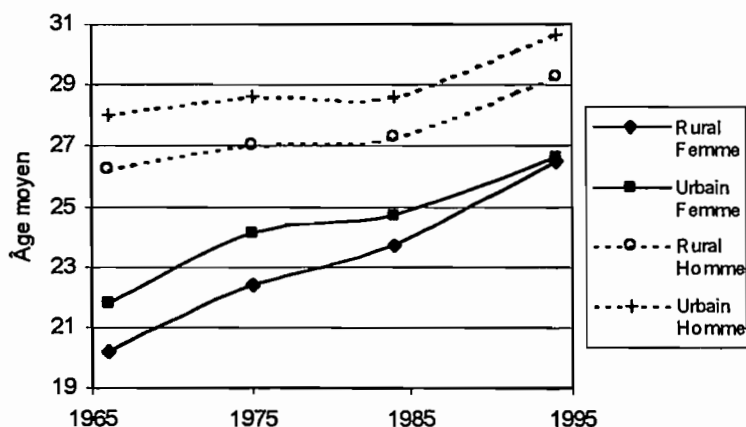
Pour les hommes, les écarts sont plus importants. Les relations habituelles entre niveau d'instruction et âge moyen au premier mariage sont là aussi confirmées : de 31,8 ans pour les plus instruits à 29,2 ans pour ceux sans instruction. En 1994, les différences

¹⁸ L'écart d'âge entre époux au premier mariage est passé de 6,2 à 4,1 ans entre 1966 et 1994 en milieu urbain et de 6,0 à 2,8 en milieu rural (Ben Salem et Locoh, 2001, d'après les résultats des recensements).

d'âge au mariage selon le niveau d'instruction sont donc plus importantes pour les hommes que pour les femmes.

FIGURE 2.5 - ÂGE MOYEN AU PREMIER MARIAGE EN TUNISIE SELON LE SEXE ET LE MILIEU DE RÉSIDENCE ENTRE 1966 ET 1994

(Source : Ben Salem et Locoh, 2001, d'après les résultats des recensements)



Le mariage endogame

Les rares études menées sur les mariages endogames en Tunisie ne donnent pas de chiffres concordants et il est assez difficile de tirer des conclusions nettes si ce n'est une persistance certaine du mariage endogame jusqu'à la fin des années 1980. Ben Salem (1992) mentionne par exemple que l'on ne relève pas de taux d'endogamie tribale inférieure à 30% dans les tribus de l'ensemble du monde arabe. Pour les mariages avec la cousine parallèle patrilatérale, elle avance le chiffre de 10 à 30% selon les régions. Un point semble conforté : le mariage avec la cousine parallèle patrilatérale est moins fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les sources contemporaines donnent des chiffres relativement élevés sur l'ensemble de la Tunisie. Les statistiques de l'état civil indiquent un taux de 18% de mariages entre cousins germains en 1970, puis une stabilisation vers 14-15% entre 1975 et 1988, avec des valeurs moyennes de 13% pour le milieu urbain et 19% pour le rural (in ENPE 1989). L'Enquête Population Emploi de 1989 recueille quant à elle la proportion de mariages entre parents, c'est-à-dire une endogamie plus large que celle mesurée par l'état civil entre les cousins germains. Les résultats montrent que, quel que soit l'âge de l'épouse (15 à 59 ans), le pourcentage de mariages consanguins se situe autour de 25% avec une quasi-stagnation sur la période 1944-1989. Enfin, pour la seule région du Cap-Bon, une étude génétique (Chriki *et al.*, 1991) a indiqué que 31% des mariages sont consanguins.

La dernière enquête en date (ETSME 1994) donne des chiffres encore plus élevés. Pour toutes les périodes quinquennales comprises entre 1965 et 1989, entre 27% et 31% des mariages contractés l'ont été entre cousins germains. Si l'on ajoute entre 11 et 19%, selon les périodes, de mariages avec d'autres parents que les cousins germains, ce sont en moyenne 42% des mariages contractés entre 1965 et 1989 qui l'ont été avec un membre de la famille.

Les différentes enquêtes s'accordent sur un point : la stabilité des unions endogames jusqu'à la fin des années 1980. L'ETSME indique en revanche une remise en cause de ce type d'unions survenues entre 1990 et 1994. Les très fortes différences selon le niveau d'instruction de la femme est un autre signe qui suggère que la proportion de mariages endogames devrait continuer à décliner au fil des années. La proportion de mariages avec un cousin germain varie en effet de 36% pour les femmes non scolarisées à 12% pour celles ayant atteint ou dépassé le deuxième niveau des études secondaires. Selon l'ETSME, « c'est à travers un niveau d'éducation plus élevé que les filles arrivent à se démarquer par rapport au marché matrimonial traditionnel » (1994 : 182-183). Nous

reviendrons sur ses aspects ayant trait à la liberté du choix du conjoint.

Le célibat définitif

Jusqu'à aujourd'hui, le célibat définitif¹⁹ reste rare en Tunisie. En 1994, à 50-54 ans, seules 1,8% des femmes sont célibataires et 2,4% des hommes, chiffres tout à fait comparables à ceux que les recensements précédents avaient permis d'observer²⁰.

Le mariage reste très valorisé, la constitution d'un couple demeure un objectif primordial. Il est donc peu probable que le célibat définitif progresse à court terme en Tunisie tant que le mariage restera le seul cadre légitime de la procréation et que le concubinage ne sera admis ni juridiquement ni socialement. Si le célibat définitif reste marginal, les résultats du recensement de 1994 montrent pourtant que le célibat tardif féminin dans les tranches d'âges 30-34 et 35-39 ans augmente. On trouve en effet 18,1% des femmes de 30 à 34 ans qui sont encore célibataires en 1994 contre seulement 9,7% dix ans auparavant. Pour les 35-39 ans, les chiffres sont respectivement de 8,9 et 3,8%. Mais après 40 ans, les proportions de célibataires sont particulièrement faibles.

Le célibat prolongé après 30 et 35 ans n'est pas un phénomène spécifiquement urbain puisque la part des célibataires à ces âges est tout à fait comparable dans les milieux urbain et rural (tableau 2.7). Seule la capitale se distingue avec plus d'un quart de femmes célibataires à 30-34 ans et plus d'un dixième à 35-39 ans.

¹⁹ Par convention, le célibat est déclaré définitif à 50 ans.

²⁰ 1,6% et 3,1% respectivement en 1966 (recensement, INS).

TABÉAU 2.7 - PROPORTION DE FEMMES CÉLIBATAIRES SELON LE GROUPE D'ÂGES ET LE MILIEU DE RÉSIDENCE EN 1994 (%)

Groupe d'âges	Communal	Non communal	Tunis
30-34 ans	18,1	18,0	25,3
35-39 ans	9,1	8,6	11,9
40-44 ans	5,1	4,0	7,8
45-49 ans	2,6	1,9	3,3
50-54 ans	2,1	1,3	3,0

Source : recensement 1994

Stabilité des unions

Toutes les enquêtes démographiques en Tunisie montrent sans conteste une grande stabilité des unions. En 1978, parmi les femmes non célibataires de 15-49 ans, seules 8,2% avaient rompu leur premier mariage, 4,6% en raison d'un divorce et 3,7% à la suite d'un décès (ETF). En 1994, ce chiffre est de 6,2%, sans grande variation selon les milieux de résidence ou les niveaux de scolarisation (ETSME). Cette même enquête nous apprend aussi que presque 50% des mariages rompus l'ont été pendant les quatre premières années de l'union et qu'environ 40% des femmes dont la première union est rompue se sont remariées. Les probabilités de se remarier pour une femme sont plus importantes en milieu rural mais toujours inférieures à celles des hommes. Le divorce des femmes étant socialement mal accepté, une femme divorcée a une probabilité plus faible de se remarier, même si elle est jeune et sans enfants et surtout si le mariage a été rompu parce que la femme était suspectée d'être stérile. La probabilité de contracter une nouvelle union reste néanmoins négativement corrélée avec l'âge de la femme et son nombre d'enfants.

ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE

L'efficacité des dispositions juridiques et institutionnelles mises en place par les pouvoirs publics reste toujours soumise à l'acceptation de celles-ci par les populations. Les mentalités et les pratiques des individus n'évoluent pas forcément au rythme souhaité par les planificateurs. Les modes de pensée, les objectifs et les stratégies des uns et des autres peuvent ne pas s'accorder. L'évolution générale de la pratique contraceptive et de l'utilisation des différentes méthodes mises à disposition de la population est d'un intérêt primordial en Tunisie pour comprendre les attitudes individuelles et familiales face à la limitation des naissances et pour avoir une première évaluation de l'impact du programme de planning familial sur la baisse de la fécondité²¹.

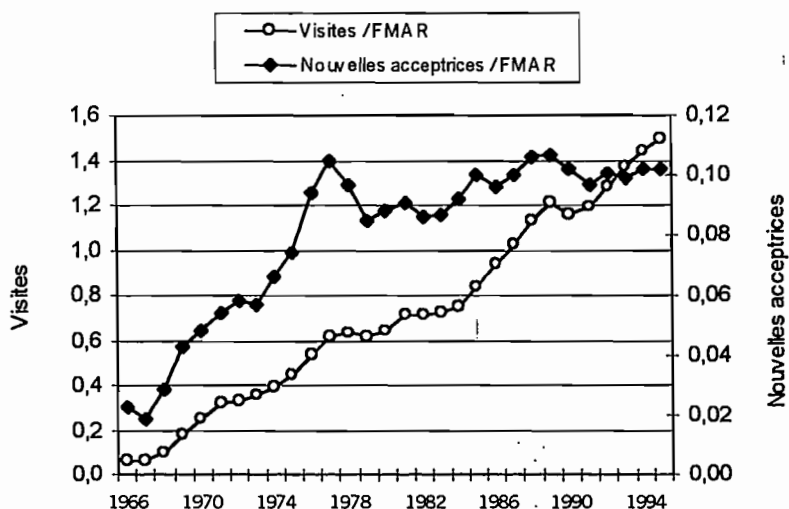
Évolution générale

L'enquête CAP (connaissances-attitudes-pratiques) de 1964 avait montré le souhait des femmes d'avoir une descendance moins importante que la norme en vigueur et le désir de mettre un terme aux grossesses à partir d'un certain nombre d'enfants. Pour les femmes de moins de 30 ans, c'est une descendance de 3,6 enfants qui est souhaitée et 4,0 enfants pour les femmes de 30 à 39 ans (Morsa, 1966). Durant la phase expérimentale du planning familial, en 1964-1965, un peu moins de 30 000 femmes consultèrent ses services au moins une fois, ce qui représente 3% de la population féminine en âge de procréer. L'évolution de ce nombre sera progressive et continue. La figure 2.6 donne une idée de l'importance

²¹ Les chiffres annuels sur les visites ou les nouvelles acceptrices dont il sera question par la suite ne concernent que le secteur public. On ne dispose pas de données pour le secteur privé. Entre 1978 et 1994, selon diverses enquêtes menées par l'ONFP, la part du secteur public dans l'approvisionnement des femmes en moyens contraceptifs est restée constante aux alentours de 80% (ETSME 1994).

croissante de l'activité des centres de planification familiale et de la pratique contraceptive.

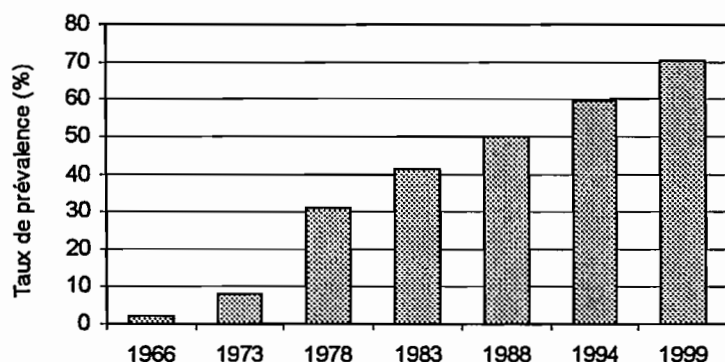
FIGURE 2.6 - RATIOS « NOMBRE DE VISITES / NOMBRE DE FEMMES MARIÉES EN ÂGE DE REPRODUCTION » ET « NOMBRE DE NOUVELLES ACCEPTRICES / NOMBRE DE FEMMES MARIÉES EN ÂGE DE REPRODUCTION » ENTRE 1966 ET 1995
(Source : ONFP, 1997a)



Quasiment inexistante en 1966, la prévalence contraceptive est passée à presque 60% en 1995 et 70% en 1999 (figure 2.7). L'action des pouvoirs publics en matière d'information et de communication semble avoir porté ses fruits. Alors que l'enquête CAP de 1964 mentionnait que seulement 15% des femmes mariées en âge de procréer connaissaient au moins une méthode de contraception, ce sont 95% d'entre elles qui peuvent citer une méthode efficace en 1978, tous milieux confondus.

FIGURE 2.7 - TAUX DE PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE
ENTRE 1966 ET 1999

(Source : ONFP, 1997a ; INS-web pour 1999)



L'offre de contraception s'est beaucoup développée. En 1994, parmi les femmes mariées de 15 à 49 ans, non utilisatrices et ne comptant pas l'être dans le futur, moins de 1% des femmes disent que les méthodes sont difficiles à obtenir (ETSME 1994). Mises à part celles qui veulent un autre enfant, les raisons les plus fréquemment citées pour expliquer l'absence de contraception sont la stérilité réelle ou perçue et la ménopause (22%), les effets secondaires des méthodes contraceptives (10%) et le fatalisme (10%). Ce dernier comportement, plus fréquent chez les femmes âgées, suggère pour elles qu'il n'est pas envisageable d'intervenir sur la taille de la descendance.

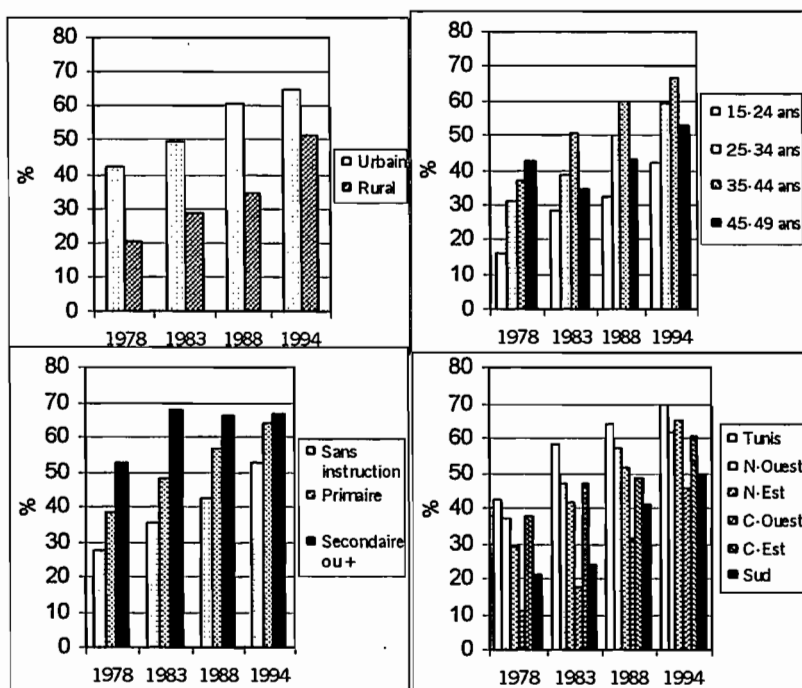
Caractéristiques structurelles de la prévalence

Au cours de quatre enquêtes nationales sur la fécondité, des données sur les taux de prévalence par âge, par milieu, par région et selon le niveau d'instruction ont été recueillies. Pour chaque enquête, il

s'agit des femmes mariées de 15 à 49 ans. Les différences observées au sein de chacun de ses découpages sont très significatives (figure 2.8).

FIGURE 2.8 - PROPORTION DE FEMMES MARIÉES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE OU TRADITIONNELLE SELON QUELQUES VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ENTRE 1978 ET 1994 (%)

(Source : ETF 1978 ; ETPC 1983 ; EDS 1988 ; ETSME 1994)



Les différences spatiales sont très marquées, que ce soit selon la distinction urbain/rural ou suivant la région. Cependant, les écarts relatifs ont tendance à s'estomper au cours du temps. La région déshéritée du Centre-Ouest a ainsi multiplié par trois son taux de prévalence en une décennie tandis que Tunis, qui présentait un taux déjà élevé en 1978, enregistrait dans la même période une hausse de 50%.

La contraception s'est généralisée à tous les âges. L'augmentation de la prévalence chez les femmes de 15 à 24 ans rompt quelque peu avec le schéma classique de la contraception d'arrêt, ce que confirme la forte augmentation de la prévalence chez les femmes ayant un seul enfant. En 1983, ces dernières étaient 26% à utiliser la contraception contre 45% en 1994 (ONFP, 1997a).

La convergence des comportements en matière de contraception n'a pu se faire que grâce à une mise à disposition efficace des moyens contraceptifs de la part des pouvoirs publics. Avant les années 1980, se posait en effet un vrai problème d'offre mais qui n'explique pas en totalité la faible prévalence contraceptive des femmes rurales et surtout celle des non-scolarisées. Vers le milieu des années 1980, on peut observer une forte progression des pratiques contraceptives chez les femmes les plus difficiles à atteindre par les services de planification familiale, à savoir celles qui vivent en milieu rural et n'ont pas été scolarisées. À cette époque, la priorité est donnée à l'approvisionnement des zones rurales en services de santé et de planification familiale.

Parallèlement, les mœurs évoluent vers une diminution de la taille de la famille. Les femmes rurales qui souhaitaient en moyenne 4,7 enfants en 1978 n'en veulent plus que 4,0 en 1988. Pour les femmes non scolarisées, le chiffre passe de 4,4 à 3,8 (ETF 1978 ; EDS 1988). Sans ces changements de mentalité, il n'est pas évident qu'une offre plus abondante dans les années 1970 eût rehaussé le taux de prévalence contraceptive chez les femmes rurales et non scolarisées. Elles avaient conservé des comportements de fécondité

traditionnels qui n'admettent pas la limitation des naissances. D'après l'ETF de 1978, il y a une association étroite entre le niveau d'instruction et la taille désirée de la famille. Rien n'indique alors que même si elles y avaient eu facilement accès, ces Tunisiennes auraient pratiqué massivement la contraception.

À partir du milieu des années 1980, on observe une convergence des pratiques contraceptives dans toutes les catégories de population. Au début du programme national, les femmes qui utilisaient les services du planning étaient majoritairement urbaines et éduquées. En 1994, les pratiques contraceptives concernent toutes les femmes. La question n'est pas tant de savoir pourquoi les mêmes types de comportements contraceptifs sont observés dans tous les groupes de femmes que de savoir pourquoi les attentes en matière de fécondité (nombre d'enfants désirés) des femmes les plus favorisées et les moins favorisées se rejoignent et comment les unes et les autres mettent en pratique leurs projets de limitation des naissances.

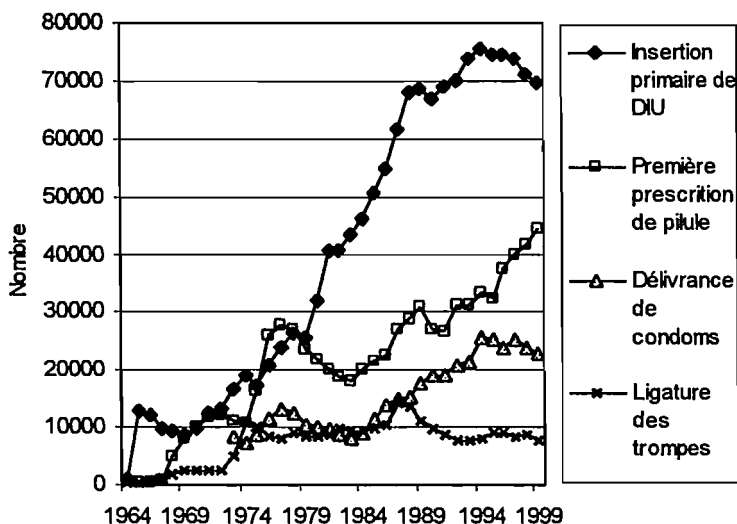
Le choix des méthodes

L'étude des méthodes de limitation des naissances est intéressante à double titre. D'abord, elle permet de savoir quelle est l'offre de services contraceptifs proposés aux femmes. Ensuite, elle reflète le type de contraception que les femmes et les ménages souhaitent pratiquer. En effet, la transition de la fécondité peut suivre différents tracés selon que l'on se trouve face à une contraception d'arrêt définitif ou à des comportements d'espacement des naissances. C'est pourquoi nous nous intéressons maintenant à l'évolution des utilisatrices des principales méthodes de planning familial recensées par l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP)²² depuis la mise en place du programme en 1966 (figure 2.9).

²² Le rôle et les fonctions de cet organisme seront détaillés dans le chapitre 4.

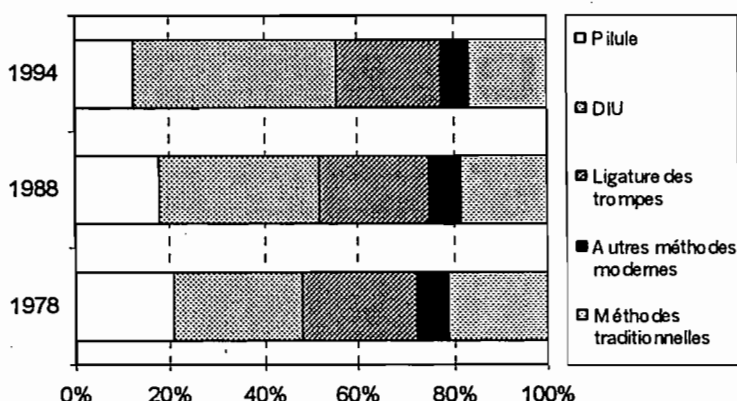
FIGURE 2.9 - ÉVOLUTION, PAR MÉTHODE, DU NOMBRE DE VISITES
ENTRE 1964 ET 2000

(Source : ONFP, 1997a ; ONFP in INS-web à partir de 1997)



Selon leur degré de médicalisation et de complexité, l'adoption des méthodes contraceptives se fait selon diverses modalités d'encadrement. En outre, certaines demandent une continuité alors que la stérilisation est définitive et ne nécessite pas de suivi. On voit donc que le chiffre des femmes ayant recours aux services officiels de planning familial est un bon indicateur d'évolution mais renseigne moins bien sur les prévalences relatives entre méthodes ; seules des enquêtes spécifiques peuvent cerner la prévalence exacte. Effectuées entre 1978 et 1994, elles montrent que la répartition des modes contraceptifs (figure 2.10) a peu changé si ce n'est une certaine désaffection de la pilule au profit du dispositif intra-utérin (DIU).

FIGURE 2.10 – RÉPARTITION DES UTILISATRICES SELON LA MÉTHODE UTILISÉE EN 1978, 1988 ET 1994 (%)
(Source : ETF 1978 ; EDS 1988 ; ETSME 1994)



L'enquête ETSME de 1994 confirme la préférence des femmes pour le dispositif intra-utérin, puis la stérilisation et la pilule en troisième choix. Les autres méthodes modernes sont peu utilisées. En revanche, la persistance des méthodes traditionnelles, abstinence périodique et retrait, est paradoxalement significative de l'évolution des mentalités. C'est sans doute une voie de passage obligée pour les populations les plus réticentes à la contraception moderne.

Le dispositif intra-utérin

Lors de la phase expérimentale du planning familial (1964-1965), la priorité est donnée au DIU qui devient très rapidement la méthode prioritaire des agents du planning familial car il s'avère le mieux adapté à la demande. En effet, il ne requiert aucun geste quotidien, contrairement à la pilule, et n'est pas sujet aux erreurs d'emploi. De plus, dans les premières années du planning, le taux de continuation est meilleur pour le stérilet que pour la pilule (Vallin, 1976).

La progression du stérilet a été constante à partir de 1973. Il reste la méthode primordiale du programme de planification familiale en raison de son efficacité et de son taux de continuation relativement élevé (ONFP, 1992b).

Si l'ONFP s'est engagé néanmoins à assurer la disponibilité d'une gamme variée de produits contraceptifs gratuits dans le secteur public et à des prix abordables dans le secteur privé (ONFP, 1999a), les dernières données ne montrent pas de changements importants : le DIU est toujours, et plus que jamais, la méthode la plus fréquemment utilisée. Le nombre d'insertions primaires oscille entre 70 000 et 75 000 depuis 1992 (ONFP, 1997a ; INS-web).

L'enquête de 1989 sur la continuation des méthodes contraceptives (ONFP, 1992a) indique, pour le DIU, des chiffres légèrement supérieurs à ceux de 1969-1972 pour les 24 premiers mois et inférieurs ensuite. Cet abandon plus fréquent de la contraception après le 24^{ème} mois pourrait laisser supposer que cette méthode est utilisée davantage comme moyen d'espacer les naissances que vingt ans auparavant. En 1989, le fait que la continuation du DIU soit légèrement plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain donne une indication sur l'adoption préférentielle de ces nouveaux comportements d'espacement en milieu urbain. De même, quelle que soit la durée retenue, le taux de continuation augmente avec l'âge de la femme, ce qui montre que l'utilisation du DIU comme méthode d'espacement est le fait des générations les plus jeunes et les plus enclines à l'innovation. Les résultats selon le niveau d'instruction de la femme vont dans le même sens puisque le taux de continuation est inversement proportionnel au niveau d'études.

La pilule

En 1968, l'ONFP a tenté sans grand succès de promouvoir la pilule, qui est pourtant en vente libre. Les résultats sont médiocres, de « fausses rumeurs » circulent sur les effets secondaires. Il arrive

aussi que les femmes utilisent très mal cette méthode qu'elles ont achetée en pharmacie sans ordonnance, donc sans aucun conseil ni avis médical (Ben Messaoud et Charfeddine, 1976). Dans ce cas, l'efficacité peut s'en trouver réellement réduite et certaines femmes éprouvent des effets secondaires qui les découragent.

De nouveau, en janvier 1976, la priorité est donnée à la contraception orale. Les pharmacies, les centres de santé et de planification familiale ont été abondamment approvisionnés en plaquettes de pilule dont le prix a été divisé par dix (Chekir, 1978). La pilule n'est plus en vente libre mais les ordonnances sont délivrées gratuitement afin que les femmes soient mieux encadrées.

L'ONFP veut développer une « nouvelle mentalité préventive pour limiter l'augmentation des avortements sociaux observés depuis 1973 » (Ben Messaoud et Charfeddine, 1976 : 8). Mais cette action se révèle peu efficace, la demande des femmes pour la contraception orale et plus généralement pour la contraception d'espacement reste faible.

Une nouvelle tentative des pouvoirs publics pour encourager ce mode de contraception a été lancée au cours de la stratégie décennale 1990-2000. La contraception orale attire au début des années 1990 environ 27 000 nouvelles utilisatrices par an. En 1999, ce sont un peu plus de 44 400 femmes qui utilisent la pilule pour la première fois. Mais si l'on prescrit plus souvent la pilule comme première contraception, sa part dans la prévalence totale reste toutefois inférieure à celle des méthodes traditionnelles²³ (ONFP, 1996a).

²³ Alors que la pilule est de très loin la méthode contraceptive préférée des Marocaines et surtout des Algériennes (Ouadah-Bedidi et Vallin, 2000).

La stérilisation

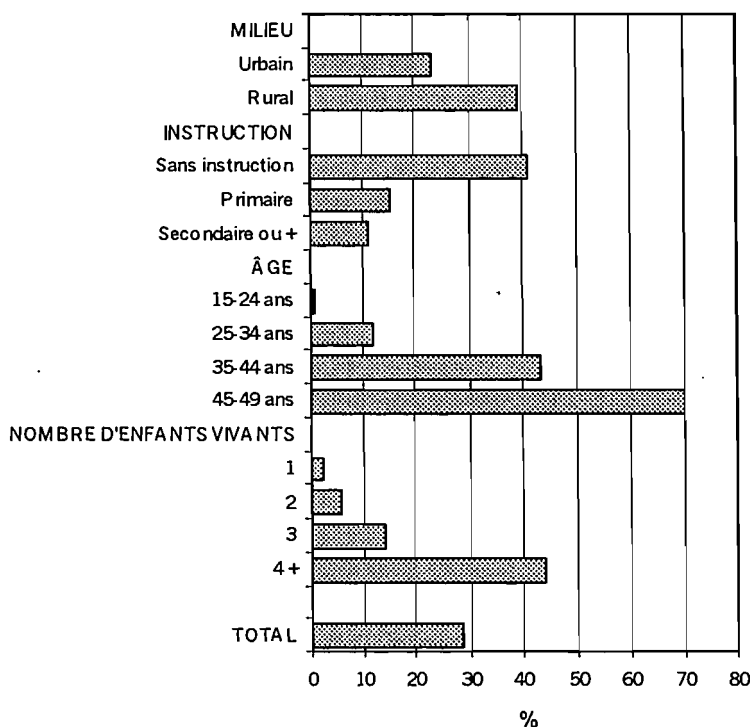
En 1973, à Kairouan et à l'occasion du *Mouled*²⁴, le président Bourguiba déclare dans une allocution officielle que « la science moderne a découvert le moyen de stériliser la femme ou l'homme, tout en leur permettant de continuer à remplir leur discours conjugal », car, ajoute-t-il, « il faut bien faire une distinction entre la fonction de la mère et celle de l'épouse. On peut arrêter la première sans porter atteinte à la seconde ». Le discours de 1973 est largement construit autour des priorités du planning familial du moment, c'est-à-dire la stérilisation. Le chef de l'État est très explicite sur ce point lorsqu'il déclare : « les époux, une fois qu'ils ont donné le jour à un nombre suffisant d'enfants – 4 par exemple – peuvent décider d'interrompre toute procréation. Dans ce cas, ils n'ont qu'à se prêter à une opération toute simple, de quelques minutes, qui n'expose la santé ni de l'un ni de l'autre ».

À partir de 1974, l'ONFP encourage donc le recours à la stérilisation féminine. Cette méthode est jugée idéale pour les femmes isolées qui ont des difficultés à s'approvisionner en contraception et à répondre aux visites de contrôle que nécessite l'usage de la pilule ou du stérilet. La ligature des trompes, qui n'était jusqu'alors que peu pratiquée (13 603 actes au total entre 1964 et 1972), devient une méthode courante, avec une moyenne annuelle de 9 329 opérations entre 1975 et 1999. Après avoir connu un maximum de 14 132 interventions en 1987, cette pratique diminue sensiblement depuis cette date, oscillant entre 7 500 et 9 000 interventions annuelles au cours de la décennie 1990.

L'enquête EDS de 1988 montre que la stérilisation concerne essentiellement des femmes rurales et sans instruction, en fin de vie génésique et ayant une descendance nombreuse (figure 2.11). Les femmes urbaines et éduquées préfèrent quant à elles le DIU.

²⁴ Fête religieuse célébrant l'anniversaire du Prophète.

FIGURE 2.11 - PROPORTION DE LA STÉRILISATION DANS L'ENSEMBLE DES MÉTHODES MODERNES DE CONTRACEPTION SELON QUELQUES VARIABLES SOCIO-ÉCONOMIQUES EN 1988 (%)
(Source : calculs d'après l'EDS 1988)



Autres méthodes

Les nouvelles structures de planning familial mises en place en 1973 ont favorisé l'adoption de nouveaux moyens contraceptifs comme le condom et les méthodes de contraception vaginale. Mais, bien qu'en expansion, celles-ci n'ont jamais eu les faveurs de la population. Les méthodes d'espacement sont peu répandues en Tunisie. Si, à la

fin des années 1980, l'ONFP se félicite de l'augmentation rapide de la prévalence contraceptive, il regrette cependant de n'avoir pas réussi à diffuser plus de méthodes d'espacement (ONFP, 1992b).

Pour conclure, il faut mentionner la prédominance des méthodes d'arrêt depuis le début du programme de planification familiale. Les femmes, une fois mariées, constituent rapidement leur descendance puis mettent fin à leur vie féconde. Toutefois, les pratiques évoluent et l'on commence à observer des comportements d'espacement des naissances chez les plus jeunes femmes, scolarisées et urbaines.

Cette hiérarchie de l'importance des méthodes contraceptives est confirmée dans un travail de l'ONFP qui a estimé le nombre de naissances évitées par certaines méthodes contraceptives entre 1987 et 1991 (ONFP, 1992b), dont nous reproduisons les impacts en termes relatifs (tableau 2.8). Durant cette période, c'est le DIU qui a permis « d'éviter » le plus de naissances. L'avortement a eu un effet aussi important que la stérilisation féminine et beaucoup plus important que la pilule.

TABLEAU 2.8 - POIDS RELATIF DES PRINCIPALES MÉTHODES
CONTRACEPTIVES DANS LES NAISSANCES ÉVITÉES PAR LA
CONTRACEPTION ENTRE 1987 ET 1991

	1987	1988	1989	1990	1991
Avortement	0,23	0,22	0,20	0,18	0,17
Pilule	0,05	0,06	0,06	0,07	0,06
Stérilisation féminine	0,19	0,19	0,20	0,20	0,19
Stérilet	0,53	0,53	0,55	0,56	0,58
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Source : ONFP, 1992b

L'AVORTEMENT

La place de l'avortement dans le programme de planification familiale

L'avortement a été légalisé en Tunisie en deux étapes. En 1965, il est autorisé pour les femmes dont la santé est en danger et pour celles qui ont déjà cinq enfants ou plus. Huit ans plus tard, ces restrictions sont levées et l'avortement est autorisé sur simple demande de la femme durant les trois premiers mois de grossesse quel que soit son statut matrimonial et sa descendance.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) existait en Tunisie bien avant sa légalisation. Les matrones traditionnelles, les *qablas*, la pratiquaient à l'aide de moyens mécaniques ou de plantes abortives. Les conditions de l'intervention étaient souvent dangereuses pour les femmes et elles ont été largement dénoncées pendant la colonisation par les médecins français qui portaient un jugement fort négatif sur cette pratique (Bakalti, 1996).

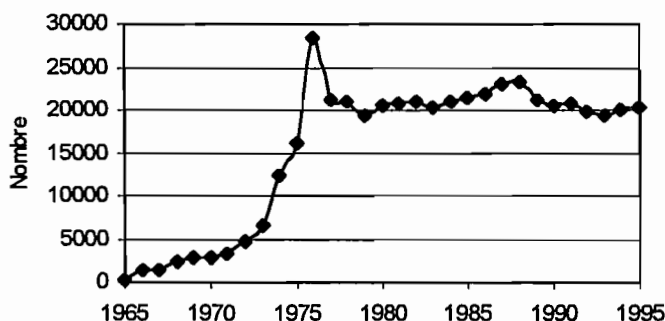
Après 1965, lorsque l'avortement est autorisé mais réservé à certaines femmes, le nombre d'IVG pratiquées par les services de santé publique augmente mais reste relativement faible (figure 2.12). Ce nombre passe de 342 en 1965 à 4 621 en 1973. Il ne reflète pas la totalité des avortements ; les femmes qui ne remplissaient pas les conditions requises, celles qui avaient moins de cinq enfants, continuaient d'avoir recours à des procédés abortifs traditionnels et aux services des *qablas* (Bchir, 1969). En 1973, lorsque l'avortement est autorisé pour toutes les femmes, le nombre d'interruptions de grossesse pratiquées en milieu hospitalier croît rapidement. En 1974, 12 427 femmes ont avorté²⁵ ; en 1976, elles sont plus de 28 000²⁶. Le nombre d'avortements s'est ensuite stabilisé autour de 20 000 par an.

²⁵ Pour 194 600 naissances vivantes.

²⁶ Pour 208 724 naissances vivantes.

FIGURE 2.12 - NOMBRE D'AVORTEMENTS PRATIQUÉS EN MILIEU HOSPITALIER ENTRE 1965 ET 1995

(Source : ONFP, 1995)



Le rapport entre le nombre d'avortements et le nombre de naissances vivantes stagne depuis 1977. On compte annuellement entre neuf et dix avortements pour cent naissances vivantes entre 1977 et 1995 soit trois fois moins qu'en France (Blayo, 1995).

Le contexte social de la légalisation de l'avortement

L'avortement a été un moyen de limitation des naissances pour les classes aisées ou à l'opposé dans certaines zones rurales pauvres avant la libéralisation de la vente des moyens contraceptifs (Bchir, 1969). Il n'y avait donc aucun tabou sur cette méthode que les femmes connaissent toutes pour son efficacité. Lorsque l'avortement a été totalement légalisé en 1973, les Tunisiennes ont rapidement fait appel aux médecins pour avorter. Conscientes du danger de l'avortement pratiqué par les *qablas*, elles se sont tournées vers la médecine moderne. Une raison supplémentaire de s'orienter vers les centres de planning familial est qu'ils pratiquaient gratuitement l'IVG alors que la *qabla* se faisait rétribuer.

La conférence de Rabat (1971) sur la planification familiale et l'Islam a conclu que l'avortement pouvait être autorisé avant le quatrième mois de grossesse ou même après dans le cas où la santé de la mère est réellement en danger (Ayad, 1976). Une telle lecture a été à la base de la législation tunisienne qui s'est explicitement appuyée sur les textes religieux²⁷.

Les raisons de la légalisation précoce de l'avortement en Tunisie²⁸ sont multiples. Un des premiers objectifs était de faire diminuer la mortalité maternelle consécutive aux actes clandestins et plus généralement de protéger la santé de la mère. L'avortement clandestin est ainsi devenu passible de sanctions. Selon la revue du CREDIF²⁹, la loi sur l'avortement a contribué à en limiter la pratique clandestine (Allani, 1994).

Mais au-delà de ces motivations d'ordre sanitaire, il faut noter le pragmatisme de la politique de population tunisienne. Comme nous le verrons dans le quatrième chapitre, le planning familial était un

²⁷ « L'Islam différencie entre vie végétative et vie animée (ayant une âme). Il s'agit donc de savoir quand une entité biologique telle que le fœtus devient dotée d'une âme et donc quand son élimination devient illicite (sauf bien sûr pour des raisons médicales et nous rejoignons ici l'avortement médical qui lui ne souffre d'aucune limitation). Deux textes de grandes importances vont trancher. Il s'agit des versets 12, 13 et 14 de la sourate *Al mou' minoun* (Les croyants). Dans ces versets il y a une description détaillée des stades par lesquels passe l'œuf fécondé pour devenir un fœtus. À côté de ces versets, il y a un hadith authentifié du Prophète qui précise que la durée de chaque stade est de 40 jours et que c'est au terme du troisième stade que l'âme *Er-Rouh* est insufflée. Ainsi et avant le 120^{ème} jour (4^{ème} mois) de la conception, le fœtus est inanimé et peut donc être éliminé. Cette opération ressemblera à la simple amputation d'un organe. C'est ainsi que l'Imam Abou Hanifa et beaucoup d'autres juristes ont jugé permis l'IVG au cours de cette période. L'Imam Al Ghazali a même jugé permis l'avortement quand la femme craint pour sa beauté » (Allani, 1994 : 18-19).

²⁸ Aujourd'hui, en Afrique, seuls trois pays autorisent l'interruption de grossesse sur simple demande de la femme : la Tunisie, l'Afrique du Sud, le Cap Vert (Nations Unies, 1999).

²⁹ Centre de Recherches, d'Études, de Documentation et d'Information sur la Femme.

élément d'une politique beaucoup plus ambitieuse de modernisation, de développement de la société et à ce titre, sa mise en place était le fruit d'une stratégie globale dont l'avortement ne pouvait pas être exclu. Les autorités ont rapidement compris que l'IVG constituait pour beaucoup de femmes la seule méthode de limitation des naissances accessible et efficace.

Impacts et conséquences de la légalisation de l'avortement

La diminution des avortements clandestins explique certainement, comme ailleurs³⁰, une part de la baisse de la mortalité maternelle. Le seul indice que nous possédions sur ce point concerne la baisse spectaculaire de la mortalité maternelle entre 1971 et 1976, puisqu'elle est passée d'environ 140 décès pour 100 000 naissances vivantes à 76³¹. Mais les données manquent pour estimer plus précisément l'incidence de la légalisation de l'avortement sur la mortalité et la morbidité des femmes.

Outre son impact direct sur la baisse de la fécondité, il faut souligner le rôle qu'a joué la libéralisation de l'IVG dans l'accessibilité aux méthodes contraceptives. Cet acte pratiqué gratuitement dans les centres de planning familial a permis de prendre en charge des femmes qui n'ont jamais utilisé de moyens contraceptifs ou qui les utilisent mal. Les résultats actuels sont à la hauteur des moyens engagés puisque, selon l'ONFP (1997a), un avortement est suivi dans plus de 75% des cas par l'adoption d'une méthode contraceptive moderne.

³⁰ Selon l'OMS (1994), au niveau international, un décès maternel sur huit fait suite à un avortement. En Afrique, la probabilité de décès à la suite d'un avortement à risque est de 1 sur 150. En Roumanie, en favorisant le retour de l'avortement clandestin, la loi anti-avortement de 1966 s'est traduite par une forte progression immédiate de la mortalité maternelle, qui a aussitôt diminué après la suppression de la loi en 1990.

³¹ CREDIF, 1994a ; Mzid, 1986, *Mortalité infantile et mortalité maternelle en Tunisie de 1966 à 1982*, Thèse de médecine, Tunis, cité in Zouari (1990).

Caractéristiques des femmes ayant recours à l'avortement

Les caractéristiques des candidates à l'IVG ont évolué et avec elles l'objectif même de l'avortement. Avant sa légalisation, il était subi par des femmes en fin de vie féconde. Pendant les premières années de sa légalisation « partielle » (1965) et jusqu'au milieu des années 1970, il reste une pratique de femmes âgées et multipares. En 1973, une fois accessible à toutes, on observe un rajeunissement des candidates. Selon plusieurs enquêtes, l'âge moyen des femmes qui avortent au milieu des années 1970 serait compris entre 30 et 31 ans (Bchir et Charfeddine, 1976 ; Chadi *et al.*, 1976) et a peu évolué depuis cette date (Achour *et al.*, 1993b). Consécutivement au rajeunissement des femmes, le nombre moyen d'enfants au moment de l'avortement diminue. Il a été estimé à 6,5 en 1966 et à 4,4 en 1974-1975 (Bchir et Charfeddine, 1976). En 1992-1993, sur 862 femmes mariées venues subir un IVG dans un centre de planning familial, 50 (6%) n'avaient pas eu de grossesse antérieure et 179 (21%) avaient eu une seule grossesse (Achour *et al.*, 1993b).

Si, jusqu'au milieu des années 1970, l'avortement a pu être vécu par les Tunisiennes comme une « méthode d'arrêt de procréation » (Bchir et Charfeddine, 1976 : p.20), l'accès à la contraception est devenu ensuite de plus en plus facile. Depuis les années 1980, les femmes ont à leur disposition de nombreuses méthodes qu'elles peuvent se procurer facilement, gratuitement ou à un coût très faible. Mais, au début des années 1990, la contraception ne recueille pas l'assentiment de toutes. « L'IVG demeure toujours un moyen de régulation des naissances » et ne sert pas uniquement à pallier les « accidents » (Achour *et al.*, 1993a : 138). Certaines femmes continuent à l'utiliser délibérément comme contraception parce qu'elles sont réticentes aux autres méthodes ou parce qu'elles considèrent que l'avortement est la méthode la plus accessible. C'est le cas notamment des jeunes filles célibataires. Comme les relations sexuelles pré-nuptiales sont socialement prohibées et condamnées, les femmes jeunes ne bénéficient d'aucune information sur la contraception et même si elles la connaissent, elles peuvent

difficilement y avoir recours. Or, le nombre de celles qui ont une vie sexuelle avant de se marier n'est pas nul. Les hommes étant toujours très réticents à l'utilisation du préservatif, certaines jeunes filles se retrouvent enceintes et peuvent décider d'avorter. Les données sur ce type d'événement sont partielles mais permettent néanmoins d'observer que la part des femmes célibataires dans les candidates à l'avortement augmente significativement. En 1986, une enquête à l'hôpital Charles Nicoll de Tunis évalue à moins de 2% le poids des célibataires dans l'ensemble des femmes qui avortent (Laâjimi, 1987). En 1992-1993, ce pourcentage se situerait entre 14% et 23% selon les études (Achour *et al.*, 1993b).

L'une des particularités du planning familial en Tunisie est d'avoir très tôt mis en place un programme post-abortum. Depuis 1968, il donne les moyens aux médecins de mener « une action éducative vers la population candidate à ces services afin de la sensibiliser à l'adoption d'un comportement procréateur responsable lui permettant de substituer à la pratique abortive une contraception d'espacement ou d'arrêt selon le désir des femmes » (ONFP, 1997a : 57). Parallèlement à des actions d'éducation et de sensibilisation aux méthodes non abortives, certains centres n'ont pas hésité à refuser de prendre en charge les femmes qui n'envisagent pas une ligature des trompes ou la pose d'un stérilet après l'interruption de leur grossesse (Vallin, 1968 ; Yatougi, 1976). Cette pratique, encore marginale à la fin des années 1960, semble être beaucoup plus courante durant les années 1970. Après 1990, l'accent est de nouveau mis sur l'information et le conseil. L'ONFP affirme vouloir « permettre aux femmes qui le désirent, après information, l'accès à l'IVG, tout en déconseillant les IVG répétitives » (Boukhris, 1991 : 50).

LES VARIABLES INTERMÉDIAIRES DE LA FÉCONDITÉ

Après le recul de l'âge moyen au premier mariage des femmes qui a entraîné à lui seul une baisse de la fécondité dans les décennies 1960

et au début des années 1970, la progression de la prévalence contraceptive a permis une accélération de la baisse de la fécondité dès le début des années 1980. Pour mieux évaluer ceci, avec les données dont on dispose sur la Tunisie, on peut appliquer les calculs de Bongaarts (1978) en 1978, 1988 et 1994 (tableau 2.9). Rappelons que, selon ce modèle, on peut évaluer à une date t la part relative de la nuptialité, de l'allaitement, de la contraception et de l'avortement³² dans les écarts entre la fécondité observée et une hypothétique valeur maximale correspondant à la fécondité naturelle au sens de Louis Henry.

**TABLEAU 2.9 - VALEUR DES INDICES DU MODÈLE DE BONGAARTS
POUR LA TUNISIE EN 1978, 1988 ET 1994**

	1978	1988	1994
Cm (nuptialité)	0,63	0,52	0,43
Cc (contraception)	0,73	0,56	0,47
Ca (avortement)*	0,92	0,89	0,89
Ci (infécondabilité post-partum)	0,73	0,75	0,78
ISF calculé	5,87	3,69	2,67
ISF observé	5,48	3,76	2,87
ISF calculé / ISF observé	1,07	0,98	0,93

Source : nos calculs d'après ETF 1978 ; EDS 1988 ; ETSME 1994

* estimation

Que ce soit en 1978, en 1988 ou en 1994, la réduction la plus importante est due à la nuptialité, ou plus précisément à la période de non-soumission au risque de conception liée à un âge moyen au premier mariage de plus en plus élevé. Ceci explique que, même avec des taux de prévalence contraceptive en forte croissance sur la

³² Il n'y a pas en Tunisie de données sur les avortements selon l'âge de la femme. Nous proposons néanmoins ici une estimation de l'indice d'avortement dans la mesure où le phénomène, sans être prépondérant, n'est pas négligeable. Ces estimations rejoignent celles de Ayad et Jemai (2001).

période étudiée, et malgré un resserrement des impacts de la contraception et de la nuptialité, cette dernière reste essentielle pour la limitation des naissances. Le rôle de l'allaitement, responsable de l'infécondabilité post-partum, diminue légèrement entre 1978 et 1994 et devient moins important en termes relatifs. Quant à l'avortement, son rôle est faible sur la réduction directe de la fécondité générale.

Ce modèle à quatre variables, qui estime ici l'ISF avec une erreur moyenne de l'ordre de 5%, donne une idée du schéma de la transition de la fécondité tunisienne. Bongaarts (1982) décrit quatre phases dans la transition selon la valeur de l'indice synthétique de fécondité : la phase I correspond à une période pré-transitionnelle (ISF supérieur à 6) et la phase IV à une transition achevée ou en cours d'achèvement (ISF inférieur à 3). Selon cette classification, la Tunisie se classe en 1994 en début de phase IV, c'est-à-dire vers la fin de sa transition.

TABEAU 2.10 - VALEUR MOYENNE DES INDICES DU MODÈLE DE BONGAARTS SELON LA PHASE DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

	I	II	III	IV
Cm	0,78	0,63	0,55	0,55
Cc	0,91	0,68	0,63	0,31
Ca	1,00	1,00	0,96	0,89
Ci	0,65	0,78	0,76	0,93

Source : Bongaarts 1982

Le schéma se complique si l'on regarde plus précisément les étapes de la transition de la fécondité à travers les variables intermédiaires. Pour les quatre phases, Bongaarts a calculé les valeurs des indices moyens de ces variables sur un ensemble de populations des pays développés, en développement ou de l'ancien régime en Europe (tableau 2.10). Quelques résultats comparatifs sont intéressants. Premièrement, en 1994 l'indice tunisien de nuptialité est plus

faible³³ que la valeur moyenne en phase IV de la transition, c'est-à-dire pour une transition achevée, et ceci était déjà vrai en 1988. Deuxièmement, l'indice de prévalence contraceptive y est plus élevé que dans l'échantillon des pays parvenus à la phase IV. Troisièmement, la hausse conséquente des taux d'avortement qui accompagne généralement la fin de la transition est observée dès la phase II en Tunisie. Quatrièmement, alors que l'effet de l'allaitement décroît de manière importante dans les pays en phase IV de la transition, son impact en Tunisie a diminué de manière beaucoup plus faible. L'indice d'infécondité post-partum de la Tunisie de 1994 correspond à celui de la phase II de la transition de l'échantillon de Bongaarts.

Ces quelques repères quantitatifs permettent de mieux saisir l'importance du recul de l'âge au mariage dans la baisse de la fécondité. En effet, la transition tunisienne ne s'est pas accompagnée comme dans d'autres pays d'une progression des unions libres. L'absence de conceptions en dehors du cadre légal du mariage renforce le poids de l'âge au premier mariage dans la limitation des naissances. Ce n'est que dans les toutes dernières années que la forte progression du taux de prévalence pourrait donner une place majeure à la contraception dans la réduction de la fécondité. La spécificité du modèle de la transition de la fécondité tunisienne est finalement de concentrer les naissances en début de vie maritale, de recentrer l'usage massif de la contraception une fois atteinte la descendance idéale et de conserver des attitudes traditionnelles en matière d'allaitement. Nous allons voir maintenant comment le contexte socio-économique, politique et culturel a pu influencer l'agencement d'une telle combinaison des variables intermédiaires de la fécondité.

³³ Rappelons que dans le modèle de Bongaarts, les indices se multiplient pour donner la valeur de la réduction de la fécondité biologique maximale. Un indice a donc un poids d'autant plus fort qu'il est proche de zéro.

CHAPITRE 3

FECONDITÉ ET MODERNISATION

Selon la théorie de la modernisation, le développement socio-économique entraîne dans son sillage une convergence vers un type préférentiel de famille nucléaire et une fécondité réduite. L'évolution importante qu'a connue la Tunisie en ce domaine au cours des dernières décennies suggère donc, selon cette optique, de chercher les relations qui pourraient exister entre la baisse de la fécondité et les variables indicatrices de ce processus de modernisation.

Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain (PNUD, 1994), la Tunisie se place parmi les tout premiers pays en termes d'augmentation de l'Indice de Développement Humain (IDH) sur la période 1960-1992. Sous réserve de l'acceptation de l'IDH comme critère synthétique de la mesure de développement, la tentation est forte de conclure à un rapport de cause à effet entre transition démographique et développement socio-économique du pays. Depuis les années 1960, la Tunisie a en effet connu de profonds changements dans les secteurs économiques et sociaux. En l'an 2000, la population est presque aux deux tiers urbaine, la part des secteurs secondaire et tertiaire s'est considérablement accrue face au secteur agricole, la scolarisation s'est généralisée à l'ensemble de la population, la multiplication des infrastructures sanitaires garantit à tous une prise en charge des problèmes médicaux dans un horizon géographique proche.

LE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE DE LA TUNISIE

L'aménagement du territoire a été une préoccupation forte des autorités tunisiennes depuis l'Indépendance. De nombreuses localités ont été érigées en villes. Elles ont bénéficié d'infrastructures administratives, sanitaires et éducatives afin de permettre un développement des zones rurales autour de ces pôles. L'exode rural a aussi participé à la forte croissance du tissu urbain, notamment celui de la capitale. En 1994, presque les deux tiers des Tunisiens vivent en milieu urbain contre un tiers en 1956 (recensements, INS).

Alors que l'agriculture employait 45,8% de la population active en 1966, ce chiffre n'est plus que de 22,7% en 1999, au profit des autres secteurs et notamment du secteur tertiaire qui est devenu de loin le plus gros employeur (tableau 3.1).

TABLEAU 3.1 - STRUCTURE DE LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE
PAR SECTEUR ENTRE 1966 ET 1999 (%)

	1966	1975	1984	1994	1999
Agriculture et pêche	45,8	39,0	26,7	21,9	22,7
Industries manufacturières	10,6	18,0	19,3	20,0	18,4
Mines, énergie, BTP	10,3	12,8	15,5	15,0	15,4
Commerce et services	33,3	30,2	38,5	43,1	43,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : recensements ; Enquête Emploi 1999 in INS-web pour 1999

Très tôt, la Tunisie a mené une active politique de scolarisation. Pour l'année scolaire 1999-2000, ce sont 92% des enfants de 6 à 12 ans qui sont scolarisés. L'analphabétisme a considérablement régressé parmi les jeunes. Pour la population âgée de 10 à 29 ans, alors que plus de la moitié d'entre eux ne savent ni lire ni écrire en 1966, ils ne sont plus que 9,1% en 1999. Si les écarts entre les sexes diminuent, ils demeurent néanmoins puisque cette moyenne de 9,1%

se décline selon un taux d'analphabétisme féminin de 13,6% contre 4,7% pour les garçons. En revanche, les filles représentent la moitié des effectifs des étudiants dans l'enseignement supérieur.

Au moment de l'Indépendance, la couverture sanitaire en Tunisie est faible. Le premier plan de développement (1962-1964) tente de remédier à cette situation. L'amélioration de la santé est alors considérée par les planificateurs comme un moyen de combattre le sous-développement. Ce plan comporte un vaste programme d'investissement (7 600 lits d'hôpitaux, 148 centres de PMI, 380 dispensaires) dont une grande partie est réservée aux structures destinées aux femmes et aux enfants (Bakay, 1990). Jusqu'au milieu des années 1970, le nombre de structures, relativement à la population, augmente rapidement. Dans les trois premiers plans de développement (1962-1972), la notion de santé est très large et une attention particulière est portée aux conditions de vie susceptibles de nuire à la santé de la population à travers la mise en place de programmes de lutte contre la malnutrition et d'amélioration des logements.

En 1999, on compte en Tunisie un médecin pour 1 284 habitants (Ministère de la Santé in INS-web), 1 957 centres de santé de base, 171 hôpitaux et 65 cliniques privées. Les conditions de vie de la population se sont très nettement améliorées puisque la part des logements rudimentaires est passée de 44% à 1% entre 1966 et 1999 (INS, 1973 ; Enquête Emploi in INS-web). En 1998, 93% des logements sont électrifiés et 74% sont desservis en eau potable (Rapport sur les indicateurs d'infrastructure, INS, 1998 in INS-web).

LA FÉCONDITÉ TUNISIENNE DANS UN CONTEXTE DE MODERNISATION

Les variables de la modernisation socio-économique sont très bien corrélées, et dans le sens attendu, avec celles des changements observés dans la baisse de la fécondité tunisienne (figure 3.1). Mais

une fois énoncé ce constat élémentaire, force est de constater les difficultés, d'une part à élucider et à tester les mécanismes précis reliant l'ensemble des variables de la modernisation à la fécondité, d'autre part à discerner le poids des variables économiques des variables culturelles. Issue de la description du modèle occidental, on sait à quelles critiques la théorie de la modernisation s'est heurtée dans son application aux pays en développement (Szreter, 1993 ; Charbit, 1995 ; Kirk, 1996 ; Vimard, 1997). Une des récriminations les plus récurrentes est que la théorie de la modernisation décrit des évolutions macro-sociétales alors que les comportements de fécondité sont du ressort de la décision des individus et que le pont n'est pas jeté entre les deux niveaux. Par exemple, dans une vaste synthèse de la littérature consacrée au thème de l'influence de l'urbanisation sur la baisse de la fécondité, Tabutin (2000) conclut sur la très faible prise en compte des mécanismes précis reliant l'une à l'autre, et en définitive sur l'absence de théorie sous-jacente pouvant expliquer des comportements individuels de fécondité spécifiquement urbains³⁴.

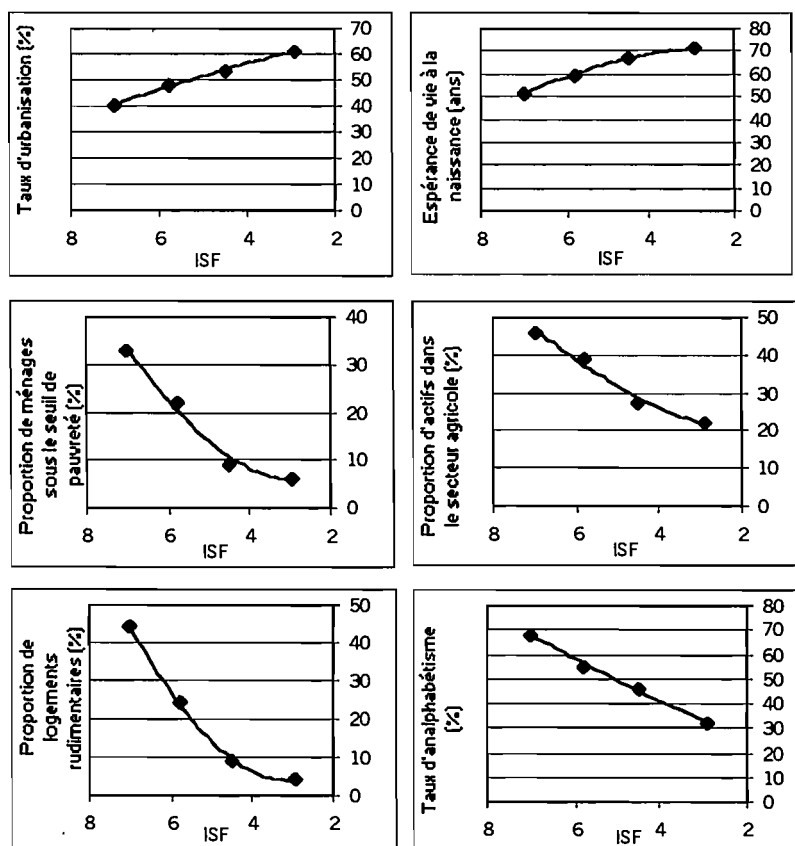
Une manière de s'affranchir des limites du pouvoir explicatif de la théorie de la modernisation est de décomposer les différentes entités sociales qui ont à voir avec la fécondité et qui ont en toile de fond ces grandes évolutions sociétales que sont par exemple l'urbanisation ou la progression de l'économie marchande. Ces entités que nous appellerons « organisations » et « institutions », en référence au renouveau du courant institutionnaliste (McNicol, 1982) dans les sciences sociales, sont à la fois les créatrices des grandes évolutions et s'inscrivent en leur sein.

³⁴ Ce qui est vrai pour l'urbanisation ne l'est pas forcément pour d'autres variables traditionnellement incluses dans le schéma de la modernisation. Par exemple, l'influence de la scolarisation sur la baisse de la fécondité a été beaucoup étudiée (Tabutin, 2000).

FÉCONDITÉ ET MODERNISATION

**FIGURE 3.1 - INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ET DIFFÉRENTES
VARIABLES DE LA MODERNISATION EN 1966, 1975, 1984 ET 1994
(AJUSTEMENT AVEC COURBE DE TENDANCE POLYNOMIALE DE
DEGRÉ 2)**

(Source : recensements)



APPROCHE INSTITUTIONNELLE DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

On assiste depuis environ deux décennies à une révision de l'étude des logiques d'action dans les pays en développement. Regroupés sous la bannière de l'approche institutionnelle³⁵, un ensemble de travaux ont montré que ce qui était le plus souvent décrit comme des comportements irrationnels, inertiels et ancrés dans des hiérarchies obsolètes répondent au contraire à une logique forte selon laquelle la production et la reproduction s'inscrivent de manière collective dans un ensemble d'organisations et d'institutions touchant de près à la famille. Selon cette approche, des comportements individuels apparemment irrationnels prennent tout leur sens réexaminés à la lueur des logiques organisationnelles³⁶.

Une organisation est définie simplement ici comme un « ensemble d'individus qui poursuivent un objectif commun ». Le regroupement d'individus au sein d'une organisation permet ou facilite la réussite du projet commun à travers une division des tâches, une spécialisation ou une économie sur les coûts de transaction, réels ou symboliques, occasionnés par toute activité sociale. Quant à elle, l'institution est un « ensemble de normes, règles, coutumes et lois qui guident le comportement des individus et des organisations ». Son existence tient du même type d'arguments que pour l'organisation.

La frontière entre organisation et institution n'est pas toujours très claire. La famille nucléaire est une organisation, la famille élargie aussi, de même que la tribu. Mais ces différentes entités s'articulent selon des normes dictées par l'institution familiale dans son ensemble. On parlera par exemple de l'institution scolaire pour

³⁵ Il existe en réalité *des* approches institutionnelles, ne se reconnaissant pas toujours dans la sémantique selon les disciplines, notamment entre la sociologie, l'économie et l'anthropologie.

³⁶ Sur ce point, on pourra consulter par exemple (Ben Porath, 1980 ; Hugon, 1990 ; He, 1994).

désigner le système éducatif dans son ensemble, et de l'organisation des enseignants qui forment une entité aux contours bien définis et qui sont liés par un ensemble d'objectifs communs.

Dans cette optique, le comportement procréateur est vu comme le résultat de stratégies multiples des différentes organisations dans un contexte institutionnel précis au sein duquel elles s'inscrivent. Ces stratégies peuvent être directement et explicitement liées au comportement procréateur ou bien se référer à des objets autres mais ayant des incidences sur la fécondité. Piché et Poirier écrivent que l'objectif de l'approche institutionnelle est de « contextualiser les mécanismes de prise de décision en matière de fécondité par une analyse de l'interaction entre les structures de la production matérielle et celles de la reproduction démographique » (1995 : 127). C'est selon cette démarche que nous allons opérer en étudiant séparément les entités sociales, organisations et institutions qui apparaissent les plus importantes puis nous en ferons une synthèse.

Statut de la femme et famille

La famille

Selon Roussel (1994), il n'y a pas de modèles de fécondité mais il y a des modèles familiaux dans lesquels la fécondité est une stratégie particulière. Ces stratégies sont définies au sein d'un espace des choix et d'un espace des contraintes. Avec cette terminologie, on peut alors s'intéresser d'abord au noyau dur de la détermination de la procréation, c'est-à-dire la famille, puis voir comment les autres institutions et organisations sociales permettent, encouragent ou répriment les choix familiaux en matière de fécondité.

La famille traditionnelle tunisienne (*ayla*) est une notion protéiforme. Elle désigne aussi bien le ménage que la famille élargie à laquelle se rattache le ménage (Ben Salem, 1994b). Ses attributions sont productives et reproductives. Unité de base de la

production économique, la famille traditionnelle arabo-musulmane est aussi le lieu de transmission d'un capital symbolique constitué par une histoire généalogique qui se transmet de père en fils et qui remonte jusqu'à l'ancêtre fondateur. La parenté (*nasab*) est l'élément de l'honneur familial. Le lieu de résidence de la famille, où cohabitent les générations, est celui qu'a foulé en premier l'ancêtre fondateur de la famille, celui qui l'a ancrée sur ses terres.

Ces deux fonctions, productives et reproductives, induisent une structuration très précise des rôles et des tâches de chaque membre de la famille. La division familiale du travail est dépendante d'un statut particulier que procure la place des individus au sein de la hiérarchie. Si les travaux de production sont effectués collectivement, on distingue cependant clairement les tâches des enfants, des femmes, des hommes et du chef de famille. Le contrôle social des anciens est très fort, toute activité ayant un rapport avec l'intégrité du groupe est soumise à leur approbation. C'est ainsi qu'ils ont la mainmise sur l'essentiel des aspects procréateurs des jeunes couples, que ce soit par le choix des conjoints, l'âge au mariage, la socialisation des enfants, le modèle d'autorité au sein du couple, et bien sûr l'effectif de la descendance. Il ne faut pas oublier que dans ces sociétés agraires traditionnelles, l'aléa est géré par la maximisation du nombre d'enfants pour permettre une division et une spécialisation du travail (Chelli, 1994).

Pour répondre aux attentes imposées par les impératifs économiques et symboliques, l'objectif principal du couple était de fournir à la famille le plus grand nombre possible de fils, seuls garants de la puissance économique et de la préservation des liens du sang. Pour Seklani (1960), l'autorité indiscutable du patriarcat, la forte cohésion des membres du groupe, le culte de la puissance, le droit prépondérant du père sur sa femme et sur ses ascendants, la supériorité morale de la collectivité sur l'individu sont les manifestations les plus évidentes du « culte du nombre » de la part de la famille. L'entrée en union a donc comme finalité essentielle la production de descendants masculins au service de la famille. On ne

s'étonnera pas alors que cette production soit fort précoce, en général dès la puberté de la jeune fille.

Ce modèle traditionnel a guidé massivement le comportement procréateur de la population jusqu'au XX^e siècle. Aujourd'hui, la famille tunisienne a changé. Alors que l'installation d'un ménage hors des terres familiales était autrefois synonyme de rupture des liens familiaux, la cohabitation des générations est devenue marginale, la famille nucléaire s'imposant comme le modèle de référence, même en milieu rural. Les jeunes peuvent continuer à s'installer près de leurs parents ou de leurs familles mais en menant une vie plus indépendante. Dans le même temps, la fonction de production économique de la famille périclité au profit de structures de marché, donnant ainsi un nouveau statut à l'enfant qui cesse d'alimenter un flux intergénérationnel en faveur des parents.

La famille large n'a pas disparu pour autant. Sa valeur symbolique et idéologique et les recours potentiels qu'elle fournit en cas de difficultés restent visibles. Selon l'expression de Ben Salem (1990), la famille nucléaire gère le niveau du quotidien et la famille large agit comme cadre englobant et sécurisant. Le réseau de solidarités qu'elle représente se réactive lorsque cela est nécessaire. Mahfoudh (1994) met justement en avant les changements survenus pendant les années 1970 dans le vocabulaire sociologique qui étudie la famille. Le concept de « réseau social » a remplacé celui de « groupe de référence ». Le réseau familial constitue pour l'auteur un « capital social que l'individu peut mobiliser à certains moments de sa vie ». Cette modification profonde de la conception de la famille a entraîné une conséquence fondamentale sur la procréation qui devient de plus en plus l'affaire des couples, avec des degrés de contrôle de moins en moins forts de la part de la famille élargie.

Contrôle moindre de la part de l'organisation familiale dans la vie intime des jeunes couples et changement dans le statut de l'enfant sont les deux éléments clés de la transformation des mentalités des

couples vis-à-vis de la procréation. Socialement, ils sont davantage libres de choisir la taille de leur progéniture et, économiquement, n'ont plus le besoin impérieux que celle-ci soit nombreuse.

Ces transformations de la famille en cours affectent très diversement les individus et les ménages selon leur classe sociale et leur lieu de résidence. Par exemple, dans les années 1980, dans la région déshéritée de Sidi Bou Zid, les enfants étaient utilisés comme main-d'œuvre gratuite et docile sur l'exploitation agricole familiale (Ferchiou, 1985). Or, ce *gouvernorat* présente un taux de fécondité parmi les plus élevés du pays. Pour étayer l'actualité de ceci, Bchir (1994) montre, à la lumière des résultats d'une enquête, que la relation entre l'entraide familiale et la procréation est lâche sauf pour le groupe social « résident en milieu rural et accouchant à domicile », dont les modes de vie sont fortement dictés par les normes de la grande famille.

Le mariage

Le modèle de la famille traditionnelle fonctionne selon un ensemble de mécanismes régulateurs qui visent à ne pas remettre en question sa pérennité. Le mariage est à cet égard un élément très important dans la dynamique familiale et il obéit à des règles très strictes, les individus ayant une faible latitude pour ne pas y souscrire.

Lorsqu'on évoque le mariage arabo-musulman, c'est au mariage endogame que l'on pense. Il s'agit d'une endogamie en ligne agnatique, l'homme étant généralement marié à la fille d'un frère de son père. Si ce modèle est encouragé et estimé, nous avons vu qu'il n'est pas universel dans les faits. Mais il demeure établi que le mariage endogame est traditionnellement la norme de référence idéale. L'origine de cette préférence n'est pas religieuse. Le Prophète a parlé de « dégénérescence de la race consécutivement aux alliances endogames » (Ben Salem, 1992). L'hypothèse économique selon laquelle le mariage endogame permettrait la

conservation du patrimoine au sein du groupe est la plus plausible. La femme ayant droit à une part de l'héritage, son départ dans une autre famille le disperserait.

S'il faut chercher une particularité influente du mariage arabomusulman sur la fécondité, celle-ci n'existant qu'au sein du mariage, c'est à la répudiation et à la polygamie qu'il faut s'intéresser. Piliers de l'institution matrimoniale, elles permettent une fécondité maximale en soumettant la femme à l'exposition à la grossesse tout au long de sa vie féconde. La structure déséquilibrée entre les sexes qu'elles nécessitent a pour corollaire un âge précoce au mariage des filles, un écart d'âge entre les époux et l'universalité du mariage.

Lorsque sont interdites en 1956 la répudiation et la polygamie et que l'âge légal minimum au mariage des filles est reculé, au-delà des implications socio-culturelles c'est tout le système matrimonial qui est remis en cause. Nous avons vu que le mécanisme démographique d'ajustement s'est fait par un recul important de l'âge au mariage des femmes. Mais ce déséquilibre démographique n'est pas le seul phénomène ayant eu une influence sur le recul de l'âge au mariage. Les difficultés d'installation des jeunes couples, de plus en plus autonomes, sont réelles et ne favorisent pas les mariages précoces. C'est d'ailleurs souvent ce discours que tiennent les hommes pour expliquer leur mariage tardif. Les jeunes filles célibataires évoquent quant à elles la recherche du conjoint idéal et la volonté de poursuivre des études ou d'exercer un emploi. L'innovation contemporaine dans l'institution du mariage est sans doute la recherche d'un bonheur plus individuel et d'une relation affective en lieu et place d'une union utilitaire. Les mariages arrangés diminuent. Une étude menée en 1988-1989 sur 500 femmes tunisiennes diplômées du supérieur a montré que 53% d'entre elles ont rencontré leur conjoint sur le lieu de leurs études, tandis que pour 21,5% d'entre elles, il leur avait été présenté par la famille (Aït Amara, 1994). Selon la formule de Chelli (1994), « la famille admet l'amour mais ne le reconnaît pas ».

Le statut de la femme

Le statut de la femme a longtemps été déterminé par sa place dans l'organisation familiale. Ses attributions étaient déterminées suivant une division sexuelle du travail. Ses droits reconnus étaient ceux relatifs à son rôle de mère. En tant que femme, elle devait fournir des descendants à la famille. Sa sphère traditionnelle est l'espace domestique, seul l'homme peut s'investir dans la vie publique.

Parmi les inégalités que génère cette différenciation classique des sexes, certaines sont en train de disparaître et de réagir à la baisse sur la fécondité (Fargues, 1988). Premièrement, la scolarisation des femmes s'est développée. Deuxièmement, elles ont de manière croissante accès au marché du travail et au salariat. Troisièmement, certaines inégalités devant l'institution matrimoniale se résorbent peu à peu. Si les écarts d'âge demeurent entre les sexes, si le remariage des femmes est toujours aussi difficile, en revanche le choix réciproque plus libre du conjoint et une moindre intolérance envers le célibat prolongé des femmes sont des arguments positifs pour l'émancipation des femmes et donc pour la détermination d'une stratégie individuelle concernant la procréation.

L'État et les institutions publiques

L'État

Dans la « modernisation » en cours dans le pays, l'État tunisien a joué un rôle moteur. Depuis l'Indépendance, la politique de développement a été pensée globalement pour faire du citoyen tunisien un homme nouveau ou une femme nouvelle. C'est dans ce cadre que la politique démographique et les mesures législatives sur le statut de la femme doivent être situées. Les mesures ayant trait à la famille se rattachent à un développement socio-économique plus vaste, ce dernier agissant en retour sur les comportements démographiques.

Du fait même de l'existence d'une politique nationale de planification familiale et de sa mise en place effective par l'État, l'idée de la restriction de la fécondité a été intégrée par les couples, alors que celle-ci était impensable auparavant. L'utilisation contemporaine non négligeable de méthodes traditionnelles de contraception, alors qu'il existe des méthodes sûres, indolores, peu coûteuses, puisque subventionnées par l'État, va dans le sens de l'argument précédent. Au-delà des efforts des acteurs de la planification familiale et des résultats obtenus, c'est sur les changements des mentalités et leur propagation qu'il faut insister, la limitation des naissances étant un acte peu « naturel » dans les sociétés arabo-musulmanes traditionnelles.

Dans ses mesures de réforme en matière de procréation et du statut de la femme, l'État s'est beaucoup servi de l'appareil législatif. Le premier texte de loi de la Tunisie indépendante a concerné l'abolition de la polygamie, l'interdiction de la répudiation, la liberté dans le choix du conjoint. Certaines mesures, comme la scolarisation des filles n'ont pu être entérinées par la loi qu'après une évolution propice des mentalités. Dans les domaines qui intéressent directement la fécondité, les pouvoirs publics ont su jouer habilement sur la loi pour faire évoluer les mentalités et sur les mentalités pour faire évoluer la loi.

L'institution religieuse

Les pouvoirs publics ont su aussi composer avec les institutions religieuses. Dans le monde arabo-musulman, la référence aux textes sacrés constitue un guide précieux dans la conduite de la vie. Explicitement ou implicitement à travers les traditions et les mentalités, la religion imprègne les comportements des individus, des couples et des familles. Dans les pays arabes, le statut individuel est déterminé par la *sharia*, loi islamique basée sur le Coran et la Sunna (la vie du Prophète). Seule la Tunisie possède un

Code du Statut Personnel ne reposant pas sur des préceptes religieux (Makhlouf Obermeyer, 1994).

L'argument précédent doit être nuancé car l'Islam n'est pas une religion avec une autorité centrale forte. Des interprétations différentes des textes sacrés peuvent aboutir à des controverses parmi les théologiens. Ainsi, certains penseurs comme Ghazali au X^e siècle, Cheikh Nefzaoui au XIX^e siècle ou le Tunisien Tahar El Haddad dans les années 1930, se réfèrent au Coran et à la Sunna pour justifier la restriction des naissances et l'adoption de la contraception. Dans les années 1950, l'Égypte a lancé dans l'arène publique le débat sur la limitation des naissances, avant d'adopter en même temps que la Tunisie une politique de planification familiale. Dès son arrivée au pouvoir en 1956, le Président Bourguiba s'est inspiré de la pensée de différents réformateurs pour légitimer aux yeux de l'institution religieuse la politique démographique mise en œuvre. Il n'y a pas eu de forte opposition de la part des autorités religieuses tunisiennes lors de la mise en place de cette politique. Plus tard, une enquête menée au début des années 1980 a montré que la conviction religieuse des Tunisiens était plutôt favorable au contrôle des naissances, tout en émettant des réserves sur certaines méthodes comme l'avortement (Ladjimi *et al.*, 1985).

Si la religion islamique n'est pas fondamentalement opposée à la limitation des naissances, il apparaît que c'est son application dans un cadre socio-politique précis qui détermine *in fine* les mentalités et les attitudes. Il ne faut pas oublier non plus l'impact de la religion sur le rôle des sexes, sur la conception de la famille et sur toutes les organisations et institutions ayant à voir avec la fécondité. Il y a quarante ans, Seklani écrivait : « La structure de la famille, principale garantie de la pérennité de l'ordre ancestral, obéit toujours aux règles et aux pratiques traditionnelles. L'emprise de la religion, les préceptes coraniques ont peut-être perdu de leur mordant et de leur autorité jadis indiscutables, mais ce qui en reste imprègne les mentalités, à des degrés divers, selon les milieux, et s'impose au nom de la coutume » (1960 : 842).

L'institution scolaire

L'État tunisien a lancé dès l'Indépendance une politique de développement scolaire très ambitieuse. L'incidence de la scolarisation des filles sur la baisse de la fécondité n'est plus à démontrer. Plusieurs pays ont misé de manière prioritaire sur cet aspect en guise de politique démographique. Pourtant, les mécanismes entre scolarisation des filles et baisse de la fécondité ne sont pas triviaux.

L'argument démographique est le plus évident. La période de scolarisation des études secondaires et supérieures retarde l'entrée en union de la jeune fille et la soustrait pendant ce temps à l'exposition au risque de conception. Le second argument, économique, inverse le statut traditionnel de l'enfant qui jusque là participait au travail domestique. En étant scolarisé, il coûte et ne rapporte plus. Les nouveaux coûts d'éducation de l'enfant deviennent trop importants pour une progéniture nombreuse. Vimard (1993) montre que la conjoncture économique et l'idéologie peuvent être à l'origine de stratégies de déscolarisation des enfants. Selon cette acception, la scolarisation reste du domaine du calcul d'optimisation des revenus et rien ne permet alors de conclure à une corrélation négative entre taux de fécondité et éducation scolaire. Dans le cas de la Tunisie, si les taux de scolarisation différentiels par sexe ou par région peuvent faire penser à des phénomènes de ce type, il n'en reste pas moins que les solidarités familiales en termes de redistribution des richesses sont sûrement moins fortes qu'en Afrique de l'Ouest et que par conséquent, c'est bien une relation inverse entre taux de scolarisation et taux de fécondité que l'on observe. Le troisième argument qui a trait à cette relation entre scolarisation et fécondité est de nature psychologique. La mixité, l'égalité intellectuelle au regard des résultats scolaires, la prise de conscience des problèmes de société (Ben Salem, 1990), ou le simple fait de faire sortir la fille de son espace séculaire domestique, sont des facteurs qui modifient le système de valeurs des individus sur le partage des rôles sexuels.

La sphère économique

L'économie de marché

Avant le XIX^e siècle, l'économie traditionnelle est essentiellement familiale. Orientée selon une division sexuelle du travail, elle vise à l'autosubsistance. Les produits fabriqués peuvent circuler entre ménages au sein de la famille élargie, mais l'échange reste limité à cette sphère. Seuls les oasisiens profitant du commerce transsaharien et quelques communautés bien localisées comme les Jerbiens, participent à une économie pré-capitaliste en pratiquant des échanges marchands de manière régulière.

La déstructuration de la production domestique survient au XIX^e siècle, époque à laquelle le système capitaliste commence une percée en Tunisie. Le mode de production capitaliste touche en profondeur le système agricole traditionnel et concurrence les produits artisanaux familiaux, remplacés par des produits manufacturés. La colonisation ne fera qu'accentuer cette tendance à travers un contrôle extensif des terres et une politique d'immatriculation foncière qui restreint l'espace vital de nombreux paysans (Ben Salem, 1990). Conjointement, la politique de sédentarisation des nomades redistribue les terres et territoires des tribus.

La transformation des structures de production traditionnelles s'est faite en direction d'une ouverture au salariat et à travers la dislocation de l'espace physique familial. Rétréci, déplacé, celui-ci ne permet plus un ancrage fort des membres de la famille élargie dans la mesure où les ménages vont s'installer là où ils trouvent à se faire embaucher. Les contrats de *khamessa*, c'est-à-dire de métayage, se multiplient, intégrant la classe paysanne dans la classe ouvrière (Kerrou et Kharoufi, 1994).

L'incidence essentielle sur la fécondité de l'adoption du système de l'économie de marché est d'avoir changé l'unité de base de la production. Anciennement dirigé par la famille élargie, c'est

maintenant la famille nucléaire qui décide du processus de production. En passant d'un système familial normatif, où la fécondité est conditionnée par un besoin en force de travail, à un système contractuel d'échanges individuels, l'apparition de l'économie de marché apparaît comme un élément majeur en toile de fond dans la baisse de la fécondité.

Le marché du travail

Le travail des femmes a toujours été très important dans l'agriculture et dans la sphère domestique. La salarisation des femmes et leur entrée sur le marché du travail est un phénomène nouveau qui a commencé avec l'Indépendance en 1956, pour occuper les nombreux postes laissés vacants dans l'administration par le départ des employés français. Ensuite, l'industrie textile, le secteur tertiaire, la santé publique et l'enseignement ont ouvert des débouchés professionnels aux femmes (Ben Salem, 1990). Le travail salarié féminin dans l'agriculture se développe, même si pour l'essentiel la main-d'œuvre familiale féminine non rémunérée constitue la part majeure de la force de travail agricole.

Les liens entre l'accès des femmes au marché du travail et la fécondité sont tissés sur une opposition. L'entrée en union est difficilement compatible avec la poursuite d'une activité pour la femme. Selon Fargues, « l'existence d'un emploi féminin important chez les célibataires et les divorcées montre que ce n'est pas la société qui s'oppose au travail de la femme mais bel et bien la famille conjugale » (1988 : 998). Celle-ci tient toujours à faire jouer à la femme son rôle procréateur. Il existe une concurrence entre le modèle « travail salarié féminin/sphère publique » et le modèle « procréation/sphère domestique ». Et effectivement, les femmes tunisiennes salariées sont en majorité célibataires. En 1989, les taux d'activité féminins sont les plus élevés pour la tranche d'âges 20-24 ans et décroissent ensuite fortement dès la tranche supérieure (ENPE 1989), alors que les taux d'activité masculins ne décroissent

qu'à partir de la tranche d'âges 50-54 ans. En 1997, le phénomène est identique mais avec un décalage des taux d'activité les plus importants pour la classe d'âges 25-29 ans (INS 1999).

En mobilisant les jeunes filles le plus longtemps possible sur le marché du travail, c'est autant d'années en moins d'exposition au risque de conception, puisqu'elles demeurent célibataires durant cette période active. C'est surtout dans les régions déshéritées et en milieu rural que ce système existe. Le travail féminin, que ce soit dans l'industrie ou comme salariées agricoles, constitue parfois le seul revenu de la famille, le chômage et le recul de l'activité agricole familiale laissant une part croissante d'hommes inactifs.

Globalement, la pénétration du marché du travail par les femmes a joué un rôle très important dans la baisse de la fécondité, d'abord en provoquant un effet de recul de l'âge au mariage puis en modifiant les mentalités et les rapports sociaux entre les sexes. En ayant la possibilité de trouver un emploi rémunéré sans le soutien de la famille ou du conjoint, la femme acquiert une autonomie et une reconnaissance qu'elle n'avait pas avant. Cette autonomie est réelle ou virtuelle selon les classes sociales ou les milieux de résidence mais elle a sans doute un impact très fort sur les comportements. Car, même dans les régions les plus déshéritées, lorsque c'est la fille ou la femme qui fournit à la famille les moyens de subsistance par son travail, les rapports entre les sexes ne peuvent qu'en être affectés.

La migration

L'émigration internationale est un phénomène de grande ampleur en Tunisie. En 1990, la colonie tunisienne à l'étranger est estimée à plus de 550 000 individus pour une population résidente de 8,1 millions soit 6,5% de la population totale. Les hommes représentent 54,5% des migrants, les femmes 20% et les enfants 25,5% (Service Consulaire de Tunisie in CERES-CEE, 1992). Le regroupement

familial se fait suivant l'ancienneté de l'émigration. En Italie, pays récent de destination pour les travailleurs tunisiens, la migration est masculine à 86,6%.

La migration a un fort impact sur la fécondité. En premier lieu, elle est à l'origine du déséquilibre de la pyramide des âges par sexe qui a une si grande importance sur le calendrier de la formation des unions et donc sur la fécondité. Cette situation est renforcée par le fait qu'un Tunisien musulman peut épouser une étrangère de confession différente alors qu'une Tunisienne musulmane ne peut se marier qu'à l'intérieur de la communauté religieuse. En second lieu, la migration a des répercussions sur les mentalités car elle permet le contact avec d'autres modes de pensée, en l'occurrence peu enclins à la natalité, puisque c'est l'Europe que la grande majorité des Tunisiens choisissent comme lieu de destination. Dans le cas le plus fréquent où les migrants sont mariés à une Tunisienne restée en Tunisie, la fécondité sera fonction de la fréquence des visites de l'époux. Le fait que l'épouse reste seule, et joue le rôle de chef de famille si la famille du mari ne la prend pas en charge, aura aussi des influences sur l'évolution des mentalités.

Les institutions de prévoyance

La volonté de se protéger contre les risques de la vie est universelle. Dans les sociétés traditionnelles arabo-musulmanes, c'est la famille qui joue ce rôle protecteur et sécurisant face à la maladie, la solitude ou la pauvreté. Dans le discours des individus aussi bien que dans leurs actes, une descendance nombreuse et une famille puissante constituent un capital contre les aléas tant redoutés. La maladie, la vieillesse, les crises conjoncturelles sont gérées par l'organisation familiale. Des enfants nombreux sont garants d'une vieillesse bien entourée, d'une aide précieuse sur l'exploitation agricole en cas de maladie. Ils pourvoient aux besoins de la mère devenue veuve, du père devenu infirme, peuvent aller chercher un revenu en migration si les conditions locales sont mauvaises.

Une des caractéristiques de la société « moderne » est le transfert de ces responsabilités familiales à des institutions de prévoyance mises en place par les pouvoirs publics. Après l'Indépendance, toute une gamme d'institutions ont vu le jour pour permettre aux individus de raisonner sur un horizon temporel lointain sans avoir recours à la famille ou aux enfants. Caisses de retraite, système de sécurité sociale, pension d'invalidité, pension de survivant en cas de décès du conjoint, ont permis une certaine dérégulation du système familial dans les aspects de transferts intergénérationnels entre ses membres. Le développement des institutions bancaires a permis celui du crédit, notamment en milieu rural où des prêts à taux bonifiés pallient les mauvais résultats agricoles des années de sécheresse.

L'existence de marchés de l'assurance et du crédit, ainsi que d'organismes de prévoyance ouvre des perspectives nouvelles aux couples dont la survie n'est plus menacée dans le cas d'une descendance réduite. La prise en charge du risque a été déplacée en grande partie de la sphère familiale aux sphères publique ou marchande.

À partir des éléments précédents, il va être question maintenant de dégager quelques idées fortes et de recenser les mécanismes les plus importants dans la transition de la fécondité tunisienne.

Le principe essentiel qui gouverne cette transition apparaît bien être la disparition de l'hégémonie de la famille élargie en tant qu'organisation détentrice des moyens de production et de reproduction. Au fil du temps, d'autres organisations et institutions ont remplacé la famille pour mettre en place des mécanismes anonymes d'échange et de redistribution. L'entreprise capitaliste et la salarisation, la création de marchés de l'assurance et du crédit, les institutions de prévoyance et d'aides mises en place par l'État, favorisent la stabilité des revenus et instaurent un sentiment de sécurité accrue

face aux aléas de la vie. Dès lors que la famille élargie n'est plus une nécessité vitale pour l'individu, les liens entre elle et ses membres peuvent devenir moins ténus. En fait, au-delà de la force du lien familial, sa nature même a changé. Pour Ben Salem (1994b), au sein de la famille, on est passé d'un système de droits et devoirs à un système contractuel.

Les rapports entre les individus et les organisations familiales d'une part, et les organisations entre elles d'autre part, en ont été profondément affectés. Entre la femme et l'homme, une relation plus égalitaire s'installe. Entre le couple et la famille élargie, une plus grande distance physique et morale donne une autonomie accrue aux conjoints. Peu à peu, s'atténue le schéma traditionnel selon lequel l'individu et le couple sont soumis à une pression et un contrôle de la famille élargie en matière de procréation. S'il est encore présent dans certaines régions, chez certaines catégories sociales, ou par bribes dans toute la population, c'est soit au nom de la tradition et des coutumes, par habitude en quelque sorte, soit parce que les conditions de production locales sont restées traditionnelles et que les enfants demeurent encore une main-d'œuvre précieuse.

Le dernier point concerne la réalisation effective du souhait d'une descendance limitée, car il peut demeurer des blocages quant aux aspirations des couples face à certaines organisations ou institutions. Le refus ou l'acceptation des normes de la part des individus a un rôle primordial dans la constitution de la famille et dans la procréation (Lesthaeghe et Surkin, 1988). Le mode de réduction de la fécondité est d'ailleurs évocateur sur ce point puisque nous avons vu qu'au sein du mariage, la fécondité restait forte en début de vie féconde. L'adoption d'une stratégie de recul d'âge au mariage et d'une contraception d'arrêt ne remet pas réellement en cause l'idée, socialement valorisée, de l'aptitude à une procréation nombreuse. Dans ces conditions, la restriction volontaire de sa descendance passe par la diminution de la période de la vie féconde, ce qui d'autant mieux accepté par la société que le discours justificatif se déplace sur des aspects économiques, médicaux ou autres.

CHAPITRE 4

LA POLITIQUE DE POPULATION

Pays précurseur du continent africain et du monde arabe en matière d'adoption d'une politique de planification familiale, la Tunisie a suivi dès le début des années 1960 une voie originale en intégrant ses programmes de population dans une politique sociale beaucoup plus large. La baisse de la fécondité concomitante de la mise en place du programme national de planification familiale invite à se pencher sur le contexte dans lequel cette politique a vu le jour, sur sa mise en œuvre effective et son déroulement, ses moyens d'action et évidemment sur les influences réciproques qui ont pu exister entre les politiques de planification et les niveaux de la fécondité. Nous étudierons ensuite, au rythme des plans de développement de l'État³⁷, les phases marquantes de la politique tunisienne de planification familiale, qui vont des premières réflexions sur les modalités d'action à l'élargissement de cette politique à des objectifs orientés vers la famille, la santé de la reproduction et aussi la coopération Sud-Sud. Nous terminerons ce chapitre par une recension des motifs principaux qui ont participé à la réussite de cette politique de population.

³⁷ La lecture des textes originaux est très instructive. Nous les avons regroupés en annexe I.

LE CONTEXTE SOCIAL ET POLITIQUE

Outre son aspect pionnier en Afrique et dans les pays arabomusulmans, ce qu'il faut retenir de la politique de population de la Tunisie est son intégration explicite à une politique de développement beaucoup plus générale. Selon l'importance que l'on veut lui accorder, on pourra alors mettre l'accent sur la mise en place d'une politique de planification familiale au service du développement ou bien sur l'élaboration d'un ensemble de mesures sociales au service d'une politique de population. Malgré les importants moyens mis en œuvre au service de cette politique, il semble plus réaliste, comme nous allons le voir, de considérer les mesures prises comme un support à la réalisation d'objectifs ambitieux de développement socio-économique. Cette perspective nous aidera aussi à mieux comprendre la réussite du programme tunisien de limitation des naissances.

L'arsenal juridique de l'État indépendant

Après avoir été sous protectorat français de 1881 à 1955, la Tunisie devient indépendante le 20 mai 1956. L'acteur principal de cette lutte fut Habib Bourguiba, fondateur du Néo-Destour en 1934³⁸. Alors que la population s'attend à des réformes économiques et agraires importantes, la première mesure d'ampleur du nouveau Président Bourguiba est de mettre en place le Code du Statut Personnel (CSP) seulement trois mois après l'Indépendance.

Le statut juridique³⁹ de la femme en sortira complètement renouvelé. Rappelons les mesures les plus importantes prises en 1956. En

³⁸ Le Néo-Destour, regroupant de jeunes intellectuels, est issu de la scission du Destour, parti créé en 1920 à la suite du mouvement nationaliste indépendantiste « Parti des Jeunes Tunisiens » créé en 1907. Contrairement au Destour qui revendiquait une forte identité arabe et musulmane, le Néo-Destour était favorable à la coopération occidentale et à la laïcité de l'État.

³⁹ Habib Bourguiba est juriste de formation.

premier lieu, la polygamie est abolie. Deuxièmement, un âge minimum au mariage est instauré, de 15 ans révolus pour les femmes, et non plus dès la puberté, et de 18 ans pour les hommes. Troisièmement, le mariage doit être librement consenti par les deux époux. Enfin, la répudiation est remplacée par le divorce judiciaire, demandé indifféremment par l'homme ou la femme. Mentionnons qu'à cette époque, le taux d'analphabétisme féminin est de 96% (CREDIF, 1994a).

Attardons-nous sur le contexte de l'adoption de ce CSP dont on perçoit déjà l'importance des répercussions qu'il aura sur la politique de planification familiale proprement dite. Comment des mesures aussi révolutionnaires que celles décrites ont-elles pu être adoptées aussi facilement⁴⁰ ? Il semble que trois explications puissent être avancées :

- le statut de la femme étant jusqu'alors dicté par les textes de l'Islam, les pouvoirs publics ont pris soin, comme l'avait fait l'Égypte à la même époque, de consulter les autorités religieuses. Même si la *Zitouna*, la grande université théologique de Tunis, se prononce publiquement contre le Code du Statut Personnel, sa présentation par le Président Bourguiba comme « conforme au cadre du courant réformateur de l'Islam » (Daoud, 1994) va entraîner un assentiment de la part de la majorité des religieux. Mieux, il prendra appui directement sur le Coran pour faire imposer son point de vue. Par exemple, en ce qui concerne la polygamie, l'argument du Coran selon lequel il est dit que « les épouses doivent être traitées de manière égale » est jugé irréalisable, en conséquence de quoi la polygamie doit être interdite ;
- la Tunisie a toujours connu, au fil de son histoire plusieurs fois millénaire, un pouvoir centralisateur fort. Le peuple tunisien, ethniquement et religieusement homogène, est familiarisé à recevoir des messages de la part des autorités ;

⁴⁰ En 2002, 46 ans après la mise en place du CSP en Tunisie, aucun autre pays arabo-musulman n'a aboli la polygamie.

- la réception de ces messages est favorisée par la personnalité charismatique du Président Bourguiba⁴¹ et l'importance qu'a pris son parti depuis trente ans, plus vieux parti politique d'Afrique et du Monde Arabe, « État dans l'État contrôlant l'ensemble de la population à travers un réseau serré de cellules » (Rouissi, 1977 : 380).

L'adoption du CSP sera d'autant moins difficile que les représentants de l'État, relayés par le parti Néo-Destour, vont s'expliquer très largement sur leur conception de ces réformes. Elles sont destinées à forger un citoyen tunisien nouveau, dont le bonheur est devenu, selon l'expression de Sahli (1980), « objet de science » dans les mains de l'État. Pour ce faire, le Président Bourguiba va lancer le slogan « nous ne voulons pas de femmes libérées, nous voulons des femmes responsables ».

Peut-être faut-il voir dans l'instauration de ce Code du Statut Personnel un signal de la volonté politique d'affaiblir les prérogatives de la famille élargie, puissante instance de décision concurrente de l'État. Mais la famille est en même temps le lieu privilégié où la révolution des mentalités voulue par le Président Bourguiba pourra prendre corps⁴². Toujours est-il que le CSP sera rapidement suivi

⁴¹ « Le Combattant suprême disposait d'une assise beaucoup plus large que celle de l'ensemble de l'élite dirigeante de l'État-Parti. Sa position personnelle ne se réduisait pas à la direction d'un groupe plus puissant que les autres. Elle le plaçait également au-dessus de tous les groupes, y compris celui-là, contre lequel il constituait un recours éventuel. Paradoxalement, la figure emblématique de l'État moderne était celle, éminemment traditionnelle, du Père juste et fort, manifestation, à l'échelle de l'ensemble de la société, de la vitalité du modèle familial patriarcal comme forme d'adaptation à un changement social minant les fondements structurels de la famille patriarcale. La stature personnelle et le statut traditionnel du fondateur du Nouvel État lui ont conféré une aptitude à manipuler les hommes et à dénouer les situations les plus critiques, qui l'ont maintenu au pouvoir alors que les assises de celui-ci se fragilisaient » (Carnau, 1989 : 73).

⁴² « La famille sera pour Bourguiba le lieu réel de la transformation de la morale générale et abstraite précédemment décrite en morale usuelle, c'est-à-dire en code pratique de conduites sociales. C'est pour cela que la réforme de la famille

par une série d'autres mesures : la généralisation de la scolarisation aux deux sexes à partir de six ans (1958) ; les campagnes contre le port du voile ; le vote de la constitution de 1959 dans laquelle est prescrite l'égalité des droits et devoirs entre hommes et femmes dans les droits constitutionnels, administratifs, économiques et sociaux (la femme devient électrice et éligible) ; l'égalité des deux sexes dans le Code du Travail et l'interdiction du travail des enfants de moins de 15 ans comme employés ou salariés dans l'industrie (1966). C'est sur ce terreau de réformes sociales en profondeur qu'une politique de planification familiale va être élaborée. L'ancrage dans les esprits des mesures exposées va favoriser sa réalisation comme le soulignent respectivement Rouissi et Seklani : « 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 » (1977 : 384) ; « Toutes ces mesures [...] n'auraient pas d'influence profonde et directe sur la réduction de la dimension de la famille mais elles prépareraient tôt ou tard le passage aux mesures directes, en éveillant le sens des responsabilités des femmes arabo-musulmanes » (1960 : 854).

La portée de la politique de population

Alors que de nombreux pays masquent une simple politique de limitation des naissances sous le terme de « politique de population »,

prit un tel lustre dans le bourguibisme » (Ben Achour, 1987 : 150). On peut aussi citer la conclusion du discours de M. Mzali, Ministre tunisien de la Santé publique en 1974, lors de la Conférence mondiale sur la population de Bucarest : « Nous demeurons profondément convaincus que la société puise sa force, son progrès et son harmonie dans l'équilibre et le bien-être de la famille. Nous demeurons convaincus que l'équilibre de la famille et son épanouissement ne peuvent être réalisés que si les parents savent et peuvent assumer leurs responsabilités et maîtriser leur condition. Nous demeurons convaincus que le climat psychologique est la condition essentielle à l'épanouissement de l'enfant, à son développement affectif et intellectuel, et partant à la promotion de la société dans son ensemble » cité in Rouissi (1983 : 156).

c'est l'inverse qui se passe en Tunisie peu après l'Indépendance ; si le terme « *planning familial* » désigne la politique officielle menée par les pouvoirs publics, c'est véritablement une politique globale qui s'intéresse aux individus, aux familles et à la population qui est mise en application. La volonté de ne pas se heurter au refus des populations quant à l'acceptation de ce programme a été concrétisée par l'adoption graduelle de mesures préparatoires, dont on peut dire avec Rouissi (1977) qu'elles ont permis de lever les obstacles idéologiques et législatifs à une demande de planification familiale.

Dans la continuité du Code du Statut Personnel, mais plus directement tournées vers la réduction de la fécondité, ces mesures socio-démographiques sont elles aussi révolutionnaires, non seulement au sein du continent africain et des pays arabo-musulmans mais même comparées à des pays développés, puisque par exemple la vente de contraceptifs et l'avortement sont autorisés en Tunisie avant de l'être en France.

C'est d'abord la limitation de l'octroi des allocations familiales aux seuls quatre premiers enfants qui est votée en 1960. Les premiers signes clairs de la volonté de mettre un frein à la politique nataliste du protectorat sont donnés. En 1961, la loi française de 1920 interdisant l'importation, la vente et la publicité des produits contraceptifs est abrogée et remplacée par la loi du 9 janvier qui autorise ces pratiques. Le vote de cette loi ne fut cependant pas facile, les débats des parlementaires furent houleux. Dans la mouvance du CSP de 1956, l'âge minimal au mariage est encore rehaussé en 1964 à 17 ans pour les femmes et 20 ans pour les hommes. En 1965, l'avortement est autorisé dans les trois premiers mois de la grossesse pour les femmes ayant déjà cinq enfants. Le 23 septembre 1973, la clause du nombre d'enfants disparaîtra et l'avortement deviendra libre.

Quelle est la nature de ces mesures, dans quel état d'esprit sont-elles prises, quels en sont les objectifs ? On peut répondre que, comme dans le cas du CSP, ces mesures démographiques et la politique de

planning familial, qui sera lancée en 1966, servent un projet très ambitieux de modernisation du pays et de développement économique et social. Le discours du Ministre tunisien de la Santé publique en 1974 à la Conférence mondiale sur la population de Bucarest est très explicite sur ce point :

« Le problème de la population étant étroitement lié à celui du développement, il faut définir une nouvelle stratégie de développement et agir sur les aspects de la réalité sociale et économique ainsi que sur les phénomènes démographiques en vue de concilier l'accroissement des populations d'une part et les ressources économiques et les aspirations de la société d'autre part. Élever le niveau de vie, favoriser le progrès économique des couches les moins favorisées, améliorer les services de santé, développer l'éducation et l'enseignement de base, promouvoir l'emploi, émanciper la femme, assurer le bien-être de la famille, autant de solutions, autant de garanties de mieux-être et de progrès. C'est dans cette direction que s'oriente la politique démographique tunisienne, qui fait partie intégrante de la politique générale de développement fixée par le gouvernement tunisien. [...]

Devant l'accroissement continu des populations qui menace l'équilibre de la société et tout l'avenir de notre jeune nation, nous nous sommes engagés sans hésiter dans la voie de la planification familiale qui représente à nos yeux un vecteur certain de progrès et la voie la plus sûre vers le mieux-être de l'individu, de la famille et de la société dans son ensemble. Nous sommes convaincus que la planification familiale est tout d'abord un droit fondamental de l'homme qui est seul responsable et libre de décider de la dimension de la famille. Le Planning Familial ne consiste pas seulement à limiter les naissances. C'est aussi un service social qui tend à garantir à tous les citoyens les conditions d'une vie saine et équilibrée. C'est une action qui vise à libérer l'homme des mythes, du fatalisme, des préjugés et à l'amener à prendre conscience de

ses réalités et de ses besoins et à maîtriser sa vie et sa condition. C'est pourquoi nous avons tenu à asseoir notre politique de planification familiale sur un certain nombre de mesures législatives et administratives de nature à permettre au citoyen d'user librement et en toute connaissance de cause de son droit à déterminer la taille de sa famille et à assumer sa vie sans contrainte et sans gêne » (cité in Rouissi, 1983 : 153-154).

La « promotion de l'homme » est donc au centre des plans de développement de la décennie 1960. Des efforts importants seront consentis en ce sens dans les secteurs de l'éducation, des conditions sanitaires et des infrastructures. Mais l'idée sous-jacente à la volonté de réduire la natalité est la peur de voir les investissements productifs annihilés par la croissance démographique. C'est dans cet esprit que la Tunisie signera tous les textes internationaux (déclaration des Nations Unies en 1966, déclaration de Téhéran de 1967, déclaration des Nations Unies de 1969...) visant à freiner la croissance démographique.

Même si la population est peu nombreuse en 1956 – 3,4 millions de Tunisiens – le taux de croissance démographique n'a jamais été si élevé que pendant la période 1956-1966, atteignant une moyenne annuelle de 2,7%. Nous sommes en effet dans la phase de la transition démographique où la mortalité a fortement régressé mais pas encore la fécondité. Sur la question de la population, les discours officiels et particulièrement ceux du Président Bourguiba seront très fortement empreints des idées malthusiennes⁴³. Alors que, pendant la colonisation et pour l'immense majorité des pays de la région, un nombre d'habitants élevé est synonyme de puissance, en Tunisie l'accent est mis très tôt après l'Indépendance sur les rythmes de développement inégaux entre la population et l'économie :

⁴³ « Le principe de Population semble être, dans la vie politique tunisienne, un principe de combat » (Sahli, 1980 : 83).

« Nous nous trouvons, d'un côté, devant une natalité sans cesse croissante et il est de notre devoir d'assurer la subsistance à la population, de l'autre, dans un pays au potentiel agricole et industriel insuffisant et dont le développement est lent »⁴⁴.

Les discours de Bourguiba sont souvent prononcés à l'occasion de réunions devant des assemblées de femmes, dont l'émancipation est vue comme une condition nécessaire au progrès social. Ils peuvent prendre des tournures catastrophistes dont le principe est de sensibiliser au mieux les individus face au problème de limitation des naissances :

« Nous ne pouvons nous défendre contre un sentiment d'appréhension devant la marée humaine qui monte implacablement à une vitesse qui dépasse de beaucoup celle de l'augmentation des subsistances car à quoi servirait l'accroissement de notre production agricole, de nos richesses minières... si la population doit continuer à s'accroître d'une manière anarchique et démentielle. Nous n'aurions rien fait car nous risquons de nous trouver ramenés malgré tous nos efforts à un niveau inférieur à celui du point de départ. L'humanité qui, par la raison a pu dominer la nature et vaincre progressivement la maladie, qui a créé l'outil et transformé le visage du monde, l'humanité est capable de se régenter elle-même et de maîtriser le rythme devant la procréation »⁴⁵.

« Produire, produire davantage... moins procréer car nous risquons d'être engloutis par la vague provoquée par l'explosion démographique »⁴⁶.

⁴⁴ Bourguiba, Discours *Sortir du sous-développement*, 13 avril 1959.

⁴⁵ Bourguiba, Allocution au 3^{ème} congrès de l'Union Nationale des Femmes de Tunisie, 25 décembre 1962.

⁴⁶ Bourguiba, Discours *Augmenter la production et enrayer l'explosion démographique*, 2 novembre 1970.

« Si la natalité devait prendre des proportions abusives et se développer sans frein ni limites, la famille ne pourrait plus accomplir ses devoirs premiers, les plus simples, c'est-à-dire élever, éduquer et former ses enfants »⁴⁷.

Nous verrons par la suite plus précisément les modes de communication de ces idées mais précisons d'ores et déjà la méthode générale. À travers l'insistance mise sur le thème du planning familial dans leurs déclarations publiques au fil des ans, les responsables au pouvoir vont essayer d'éduquer les citoyens. Les messages en sa faveur ont la plupart du temps joué sur la compréhension des individus et l'appel à leur responsabilité, présentant l'argument selon lequel l'intérêt individuel devait se confondre avec l'intérêt collectif.

Pour satisfaire ce dernier, dans de nombreuses déclarations, le Président Bourguiba avancera le chiffre de quatre enfants comme un maximum. Mais il semble qu'il s'agisse en réalité dans son esprit d'un optimum, ne perdant pas de vue la fonction sociale de la procréation. Si la voie législative a permis le recul de l'âge au mariage et la vente de produits contraceptifs, ce n'est pas pour autant qu'il faille délaissier le mariage et sa fonction procréatrice. Ainsi, la « décadence morale » est combattue, et en 1966, le chef de l'État fustigera les « célibataires endurcis » dans son discours d'inauguration du programme national de planning familial ! Voyons maintenant les réalisations concrètes et les modalités d'intervention au cours des différentes phases du planning familial tunisien.

⁴⁷ Bourguiba, Discours prononcé à l'occasion de la fête du *Mouled*, 14 avril 1973.

DÉROULEMENT DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

Le programme expérimental : 1964-1965

Fort de l'ouverture idéologique qui vient d'être décrite, le gouvernement tunisien signe en 1963 un accord avec la fondation Ford pour instaurer un programme expérimental de planning familial de deux années sur la période 1964-1965. Appuyé techniquement par le Population Council, ce programme est placé sous la responsabilité du secrétariat d'État à la Santé publique. Il comprend des opérations de formation, d'information, et doit servir de test avant la mise en place d'un programme plus vaste⁴⁸.

À cet effet, une phase de formation des personnels médicaux et paramédicaux qui participeront au programme commence en 1964. Une grande campagne médiatique est consacrée au lancement du programme, par le canal des médias classiques mais aussi par la mobilisation des diverses organisations politiques liées au pouvoir, que ce soit par le truchement de l'Union Nationale des Femmes de Tunisie, du parti Néo-Destour, des membres du gouvernement ou du Président de la République lui-même.

Appliqué d'abord dans douze centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Tunis, le programme a débuté avec la distribution de contraceptifs, pour s'étendre ensuite à 39 centres et pratiquer des insertions de dispositifs intra-utérin. Parallèlement, des équipes mobiles ont été créées dont la fonction était d'atteindre les populations enclavées du milieu rural.

L'apport essentiel de cette phase expérimentale est la réalisation d'une enquête « connaissances-attitudes-pratiques » qui met en avant le désir de la part des femmes de limiter leur descendance. La

⁴⁸ Pour plus de détails sur ce programme expérimental, on pourra consulter Vallin (1971b) ; Rouissi (1977) ; Boukhris (1992).

méconnaissance des moyens contraceptifs - seules 15% des femmes de 20 à 39 ans déclarent connaître une méthode contraceptive (Vallin, 1971b) - montre l'importance pour un futur programme de l'effort à fournir en matière d'éducation et d'accès, spécialement dans le milieu rural.

On le perçoit, cette phase de formation et d'information était sans doute destinée à former et informer avant tout les instigateurs du planning familial plutôt que la population. Les aspects de communication ont été rôdés, les pratiques et les connaissances de la population en matière de contraception et de souhait de descendance examinées, les choix sur les meilleurs modes contraceptifs testés.

Le programme national : 1966-1972

Le lancement du programme national de planning familial⁴⁹ s'est fait de manière tout à fait officielle et intégrée au contexte socio-économique puisqu'il est inscrit dans le plan quinquennal des années 1966-1971. L'un de ces objectifs est de ramener le taux de fécondité global de la Tunisie à la fin du siècle à celui du monde occidental de l'époque⁵⁰. La responsabilité administrative, le bailleur de fonds et l'appui technique sont les mêmes que pour la phase expérimentale, celle-ci ayant été jugée satisfaisante par l'ensemble des protagonistes.

Parmi les acquis du programme expérimental, la primauté du dispositif intra-utérin comme méthode contraceptive favorite est conservée et entérinée. Dans les premières années du programme national, les autres méthodes demeurent marginales, même si elles sont disponibles dans les centres de PMI. Jusqu'en 1968, parmi les

⁴⁹ Sur cette période du planning familial, on pourra se référer à Vallin (1971b) et Sahli (1992).

⁵⁰ Alors qu'il est de 193 pour mille en 1965, la valeur visée pour le taux de fécondité global est de 66 pour mille en 2001, c'est-à-dire le taux de l'Italie au début du lancement du programme.

réalisations concrètes, mentionnons la généralisation des équipes mobiles à toutes les régions du pays. À cette date, l'ensemble des participants au programme national de planning familial reconnaissent les médiocres résultats de ces deux premières années. Les prescriptions en matière d'insertion de DIU furent largement en deçà des prévisions, puisqu'on en comptait 27 000 au lieu des 120 000 escomptées. Les raisons de cet échec sont en creux celles qui firent le succès de la phase expérimentale.

D'abord, la motivation des responsables et des cadres de toutes les organisations politiques et administratives autour du pouvoir n'était pas très forte, d'une part à cause des structures administratives inadaptées qui inséraient le planning familial dans un service non spécifique, d'autre part par l'attitude ambiguë du Président Bourguiba dans son discours d'inauguration du planning familial. Sa prise de position en faveur de la fécondité au service de la nation⁵¹ a semé le doute dans les esprits. Ceci explique aussi sans doute l'absence de relais institutionnels et la faiblesse des crédits et des personnels affectés. Ensuite, au-delà des discours d'intention, les moyens employés ne furent pas toujours ceux de la concertation mais parfois de la coercition. Il a pu y avoir ici ou là des excès de zèle de la part de certains responsables locaux. En outre, des bruits, fondés sur quelques cas avérés, ont couru sur les dangers du DIU. La réputation du planning familial est donc vite devenue mauvaise, obligeant les autorités à changer leur stratégie.

En 1968, un programme national rénové est instauré pour cinq ans. Il est soutenu par des moyens financiers plus importants grâce à

⁵¹ « Que, dans une famille vivant dans la misère, il y ait une flopée d'enfants, c'est un mal nécessaire, dans la situation actuelle, pour équilibrer la carence nataliste de ceux qui se croient libres de mener une existence de plaisir sans se préoccuper de l'intérêt de la nation », Discours *Un facteur du développement : la régulation des naissances* prononcé à l'occasion de l'inauguration du programme national lors de la Fête de la Femme le 12 août 1966, cité par Vallin (1971b : 189).

l'intervention de l'USAID⁵². Une refonte organisationnelle a lieu au sein du Ministère de la Santé, donnant naissance à une direction du planning familial et de la PMI, divisée en cinq services (administration, communication, formation, statistiques, médical). Cette extension du planning familial comme simple fourniture de moyens contraceptifs à des prérogatives plus larges permettait aux femmes une plus grande discrétion face à des réticences familiales ou communautaires. L'année 1968 est aussi celle qui voit la reconnaissance de l'Association Tunisienne de Planning Familial (ATPF), rouage supplémentaire dans les activités de relais, d'éducation et d'information auprès des populations. Parmi les activités d'envergure de cette fin de décennie 1960, signalons l'accent mis sur la formation et la disponibilité du personnel paramédical, ainsi qu'une campagne post-partum et post-abortum dont l'objet est systématiquement d'informer les femmes quant aux activités et aux services du planning familial.

En termes d'impact, cette phase a permis le décollage de l'utilisation des méthodes contraceptives à partir de 1968 mais elle s'est déroulée dans un contexte politico-économique particulier. La période 1964-1970 est en effet celle d'une politique collectiviste autoritaire qui a profondément transformé l'économie et l'agriculture du pays. Cet épisode fut considéré comme un échec, qui a abouti au limogeage du principal Ministre intéressé, Ahmed Ben Sallah. La nouvelle organisation économique et administrative qui en résulta au début des années 1970 touche directement la politique de planning familial. La fécondité et la croissance de la population ne doivent, moins que jamais, grever les efforts de modernisation du pays. La place essentielle du planning familial dans les plans de développement est sans cesse réaffirmée et une nouvelle impulsion lui est donnée à partir de 1973, date de renforcement du programme.

⁵² United States Agency for International Development.

Le renforcement du programme : 1973-1983

Alors que le plan de développement précédent visait sur le long terme l'obtention d'une valeur d'un taux de fécondité, le plan de 1973-1976 se donne des objectifs ambitieux en termes de « naissances évitées »⁵³. Fortement empreints d'une vision politique et bureaucratique des problèmes, les pouvoirs publics attribuent les limites du programme de planning familial passé à des écueils d'ordre administratif et organisationnel. Pour atteindre les objectifs du plan, la solution est donc de se donner les moyens de créer les structures adéquates.

Avec la création en 1971 de l'Institut National de Planning Familial et de Protection Maternelle et Infantile, un premier pas avait été fait dans la recherche d'une plus grande autonomie des activités de planning. Mais, l'effort étant jugé trop modeste, cet institut va être transformé le 23 mars 1973 en un office, c'est-à-dire un établissement public à caractère commercial⁵⁴ placé sous la tutelle d'un Président-Directeur Général et doté d'une autonomie financière et d'une gestion propre. Relevant toujours du Ministère de la Santé publique, l'Office National du Planning Familial et de la Population (ONFPF) a pour missions officielles (Sahli, 1992 : 166) :

- d'entreprendre des études et d'effectuer des recherches à caractère économique, social et technique ayant pour objet l'épanouissement harmonieux de la population et de faire au gouvernement toutes propositions d'ordre législatif ou réglementaire visant cet objet ;

⁵³ Sur la période de renforcement du programme de planning familial, on pourra consulter Boukhris (1992) ; Sahli (1992) ; ONFP (1995).

⁵⁴ Boukhris rapporte cette intervention lors des débats à l'assemblée sur la création de l'Office et sur son caractère commercial : « des travaux d'actuariat très précis ont démontré que la productivité de 1 dinar investi dans un programme de Planning Familial équivaut exactement à la productivité de 100 dinars investis dans des projets traditionnels tels que les usines ou les barrages » (1992 : 17). Il est intéressant de noter une fois de plus cette nécessité de justifier la politique démographique par un argument économique.

- en collaboration et en liaison avec les autorités publiques et privées intéressées, d'établir et d'exécuter tous programmes et plans d'action tendant à susciter et à soutenir l'équilibre des familles et à protéger la santé de ses membres ;
- de mettre à la disposition des personnes physiques et morales dans les formations hospitalières et sanitaires, les cabinets médicaux, les officines pharmaceutiques, les cliniques, les infirmeries et tous les autres lieux jugés utiles, les moyens d'information et d'intervention de tous ordres qui leur permettent d'atteindre les objectifs d'équilibre et de santé des familles ;
- d'entreprendre les actions de formation nécessaires au niveau de la Faculté de Médecine, des Écoles Professionnelles et des Écoles du Service Social ou dans le cadre d'études et de stages à l'étranger ;
- d'entreprendre une action permanente d'information et d'éducation de la population au niveau familial, scolaire et professionnel.

L'ONPFP devient le bras armé de la politique de population décidée par un autre nouvel organe créé en 1974, le Conseil Supérieur de la Population, placé directement sous l'égide du Premier Ministre. L'ONPFP est divisé en deux Directions Techniques, celle du Planning Familial qui englobe les aspects médicaux, de formation et d'éducation, et la Direction de la Population chargée de la programmation, des études et des recherches.

Les actions médicales ont consisté à renforcer les effectifs personnels médicaux et paramédicaux affectés au planning. Au cours de la phase précédente, par souci de perfectionnisme, les pouvoirs publics avaient misé sur le personnel médical pour la prescription contraceptive et l'insertion des DIU. Mais l'insuffisance des effectifs de femmes tunisiennes ayant la spécialité de médecins gynécologues avait entraîné, dans le cadre d'un accord de coopération avec les pays de l'Europe de l'Est, le recrutement de médecins féminins étrangers. Cette expérience s'est avérée assez

décevante à cause des problèmes de communication entre la patiente et le médecin, alors même que le dialogue et l'instauration d'une situation de confiance se révèlent déterminants au sein de cette relation. C'est pourquoi, entre 1975 et 1978, 149 médecins ont été formés, 815 sages-femmes, aides-soignantes et infirmières ainsi que 1 485 cadres sociaux et cadres des organisations nationales (Sahli, 1992).

Les équipes mobiles visitant les centres régionaux sont ainsi passées de 15 à 50 de 1972 à 1979. Leur tâche n'est pas essentiellement de l'ordre de la prescription contraceptive mais est aussi dévolue à des consultations gynécologiques et obstétriques. Dans le même temps, des consultations régulières sont proposées dans la centaine de centres de PMI. Coïncidant avec la période de renforcement des actions du planning familial, l'avortement social est autorisé en 1973 sans conditions restrictives. Il est pratiqué de manière gratuite et libre dans les centres de planification familiale. Il deviendra vite très prisé par les patientes ainsi que la stérilisation. Ces « grands moyens » ont été particulièrement encouragés dans le monde rural, « supposé moins discipliné et moins prévoyant » (Rouissi, 1977). C'est donc une contraception d'arrêt qui est en vigueur, permettant une limitation des naissances reposant sur un recul de l'âge au mariage, une descendance souhaitée vite acquise suivie d'une contraception définitive. Au début de l'année 1976, l'ONPFP souhaite faire évoluer les mentalités vers une contraception de prévention et un plus grand espacement des naissances. La priorité sera donnée alors à la valorisation de la pilule, qui ne détrônera finalement pas la préférence pour le DIU.

Au cours de cette décennie 1970, un effort important a été consacré à la diffusion des idées véhiculées par la politique de planning familial. La demande de planning familial a été examinée à travers la réalisation de nombreuses enquêtes ponctuelles sur la contraception et l'impact du planning. Mais c'est surtout du côté de l'offre que se situe l'innovation. Les messages en faveur du planning familial ont été déclinés sous des formes très diversifiées par

l'ONPFP (brochures, calendriers, monographies, bulletins, notes d'information, affiches publicitaires...) et surtout à travers les grands médias que sont la presse, la radio et la télévision. Les messages diffusés à la télévision concernaient la connaissance des actions du planning familial et celle des contraceptifs, la lutte contre les rumeurs sur les effets néfastes dont se sont entourées certaines méthodes contraceptives, des saynètes vantant les avantages comparés d'une famille peu nombreuse sur une famille nombreuse. Ce ne sont pas moins de 620 émissions sur le planning qui ont été diffusées entre 1974 et 1978, et un sondage a permis de montrer qu'une émission hebdomadaire sur ce thème en 1980 était suivie au moins de temps en temps par 79% des téléspectateurs (Sahli, 1992). Si la presse a aussi été un support de communication favorable aux idées des pouvoirs publics en matière de planning familial, ce qui est loin d'avoir été le cas dans d'autres pays arabo-musulmans, il faut cependant relativiser son impact dans la mesure où c'est surtout la presse en langue française qui s'intéressait à ce thème, presse lue essentiellement par les classes sociales supérieures.

D'autres vecteurs de communication ont été utilisés avec des ciblage plus fins. Des campagnes d'information étaient dispensées dans les villes et les villages, des actions d'éducation des lycéens lancées sur l'initiative des enseignants. Des centres ruraux spécialisés destinés aux jeunes filles ont été créés. Mais ces actions restent du domaine collectif et si elles sont importantes en matière de sensibilisation, notamment des jeunes, les entretiens directs avec les patientes ont été le plus souvent réalisés après un accouchement ou un avortement.

À cette diffusion horizontale de la politique de population se superpose une diffusion verticale, forte des structures administratives existantes et de la couverture intégrale de la vie politique par le parti en place. Cette politique, impulsée aux plus hauts niveaux, est ainsi relayée par les Gouverneurs⁵⁵ qui la mettent en

⁵⁵ Les Gouverneurs sont à la tête des *gouvernorats*.

place au niveau de leur région. Ceci facilite l'adoption des mesures suscitées par l'intérêt croissant pour les zones rurales et permet un ciblage plus fin des objectifs au niveau des régions⁵⁶. Cette « régionalisation » du programme de planning familial, concrétisée par l'institution d'un Conseil Régional de la Famille et de la Population, est soutenue par la création du prix Bourguiba le 16 juillet 1974 :

- article premier : il est institué un prix appelé « Prix du Président Bourguiba pour la promotion de la Planification Familiale », destiné à récompenser les trois *gouvernorats* de la République qui auront obtenu les meilleurs résultats de planification familiale, dans le cadre de la réalisation des programmes régionaux agréés par le Ministère de la Santé publique. Ce prix est imputé sur les crédits du budget de la Présidence de la République.
- article deux : le prix décerné au *gouvernorat* est réparti par le Gouverneur entre les *délégations*⁵⁷ ayant enregistré les meilleurs résultats et, le cas échéant, les institutions qui auraient le mieux contribué à la réalisation du programme du *gouvernorat*.

Cette phase de la décennie 1970 a été très importante dans la politique de planning familial de la Tunisie en termes de moyens, de mobilisation de personnels, de la diversité des actions entreprises et de la volonté politique affichée de réduire la fécondité. Quant à sa nature, il faut voir qu'elle est encore une politique de limitation des naissances *stricto sensu*, ce n'est qu'au cours de la décennie 1980 qu'elle sera élargie à des considérations plus générales touchant le

⁵⁶ Objectifs toujours au service de l'économique, comme le souligne un document de l'ONPFP : « La croissance globale ne portera tous ses effets que si elle est menée comme le prévoit le quatrième Plan quadriennal, avec le souci d'atteindre un double objectif, l'équilibre régional et l'équilibre des revenus. C'est dans ce cadre que la régionalisation des objectifs du programme du planning familial est envisagée » (1974 : 8).

⁵⁷ Sous-division administrative du *gouvernorat*.

domaine de la santé de la famille et dans la décennie 1990 la santé de la reproduction.

La santé maternelle et infantile : 1984-1991

En matière de politique de population, le sixième plan de développement économique et social (1982-1986) s'inscrit d'abord dans la continuité des précédents : problèmes de population et problèmes de développement y sont explicitement liés. En revanche, le bilan du plan précédent est jugé trop modeste. Les décideurs s'en inquiètent et souhaitent renforcer la politique de planification familiale. Les mesures engagées pour faire reculer l'âge au mariage ayant produit leur effet sur la fécondité, c'est sur la limitation des naissances dans le mariage, donc sur la contraception, que tous les efforts des planificateurs vont se porter. Le principal objectif est de faire augmenter le taux de prévalence contraceptive de 27% en 1980 à 40% en 1986.

Pour atteindre ces objectifs, il faut à la fois intensifier l'offre de prestations de planification familiale et stimuler la demande des couples. Plusieurs sortes de mesures sont envisagées, qui seront développées ci-après :

- donner la priorité au milieu rural où les femmes restent encore peu touchées par les messages et 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 ;
- réformer le droit fiscal, la législation du travail et le système de prestations familiales pour inciter les couples à limiter leur descendance ;
- lancer la troisième phase du programme national de planification familiale qui débute en 1984 par la création d'un nouvel Office National de la Famille et de la Population qui aurait pour mission de renforcer le cadre institutionnel de la politique de population.

Jusqu'au début des années 1980, la planification familiale reste surtout pratiquée par les couples urbains, les moyens du programme sont concentrés dans les grandes villes, la capitale et les villes côtières. Néanmoins, à cette même date, la totalité des femmes non célibataires connaît au moins une méthode contraceptive efficace. Les programmes d'information ont donc atteint leur objectif dans les villes comme dans les campagnes. Pourtant, les disparités d'utilisation sont flagrantes. En 1978, seulement 28% des femmes rurales exposées avaient déjà utilisé une méthode contraceptive contre 59% à Tunis et 58% dans les autres zones urbaines (ONFPF, 1982).

Le sixième plan insiste donc sur la nécessité de multiplier l'offre de services et de méthodes contraceptives dans les zones rurales. Pour ce faire, il est préconisé de construire des nouveaux centres de santé de base et d'augmenter le nombre de cliniques mobiles, tout en insistant sur la nécessité de sensibiliser aux problèmes de planification l'ensemble du personnel de santé. C'est ainsi qu'une meilleure insertion des centres de santé de base dans le dispositif général de la Santé publique figure aussi dans les orientations de la nouvelle politique.

Si la multiplication des lieux de prestation de services de planification familiale se fait dans le cadre plus large des orientations nationales de la politique de santé, c'est donc à la fois parce que ce sont ces centres de santé de base qui, dans une large majorité, vont servir de lieu de prestations et parce qu'ils sont un vrai rouage dans le nouveau dispositif de santé. Le nombre de centres pouvant accueillir des femmes pour une information et un approvisionnement en contraceptifs passe ainsi de 812 en 1983 à 1 127 en 1986 et 1 854 en 1996⁵⁸. Les zones rurales profitent prioritairement de cette progression (ONFP, 1997a). Cette volonté de mieux répartir les moyens est affirmée tout au long des années

⁵⁸ ONFP 1986, Aloui 1998.

1980 et 1990, et aboutira en 1995 à un programme spécifique pour les zones les plus pauvres, les « zones d'ombre »⁵⁹.

Concernant la nouvelle réglementation économique, il faut souligner que dans le sixième plan émerge le projet de mettre à contribution l'ensemble des secteurs sociaux et économiques et ne pas limiter la politique de population aux secteurs de la santé et de la planification familiale. Les trois domaines concernés sont ceux de la fiscalité, des allocations familiales et de la législation du travail. D'abord, il est décidé de modifier la fiscalité des ménages en réexaminant les taux d'imposition des célibataires, des ménages sans enfants et des ménages à deux ou trois enfants. Ensuite, dans le cadre de la politique des prestations familiales, il est envisagé de limiter à trois le nombre des enfants ouvrant droit aux allocations. Enfin, si la durée du congé de maternité ne change pas quel que soit le nombre d'enfants, seuls les trois premiers congés sont payés.

Ces projets vont être mis en œuvre plus ou moins rapidement. En 1988, les allocations familiales sont limitées aux trois premiers enfants. Alors qu'au cours des années 1960 et 1970, la législation, les discours et les médias avaient permis d'inscrire dans « l'inconscient des familles tunisiennes » le chiffre de quatre enfants comme le nombre idéal (Zmerli, 1990), ceux des années 1980 véhiculent le modèle de la famille à trois enfants.

Les nouvelles mesures législatives alourdissent la charge du quatrième enfant et encore plus celui du cinquième, et ce dans un contexte de régression du pouvoir d'achat (Guelmami, 1996). D'ailleurs, les enquêtes démographiques montrent toutes que le nombre d'enfants désirés par les femmes diminue : de 4,1 en 1978 à 3,5 en 1988 (ONFPF, 1982 ; EDS 1988). Les plus jeunes ont des souhaits de

⁵⁹ Zones défavorisées. Parmi les critères retenus, citons la pauvreté de la population, l'isolement lié à l'absence ou l'insuffisance de moyens de communications, l'inexistence d'infrastructures de base et d'équipements collectifs (Bédoui et Ridha, 1996).

descendance limitée : les 15-24 ans, non-célibataires, ne désirent en moyenne que 3,1 enfants en 1988 (EDS 1988). Les modèles culturels et les attentes des couples en matière de descendance ont changé. Plus généralement, les années 1980 sont marquées par des modifications importantes dans les formes de conjugalité. Le recul de l'âge au mariage, la scolarisation des filles, l'entrée des femmes sur le marché du travail formel, mais aussi la crise économique, ont modifié les conditions de formation de la famille et les rapports hommes-femmes au sein de ces familles. De nouvelles formes de conjugalité sont observées, au sein desquelles apparaissent des aspirations inédites en matière de descendance et de planification familiale (Mahfoudh, 1990). Le couple s'affranchit de plus en plus du groupe familial et les femmes disposent dans leur couple d'un pouvoir de négociation accru. C'est sur ce nouveau couple que s'appuie la troisième phase du programme de planification familiale pour promouvoir la famille restreinte et en bonne santé comme un acquis de la modernité de la société tunisienne.

Cette troisième phase du programme de planification familiale débute en 1984. Les moyens financiers mis à sa disposition augmentent de 4 754 000 dinars⁶⁰ en 1987 à 6 542 000 dinars en 1991 (ONFP, 1995). La part du gouvernement tunisien investie dans le budget du programme augmente aussi puisque l'État participait à concurrence de 61% des actions de planning familial entre 1970 et 1979 et à concurrence de 75% entre 1980 et 1989. Par la loi du 6 août 1984 est créé l'Office National de la Famille et de la Population, sous la tutelle du Ministère de la famille et de la Promotion de la femme. Ce nouvel institut s'inscrit dans l'objectif du renforcement de l'action des services de planification familiale.

Une seconde loi (13 janvier 1987) fait de l'ONFP un « établissement public à caractère industriel et commercial doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière ». Il retrouve sa

⁶⁰ Un dinar en 1987 équivaut à 0,78 dollar US et à 0,92 dollar en 1991 (World Bank, 1995).

première tutelle, le Ministère de la Santé publique. La nouvelle loi stipule que l'Office doit s'acquitter, en plus de ses missions définies dans la loi de 1984, « d'entreprendre les études et d'effectuer des recherches à caractère économique, social et démographique tendant à améliorer l'information sur les questions de population et sur les relations entre la croissance économique et le développement économique et social au niveau de la famille et de la collectivité ».

Plus précisément, l'ONFP a pour missions de :

- mener des études et des recherches à caractère économique, démographique et social ;
- renforcer les fondements juridiques et institutionnels du programme national de planning familial ;
- promouvoir la santé de la famille et garantir son bien-être ;
- informer et éduquer le public en matière de population et de santé familiale et lui fournir les services nécessaires.

La création de l'ONFP doit permettre de renforcer les prestations de planification familiale. Sur les aspects traditionnels du programme, la réactualisation de la stratégie du planning familial devient urgente (Laâjimi, 1987). La baisse de la fécondité atteint un palier et le nombre de visites enregistrées dans les centres de planification familiale, comme celui des nouvelles utilisatrices de contraception, stagne. Il s'agit pour le programme de trouver de nouveaux interlocuteurs, de modifier et de multiplier l'offre de services en fonction des nouvelles attentes des femmes. Au-delà de ses activités traditionnelles (campagnes d'information et d'éducation, diffusion de la contraception), l'ONFP doit maintenant assurer des consultations prénuptiales et de dépistage des maladies sexuellement transmissibles, élaborer des actions de préventions de maladies graves comme le cancer du col de l'utérus, proposer des consultations de conseil conjugal. Ces nouvelles missions sont définies dans le prolongement des objectifs affichés dans le sixième plan qui consacre dans son approche sectorielle un chapitre à la santé maternelle et infantile. Des moyens devront être mis en œuvre en faveur de la réduction de la mortalité périnatale et des handicaps

évitables dès la grossesse, de la réduction de la mortalité maternelle, du contrôle du développement staturo-pondéral et de la prévention des états de malnutrition des enfants de 0 à 2 ans, de la réduction de la morbidité due aux maladies diarrhéiques de l'enfant ainsi que la mortalité liée à ces infections (Secrétariat d'État au Plan et à l'Économie Nationale, 1982). Sous la nouvelle tutelle du Ministère de la Santé publique, les services de planification familiale élargissent donc leur domaine d'intervention en y incluant la santé maternelle et infantile. À partir de cette date, il est évident pour les décideurs comme pour le corps médical et scientifique que les politiques de planification familiale ne peuvent plus faire abstraction des dimensions sanitaires.

C'est pourquoi, au milieu des années 1980, les missions de l'ONFP sont élargies à la prise en considération de la santé familiale. L'accent est mis sur une gestion globale de la santé et de la planification familiales. On assiste au renforcement des programmes de planification familiale, au développement du dispositif de santé et à une forte convergence des politiques de population et de santé publique. Les septième et huitième plans de développement économique et social (1988-1996) consacreront donc des moyens importants pour renforcer les infrastructures et les équipements sanitaires de base dans les hôpitaux de circonscription.

Durant la période 1987-1991, des changements importants sont à noter dans la définition des populations cibles et des institutions vecteurs des messages d'information. À cet égard, la médecine du travail est largement sollicitée pour une mission d'éducation des ouvriers et des employés dans les entreprises agricoles et industrielles. Le monde du travail est particulièrement visé et avec lui la population masculine entre dans les priorités de l'ONFP. La limitation des naissances ne doit plus être seulement une préoccupation féminine. Les dirigeants du planning familial tunisien ont bien compris que la motivation des pères pour restreindre leur descendance est un facteur important, notamment parce que ce sont eux qui détiennent le plus souvent le pouvoir économique, social et

symbolique dans le couple. Pour que les « sanctions » économiques (allocations familiales, déductions fiscales) et les messages d'incitation du planning familial soient efficaces, il faut donc qu'ils touchent aussi les hommes. Différents messages leur sont adressés pour les convaincre des avantages socio-économiques d'avoir peu d'enfants. Des affiches sont éditées par l'ONFP, rendant hommage à l'ouvrier qui a une « petite famille »⁶¹. Les avantages d'une famille restreinte tels qu'ils sont présentés aux pères sont presque exclusivement de l'ordre du bien-être économique (individuel ou collectif). Cet intérêt pour les hommes, dans le cadre de la santé familiale, se limite encore aux maris et les autorités restent très attachées aux aspects traditionnels des programmes de planification familiale. Si les décisions de restriction des naissances peuvent être partagées par le couple, par contre la contraception reste encore exclusivement une affaire de femmes.

La décennie 1980 est aussi celle où l'on commence à observer les résultats de la politique active de l'Office de la Famille et de la Population menée depuis 1975. Il s'agit plus précisément d'une double politique. D'une part, l'ONFP encourage vivement le recours à la stérilisation, méthode qui semble correspondre à l'attente des femmes, d'autre part il met en place des programmes spécifiques de distribution de la pilule (gratuité, approvisionnement des pharmacies privées,...) en souhaitant vivement que les méthodes d'espacement se diffusent rapidement. La ligature des trompes, qui n'était jusqu'alors que peu pratiquée, devient une méthode courante. Durant la même période, le nombre de femmes utilisant pour la première fois la pilule est multiplié par 1,5. Les méthodes d'espacement restent malgré tout peu utilisées. À la fin des années 1980, le planning familial a rempli l'un de ses rôles : toutes les femmes connaissent au moins une méthode contraceptive et plus de 90% d'entre elles savent maintenant où se la procurer. Il faut

⁶¹ Sur une affiche, on voit deux ouvriers. L'un, préoccupé par sa grande famille, n'est pas concentré sur son travail et se blesse. L'autre, ayant une petite famille, est au contraire félicité par son chef de service pour son ardeur au travail.

cependant relativiser ce résultat, car si les femmes sont bien informées sur les méthodes, elles ont aussi souvent beaucoup de préjugés sur leur utilisation. En 1987, plus d'une femme sur deux connaissant la pilule était aussi convaincue que cette méthode provoquait des effets secondaires graves. Les méthodes traditionnelles (abstinence, retrait) et la stérilisation féminine sont celles qui sont perçues par les femmes comme les méthodes qui comportent le moins de contraintes et de dangers (EDS 1988). La mission d'information et surtout de formation des utilisatrices potentielles des services de planification familiale n'est pas tout à fait achevée, il reste encore quelques difficultés à surmonter : toutes les femmes n'ont pas facilement accès aux services de planification et bien que la majorité des utilisatrices soient satisfaites, elles sont encore nombreuses à regretter le mauvais accueil qui leur est réservé dans les centres.

Ce qui semble le plus important, c'est que l'ONFP, sous ses différentes formes et statuts, a contribué en un peu plus de vingt ans d'existence à rendre la contraception socialement légitime au fil des campagnes d'information. La limitation des naissances n'est plus un tabou. En 1987, 80% des femmes jugent « acceptables » que les médias diffusent des messages sur la planification familiale (92,6% dans le milieu urbain contre 71,1% dans le milieu rural) (EDS 1988).

Les orientations de l'ONFP après 1991

« Il est impossible de réaliser les aspirations de notre peuple et le progrès de notre pays sans atteindre les plus hauts degrés du développement économique par l'accroissement de l'efficacité de notre action, la rationalisation des méthodes de gestion de nos entreprises et une meilleure maîtrise du croît démographique » déclarait en 1989 le Président de la République Ben Ali (ONFP, 1997a : 8). Dans cette conception intégratrice des problèmes de population, les priorités du programme de planification familiale de

la décennie 1990 continuent de miser sur la « globalité des prestations » et sur le concept de santé familiale. Elles s'enrichissent néanmoins, en conformité avec les recommandations internationales, d'une dimension « santé de la reproduction » s'appuyant sur les textes de la Conférence sur la Population et le Développement du Caire. En 1995, 63% des fonds alloués par le FNUAP en Tunisie ont été consacrés à des programmes portant sur ce thème (FNUAP, 1995).

La notion de santé de la reproduction, dans sa définition internationale, recouvre à la fois le champ « traditionnel » de la santé de mère et de l'enfant, mais aussi celui de la santé sexuelle et de la régulation de la fécondité (la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, l'avortement, l'infécondité, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA, les cancers du sein et de l'appareil génital, la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles...). Les notions de « parenté responsable » et de « sexualité responsable » apparaissent dans les déclarations des organismes internationaux. Le champ couvert par la santé de la reproduction inclut donc différents acteurs, hommes comme femmes, et la notion de santé de la reproduction dépasse le strict cadre médical. La question de la liberté et de la responsabilité individuelles et collectives dans les comportements sexuels et reproductifs devient une préoccupation de premier plan (Bonnet et Guillaume, 1999). Comment le concept de santé de la reproduction a-t-il été appliqué dans les actions de l'ONFP en Tunisie ? Quels sont les nouveaux acteurs concernés ? Comment sont mises en application les notions de liberté et de responsabilité individuelles et collectives dans les comportements sexuels et reproductifs ?

Les nouveaux acteurs : les hommes et les jeunes

Depuis peu, on peut considérer qu'une nouvelle étape a été franchie : l'idée que l'homme doit prendre ses responsabilités dans

la planification de sa famille semble acquise⁶². La crainte que l'épidémie du SIDA atteigne la Tunisie a obligé les autorités à intensifier et modifier leur discours sur les préservatifs et donc sur la contraception masculine même si, en dehors de la prévention des MST, la contraception des couples est toujours du ressort des épouses.

Après les hommes, les efforts pour insérer les jeunes dans les populations cibles des programmes de santé et de planification familiale s'intensifient. L'ONFP veut réaliser auprès de cette population des actions d'éducation spécifiques, comme des consultations de santé familiale (consultation prénuptiale, conseils conjugaux) centrées à la fois sur la prévention des grossesses précoces et non désirées et sur une information sur les risques de l'interruption de grossesse et des MST.

L'ONFP (1998b) a mené une vaste enquête sur « les jeunes au quotidien » dont un volet était consacré aux connaissances et aux attitudes des 15-24 ans en matière de sexualité et de santé reproductive. Les résultats montrent que 39% des jeunes considèrent que « discuter de la sexualité est important » (38% des garçons et 40% des filles). Les jeunes parlent de sexualité entre eux mais très rarement avec leur médecin, leurs enseignants ou leur famille. Ils ont reçu presque tous une information sur la contraception, sur les maladies sexuellement transmissibles et surtout sur le SIDA. L'enquête fait ressortir les difficultés qu'ont les jeunes à trouver un interlocuteur pour parler de leur sexualité et s'informer. Alors que 67% souhaiteraient pouvoir en parler avec un médecin, seulement 24% ont entamé un dialogue avec lui, et à l'opposé, alors que seuls 1% des 15-24 ans pensent que leurs amis sont de bons interlocuteurs pour parler de sexualité, plus de 90% ont déjà abordé le sujet avec eux, sans doute par manque de conseillers plus qualifiés. Ces résultats montrent que l'ONFP a de toute évidence un

⁶² Voir par exemple dans le magazine trimestriel de l'ONFP (1998c : 16) une lettre de la rédaction adressée aux jeunes hommes les informant sur ce thème.

rôle informatif important à jouer auprès de cette population. Ils rappellent aussi combien il est difficile et encore tabou de parler de sexualité et combien les ignorances sont nombreuses chez les adolescents. Seuls les jeunes des milieux les plus éduqués semblent être bien informés et parler sans trop de crainte de leur vie sexuelle.

Si la connaissance en matière de sexualité et de procréation est minimale chez une large majorité des adolescents et adolescentes, ils seront en revanche informés sérieusement sur la contraception une fois mariés. Ceci résulte d'une logique simple : pour que l'éducation sexuelle des célibataires soit motivée, encore faudrait-il que l'activité sexuelle, la procréation ou la cohabitation hors mariage soient légitimes et légales.

La liberté et la responsabilité dans les comportements sexuels et reproductifs

Dans la mouvance des nouvelles orientations en matière de santé de la reproduction, les conférences du Caire et de Pékin introduisent le droit des femmes à la santé sexuelle, le droit d'être maîtresses de leur sexualité, sans aucune contrainte, discrimination ou violence et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. Les représentants de la Tunisie trouvent ce nouveau concept trop flou, et comme beaucoup d'autres pays musulmans, ont invoqué leurs lois nationales pour émettre des réserves sur les recommandations portant sur les droits fondamentaux des femmes d'exercer un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité. En effet, si, en Tunisie, les droits en matière de planification, de limitation des naissances ou même d'avortement sont acquis, ils sont restreints *de facto* aux couples mariés. Les prestations de l'ONFP s'adressent avant tout aux couples et non pas aux célibataires. Ce que les autorités craignent en signant les conventions internationales du Caire ou de Pékin, c'est la « liberté sexuelle » dont pourraient bénéficier les femmes ou les hommes puisqu'ils peuvent théoriquement, grâce à la contraception, dissocier sexualité et procréation.

Or, la procréation prénuptiale reste hors norme et la virginité jusqu'à la nuit des noces est fortement idéalisée.

C'est dans ce cadre que l'ONFP inscrit ses campagnes d'information en matière de sexualité, en les limitant aux relations conjugales. Car, même s'il reconnaît qu'« en raison de l'ajournement de l'âge au premier mariage en Tunisie, l'activité sexuelle prénuptiale pourrait devenir de plus en plus importante » (ONFP 1999b : 24), il ignore pour l'instant presque totalement les jeunes célibataires dans ses actions de promotion du planning familial, bien que cette règle soit de plus en plus contournée par l'intermédiaire des campagnes de prévention des MST ou du SIDA. Certes, récemment, l'ONFP s'est intéressé à la « contraception des nulligestes », précisant qu'« une femme active sexuellement peut pour des raisons professionnelles ou autres désirer retarder sa première grossesse sans altérer sa fécondité ultérieure ni sa sexualité » (ONFP 1999b : 20-21), mais, là encore, ces conseils s'adressent aux femmes déjà mariées et en aucun cas ne sont destinés aux femmes célibataires désireuses d'avoir une vie sexuelle. La sexualité et la procréation hors mariage restent fortement condamnées socialement et juridiquement. L'acte sexuel avec une jeune fille âgée de moins de 21 ans est passible de prison⁶³. De la même façon, la cohabitation hors mariage des conjoints est absolument proscrite. L'article 36 du code pénal précise que « les époux, dont l'union a été déclarée nulle et qui continuent ou prennent la vie commune, sont passibles d'une peine de 6 mois d'emprisonnement ». Ce texte, instauré en 1957 pour supprimer les mariages coutumiers, est actuellement utilisé pour poursuivre les couples qui vivent maritalement, c'est-à-dire sans contrat de mariage (Chérif-Chammari, 1995).

⁶³ Voir note 16.

Les prestations après 1991

Parallèlement aux nouvelles activités et aux recherches liées à la santé de la reproduction, les activités traditionnelles du programme de planification familiale se poursuivent. Dans les villes, les centres de planification familiale fonctionnent bien et le bilan est jugé positif par l'ONFP. Les femmes ont facilement accès à la contraception et aux services de santé maternelle et infantile. Les projets de l'ONFP en milieu urbain sont maintenant de renforcer les méthodes de contraception d'espacement.

En milieu rural, les objectifs de l'ONFP sont autres. Les différentes enquêtes démographiques ou les évaluations du programme national mettent en exergue les fortes disparités régionales des indicateurs de fécondité et de prévalence contraceptive. Ainsi en 1994, la prévalence contraceptive varie de 69,8% dans le grand Tunis à 33,7% dans le *gouvernorat* de Tataouine (Sud-Est), pour une prévalence nationale de 59,7% (ETSME 1994). 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 d'ombre », est la priorité du programme de planification familiale durant les années 1990. Il s'agit de renforcer le potentiel humain et matériel dans les régions les plus isolées où les prestations de planification familiale sont encore peu accessibles. L'action de l'ONFP est à cet égard tout à fait intéressante⁶⁴. Afin de mieux informer et sensibiliser les femmes les plus pauvres dans les zones les plus reculées, l'ONFP a formé des agents voués à cette unique mission : « les animatrices de la santé reproductive et familiale ». Originaires de ces « zones d'ombre » et y résidant, elles sont formées puis équipées en supports éducatifs créés tout particulièrement pour les femmes de ces zones défavorisées. L'ONFP ayant souhaité adapter l'offre le plus précisément possible aux réalités du monde rural tunisien, les agents, les moyens médicaux et

⁶⁴ Et, dans ces zones rurales, sans doute la plus utile socialement. L'offre contraceptive du secteur privé est cantonnée dans les grandes villes.

les messages de promotion sont choisis avec beaucoup d'attention. Afin d'utiliser au mieux les moyens attribués au programme de planification familiale dans les « zones d'ombre », des enquêtes ont été menées pour comprendre quels sont les besoins et les attentes des couples dans les régions où le planning familial rencontre des difficultés. C'est dans cet esprit que l'enquête sur le « Comportement contraceptif des familles en milieu rural dans les régions du Centre-Ouest et du Sud de la Tunisie » a été réalisée en 1995 (ONFP, 1997b).

Une mission quasiment achevée ?

Au milieu des années 1990, les chercheurs de l'ONFP ont entrepris un bilan du programme de planification familiale. Diverses publications montrent ce qu'aurait pu être la Tunisie « si la population tunisienne avait évolué sans planification familiale » (ONFP, 1996b). Selon ces publications, les bénéfices de la politique de population de la Tunisie depuis 1956 sont nombreux ; l'impact du programme de planning familial sur les secteurs sociaux concerne les secteurs de l'emploi, de l'éducation, de la santé, de l'émancipation de la femme (ONFP, 1997a). Le bilan est jugé positif, les fortes craintes d'une démographie galopante exprimées au début des années 1970 sont aujourd'hui apaisées⁶⁵.

À la fin des années 1990, les nouveaux défis de l'ONFP, dans le domaine de la planification familiale sont donc, pour reprendre les

⁶⁵ « Nous voilà une trentaine d'années plus tard en 1996, année où l'on peut dire que cette vision des choses s'est avérée juste et la voie choisie fructueuse : la fécondité naguère élevée est ramenée à des niveaux non seulement compatibles avec les moyens du pays mais fort encourageants pour continuer avec succès la politique d'émancipation de la femme et de la famille engagée dès l'Indépendance. La croissance de la population qui était jugée explosive par sa rapidité est maîtrisée. [...] La taille réduite des ménages rencontrée de nos jours contribue grandement à l'amélioration des conditions de vie de la famille » (ONFP 1997a : 11).

termes de Bchir (1998), de l'ordre du qualitatif (améliorer l'accueil dans les centres), les problèmes découlant du quantitatif étant résolus en grande partie. Fort de son succès et de son savoir-faire dans ses prérogatives traditionnelles, l'ONFP peut alors s'engager dans de nouvelles missions et aborder de nouveaux thèmes. Il s'intéresse de plus en plus au vieillissement de la population et à la santé publique par le biais de campagnes contre le tabagisme ou les MST, et surtout il s'engage dans des actions de coopération Sud-Sud.

Lors de la Conférence sur la Population et le Développement du Caire, une alliance internationale a été lancée par dix pays du Sud reconnus pour leur réussite en matière de politique de population. La Tunisie est l'un de ces pays signataires. En 1995, la Tunisie a été élue à la présidence du conseil d'administration de ce Partenariat en Population et Développement, l'ONFP apportant son savoir-faire et son expérience en offrant ses services aux pays d'Afrique francophone et du Moyen-Orient. De nombreuses activités ont été organisées pour dynamiser cette collaboration entre pays du Sud. La Tunisie a notamment accueilli les premières journées Africaines de coopération Sud-Sud en juillet 1997 (Bel Haj, 1998). Dans ce cadre, l'ONFP forme des sages-femmes ainsi que des agents du planning familial venus d'Afrique subsaharienne.

Au niveau national, les orientations et les activités récentes de l'ONFP sont à analyser dans le cadre plus large de la politique de population définie par le neuvième plan de développement. De manière affirmée, cette politique s'inscrit toujours dans une stratégie de développement global. Les questions de population y sont traitées « en fonction des exigences de la croissance durable, de la protection de l'environnement, de l'aménagement du territoire et de l'amélioration de la qualité de vie tout en accordant l'intérêt requis à la croissance démographique au vu de ses répercussions sur l'emploi et sur les besoins en équipements collectifs et en services sociaux » (Ministère du Développement Économique, 1998 : 53). De nouveau, s'affiche la volonté de maîtriser la croissance

démographique pour ne pas mettre en péril la croissance économique ni le processus de développement durable. La question de la répartition de la population sur le territoire et de son impact sur le développement régional est prioritaire.

UNE POLITIQUE RÉUSSIE DE PLANIFICATION FAMILIALE ?

En 1987, le prix des Nations Unies pour la population est décerné à l'ONFP puis à nouveau en 1992 pour sa participation active à la préparation de l'année internationale de la famille. En 1994, le FNUAP a reconnu l'ONFP comme « Centre d'Excellence pour la formation internationale en matière de population et de santé reproductive ». En 1996, la médaille d'or « Santé pour tous » de l'OMS est décernée au Président de la République Ben Ali. À travers ses nombreux prix, la politique de population tunisienne a été reconnue comme remarquable par les grands organismes internationaux.

Toutefois, évaluer précisément l'impact démographique d'une politique de population reste un exercice particulièrement périlleux, surtout dans le contexte d'une société qui a connu un développement économique et social très rapide⁶⁶ et dont les changements dans les structures familiales reflètent d'autres réalités que celles de la démographie⁶⁷. En outre, l'aspect protéiforme de la politique de population, que nous avons pu mettre en évidence à de nombreuses reprises, diminue la portée d'un simple comptage de naissances

⁶⁶ « Le cas de la Tunisie est fort intéressant à examiner du point de vue de la recherche des facteurs de réussite d'un projet de planning familial, bien qu'il ne permette pas de conclure de manière précise qui de l'impact des facteurs de modernisation en général ou de l'action propre d'un programme de planning familial est le plus décisif » (Rouissi, 1977 : 389).

⁶⁷ « L'édifice de la famille patriarcale reposait sur une étroite complémentarité des dimensions économique et démographique de sa fonction de reproduction. L'éducation, l'industrialisation et l'urbanisation l'ont déstabilisé en tant que cellule économique de base » (Camau, 1989 : 99).

évitées par tel ou tel moyen contraceptif et doit être au contraire considéré comme l'originalité de la voie tunisienne en cette matière. Il convient aussi de noter que la présentation adoptée ici d'un découpage chronologique ponctué par des étapes reflète des changements réels dans la politique de population mais que celle-ci est guidée avant tout par une logique globale et continue qui prime tout au long de l'histoire de la Tunisie indépendante. Ainsi, il devient difficile de séparer dans le temps les réponses individuelles aux mesures publiques et de savoir à quelle mesure particulière correspond un changement dans les comportements reproductifs. C'est pourquoi, dans ce cas précis, l'analyse de l'impact de la politique de population tunisienne à travers quelques facteurs essentiels explique mieux sa réussite. Nous en retiendrons cinq : le statut de la famille, le statut de la femme, l'intégration de la politique de planification familiale aux secteurs économiques et sociaux, son caractère décentralisé et enfin sa continuité et sa capacité d'adaptation.

Accompagnant la politique de population, les mesures économiques et sociales destinées à la famille ont abouti à une modification des rapports entre ses membres et à la redéfinition même de ses fonctions. Il y a eu notamment une certaine dissociation des fonctions de production et de reproduction, parallèlement à la diminution du poids de la famille élargie. Camau traduit cette idée de la manière suivante : « La disponibilité envers la notion de limitation des naissances, la prévalence accrue de la contraception, la baisse de la fécondité et de la natalité constituent les aspects connexes d'un déclin de la famille nombreuse en tant que phénomène démographique et de la famille élargie en tant qu'instance de régulation des échanges et de socialisation des comportements » (1989 : 101).

Contrecoup logique du changement du statut de la famille dans la société, le statut de la femme dans la famille change simultanément. Les mesures révolutionnaires prises en faveur de la femme ont incité Rouissi à effectuer une comparaison des situations tunisienne et algérienne : « Ainsi, un parti dominé par la petite bourgeoisie a pu faire pour la femme tunisienne beaucoup plus qu'une révolution

paysanne se réclamant du socialisme. Cela nous amène à insister une fois encore sur la centralité du statut de la femme dans la société traditionnelle arabo-musulmane en rapport avec les normes de fécondité et sur l'importance stratégique de ce statut dans les formations sociales arabo-musulmanes » (1977 : 390). Dans le contexte tunisien, Beaujot (1986) voit dans l'augmentation de l'âge moyen au mariage un facteur d'émancipation féminine, à la fois par l'acquisition d'un statut social supérieur grâce à la possibilité d'un emploi avant le mariage et par un effet direct de maturité plus grande et donc une égalité accrue dans les relations de couple⁶⁸.

Au-delà de l'existence même d'une politique de population précoce⁶⁹, la manière de la concrétiser est primordiale. C'est dans ce sens que le caractère intégré de la politique de population tunisienne aux autres domaines socio-économiques est cité fréquemment comme l'élément central de sa réussite. Boukhris écrit à ce sujet : « L'avènement du programme national de planning familial a été le fruit d'un pari intelligent et d'un engagement déterminé ayant pour genèse une conviction profonde de l'intérêt de la maîtrise de la fécondité sur les paramètres socio-économiques du développement » (1992 : 71). L'ONPFP (1982) met en avant l'œuvre législative et sociale qui a constamment entouré la politique de population et particulièrement la promotion de la femme, la réforme de l'enseignement qui généralise l'éducation des filles, l'assouplissement des dogmes religieux et traditionnels, l'instauration du Code du travail

⁶⁸ Il faut cependant relativiser, même sur le plan juridique, l'égalité entre les femmes et les hommes proclamée par le Code du Statut Personnel. Par exemple, depuis 1973, une Tunisienne musulmane ne peut pas épouser un homme non-musulman, alors qu'aucune restriction de ce type n'existe pour les hommes. Dans un autre registre, ce n'est qu'en 1993 que l'article 23 du CSP voit la clause d'obéissance de la femme à son époux se transformer en une « mutuelle bienveillance », le mari restant néanmoins le chef de famille. En 1994, selon Daoud, restent encore pendantes les inégalités devant « les conditions de travail et de couverture sociale, la liberté pour les mariages interculturels, la question de la dot et celle de l'héritage » (1994 : 38).

⁶⁹ Safir (2000) insiste sur le « volontarisme politique » des pays du Maghreb quant à la réduction de la natalité.

qui interdit le travail des enfants et établit le droit au travail de la femme au même titre que l'homme.

L'intégration dont il vient d'être question est synonyme de centralisation. Elle vise à mettre sur pied une politique globale cohérente, dans laquelle le « citoyen est à la fois fin et moyen » (Bchir 1998 : 38). Mais cette politique de population a aussi comme caractéristique d'être appuyée par une grande quantité de relais hiérarchiquement emboîtés, relais qui peuvent finalement tirer parti des spécificités locales et affiner la stratégie globale. Elle est donc insérée dans une structure qui est à la fois verticale⁷⁰ et horizontale⁷¹ : « Nous avons surtout insisté sur l'importance du facteur que représente l'instrument politique de mobilisation des masses, lui-même reflet d'une situation originale de la Tunisie » (Rouissi, 1977 : 390).

Enfin, un facteur décisif dans le succès de cette politique de population a été son inscription dans la durée et sa capacité d'adaptation, caractéristique bien analysée par Boukhris : « Le programme a échappé au caractère statique, observé par plusieurs autres expériences des pays en développement. Cette dynamique prouve qu'en plus des assises juridiques et du cadre institutionnel appropriés, le programme de planning familial a suivi le même rythme de mutation que la population, ce qui lui a permis de faire partie intégrante du vécu quotidien des habitants. Il s'agit là, de l'une des raisons les plus profondes du succès de l'expérience tunisienne » (1992 : 71-72).

Pour ne pas se limiter aux seuls problèmes de management, il nous a paru essentiel de mettre en perspective la politique de population tunisienne avec le contexte social qui l'a sous-tendue. Si les moyens

⁷⁰ Présidence de la République, Conseil de la Population, ONFP, *gouvernorats...*

⁷¹ Médias, parti, écoles, syndicats, associations...

techniques mis en œuvre pour limiter les naissances ont eu un rôle non négligeable dans la baisse de la fécondité, force est de constater que les nombreuses mesures législatives, économiques et sociales touchant de près ou de loin la question de la famille ont été le vrai moteur de cette baisse. Cela est visible dès 1956 avec la création du Code du Statut Personnel et peu de temps après dans les années 1960 avec la série de mesures ayant trait aux questions plus spécifiquement démographiques.

C'est assurément dans cette direction qu'il faut chercher les raisons du succès de la politique de planification familiale de la Tunisie. Celle-ci a toujours été, avec des degrés de réalisation et d'efficacité variables selon les époques, intégrée en amont dans des plans de développement économique et social plus vastes, ciblée en aval sur des populations précises. Cela signifie que l'offre a le plus souvent mobilisé non seulement les acteurs de l'ONFP, mais aussi tous les relais de la vie politique et sociale, fort nombreux et diversifiés comme nous l'avons vu. Quant à elle, la demande a pu être bien analysée par l'existence de nombreuses enquêtes de grande ampleur et faire l'objet de solutions adaptées. C'est surtout cette conception intégrée et dynamique de la politique de population tunisienne que nous retiendrons, c'est-à-dire finalement son caractère endogène au développement économique et social.

CHAPITRE 5

LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ AU NIVEAU RÉGIONAL

L'objet de ce chapitre est d'analyser les facteurs de la modernisation et de la fécondité au niveau régional, ce qui nous permettra de renforcer les résultats précédents mais aussi de nous intéresser à une région particulière qui s'éloigne de ce schéma de la modernisation pour en suivre un autre, celui du malthusianisme de pauvreté.

DES TRANSITIONS DIFFÉRENTES SELON LES RÉGIONS

En 1966, le *gouvernorat* de Tunis se distingue clairement avec un ISF inférieur à 5 enfants par femme, tandis que l'ensemble des autres *gouvernorats* ont des indices de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme, avec un maximum de 8,5. En 1998, tous les *gouvernorats* sont à un stade très avancé de leur transition de la fécondité puisque l'ISF y est partout inférieur à trois enfants par femme.

Entre ces deux dates, les changements démographiques ne se sont pas déroulés partout de la même façon ni au même rythme (figures 5.1 et 5.2). Alors que les données de 1975 montrent qu'ils avaient commencé à se réduire, c'est en 1984 que les écarts inter-régionaux sont les plus forts. L'ISF est encore de 6,7 enfants par femme à

Kebili et Tataouine, alors qu'il est déjà inférieur à 3 à Tunis. En 1994, on a encore une forte variation des indicateurs de fécondité : l'ISF est maximal à Kasserine (4,3) et minimal à Béja (2,3). Les différences ne vont vraiment s'atténuer que vers la fin de la décennie 1990.

Le tableau 5.1 montre le stade de la transition de la fécondité selon la classification de Bongaarts⁷² à différentes périodes. Les années 1960 voient ainsi le *gouvernorat* de Tunis atteindre la phase II, ce qui se ressent sur la fécondité nationale vu le poids de la capitale dans la population totale. Dans la décennie suivante, la progression de la baisse de la fécondité tunisoise se poursuit et Tunis en est à la phase III lorsque les *gouvernorats* du Nord et du Nord-Ouest atteignent le stade II. En 1984, la transition de la fécondité à Tunis est quasiment achevée au sens de Bongaarts, tandis que cinq *gouvernorats* du Sud et du Centre-Ouest sont encore dans la phase I de la transition, c'est-à-dire qu'elle n'a tout simplement pas encore commencé. Alors que la période 1975-1984 est celle où les écarts se creusent, la période 1984-1994 sera au contraire celle qui aboutira de manière accélérée à une convergence, si ce n'est encore des taux, du moins des stades de la transition. En effet, en 1994 tous les *gouvernorats* ont atteint la phase III pour aboutir ensuite très rapidement en 1998 à la phase IV qui marque la fin de la transition.

Ce schéma indique dans ses rythmes de progression une opposition entre les régions du Centre-Ouest et du Sud d'une part, et d'autre part, celles du Nord, du Nord-Ouest et du Centre-Est. Cette géographie recouvre-t-elle d'autres inégalités ?

⁷² Voir la synthèse du chapitre 2.

FIGURE 5.1 - INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ PAR
GOUVERNORAT ENTRE 1966 ET 1994
(Source : recensements)

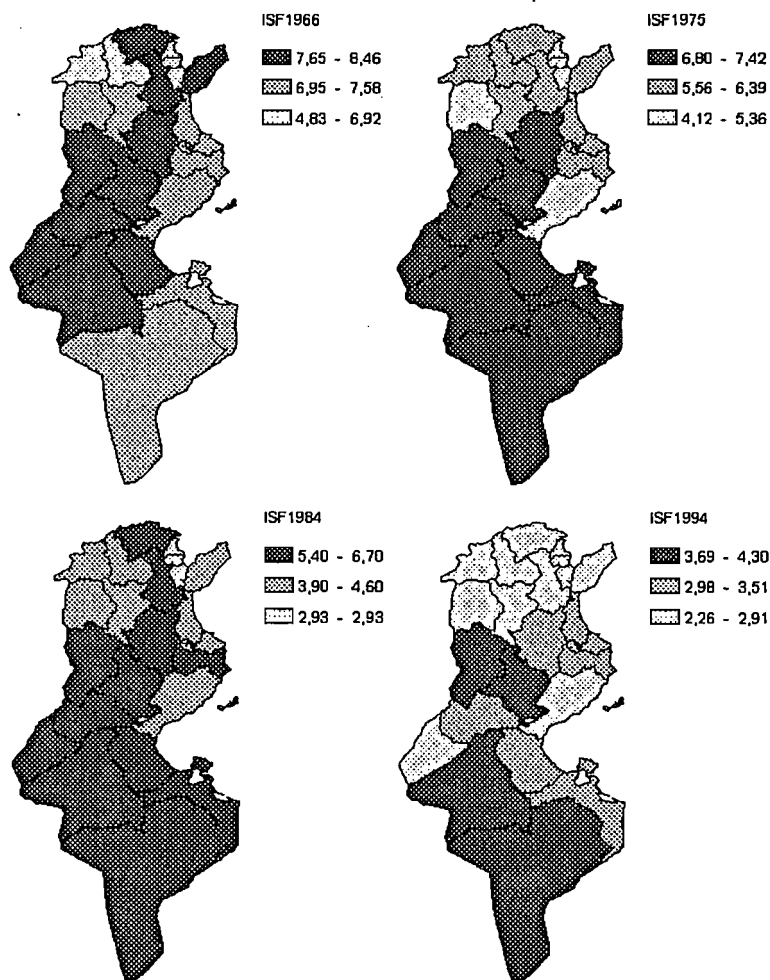


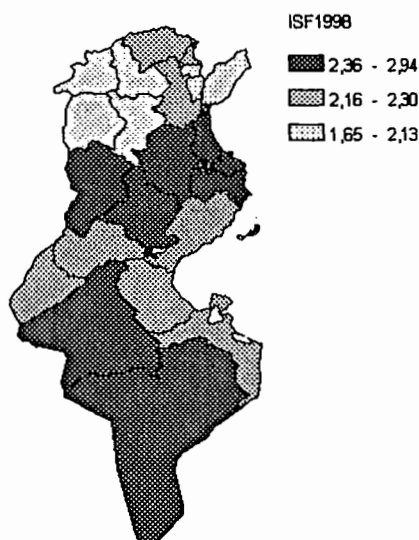
TABLEAU 5.1 - PHASE DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ SELON
LES GOUVERNORATS ENTRE 1966 ET 1998
(MODÈLE DE BONGAARTS, 1982)

	1966	1975	1984	1994	1998
Tunis	2	3	4	4	4
Ariana	2	2	4	4	4
Ben Arous	2	2	4	4	4
Nabeul	1	2	3	4	4
Bizerte	1	2	3	4	4
Béja	1	2	3	4	4
Le Kef	1	2	3	4	4
Sousse	1	2	3	4	4
Sfax	1	2	3	4	4
Zaghouan	1	2	2	4	4
Jendouba	1	2	2	4	4
Siliana	1	1	2	4	4
Tozeur	1	1	2	4	4
Monastir	1	1	3	3	4
Kairouan	1	1	2	3	4
Mahdia	1	1	2	3	4
Gabes	1	1	2	3	4
Médenine	1	1	2	3	4
Sidi Bou Zid	1	1	1	3	4
Kasserine	1	1	1	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

Source : d'après recensements ; Annuaire statistique 1998

FIGURE 5.2 - INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ PAR
GOUVERNORAT EN 1998

(Source : Annuaire statistique 1998)



FÉCONDITÉ ET DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE

De 1968, date du premier plan d'aménagement du territoire, à la fin des années 1990, la notion d'équilibre régional domine l'ensemble des politiques économiques et sociales de la Tunisie. La préoccupation première est d'éviter d'opposer des régions urbaines densément peuplées et des régions rurales pauvres et désertes. Les politiques d'aménagement du territoire ont privilégié des investissements de productivité sur le littoral et des investissements de « rétention de population » dans les zones rurales (petits barrages et périmètres irrigués pour l'agriculture, infrastructures sanitaires et scolaires, chantiers de chômage...), comme frein à l'exode rural. C'est ainsi

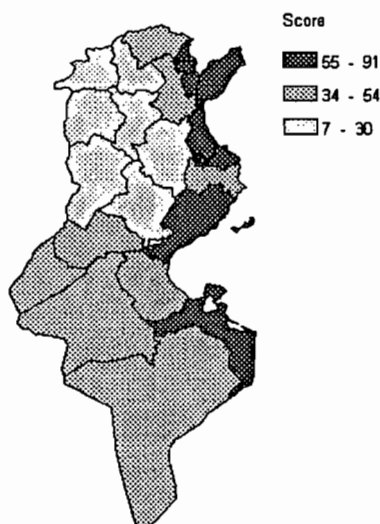
que se sont multipliés les aides sociales et les projets de développement dans les régions de l'intérieur. Visant notamment les populations démunies, ces projets ont fixé les populations dans des zones parfois écologiquement fragiles. Mais ces différentes mesures n'ont pas suffi à rendre homogène le processus de développement et tous les indicateurs montrent une opposition flagrante entre, d'un côté les régions du Nord-Est et du Centre-Est riches et développées (ayant tiré profit de l'industrialisation et du « boom » du secteur touristique), de l'autre les régions du Nord-Ouest, du Centre-Ouest et du Sud, pauvres et rurales. Peut-on expliquer alors les différences de fécondité par les différences de niveaux de développement économique ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous proposons de détailler les niveaux atteints par chaque *gouvernorat* à travers quelques indicateurs classiques de développement. À cette fin, nous présentons un indicateur synthétique, construit dans une optique comparative selon une procédure d'agrégation des rangs de classement. Pour chaque variable, est établi un classement par rang dotant chaque *gouvernorat* d'un nombre-score compris entre 1 et 23, « 23 » correspondant à la meilleure place dans le classement général. En additionnant les scores, on obtient un indice général qui représente une mesure comparative du développement régional.

Les variables choisies sont censées refléter les conditions socio-économiques, d'éducation, sanitaires et médicales. Ce sont les dépenses par personne et par an, le taux d'électrification, le taux d'analphabétisme et le nombre de médecins pour 100 000 habitants (CGDR, 1991). Nous avons choisi l'année 1989, date intermédiaire dans la transition de la fécondité tunisienne, où les écarts de fécondité demeuraient encore significatifs. Dans la configuration la plus inégalitaire qui soit, c'est-à-dire pour une région accumulant les meilleurs scores pour chaque composante et une autre accumulant les plus mauvais, la fourchette théorique de l'indice synthétique serait de 4 à 92. Or, c'est précisément ce cas de figure auquel on est confronté puisque les indices par *gouvernorat* sont compris entre 7

et 91 (figure 5.3). Belhedi (1993), dans une étude portant sur l'analyse régionale de 49 variables sur la période 1980-1989, aboutit à une classification des coefficients de développement qui retranscrit le même résultat. Dans une autre étude (Ministère du Développement Économique et PNUD, 2000), un travail similaire effectué par une analyse en composantes principales sur 16 variables socio-économiques donne, au milieu des années 1990, des résultats semblables en termes de structuration de l'espace régional (figure 5.4).

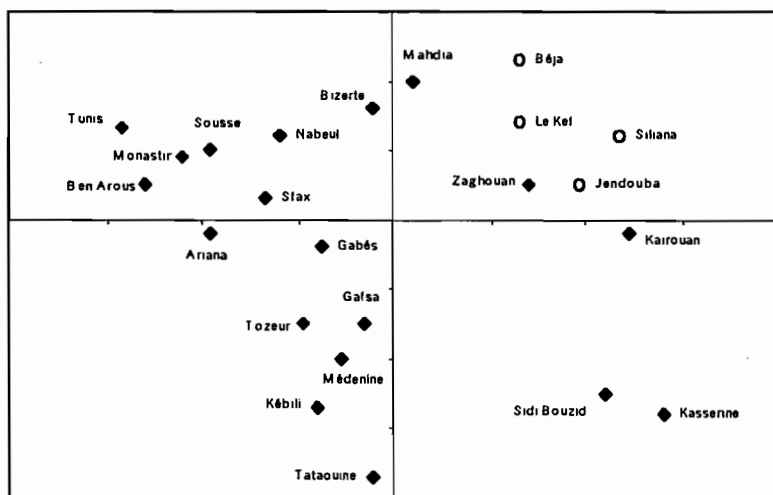
FIGURE 5.3 - SCORE RELATIF DE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE PAR GOUVERNORAT EN 1989
(Source : nos calculs d'après CGDR, 1991)



Depuis l'Indépendance, ce sont les régions du Centre-Ouest et du Nord-Ouest qui ont le moins profité des fruits de la croissance nationale. Fortement rurales, elles comprennent de nombreuses « zones d'ombre ». La situation du Sud est quelque peu différente dans la mesure où cette région a bénéficié d'importantes réalisations

dans le domaine des infrastructures de base et de couverture médicale. Si, grâce à cela, le Sud affiche une place moyenne de par son indice de développement, en revanche le niveau de vie de ses habitants reste proche de celui des régions les plus défavorisées. En fait, c'est surtout aux régions littorales du Nord-Est et du Centre qu'a profité la croissance. Bénéficiant de longue date de certains avantages en termes économiques et géographiques, elles ont su les faire fructifier, renforçant ainsi leur position hégémonique. Ces régions, fortement urbanisées, attirent les investissements qui participent au développement selon un cercle vertueux. Pour une analyse détaillée du développement régional en Tunisie et son rapport à l'espace, on trouvera une abondante littérature sur ce thème chez les géographes (Belhedi, 1982 ; Attia, 1984 ; Davies, 1989 ; Fakhfakh, 1990).

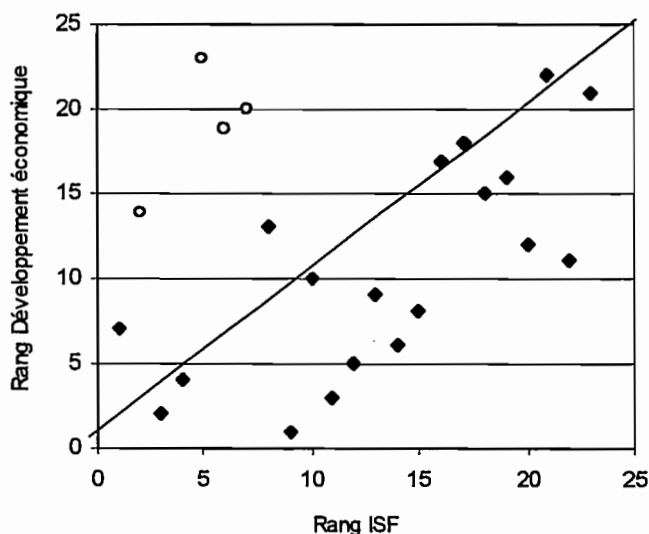
FIGURE 5.4 - LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN RÉGIONAL EN 1994-1995 (AXE 1 ET AXE 2 D'UNE ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES SUR 16 VARIABLES SOCIO-ÉCONOMIQUES)
(Source : Ministère du Développement Économique et PNUD, 2000)



○ Gouvernorat du Nord-Ouest

Si l'on compare ces niveaux de développement relatifs au classement relatif de l'ISF, on constate que, excepté les quatre *gouvernorats* du Nord-Ouest, la dispersion autour de la diagonale est assez faible (figure 5.5), ce qui signifie que la relation inverse entre le développement économique et le niveau de la fécondité est observée. Les régions les plus développées, celles du littoral, affichent les indices de fécondité parmi les plus faibles, les régions du Sud connaissent un niveau de développement moindre et une fécondité assez forte, la région Centre-Ouest combine un faible développement économique et une forte fécondité.

FIGURE 5.5 - RANG DE L'INDICE DE DÉVELOPPEMENT
SOCIO-ÉCONOMIQUE EN 1989 ET RANG DE
L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ EN 1991
(Source : nos calculs d'après CGDR, 1991)



○ Gouvernorat du Nord-Ouest

La théorie générale de la modernisation, qui semblait bien expliquer le processus de transition démographique en Tunisie au niveau national, se révèle encore satisfaisante pour cinq des six grandes régions. En revanche, que ce soit par son schéma de nuptialité, de recours à la contraception et bien sûr de fécondité, la région du Nord-Ouest se distingue et attire particulièrement notre attention.

LA TRANSITION DANS LE NORD-OUEST : UN MALTHUSIANISME DE PAUVRETÉ ?

« La région du Nord-Ouest de la Tunisie pose le plus grand paradoxe régional tunisien : cette région agricole réputée l'une des plus privilégiées et des plus riches de la Tunisie est aussi la région humaine la plus pauvre relativement aux autres régions tunisiennes. [...] De toutes les régions tunisiennes, les populations du Nord-Ouest sont celles qui ont été le plus profondément traumatisées, paupérisées et déracinées au cours de l'évolution récente de la société tunisienne. L'analyse de ce procès de déstructuration des hommes et de leur espace ne relève guère d'une pure curiosité académique, elle est au contraire absolument indispensable pour la clarification et la compréhension des causes profondes du sous-développement régional ».

ATTIA (1986 : 264)

Tournant le dos aux théories de la modernisation, un nombre croissant d'études montrent qu'il peut y avoir aussi une recherche de limitation des naissances parmi les classes les plus pauvres, non pas en référence à un processus d'imitation mais à une dynamique propre à la pauvreté. Cette relation entre pauvreté et fécondité a été étudiée en Afrique (Boserup, 1985 ; Locoh, 1995), en Europe et en Asie (Chesnaïs, 1997) ainsi qu'en Amérique latine (Cosío-Zavala, 1995 ; 1999). Dans ce dernier cas, l'auteur parle de « malthusianisme de pauvreté » et note que dans les pays latino-américains,

« on observe nettement deux modèles de transition démographique : un modèle équivalent à celui observé dans les sociétés les plus développées, qui se limite à quelques couches sociales privilégiées et rapidement modernisées [...] ; puis un second modèle totalement différent qui concerne principalement les couches sociales défavorisées, qui gardent la plupart des attitudes démographiques traditionnelles, mais où la fécondité baisse sous l'influence d'un malthusianisme induit par les conditions de vie précaires et une offre abondante de moyens contraceptifs » (Cosio-Zavala, 1995 : 401). La limitation des naissances chez les populations les plus défavorisées est une stratégie guidée par un « non-choix » : les couples mettent fin à leur descendance lorsque la venue d'un enfant supplémentaire est perçue comme un danger pour la survie immédiate de leur famille.

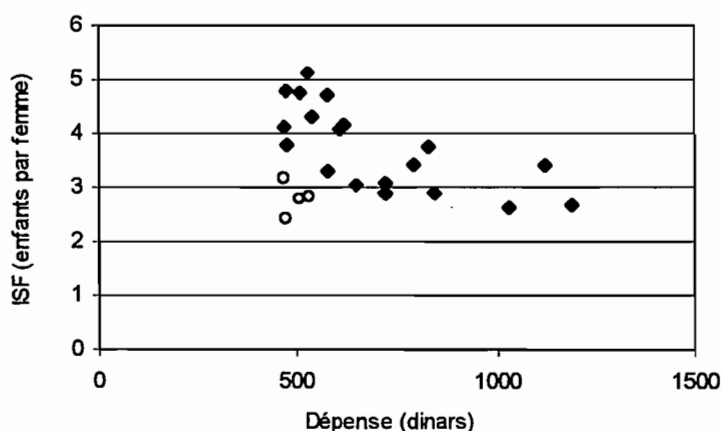
Les conditions premières et nécessaires au malthusianisme de pauvreté seraient les suivantes : un contexte socio-économique défavorable au point que les couples ne puissent que limiter leur descendance pour préserver leur survie et un contexte institutionnel qui offre à ces mêmes couples des moyens efficaces de réaliser leur projet de fécondité, c'est-à-dire des moyens de contraception modernes. Cette grille d'interprétation peut-elle mieux rendre compte de la situation de la région du Nord-Ouest que celle de la modernisation ?

Un faible niveau de fécondité

L'atypisme de la région du Nord-Ouest, qui couvre 10 % du territoire national et regroupe en 1994 quelque 14 % des 8,8 millions de Tunisiens, se révèle encore mieux lorsqu'on associe aux taux de fécondité régionaux un indice de développement économique : le niveau de dépense par individu (figure 5.6). Les quatre *gouvernorats* qui composent la région du Nord-Ouest (Béja, Jendouba, Le Kef, Siliana) se distinguent particulièrement. Si l'on effectue une régression sur les 19 autres régions du pays, on peut

voir la différence entre la valeur estimée de l'indice de fécondité dans les gouvernorats du Nord-Ouest et sa valeur réelle (tableau 5.2).

FIGURE 5.6 - INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ EN 1991 ET DÉPENSE ANNUELLE PAR INDIVIDU EN 1990, PAR GOUVERNORAT
(Source : CGDR, 1991 ; Annuaire statistique 1991)



○ Gouvernorat du Nord-Ouest

TABLEAU 5.2 - ÉCART ENTRE LA VALEUR ESTIMÉE ET LA VALEUR RÉELLE DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ EN 1991
(NOMBRE D'ENFANTS PAR FEMME)

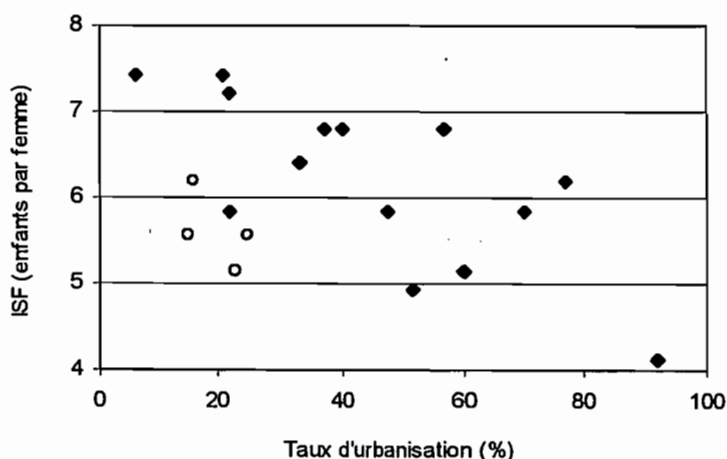
	ISF estimé*	ISF observé	Écart
Béja	4,39	2,40	1,99
Jendouba	4,16	2,82	1,34
Le Kef	4,26	2,78	1,48
Siliana	4,42	3,13	1,29

Source : nos calculs d'après CGDR, 1991 ; Annuaire statistique 1991

* sur la base d'une régression effectuée sur les 19 autres gouvernorats et donnant le modèle suivant : $ISF = 16,332 - 1,938 \text{ Log Dépense}$; $r = 0,73$

Puisque la baisse de la fécondité s'opère de manière visible au niveau national depuis les années 1960, il est intéressant de cerner sa dynamique de manière différentielle entre le Nord-Ouest et le reste du pays, afin de voir si la spécificité de la région est apparue dès le début du processus ou non. La lecture des figures 5.7 et 5.8 est à ce titre évocatrice.

FIGURE 5.7 - TAUX D'URBANISATION ET INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ PAR GOUVERNORAT EN 1975
(Source : recensement 1975)



○ Gouvernorat du Nord-Ouest

Déjà en 1966, l'ISF dans les *gouvernorats* de Béja, Jendouba et du Kef⁷³ se situe en dessous de la moyenne nationale, alors même que cette dernière est le mélange composite de taux importants dans le monde rural et d'une transition déjà amorcée dans la capitale. Au recensement de 1975, les quatre *gouvernorats* du Nord-Ouest se

⁷³ Le *gouvernorat* de Siliana sera créé en 1975.

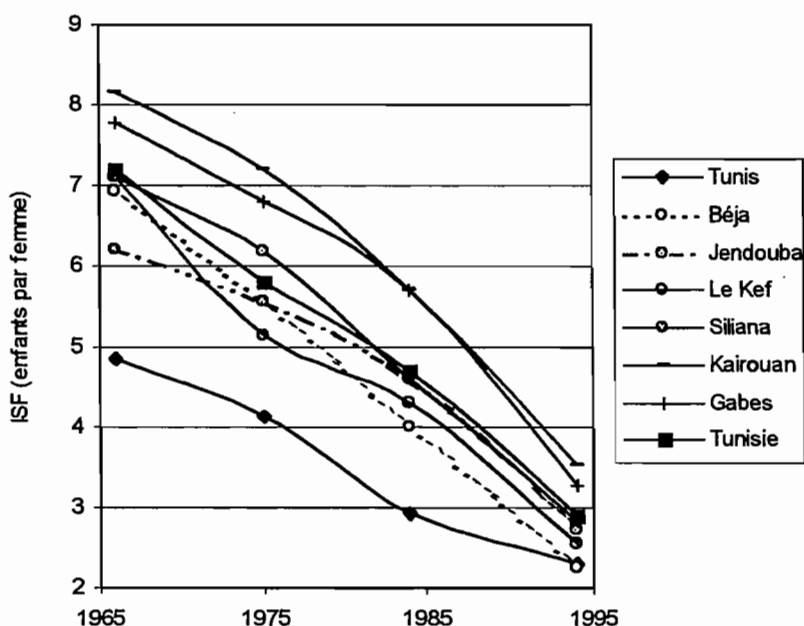
distinguent clairement sur la figure 5.7. La constance d'un indice de fécondité largement en deçà de la moyenne au cours des trente dernières années témoigne de la forte spécificité de cette région. Si l'on s'en tient à l'aspect transversal de la fécondité récente, on constate que le *gouvernorat* de Béja présente en 1994 un ISF de 2,26 enfants par femme qui se révèle inférieur à celui de la capitale (2,46 pour le district de Tunis). La région du Nord-Ouest dans son ensemble affiche un ISF de 2,59 pour une moyenne nationale de 2,87 et de 3,70 en milieu rural (INS, 1996b ; ONFP, 1996a). En 1998, l'ensemble de la région du Nord-Ouest aurait atteint un ISF de 1,90 contre 2,09 pour Tunis (Annuaire statistique 1998). Pourtant, comme en attestent quelques indicateurs complémentaires jugés représentatifs de la modernisation (tableau 5.3), les *gouvernorats* du Nord-Ouest sont loin d'être les mieux placés dans le champ de la compétition économique moderne.

TABLEAU 5.3 - QUELQUES INDICATEURS COMPARATIFS DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE VERS LE DÉBUT DES ANNÉES 1990

	Béja	Jendouba	Le Kef	Siliana	Tunisie
Ménages vivant en milieu non communal (%) 1994	59,4	74,0	50,9	65,9	35,9
Ménages ayant l'eau au robinet (%) 1994	54,7	38,4	50,5	41,6	69,1
Ménages ayant l'électricité (%) 1994	80,6	76,2	76,2	70,5	85,9
Ménages ayant le téléphone (%) 1994	5,4	6,9	6,5	5,0	15,2
Ménages éloignés de plus de 2 km de l'école primaire (%) 1994	30,8	37,1	30,7	35,9	5,7
Dépense moyenne annuelle par personne (dinars) 1990	2 689	2 971	2 696	2 650	4 033
Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants 1994	1,60	1,27	1,73	1,08	1,77
Actifs dans le secteur agricole (%) 1989	47,4	38,4	32,3	36,0	25,8
Taux de chômage (%) 1989	13,6	21,7	18,5	22,2	15,3

Source : recensement 1994 ; Enquête Nationale sur le Budget et la Consommation des Ménages (INS, 1993) ; Annuaire statistique 1994 ; ENPE 1989

FIGURE 5.8 - COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION DE L'INDICE
SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ENTRE PLUSIEURS GOUVERNORATS
DE 1966 À 1994
(Source : recensements)



La situation défavorisée de la région du Nord-Ouest nous amène, pour expliquer ce bas niveau de fécondité, à tester l'hypothèse du malthusianisme de pauvreté. Les deux questions que l'on doit se poser si l'on se reporte à sa définition exposée précédemment sont les suivantes :

- quelles sont les caractéristiques socio-économiques particulières à la région qui peuvent expliquer que les couples aient de tels comportements de limitation des naissances ?
- quelle a été et quelle est l'offre de planification familiale et comment a-t-elle répondu à la demande des couples ?

Un faible développement économique

L'optique privilégiée ici sera toujours celle de la famille comme unité de production et de reproduction. Ainsi, nous allons voir comment les transformations déjà anciennes des processus de production de la région du Nord-Ouest ont modifié en profondeur l'organisation et la division familiales du travail, et en conséquence les structures familiales.

« Le taux très faible [de fécondité] de Jendouba coïncide avec certaines caractéristiques particulières de ce *gouvernorat*, où coexistent d'une part une paysannerie traditionnelle en surnombre dans des zones montagneuses difficiles, d'autre part un sous-prolétariat agricole dans la plaine de la Mejerda qui souffre d'un sous-emploi record dans le pays » notait déjà en 1973 un collectif d'étude (Groupe Huit, 1973 : 315).

Pourtant, le Nord-Ouest est une région pluvieuse dont la moitié des terres sont labourables et de bonne qualité. Principale productrice de céréales de la Tunisie, cette région naturellement plutôt bien dotée a une vocation essentiellement agricole. Mais, historiquement, les systèmes successifs de répartition des terres font que des inégalités très fortes existent et que les terres de bonne qualité sont attribuées à une part numériquement peu importante de la population.

Déjà, avant la colonisation française en 1881, le bey⁷⁴ avait annexé les terres des plaines pour en distribuer une partie aux notables tunisois. Les paysans, qui exploitaient alors ces terres dans l'indivision⁷⁵, sont devenus *khames*, c'est-à-dire métayers au quint, pour le compte de ces grands propriétaires citadins absents (Ben Zid et Elloumi, 1993). Pour ne pas se soumettre au système du

⁷⁴ Représentant de l'État. La Tunisie a été sous contrôle de l'empire ottoman entre 1574 et 1881.

⁷⁵ L'unité d'exploitation était le *henchir*, d'une superficie pouvant aller jusqu'à 3 000 ha.

métayage et à l'assujettissement aux lourds impôts, une partie des paysans des plaines allèrent se réfugier dans les zones montagneuses forestières au nord de la région. Durant la première moitié du XX^e siècle, ce sont les colons français et toujours les puissants citadins qui détenaient les terres. De métayers, les paysans devinrent salariés, mais la mécanisation croissante offrait de moins en moins d'emplois et l'exode rural massif commença. Là encore, les montagnes furent le refuge de ces paysans, éleveurs pour la plupart, qui revenaient de temps à autre se faire employer dans les plaines au plus fort de l'activité agricole.

Pendant la politique de collectivisation, les éleveurs se sont vus ensuite dépossédés de leur bétail, souvent leur seule richesse, à la suite d'une loi visant à protéger la forêt de la dégradation occasionnée par les animaux. Le blocage des prix des produits agricoles, s'il a favorisé les zones urbaines, a empêché une frange de la paysannerie de se développer, en raison des dégradations des termes de l'échange. Le résultat des coopératives ne fut pas à la hauteur des ambitions et, au début des années 1970, la pauvreté eut comme conséquence une nouvelle vague d'exode rural massif, vers la capitale cette fois. Depuis l'Indépendance, la région du Nord-Ouest connaît des soldes migratoires régulièrement négatifs (tableau 5.4) et une situation économique (tableau 5.5) qui la classe parmi les régions déshéritées du pays⁷⁶.

Cette situation inquiéta les pouvoirs publics qui mirent en place, dès les années 1970, des projets de développement rural pour lutter contre la pauvreté. Mais les objectifs visés étaient plus de nature à prendre en charge les populations du Nord-Ouest qu'à créer un véritable développement économique de la région. Alors que le développement national était fondé sur l'industrialisation, le Nord-

⁷⁶ « C'est dans la région du Nord-Ouest puis dans celle du Centre-Ouest que l'incidence de la pauvreté est la plus élevée. Environ 40% des ménages urbains et les deux tiers des ménages ruraux les plus pauvres vivent dans ces deux régions, caractérisées par des terres en pente et par leur éloignement des pôles urbains dynamiques du littoral » (World Bank, 1995 : 14).

Ouest restait cantonné à des activités agricoles, totalement dépourvu de secteurs industriel et tertiaire. L'investissement n'étant pas encouragé en raison de l'absence d'infrastructures, *in fine*, la région demeurait essentiellement agricole.

TABLEAU 5.4 - SOLDE MIGRATOIRE NET PAR GRANDE RÉGION
ENTRE 1956 ET 1994

	1956- 1966	1966- 1971	1969- 1975	1975- 1980	1979- 1984	1984- 1989	1989- 1994
District de Tunis	191819	86894	40100	16300	45400	15700	47794
Nord-Est	-22150	-3758	-10300	-5600	-6400	-8100	-285
Nord-Ouest	-40916	-33905	-31800	-23700	-36600	-18200	-35896
Centre-Ouest	16495	-14379	-3400	-6200	-12500	-5000	-23931
Centre-Est	-59418	33654	6100	10400	8800	15300	18645
Sud-Ouest	4518	-22869	-2500	-1000	-300	1300	-3595
Sud-Est	-90338	-45637	1800	9800	1600	-1000	-2732
Total	0	0	0	0	0	0	0

Source : recensements ; ENPE 1980 ; ENPE 1989

TABLEAU 5.5 - PROPORTION DE PAUVRES PAR GRANDE RÉGION
EN 1990 (%)

	Rural	Urbain	Ensemble
District de Tunis	4,0	4,3	4,2
Nord-Est	3,9	4,9	4,5
Nord-Ouest	7,4	16,0	10,2
Centre-Ouest	8,3	15,7	10,3
Centre-Est	4,5	4,3	4,4
Sud	1,9	11,9	8,1
Tunisie	5,7	7,3	6,7

Source : INS, 1993

Les actions de développement consistaient en réalité à assister ces populations, en les embauchant sur des « chantiers de chômage », appelés ensuite « chantiers de lutte contre le sous-développement », dont l'objectif était de construire des pistes, réaliser des plantations, des boisements, effectuer des travaux anti-érosifs etc., en échange

d'une rémunération journalière bien en deçà du salaire minimum garanti. À côté d'une agriculture peu rentable pour la grande majorité des paysans, ces chantiers constituent souvent la seule alternative locale.

En milieu urbain, la création de pôles et d'emplois administratifs dans les années 1980 a drainé dans son sillage la création de nombreux commerces et petits boulots, accaparés par les « déracinés ruraux », selon l'expression de Attia (1986). Si ces pôles urbains connaissent une forte croissance, c'est davantage à travers un processus de repli des paysans que grâce à une dynamique interne de développement. Ils n'ont été le plus souvent que des villes-relais vers Tunis.

Pour résumer, les caractéristiques socio-économiques essentielles de la région du Nord-Ouest sont les suivantes :

- la région est essentiellement agricole ; elle se divise en grandes exploitations en plaine et micro-exploitations dans les zones montagneuses forestières ;
- les grandes exploitations en plaine sont très mécanisées et ne réclament de la main-d'œuvre que ponctuellement, elles ne sont donc pas pourvoyeuses d'emplois stables ;
- les petites exploitations des zones montagneuses ne sont pas rentables ; le milieu naturel pourrait être exploité davantage, mais un Code forestier assez draconien réserve les produits de la forêt à l'État ou à des gros concessionnaires ;
- un taux de chômage élevé, le taux de pauvreté le plus fort du pays, un exode rural massif et une émigration importante caractérisent les populations de cette région ;
- de nombreux auteurs n'hésitent pas à qualifier les actifs de cette région de « réserve de main-d'œuvre » pour les zones développées du littoral et de la capitale ;
- les termes de « mentalité d'assistés » ou de « dépendants » reviennent aussi souvent dans la littérature socio-économique pour qualifier l'attitude des habitants du Nord-Ouest, dont une

part non négligeable des revenus provient des projets de développement.

Évolution des structures familiales

Les interactions entre le développement socio-économique et les structures familiales avaient été mises en exergue dans le cas tunisien il y a déjà 25 ans : « La pénétration de la mécanisation dans la petite exploitation, par la location des services des agriculteurs moyens ou grands, risque d'avoir les répercussions les plus néfastes. En effet, dans ce cas les engins mécaniques sont utilisés exclusivement pour les travaux de labour et, de plus en plus, pour la récolte, sans qu'il y ait en même temps l'adoption d'autres améliorations culturales (fertilisants, désherbage...). On va inéluctablement, et sans contrepartie à une rupture de l'organisation de ce travail de l'exploitation familiale et à un effritement des systèmes coutumiers d'entraide, ou de prestations et de services entre petits agriculteurs, qui constituent un facteur d'équilibre et de fixation »⁷⁷.

Ces changements dans le mode organisationnel de la production économique, plus précisément agricole, ont donc eu des effets très significatifs sur les structures familiales. Le principal est la fin de la cohabitation de toute la famille sur le lieu de travail et de vie, en l'occurrence l'exploitation agricole. Le métayage, le salariat et l'emploi saisonnier ont mis à jour de nouvelles formes résidentielles et de déplacement. L'homme seul, un noyau familial, un enfant, peuvent ou doivent partir en migration, temporairement ou définitivement, pour vendre leur force de travail. C'est donc à un détachement du groupe que ces nouvelles formes d'emploi ont abouti (Ben Salem, 1990) et c'est sans doute dans la région du Nord-Ouest que ce phénomène a été le plus vif. Dans le Sud, la politique de sédentarisation

⁷⁷ Gambau H., 1974, « Pour une politique de l'emploi en Tunisie », Rapport de la mission PNUD, Ministère du Plan, Tunis ; cité par Dimassi et Zaiem (1982 : 28).

a regroupé les familles sans en séparer les membres et, en outre, une tradition forte de migrations existait déjà de longue date, en symbiose avec une économie familiale qui reposait en partie sur les revenus des migrations. Les structures familiales des populations du littoral n'ont pas connu non plus de tels changements lors du XX^e siècle.

L'intervention de l'État dans la région du Nord-Ouest n'est peut-être pas seulement le résultat de la pauvreté et de l'absence d'opportunités économiques locales, mais pourrait être le prolongement direct d'une politique plus générale visant à construire un nouvel État-nation, qui chercherait à dialoguer directement avec ses citoyens sans passer par le relais de la famille, jugée comme un quasi-concurrent du pouvoir étatique. C'est dans ce sens que Camilleri écrit que « l'État essaie de soutirer à la famille une transcendance qui gêne la sienne » (1967 : 27). Depuis l'Indépendance, c'est l'intervention étatique qui est synonyme de modernité, et *a contrario* la famille est perçue comme conservatrice. Camilleri voit dans cet antagonisme, l'émergence d'un nouveau modèle de famille : « la famille-coopérative », aux structures patriarcales et au fonctionnement conjugal. Il apparaît que ce qualificatif semble bien convenir, comme idéal-type, aux familles du Nord-Ouest. En effet, celles-ci ne ressemblent ni aux familles urbaines (structure nucléaire et départ tardif mais définitif des enfants) ni aux familles élargies du Sud.

Les stratégies familiales du Nord-Ouest sont en conséquence originales par rapport au reste du pays. Dans cette région, il n'existe véritablement ni culture de la migration⁷⁸ ni stratégies anciennes de pluriactivité. Ces populations doivent donc créer de nouveaux modèles économiques pour assurer leur survie. Nous avons vu que

⁷⁸ Si des réseaux migratoires existent, ceux-ci sont récents et moins bien organisés que ceux des régions du Sud, où la migration et les échanges entre sédentaires et nomades ont été le véritable moteur de l'économie durant des siècles.

la délocalisation de la main-d'œuvre en était une composante importante, l'autre étant l'insertion croissante des femmes rurales sur le marché du travail salarié. La division sexuelle du travail a en effet grandement évolué ces dernières décennies. Occupé sur les chantiers de chômage ou parti en migration, le chef de famille laisse de plus en plus souvent les prérogatives de la micro-exploitation agricole à sa femme. Traditionnellement, les troupeaux sont gardés par les femmes ou les enfants. Les femmes s'occupent aussi de récolter le bois nécessaire à la cuisine et au chauffage, et elles vont chercher l'eau. Mais surtout, l'emploi salarié des jeunes femmes est devenu un phénomène de société qui n'a pas été neutre dans les changements familiaux. Premièrement, par un effet direct, le fait que les filles concourent de manière importante, voire unique, à la formation du revenu familial, et qu'elles partent en migration dans des zones urbanisées, a des répercussions sur leur statut. La fille, que l'on cherchait à marier le plus tôt possible, devient pourvoyeuse potentielle de revenus substantiels. Deuxièmement, le fait qu'une fille puisse subvenir seule, aux besoins de la famille, et *a fortiori* aux siens propres, est une idée nouvelle qui révolutionne la perception traditionnelle arabo-musulmane de la femme confinée dans son espace domestique privé. L'émancipation, même théorique et sur le seul plan économique, de la femme, et les idées auxquelles elle est confrontée en milieu urbain élargissent sa sphère d'influence de la reproduction à celle de la production.

C'est ainsi que, malgré l'effet de réputation négative attachée à cette pratique, de nombreux chefs de ménage de la Kroumirie⁷⁹ n'hésitent pas à envoyer leurs filles comme employées de maison à Tunis ou dans d'autres grandes villes. La région est connue pour ses domestiques et, contre-exemple à l'inorganisation de la migration dans le Nord-Ouest, un réseau migratoire s'est mis en place pour faciliter la rencontre de l'offre et de la demande à travers des agents intermédiaires⁸⁰. Quittant leur région d'origine à partir de l'âge de 10-12

⁷⁹ Région montagneuse et forestière du Nord-Ouest.

⁸⁰ Voir Sandron (1995b).

ans, les jeunes filles peuvent ne revenir que vers 25-30 ans, retardant d'autant leur entrée en vie maritale et en vie féconde.

En 1994, l'âge moyen au premier mariage des populations du Nord-Ouest est légèrement supérieur à la moyenne nationale qui inclut, rappelons-le, plus de la moitié de population urbaine⁸¹. Il en est de même pour les taux de célibat (tableau 5.6). Au phénomène de retour tardif des filles émigrées, vient se greffer l'obligation pour d'autres de s'occuper sur place de leurs parents et donc de renoncer au mariage jusqu'à un âge élevé, voire définitivement.

TABLEAU 5.6 - PROPORTION DE FEMMES CÉLIBATAIRES PAR GROUPE D'ÂGES EN 1994 (%)

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50 ans et +	Total
Nord-Ouest	100,0	76,3	37,0	18,6	6,2	8,4	3,0	3,6	37,6
Tunisie	97,4	73,1	35,5	18,9	6,0	4,8	2,5	2,0	35,3

Source : ETSME 1994

La valeur de l'enfant féminin a donc changé avec les mutations sociales, économiques et culturelles qu'a connues la région du Nord-Ouest. Adnan (1997) décrit la même situation au Bangladesh. Sous la pression de la pauvreté, le statut de la fille a évolué. Elle sort de son espace domestique pour entrer dans la sphère de la production. Si un nombre croissant de familles s'appuient sur les revenus de leurs filles pour subsister, la valeur économique de la fille sera donc « à la hausse ». Dans la logique ancienne, les parents préféraient avoir des garçons plutôt que des filles et raisonnaient en fonction de

⁸¹ 26,8 ans pour les femmes dans le Nord-Ouest contre 26,5 ans en Tunisie, respectivement 30,3 ans et 30,1 ans pour les hommes (ONFP, 1996a).

la descendance survivante de garçons, ce qui explique une fécondité plus forte que celle désirée⁸².

Dans les zones rurales des pays en développement, cette idée est synthétisée par le courant « Land Labour Demand Hypothesis » dont l'hypothèse est la suivante : les ménages contrôlent leur fécondité en fonction de leur besoin en main-d'œuvre sur l'exploitation agricole, les enfants constituant l'essentiel de cette main-d'œuvre (Cain, 1984)⁸³. Dans le cas de la région du Nord-Ouest, il est clair que, plus qu'ailleurs dans le pays, la réduction des superficies des terres et des titres de propriété a eu un impact négatif sur les conditions de vie des paysans, et sans doute aussi sur la fécondité : point besoin d'enfants nombreux pour faire fonctionner une micro-exploitation. L'interdiction de l'élevage, dans les années collectivistes, a pu jouer dans le même sens, la garde des troupeaux étant traditionnellement dévolue aux enfants.

L'ensemble des facteurs économiques et leurs implications sur les stratégies familiales mettent en avant le caractère impérieux d'une fécondité réduite des classes les plus pauvres⁸⁴. Mais, à ces

⁸² Adnan considère comme crucial dans la baisse de la fécondité au Bangladesh ce déclin de la préférence pour les fils : « ... toutes choses égales par ailleurs, les parents préfèrent avoir un garçon plutôt qu'une fille. La logique de cette supposition voulait que le nombre effectif d'enfants dépende du nombre de fils survivants. Puisque les filles ne sont pas prises en compte, les taux de fécondité doivent atteindre environ le double de ce qu'ils seraient si les parents désiraient autant les filles que les garçons » (1997 : 65).

⁸³ Pour une synthèse, voir Gastineau (2001a).

⁸⁴ Dans le cas du Bangladesh, Adnan décrit ce principe de la manière suivante : « Le caractère dysfonctionnel d'une haute fécondité pour les pauvres était mis davantage en lumière par un ensemble de facteurs dissuasifs qui frappaient ceux qui ne voulaient pas ou ne pouvaient pas s'adapter à leur pauvreté en réduisant leur fécondité. À la limite, l'incapacité de se procurer un revenu de subsistance pouvait signifier la menace de dépérissement, susceptible de conduire à l'extinction des familles. Même sans en arriver à cette extrémité, on pouvait s'attendre à voir la malnutrition et la morbidité s'aggraver, avec également des effets négatifs sur la fécondité » (1997 : 72). Cette formulation n'est pas sans rappeler les freins répressifs de Malthus.

situations de pauvreté, sont souvent associés des facteurs ne permettant pas facilement la réalisation effective de la limitation de la fécondité, comme la méconnaissance des méthodes contraceptives et leur coût trop élevé. C'est pourquoi les mécanismes de demande doivent être analysés en rapport avec ceux de l'offre et du contexte social qui les réprime ou au contraire les stimule. Selon cette acception, la mise à disposition de moyens contraceptifs et le discours officiel sur la limitation des naissances sont des variables essentielles pour comprendre la baisse de la fécondité en contexte de pauvreté (Cosio-Zavala, 1999).

Le planning familial

Une région « pilote »

Dans la mise en place de la politique de planification familiale tunisienne, la région du Nord-Ouest a joué un rôle particulier eu égard aux sollicitudes particulières dont elle a fait l'objet. En 1970, les centres de PMI sont localisés dans les grandes villes et ce sont donc surtout les *gouvernorats* les plus urbanisés et développés qui ont profité de ces nouvelles structures. Le Nord-Est est particulièrement bien équipé : à Tunis, Bizerte et Nabeul, on compte 35 des 81 centres de PMI, soit un centre pour un peu plus de 9 600 femmes en âge de procréer. L'est du pays, dont le littoral est très urbanisé, concentre aussi une grande partie des moyens, avec neuf centres à Sousse, six à Sfax, six à Gabès et trois à Médenine, soit, pour le Centre-Est et le Sud-Est, un centre PMI pour 13 400 femmes de 15 à 49 ans. En revanche, les régions du Centre-Ouest et du Sud-Ouest, régions pauvres et enclavées, n'ont bénéficié que de très peu de moyens, puisque avec huit centres, le rapport entre le nombre de femmes en âge de reproduction et le nombre de structures PMI y est de l'ordre de 22 900. La zone du Nord-Ouest, aussi défavorisée et peu urbanisée que les deux précédentes, a été mieux lotie. En 1970, quatorze centres de PMI y sont ouverts, soit 13 800 clientes potentielles par structure (ONPFP, 1970).

Si les structures, le personnel et les actions du planning familial ont d'abord été orientés vers les zones urbaines, dès 1968 des « équipes mobiles » ont été formées pour atteindre les populations éparses, mais leur effectif reste modeste. Des « cliniques mobiles » visitent les centres de soins de base dans les campagnes pour poser et assurer le suivi des stérilets. Tous les centres de soins de base ruraux n'assurent pas des prestations de planification familiale, là encore c'est souvent dans les zones les plus favorisées et les plus accessibles que ces nouveaux services se développent. Le *gouvernorat* où ce type de prestation est le plus important est celui de Tunis (quinze centres ruraux) où ne vivent pourtant que 4 % des femmes rurales tunisiennes en âge de procréer. De même, dans la région de Sousse, qui est la plus urbanisée après celle de Tunis, les centres dits « ruraux » sont relativement nombreux à être actifs en matière de planification familiale.

Une fois de plus, dans ce schéma d'ensemble, la situation de la région du Nord-Ouest apparaît particulière. En 1966, c'est la région dont le taux d'urbanisation est le plus faible (16 %), une grande partie de la région est enclavée et sous-développée, mais les centres de soins de base ruraux y ont très tôt dispensé des visites de planning familial, malgré des difficultés importantes d'approvisionnement et de déplacement des populations. En 1970, plus d'un quart des dispensaires ruraux ayant une activité de planification familiale en Tunisie (26 sur 100) sont implantés dans le Nord-Ouest. À titre de comparaison, tandis que 21 % des femmes rurales tunisiennes en âge de procréer vivent dans les trois *gouvernorats* du Sud - Gabes, Gafsa et Médenine -, elles ont à leur disposition seulement 13 % des centres ruraux de planification familiale (ONPFP, 1970).

La micro-histoire peut aussi avoir son importance. Localement, l'hôpital régional de Béja s'est révélé être très actif. Un service réservé aux femmes qui veulent avorter ou se faire stériliser a été créé en 1970. En 1976, le médecin-chef du département de chirurgie, coordinateur du planning familial à Béja, se forme aux

techniques de la microchirurgie en matière de stérilisation et équipe alors son service de matériel « ultramoderne » (Bouchiha, 1977).

La stérilisation a longtemps été présentée comme la méthode idéale pour les femmes isolées qui ont des difficultés à s'approvisionner en contraception et à répondre aux visites de contrôle que nécessite l'usage de la pilule ou du stérilet. Les différents efforts engagés par l'hôpital de Béja en matière de planification familiale ont suivi les orientations nationales des planificateurs, qui ont promu cette méthode jusqu'au milieu des années 1980. Les résultats ont été probants très rapidement puisque dès 1970, l'hôpital de Béja est cité en exemple pour avoir réalisé à lui seul le tiers des stérilisations pratiquées en Tunisie cette même année (ONFPF, 1970).

Dans le pays, l'offre de planification s'est donc d'abord organisée et diffusée dans les grands centres urbains, dans les *gouvernorats* économiquement les plus développés, sauf dans le Nord-Ouest où rapidement les femmes rurales ont constitué une « population cible ». Cette région pauvre et enclavée semble avoir très tôt bénéficié de moyens supérieurs à ceux mis à la disposition d'autres régions aussi peu développées, voire de moyens supérieurs à certaines plus développées. Dans beaucoup d'autres régions rurales, les centres de planification n'ont réellement fait leur apparition que dans les années 1980. Depuis cette date, les moyens mis en œuvre ont beaucoup augmenté. Les centres visités par les équipes mobiles sont ainsi passés de 615 en 1982 à 1 025 en 1990 et les centres fixes de 159 en 1982 à 960 en 1995 (ONFP, 1997a). L'évolution des infrastructures est restée relativement favorable à la région du Nord-Ouest si on la compare à celle des *gouvernorats* du Centre-Ouest (Kasserine, Kairouan, Sidi Bou Zid) et à certains *gouvernorats* du Sud (Tataouine, Médenine et Kébili). Actuellement, ces six derniers *gouvernorats* manquent de personnel et de structures spécialisés dans la santé maternelle (sages-femmes et lits de maternité). Les centres de santé de base sont des structures importantes dans les régions rurales car ce sont souvent les seuls lieux où les femmes éloignées des hôpitaux et des pharmacies peuvent se procurer une

contraception. Au sein de ces régions rurales, on notera un nombre proportionnellement important de centres dans le Nord-Ouest : en 1995, on compte un centre pour 3 693 habitants, alors que dans le Centre-Ouest, région au taux d'urbanisation encore plus faible, un centre fonctionne pour 4 713 habitants (Ministère de la Santé publique, 1996).

Une pratique contraceptive importante

En matière de pratique contraceptive, la région du Nord-Ouest se distingue dès les années 1960 puisque, sur les treize *gouvernorats* que compte le pays à cette époque, les trois du Nord-Ouest sont dans les six premières places en matière d'utilisation de moyens contraceptifs disponibles et efficaces (tableau 5.7).

TABLEAU 5.7 - PROPORTION DE FEMMES MARIÉES AYANT FAIT
UNE INSERTION DE DIU OU UNE LIGATURE DES TROMPES
DURANT LA PÉRIODE 1964-1970

Gouvernorat	%
Tunis	24,2
<i>Béja</i>	21,6
Bizerte	16,3
<i>Le Kef</i>	15,4
Sfax	15,1
<i>Jendouba</i>	14,2
Gabes	12,2
Sousse	12,1
Nabeul	10,4
Kairouan	9,7
Kasserine	6,1
Gafsa	4,6
Médénine	2,7
Tunisie	13,9

Source : ONPFP, 1971

En italique figurent les gouvernorats du Nord-Ouest

Si, en 1978, la connaissance des méthodes est quasi générale, leur utilisation varie encore beaucoup selon les populations. Les différences régionales sont très importantes, les taux de pratique contraceptive dans le sud et le centre de la Tunisie sont faibles, respectivement 29 % et 15 %. Dans les *gouvernorats* les plus urbanisés, plus de la moitié des femmes non célibataires de 15 à 49 ans utilisent une contraception, plus précisément 51% dans la région du Nord-Est, 52% dans celle du Centre-Est et 58% dans le district de Tunis (ONPPF, 1982). Dans la région du Nord-Ouest, le taux de pratique contraceptive est de 40 % ; il est donc largement supérieur à celui des régions dont les indicateurs socio-économiques (revenu moyen, scolarisation, urbanisation...) sont comparables, c'est-à-dire le Centre-Ouest et le Sud.

En 1988, toutes les femmes connaissent au moins une méthode contraceptive mais seule la moitié d'entre elles en utilisent une. Comme en 1978, les taux de pratique contraceptive sont corrélés au niveau d'instruction et au niveau de vie. Ils varient beaucoup d'une région à l'autre, de 31,5 % dans le Centre-Ouest à 63,9 % à Tunis, le Nord-Ouest affichant un taux de pratique de 51,3 %. Si les femmes urbaines du Nord-Ouest affichent un taux de prévalence similaire à celui du pays (61 %), les femmes rurales de cette région se distinguent par un taux de contraception égal à 44 %, à comparer avec la moyenne rurale nationale de 35 %. C'est donc en milieu rural que se situent les facteurs qui expliquent la spécificité du Nord-Ouest en matière de planification familiale. La diffusion de la contraception a touché une proportion non négligeable des femmes les plus pauvres : en 1988, plus de la moitié des femmes vivant dans des conditions précaires⁸⁵ avaient déjà utilisé au moins une fois une méthode contraceptive moderne. La parité au moment de la première utilisation de ces femmes défavorisées est particulièrement faible puisqu'elle est de 3,5 enfants contre 4,7 pour l'ensemble des femmes.

⁸⁵ Définies par un habitat dont le toit est en branchage ou enduit, et ne possédant pas d'eau courante (EDS 1988).

Depuis le début du programme de planification familiale, la demande de contraception dans cette région a donc été relativement forte, comparée aux régions de niveau de développement proche. Une seconde spécificité de la demande du Nord-Ouest réside dans le profil des utilisatrices et dans le choix des méthodes. Les « moyens plus ou moins coercitifs » (Chaker, 1971 : 105) appliqués pendant la première phase du programme, ou à l'inverse les gratifications (en vêtement, en nourriture) distribuées aux femmes acceptant une contraception, n'ont été que ponctuels et par conséquent n'expliquent pas la forte utilisation de contraception constatée depuis le début des années 1970 dans le Nord-Ouest. Si la demande a été très précoce dans cette région, dès les années 1970, c'est aussi parce que la contraception n'est plus un tabou dans ces zones rurales. Les méthodes d'arrêt (stérilet et stérilisation) sont les plus diffusées. En 1988, c'est dans la région du Nord-Ouest que la proportion de femmes stérilisées est la plus élevée, puisqu'en milieu rural, elles sont 16 % à l'être contre 11 % au niveau national. Dans la région, 36 % des utilisatrices rurales de contraception ont subi une ligature des trompes (EDS 1988), méthode qui a été adressée aux femmes les plus pauvres, les moins éduquées, les plus isolées.

TABLEAU 5.8 - RÉPARTITION DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIÉES SELON LA MÉTHODE CONTRACEPTIVE UTILISÉE ET SELON LA RÉGION EN 1988

	% utilisant une méthode quelconque	% utilisant une méthode moderne *	Écart
Tunis	63,9	51,5	12,4
Nord-Est	57,1	41,3	15,8
Nord-Ouest	51,3	48,9	2,4
Centre-Ouest	31,5	27,3	4,2
Centre-Est	48,8	38,0	10,8
Sud	41,4	32,6	8,8
Tunisie	49,8	40,4	9,4

Source : EDS 1988

* pilule, DIU, préservatifs, stérilisation, méthodes locales...

Même si les femmes du Nord-Ouest ne se distinguent pas spécialement en matière de réception et d'acceptation des messages en provenance du planning familial, comme le montre l'Enquête Démographique et de Santé de 1988, en revanche ce sont ces femmes qui utilisent le plus les méthodes modernes (tableau 5.8).

L'importance du recours aux méthodes modernes des régions les plus pauvres, et en particulier du Nord-Ouest, indique quelques pistes de réflexion. D'abord, elle montre que l'offre de planification familiale a ici une influence réelle sur le choix de la méthode contraceptive adoptée, que ce soit à travers les aides matérielles ou les idéaux de descendance préconisés. Pression sociale et ignorance des femmes non instruites peuvent expliquer les réticences de certaines à utiliser des méthodes traditionnelles. Ceci n'est pas vrai dans les milieux urbains. Ensuite, on peut penser que les moyens mis en place pour promouvoir les centres de santé de base et les centres de PMI ont eu un rôle éducatif quant à la médicalisation de la contraception. Enfin, une conjecture sur ce dernier point est que les populations du Nord-Ouest étaient davantage ouvertes à la médicalisation, à travers la présence de nombreux médecins qui, pendant la période coloniale, ont parcouru la région pour étudier la tuberculose et le paludisme qui sévissaient dans la région. L'adoption plus rapide que dans les autres zones rurales de l'accouchement à l'hôpital en lieu et place des matrones traditionnelles viendrait appuyer cette idée⁸⁶.

⁸⁶ Entre 1984 et 1988, 52,1 % des naissances survenues dans la région du Nord-Ouest ont donné lieu à une surveillance prénatale par un médecin ou une sage-femme, contre 39,1 % dans le Centre-Ouest et 42,0 % dans le Sud. Pour l'accouchement lui-même, les médecins ou sages-femmes étaient présents dans 59,4 % des cas dans le Nord-Ouest, contre respectivement 47,1 % et 51,3 % des cas dans le Centre-Ouest et le Sud (EDS 1988).

Si l'on confronte le niveau de développement économique à l'indice synthétique de fécondité dans les *gouvernorats* tunisiens, la relation inverse entre degré de développement et niveau de la fécondité est observée à l'exception notable de la région du Nord-Ouest, où pauvreté et faible fécondité coexistent, ce qui suggère d'autres mécanismes au centre de la baisse de la fécondité que ceux de la modernisation. Au centre de ces mécanismes, les bouleversements des systèmes de production familiale, vers le milieu du XIX^e siècle, qui ont abouti à de nouveaux rôles pour la famille et pour les individus au sein de la famille, et à un changement dans la perception du statut de la femme et de la fille. Celles-ci, sous l'impulsion d'une situation économique très difficile, ne sont plus cantonnées dans la sphère de la reproduction et dans l'espace domestique mais participent de manière accrue à la formation du revenu familial. La valeur de l'enfant a changé, le besoin en bras n'est plus nécessaire dans une économie de micro-exploitations agricoles. Relayée par une politique très active de l'État tunisien en matière de planification familiale dans cette région du Nord-Ouest, la réduction de la fécondité souhaitée par les ménages a pu être concrétisée dans des conditions favorables. Il apparaît que, dans un contexte de pauvreté, cet aspect d'assistance médicale est très important, aussi bien dans ses composantes techniques qu'idéologiques. Depuis les travaux de l'historien Philippe Ariès, il a été montré à maintes reprises que l'acceptabilité sociale de la limitation des naissances était une variable clé dans sa réduction effective.

Si la théorie du malthusianisme de pauvreté peut se substituer avantageusement à la théorie de la modernisation pour expliquer certaines baisses de fécondité, le cas de la région du Nord-Ouest tunisien montre que les relations entre fécondité et pauvreté ne sont pas triviales pour autant. Premièrement, il est fort probable que les effets de la pauvreté sur la fécondité ne sont pas linéaires et qu'il existe des seuils critiques de pauvreté qui déclenchent tel ou tel type de comportement fécond. Ceci vient en contrepoint du deuxième argument selon lequel la pauvreté n'est pas seulement à considérer

sur des valeurs absolues mais relatives (Dubois, 2001). Être pauvre n'est pas la même chose que d'être parmi les plus pauvres. Le Nord-Ouest est resté à l'écart d'un développement national et ses potentialités économiques semblent plus restreintes que celles d'autres régions. Troisièmement, l'ostracisme social dont souffre la région⁸⁷ indique la nécessité de considérer les aspects multidimensionnels de la pauvreté. Les critiques sont nombreuses envers l'appréhension de la pauvreté par le seul niveau de revenu (Schoumaker et Tabutin, 1999). Quatrièmement, la pauvreté, au-delà de sa réalité, peut servir aussi de discours de légitimation à des pratiques de limitation des naissances dont l'acceptation sociale serait difficile sans cela. Une situation d'extrême pauvreté permettrait donc plus facilement de réduire la fécondité grâce à une justification socialement acceptée. Nous avons vu à ce sujet que les arguments développés par les jeunes gens, toutes classes sociales confondues, pour retarder leur âge d'entrée en union étaient le plus souvent d'ordre économique.

⁸⁷ Dans le reste du pays, le « zéro-huit », code téléphonique de la région, est devenu synonyme de « sous-développement ».

CONCLUSION

Sur le plan de l'histoire et de la politique de sa transition démographique, la Tunisie se démarque indéniablement au sein de sa zone géographique et culturelle. La précocité de la baisse de la fécondité et le caractère volontaire de l'instauration d'un ensemble de mesures afférentes sont les éléments marquants qui pencheraient en faveur d'une spécificité démographique de la Tunisie au sein du monde arabe. Peut-on pour autant parler d'un « modèle tunisien » de la transition de la fécondité ?

Dans ses modalités, la transition de la fécondité tunisienne n'a pas dérogé à la règle majoritairement observée de par le monde dans les pays dont la transition est achevée ou en cours d'achèvement : elle a eu lieu par le recul de l'âge au mariage, puis progressivement par l'adoption de la contraception au sein du mariage. Précédée par la baisse de la mortalité et accompagnée par un développement socio-économique largement répercuté par les macro-indicateurs, elle s'accorde bien avec le schéma lui aussi classique de la modernisation.

En revanche, au sein du monde arabe, la Tunisie fait figure de cavalier à peu près seul, tant dans la date de début de la transition et de son rythme que des facteurs présumés qui ont favorisé sa réalisation. Dans les années 1960, la Tunisie et le Liban commençaient à faire vaciller l'idée d'une forte fécondité naturelle des peuples arabes⁸⁸. Il était cependant facile d'objecter que l'exception que constituaient ces deux petits pays n'en faisait que renforcer la

⁸⁸ Sur ce thème, voir le chapitre 3 de Fargues (2000) intitulé « La prolificité arabe, ou la force d'une légende ».

règle en vigueur. « Règle » qui eut longtemps la vie dure puisque la baisse de la fécondité s'amorça au début des années 1970 au Maroc, mais seulement après 1985 pour les autres pays arabes (Courbage, 1997)⁸⁹. Aujourd'hui, à part le Yémen et Gaza qui figurent parmi les pays ayant un ISF parmi les plus élevés du monde, la fécondité dans le reste de l'ensemble des pays arabes a baissé de manière relativement rapide.

Si l'on se réfère aux pays du Maghreb, on décèle une convergence des indices de fécondité à partir de 1986 (Ouadah-Bedidi et Vallin, 2000). Pour le Maroc, la transition de la fécondité suit d'assez près celle de la Tunisie depuis les années 1970, avec des différences dans les ISF comprises entre 0,5 et 1 enfant par femme selon les années. La convergence actuelle entre les trois pays s'est faite par une accélération des baisses marocaine et algérienne au début des années 1990. Dans leurs composantes intermédiaires de la fécondité, les transitions marocaine et algérienne se sont effectuées selon le même schéma que celui de la Tunisie. En revanche, on n'observe pas dans l'ensemble du Machrek une telle hausse de l'âge moyen des femmes au premier mariage. Sur ce point, c'est donc pour l'instant le Maghreb arabe qui se distingue plutôt que la seule Tunisie.

Si l'on peut parler d'un modèle tunisien de la transition de la fécondité au sein du monde arabe, c'est davantage sur ses facteurs explicatifs qu'il faut s'attarder. Son originalité vient du fait qu'elle a été accompagnée par la modernisation socio-économique, là où ce modèle restait impuissant à relier la démographie et le développement des autres pays arabes⁹⁰, pour qui la corrélation entre la fécondité et les variables « classiques » donne des résultats non significatifs voire inverses (Courbage, 1997 : 6 ; Fargues, 2000 : 102). Ces auteurs estiment que le véritable déclencheur de la baisse

⁸⁹ Le cas de l'Égypte est complexe puisque la fécondité a baissé au cours des années 1960 avant de remonter dans les années 1970 puis de descendre à nouveau après 1985.

⁹⁰ Sauf le Liban.

de la fécondité du monde arabe a été la fin de l'économie de rente. Le pétrole mais aussi le gaz ou le phosphate ont en effet permis aux États de mener des politiques directes ou indirectes de soutien aux familles, qui n'avaient ainsi aucune raison de limiter leur fécondité. La baisse des cours de ces matières premières et le désengagement des États de la vie économique⁹¹ ont eu des répercussions sur le niveau de vie des familles qui ne pouvaient plus se permettre d'entretenir de nombreux enfants sans aides des pouvoirs publics. C'est particulièrement clair au Machrek où la fécondité baisse de concert à partir de 1985 mais aussi dans les pays proches de la Tunisie. Au Maroc, il y a coïncidence parfaite entre une baisse importante de la fécondité vers 1975 et la chute du prix du phosphate qui prodiguait des revenus substantiels à l'économie marocaine⁹². La baisse de la fécondité algérienne au milieu des années 1980 a suivi le même schéma.

La Tunisie n'a rien connu de tel. Son développement économique s'est fait de manière plus harmonieuse entre les différents secteurs. L'agriculture, l'industrie et le tourisme lui ont procuré des revenus supérieurs à ceux de ses ressources naturelles, beaucoup plus limitées que celles des autres pays arabes. On note bien quelques accélérations de la baisse de la fécondité tunisienne lors de deux périodes de crise⁹³, mais il serait exagéré de comparer ces événements avec les profondes mutations causées ailleurs par la fin des politiques d'assistanat issues de la rente pétrolière. L'accent doit être mis sur le long terme et sur les progrès réalisés dans l'ensemble

⁹¹ Désengagement consécutif aux plans d'ajustement structurel des années 1985.

⁹² Alors que le programme marocain de limitation des naissances mis en place au milieu des années 1960 s'était soldé par une hausse de la fécondité quelques années plus tard !

⁹³ Lors des années qui suivirent la collectivisation des terres de 1964 et autour des années 1985-1986 à la suite de dysfonctionnements macro-économiques : déséquilibre budgétaire, macrocéphalie du secteur public, faiblesse des investissements, chômage... (Delmasure, 1990). En revanche, il est plus difficile d'interpréter en termes de crise la baisse rapide de la fécondité survenue depuis 1993.

des secteurs, que ce soit dans celui de la santé, de l'éducation ou de l'emploi. À notre sens, la spécificité des facteurs explicatifs de la transition de la fécondité tunisienne au sein du monde arabe consiste justement en ce développement multiforme et son impact sur le statut des femmes. Il faut réaffirmer ici le rôle du politique : « Cette préséance du social sur l'économique ou plutôt sur le marché dans la stratégie de développement national sera à la base d'un processus de mutation accélérée de la société tunisienne » écrivait récemment un ancien ministre de l'économie à propos de la période 1962-1986 (Ayari, 2000).

Ce cheminement de la fécondité tunisienne, moins heurté que celui du monde arabe dans son ensemble, aura des répercussions sur la structure de la pyramide des âges. Si elle se poursuit au même rythme, la baisse rapide observée au Machrek va entraîner des phases transitoires plus courtes et sans doute plus difficiles à gérer. Par contre, de par son antériorité, la baisse de la fécondité tunisienne va être celle qui va poser le plus rapidement de nouvelles problématiques démographiques. Pour les anticiper au mieux, l'Institut National de la Statistique a calculé les projections de la population tunisienne jusqu'en 2030 (INS, 1996a). Selon les hypothèses, les effectifs seraient à cette date de 12,9 à 15,9 millions d'habitants et présenteraient des taux de croissance encore positifs. La forte baisse de la fécondité enregistrée depuis 1995 indique déjà que l'hypothèse basse, retranscrite dans le tableau 6.1, est pour l'instant la plus pertinente dans le calcul des projections. La conjecture de l'INS d'une baisse à moyen terme de l'ISF en dessous de deux enfants par femme nous semble très plausible et partagée aussi par d'autres analystes⁹⁴. La pyramide des âges en 2030 (figure

⁹⁴ Ouadah-Bedidi et Vallin écrivent qu'il est « très vraisemblable que, même si les durées d'exposition au risque s'allongent, le développement de la contraception ou, en cas d'échec, de l'avortement, l'emporteront largement et conduiront les populations maghrébines, à l'instar de ce qui se passe de l'autre côté de la Méditerranée, vers des fécondités nettement inférieures à deux enfants par femme » (2000 : 4).

CONCLUSION

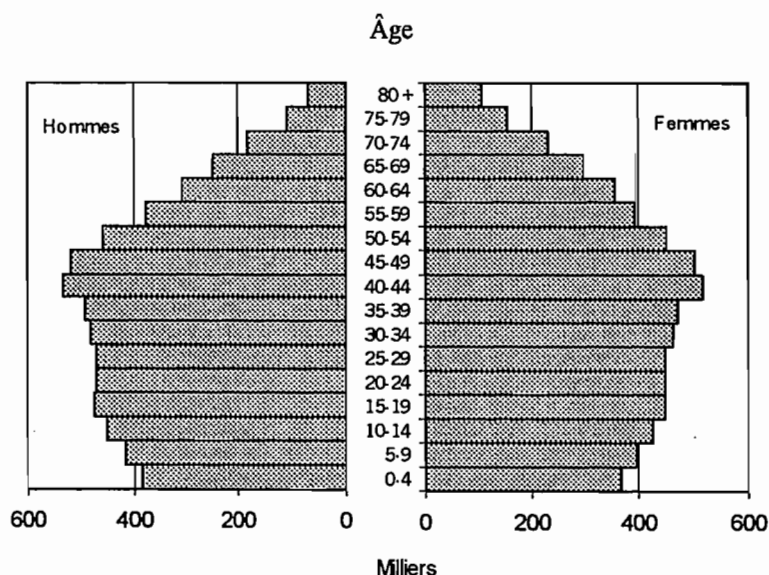
6.1), selon cette hypothèse basse, reflète une structure des âges similaires à celle de l'Europe actuelle.

**TABLEAU 6.1 - HYPOTHÈSE BASSE POUR LES PROJECTIONS DE
POPULATION SUR LA PÉRIODE 1995-2030**

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
ISF (enfants par femme)	2,87	2,41	2,10	1,97	1,85	1,75	1,67	1,60
E ₀ masculin (ans)	69,5	70,5	71,4	72,0	72,6	73,0	73,4	73,7
E ₀ féminin (ans)	73,3	74,7	75,8	76,8	77,6	78,4	79,0	79,5
Solde migratoire	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : INS, 1996a

**FIGURE 6.1 - PYRAMIDE DES ÂGES EN 2030 SELON LES
HYPOTHÈSES DU TABLEAU 6.1
(Source : INS, 1996a)**



CONCLUSION

Parmi les transformations structurelles importantes, et toujours selon l'hypothèse d'une baisse rapide de la fécondité, le rapport « actifs/ inactifs » va augmenter (tableau 6.2) pour atteindre son maximum vers 2015. Pour des raisons de transferts entre les deux catégories, de tels ratios sont généralement bénéfiques à l'économie si le chômage n'est pas trop important. En contrepartie, vers 2015, la part des 60 ans et plus va augmenter ostensiblement, amenant sans aucun doute les pouvoirs publics tunisiens à mettre rapidement à l'ordre du jour les questions liées au vieillissement de la population. Paiement des retraites, coût plus élevé des dépenses de santé, perte d'autonomie, tous ces problèmes sont ceux de la prise en charge des personnes âgées. Les solidarités familiales font qu'elles sont encore aujourd'hui recueillies par leurs enfants mais ce modèle est de plus en plus difficile à mettre en œuvre pour une population de plus en plus urbaine.

TABLEAU 6.2 - STRUCTURE DE LA POPULATION PAR
GROUPE D'ÂGES POUR LA PÉRIODE 1995-2030
SELON LES HYPOTHÈSES DU TABLEAU 6.1 (%)

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
0-14 ans	34,8	31,1	27,7	25,5	23,8	22,4	20,8	18,9
15-59 ans	56,9	60,3	63,6	65,6	66,2	66,0	65,6	65,1
60 ans et +	8,3	8,6	8,7	8,9	9,9	11,6	13,6	16,0
Rapport actifs/inactifs	1,32	1,52	1,75	1,91	1,96	1,94	1,91	1,87

Source : INS, 1996a

Pour avoir une idée du rythme et de l'ampleur de ces mutations démographiques, nous nous sommes posé la question de savoir à quel moment la population tunisienne atteindrait un taux de croissance nulle, selon l'hypothèse basse. Nous avons donc prolongé la projection de l'INS jusqu'en 2050. Il s'avère que la population atteindrait un maximum de 13,4 millions d'habitants en 2043 avant de décroître en 2044.

Cet hypothétique portrait de la population tunisienne des prochaines décennies confirme, si besoin était, que la peur d'une croissance exubérante appartient au passé. Mais ceci ne signifie pas un désintérêt de la part des pouvoirs publics en matière de population. Les priorités actuelles concernent l'intégration de la démographie avec l'environnement, l'aménagement du territoire, la qualité de la vie. Parallèlement, dans le domaine de la santé de la reproduction, des programmes plus ciblés continuent de toucher les familles les plus pauvres et les moins éduquées.

Dans cette optique différentielle, le cas de la région du Nord-Ouest, où nous avons décelé une transition tirée par la pauvreté, est très intéressant. Ne pas prendre en compte les spécificités de certaines populations infra-nationales revient à opérer un amalgame simpliste des différents schémas de transition de la fécondité. Dans un contexte mondial où les pays développés s'installent durablement dans un schéma de fécondité n'assurant pas le remplacement des générations, où nombre de pays africains présentent des indices synthétiques de fécondité supérieurs à cinq enfants par femme et où la fécondité semble se stabiliser autour de trois enfants par femme dans plusieurs pays en développement, il n'est plus question de faire des hypothèses de stabilisation générale autour de 2,1 enfants par femme comme cela était hier encore le cas dans les projections de population. Il faut au contraire multiplier les niveaux d'observation, affiner les catégories au sein d'une population observée, diversifier les théories explicatives, comparer les recherches. C'est à ce prix que l'on pourra mieux comprendre les facteurs en jeu dans les transitions démographiques et éventuellement mettre en place des politiques de population encore à inventer.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie générale

Achour M., Lebbi I., Bitri M., Mahjoubi S., Ouaghemni D., Chelli H., Zouari F., 1993a, « L'I.V.G. en Tunisie. Est-ce un échec ou une méthode de contraception ? », Actes des *Premières journées de la santé des femmes et de la famille*, 25-26 juin, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, pp.137-139.

Achour M., Lebbi I., Bitri M., Mahjoubi S., Ouaghemni D., Chelli H., Zouari F. 1993b, « Apport de l'échographie dans le cadre des interruptions de grossesses », Actes des *Premières journées de la santé des femmes et de la famille*, 25-26 juin, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, pp.127-129.

Adnan S., 1997, « Baisse de la fécondité en situation de pauvreté absolue : aspects paradoxaux du changement démographique au Bangladesh », in Chasteland J.-C., Chesnais J.-C., (éds.), *La population du monde : enjeux et problèmes*, Travaux et Documents de l'INED, n° 139, INED/PUF, pp.41-77.

Aït Amara H., 1994, « Les modalités du mariage », in Draoui-Mahfoudh D. (éd.), *Femmes diplômées : pratiques novatrices*, FNUAP-IREP, Tunis, pp.85-130.

Allani F., 1994, « L'avortement en Tunisie : genèse d'un choix éclairé », *Info CREDIF*, n°6, Tunis, pp.18-19.

Aloui T., 1985, « Vingt ans de planification familiale en Tunisie », *Famille et Population*, n°2, Tunis, pp.25-33.

Aloui T., 1998, « Bilan statistique des activités de P.F. en 1996 comparé à celui de l'année 1995 », *Famille et Population*, Nouvelle Série, n°1, Tunis, pp.139-149.

Attia H., 1984, « Réflexions à propos du développement régional de la Tunisie intérieure et méridionale », in Blanc-Pamard C. et al. (éds.), *Le développement rural en question*, ORSTOM, Collection Mémoires, n°106, Paris, pp.205-223.

Attia H., 1986, « Problématique du développement du Nord-Ouest tunisien », *Revue de l'Occident Musulman et de la Méditerranée*, n°41-42, pp.264-280.

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, Tunis, 25 p.

Ayad M., Jemai H., 2001, « Les déterminants de la fécondité », in Vallin J., Locoh T. (éds.), *Population et développement en Tunisie : la métamorphose*, Cérès Éditions, Tunis, pp.171-201.

Ayari C., 2000, « Les politiques économiques de Bourguiba », Communication au séminaire *Bourguiba en son siècle*, Institut du Monde Arabe, 30 novembre, Paris.

Bakalti S., 1996, *La femme tunisienne au temps de la colonisation 1881-1956*, Collection Histoire et Perspectives Méditerranéennes, L'Harmattan, Paris, 307 p.

Bakay C., 1990, « La santé à travers les différents plans de développement », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°2, Tunis, pp.5-19.

Barkallil N., 1994, « L'instruction des filles ou la subversion de l'ordre ancien », in Draoui-Mahfoudh D. (éd.), *Femmes diplômées, pratiques novatrices*, FNUAP-IREP, Tunis, pp.11-44.

Batou J., 1990, « Cent ans de résistance au sous-développement », Librairie Droz, Genève, 575 p.

- Bchir M., 1969, « Structure par âge et planning familial : l'exemple de la population de Tunis », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.6, n°17-18, pp.365-377.
- Bchir M., 1985, « La transition démographique culturelle en Tunisie », Actes du Colloque National *La Fécondité en Tunisie : situation actuelle et perspectives*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, pp.39-47.
- Bchir M., 1990, « La mortalité en Tunisie, évolutions et tendances », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°2, Tunis, pp.43-86.
- Bchir M., 1991, « Pour une définition d'une politique tunisienne de population », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°7, Tunis, pp.89-137.
- Bchir M., 1994, « Entraide sociale et comportement procréateur », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°11, Tunis, pp.109-116.
- Bchir M., 1998, « La politique tunisienne de population : caractéristiques, contenu et résultats », in Badreddine B. (éd.), *Communication en matière de population*, Publications de l'Institut de Presse et des Sciences de l'Information, FNUAP, Tunis, pp.35-68.
- Bchir M., Charfeddine A., 1976, « L'avortement dans le planning familial », *Famille et Population*, n°6, Tunis, pp.16-21.
- Bchir M., Tapinos G., 1991, « La politique tunisienne de population, les perspectives d'avenir », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°7, Tunis, pp.11-27.
- Beaujot R., 1986, « Libération de la femme et marché matrimonial en Tunisie », *Population*, vol.41, n°4-5, pp.853-860.
- Bédoui M., Ridha G., 1996, *Les politiques de lutte contre l'exclusion sociale en Tunisie*, Programme des institutions du travail et du

développement, DP/88/1996, Institut International d'Études Sociales, Organisation Internationale du Travail, Genève, 52 p.

Bel Haj A., 1998, « Le partenariat en population et développement : l'initiative Sud-Sud », *Famille et Population*, Nouvelle Série, n°1, Tunis, pp.151-155.

Belhedi A., 1982, « Du problème régional. Contribution pour mesurer et réduire l'inégal développement : première approche et application à la Tunisie », *Revue Tunisienne de Géographie*, n°9, pp.9-42.

Belhedi A., 1993, « Les facteurs d'organisation de l'espace national tunisien », *L'Espace Géographique*, n°2, pp.113-124.

Ben Achour Y., 1987, « La réforme des mentalités. Bourguiba et le redressement moral », in Camau M. (éd.), *Tunisie au présent. Une modernité au-dessus de tout soupçon ?*, Éditions du CNRS, Paris, pp.145-159.

Ben Messaoud F., Charfeddine A., 1976, « La pilule comme méthode de contraception privilégiée », *Famille et Population*, n°10, Tunis, pp.7-12.

Ben Porath Y., 1980, « The F-Connection : families, friends and firms and the organization of exchange », *Population and Development Review*, vol.6, n°1, pp.1-30.

Ben Salem L., 1990, « Structures familiales et changement social en Tunisie », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.27, n°100, pp.165-180.

Ben Salem L., 1992, « Introduction à l'analyse de la parenté et de l'alliance dans les sociétés arabo-musulmanes », in Ferchiou S. (éd.), *Hasab wa Nasab. Parenté, alliance et patrimoine en Tunisie*, Éditions du CNRS, Paris, pp.79-104.

Ben Salem L., 1994a, « La famille en Tunisie. Questions et hypothèses », in *Structures familiales et rôles sociaux*, Cérès Production, Tunis, pp.13-27.

- Ben Salem L., 1994b, « Structures familiales et réseau d'entraide », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°11, Tunis, pp.117-144.
- Ben Salem L., Locoh T., 2001, « Les transformations du mariage et de la famille », in Vallin J., Locoh T. (éds.), *Population et développement en Tunisie : la métamorphose*, Cérès Éditions, Tunis, pp.143-169.
- Ben Zid R., Elloumi M., 1993, « Politiques agricoles et développement rural des zones marginales : le cas de la Tunisie », Communication au Colloque *Développement des zones défavorisées méditerranéennes*, 1^{er} - 4 novembre, Fès, Maroc, 26 p.
- Bernard A., 1908, « Le recensement de 1906 en Algérie et en Tunisie », *Annales de géographie*, 7^{ème} année, n°91, Paris, pp.24-33.
- Bernard A., 1922, « Le recensement de 1921 dans l'Afrique du Nord », *Annales de géographie*, 21^{ème} année, n°169, Paris, pp.52-58.
- Bernard A., 1927, « Le recensement de 1926 dans l'Afrique du Nord », *Annales de géographie*, 26^{ème} année, n°200, Paris, pp.84-89.
- Bernard A., 1937, « Le recensement de 1936 dans l'Afrique du Nord », *Annales de géographie*, 36^{ème} année, n°261, Paris, pp.89-137.
- Bisson J. et al., 1985, « *Le Maghreb, hommes et espaces* », Armand Colin, Paris, 360 p.
- Blayo C., 1995, « L'évolution du recours à l'avortement depuis 1976 », *Population*, vol.50, n°3, pp.779-810.
- Bollen K.A., Guilkey D.K., Mroz T.A., 1995, « Binary outcomes and endogenous explanatory variables : tests and solutions with a application for contraceptive use in Tunisia », *Demography*, vol.32, n°1, pp.111-131.
- Bongaarts J., 1978, « A framework for analyzing the proximate determinants of fertility », *Population and Development Review*, vol.4, n°1, pp.105-132.

- Bongaarts J., 1982, « The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables », *Studies in Family Planning*, vol.13, n°6-7, pp.179-189.
- Bonnet D., Guillaume A., 1999, *La santé de la reproduction. Concept et acteurs*, ETS, Document de recherche, n°8, IRD, Paris, 20 p.
- Boserup E., 1985, « Economic and demographic interrelationships in sub-saharan Africa », *Population and Development Review*, vol.11, n° 3, pp.383-398.
- Bouchiha M., 1977, « Une nouvelle technique de stérilisation à Béja », *Famille et Population*, n°3, Tunis, pp.21-29.
- Bouhdiba A., 1967, « Point de vue sur la famille tunisienne actuelle », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.4, n°11, pp.11-20.
- Boukhris M., 1991, *La politique de population et la planification familiale. Éléments pour la stratégie des années 90*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 58 p.
- Boukhris M., 1992, *La population en Tunisie. Réalités et perspectives*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 264 p.
- Bouraoui A., 1983, « Note sur certains aspects de la démographie maghrébine à la veille de la colonisation (cas de la Tunisie) », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.20, n°72-75, pp.219-225.
- Bouraoui A., 1991, « Variations régionales de la fécondité en Tunisie : représentation cartographique », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.28, n°104-105, pp.11-18.
- Bouraoui A., 1992, « Variations régionales de la fécondité en Tunisie. Différences et pérennité », in *Démographie et différences*, Association Internationale des Démographes de Langue Française, n°4, PUF, Paris, pp.81-84.
- Bourgeois-Pichat J., 1982, *Énergie et population*, Cahier du Cérès, Série Démographie, n°5, Université de Tunis, 66 p.

Bousnina M., 1981, « Les tendances générales de l'évolution du peuplement en Tunisie depuis 1956 », *Géographie et Développement*, n°4, pp.107-119.

Cain M., 1984, *On the relationship between landholding and fertility*, Population Council, Working Paper, n°126, New York, 25 p.

Camau M., 1989, *La Tunisie*, PUF, Paris, 122 p.

Camau M., 1997, « D'une république à l'autre. Refondation politique et aléas de la transition libérale », *Monde arabe Maghreb Machrek*, n°157, pp.3-16.

Camilleri C., 1967, « Famille et modernité en Tunisie », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.4, n°11, pp.25-33.

CERES-CEE, 1992, *Analyse des mouvements migratoires dans le Sud et le Sud-Est du bassin méditerranéen en direction de la CEE. Le cas de la Tunisie*, Rapport définitif, Cérès, Tunis, 252 p.

Chadi R., Garkoucha C., Golola V., 1976, « Avortements sociaux par seringue de Kerman », *Famille et Population*, n°7-8, Tunis, pp.6-10.

Chaherli A., 1995, « Femme et planification des naissances en Tunisie », *Quatrième Rencontre Maghrébine sur les Femmes*, 28-31 mars, Tunis, 15 p.

Chaker M., 1971, « Analyse de la situation statistique du programme national de planning familial depuis le début du programme (juin 1964) jusqu'à la fin décembre 1970 », *Quatrièmes Journées d'études sur le planning familial*, Ministère de la Santé publique, Tunis, pp.105-112.

Chalbi N., Zakaria D., 1998, « Modèles de famille, endogamie et consanguinité apparente en Tunisie. Essais de mesure », *Famille et Population*, Nouvelle Série, n°1, Tunis, pp.39-59.

Charbit Y., 1995, « La théorie de la modernisation », in Véron J. (éd.), « La population mondiale : défis et perspectives », *Problèmes politiques et sociaux*, n°743, La Documentation Française, Paris, pp.25-29.

Chelli M., 1994, « Pour une politique d'action sur la fécondité plus performante : femme et planification familiale », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°9, Tunis, pp.35-54.

Chekir M., 1978, « Planning familial en Tunisie. Objectifs, réalisations et perspectives d'avenir », *Famille et Population*, n°5-9, Tunis, pp.10-19.

Chérif-Chammari A., 1995, *Le Mariage*, Alif - Les éditions de la Méditerranée, Tunis, 93 p.

Chesnais J.-C., 1986, *La transition démographique. Étapes, formes, implications économiques*, Cahier de l'INED, n°113, PUF, Paris, 580 p.

Chesnais J.-C., 1997, « Transition de la prospérité et transition de la pauvreté : l'universalisation de la baisse de la fécondité », *Actes du Congrès International de la Population*, vol. 1, UIESP, 11-17 oct., Beijing, pp.269-285.

Chevalier L., 1947, *Le problème démographique Nord-Africain*, Travaux et Documents de l'INED, Cahier n°6, PUF, Paris, 222 p.

Chojnacka H., 1993, « La nuptialité dans les premières étapes de la transition démographique », *Population*, vol.48, n°2, pp.307-324.

Chriki A. *et al.*, 1991, « Analyse de la consanguinité dans une région de la Tunisie : le Cap Bon », in *Huit questions de population*, Cérès Productions, Tunis, pp.109-128.

Chtioui H., 1969, « La croissance de la population et des ressources en Tunisie pendant la période coloniale », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.6, n°17-18, pp.53-64.

Coeytaux M., Kilani T., McEvoy M., 1987, « The role of information, education, and communication in family planning service delivery in Tunisia », *Studies in Family Planning*, vol.18, n°4, pp.229-234.

Cosio-Zavala M.E., 1995, « Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique Latine », in Tabutin D.,

- Eggerickx T., Gourbin C., (éds.), *Transitions démographiques et sociétés*, Academia, L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, pp.401-414.
- Cosio-Zavala M.E., 1999, « Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique Latine », in Pilon M., Guillaume A. (éds.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Collection colloques et séminaires, IRD Éditions, Paris, pp.21-33.
- Courbage Y., 1997, « Économie et politique de la transition féconde du monde arabe. Questions résolues et celles qui le sont moins », *Communication au Congrès Général de la Population*, UIESP, Beijing, 11-17 octobre, 18 p.
- Courbage Y., 1999, *Nouveaux horizons démographiques en Méditerranée*, INED-PUF, Travaux et documents, n°142, Paris, 200 p.
- CREDIF, 1994a, *Femmes de Tunisie. Situation et perspectives*, Centre de Recherches, d'Études, de Documentation et d'Information sur la Femme, Tunis, 211 p.
- CREDIF, 1994b, *Le potentiel économique des femmes. Le contexte et les perspectives du travail féminin en Tunisie*, Centre de Recherches, d'Études, de Documentation et d'Information sur la Femme, Tunis, 176 p.
- Cuisenier J., 1960, « Structures parentales et structures vicinales en Tunisie », *Revue de l'Institut des Belles Lettres Arabes*, n°4, pp.401-430.
- Dahmani B., 1987, « Indicateurs socio-démographiques de la population tunisienne », *Famille et Population*, n°4, Tunis, pp.25-38.
- Daoud Z., 1994, « Les femmes tunisiennes. Gains juridiques et statut économique et social », *Monde Arabe Maghreb Machrek*, n°145, pp.27-48.
- Davies H.R.J., 1989, « Regional Planning in Tunisia », *Geography*, vol.74, pp.255-259.

BIBLIOGRAPHIE

Delmas D., 1990, « L'économie tunisienne : de l'État-providence à l'ambition libérale », *Mondes en Développement*, vol.18 , n°71, pp.19-33.

Despois J., 1961, *La Tunisie, ses régions*, Armand Colin, Paris, 224 p.

Dimassi H., Zaiem M.H., 1982, « La dynamique socio-économique de la population d'une région. L'exemple du Nord-Ouest tunisien », Actes du Cinquième Colloque de *Démographie maghrébine*, 14-20 décembre, Rabat, pp.16-32.

Dubois J.-L., 2001, « Pauvreté et inégalités : situation et politiques de réduction », in Lery A. et Vimard P. (éds.), *Population et développement : les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire*, Documents et Manuels du CEPED, n°12, Paris, pp.132-135.

Duchêne J., Ajbilou A., 1995, « Structures, nuptialité et fécondité dans les déclins de natalité d'hier et d'aujourd'hui », in Tabutin D., Eggerickx T., Gourbin C., (éds.), *Transitions démographiques et sociétés*, Academia, L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, pp.283-300.

Études Sociales Nord-Africaines, 1954, « L'évolution des peuples musulmans », *Documents Nord-Africains*, n°134, Paris, 8 p.

Études Sociales Nord-Africaines, 1962, « Visages de la Tunisie 1960 », *Cahiers Nord-Africains*, Paris, 56 p.

Fabri M., 1991, « La politique de population tunisienne en perspective », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°7, Tunis, pp.29-87.

Fakhfakh M., 1990, « Population, espace et développement (approche géographique) », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études de la Population*, n°4, Tunis, pp.21-58.

Fargues P., 1986a, « Un siècle de transition démographique en Afrique méditerranéenne 1885-1985 », *Population*, vol.41, n°2, pp.205-232.

- Fargues P., 1986b, « La citadelle arabe », in Burguière A., Klapisch-Zuber C., Segalen M., Zonabend F. (éds.), *Histoire de la famille*, vol.3, Armand Colin, Paris, pp.443-484.
- Fargues P., 1988, « La baisse de la fécondité arabe », *Population*, vol.43, n°6, pp.975-1004.
- Fargues P., 1990, « Algérie, Maroc, Tunisie : vers la famille restreinte ? », *Population et Sociétés*, n°248, INED, Paris, 4 p.
- Fargues P., 1992, « Démographie et politique dans le monde arabe », *Population*, vol.47, n°2, pp.305-326.
- Fargues P., 2000, *Génération arabes. L'alchimie du nombre*, Fayard, Paris, 349 p.
- Ferchiou S., 1985, *Les femmes dans l'agriculture tunisienne*, Édisud, Aix en Provence, 96 p.
- FNUAP, 1995, *Rapport annuel - Tunisie 1995*, Tunis, 6 p.
- Fourati H., 1985, « Évolution de la nuptialité en Tunisie », in Actes du Colloque National *La Fécondité en Tunisie : situation actuelle et perspectives*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, pp.57-67.
- Ganiage J., 1966, « La population de la Tunisie vers 1860 », *Population*, vol.21, n°5, pp.857-886.
- Gastineau B., 1999, « Législation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne », Communication au Séminaire *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-IRD, 9-12 novembre, Abidjan, 19 p.
- Gastineau B., 2001a, « Disponibilité de la terre et stratégies démographiques », in Auclair L., Gubry P., Picouet M., Sandron F. (éds.), *Régulations démographiques et environnement*, Études du CEPED, n°18, CEPED-IRD-LPE, Paris, pp.57-65.

Gastineau B., 2001b, *La transition de la fécondité en Tunisie. La question de la baisse de la fécondité dans le cadre des relations population-développement-environnement*, Thèse de Doctorat en Démographie, Université Paris X-Nanterre, 416 p.

Gastineau B., Sandron F., 2000a, *La relation pauvreté-fécondité : une étude de cas en Tunisie*, ETS, Document de recherche, n°9, IRD, Paris, 26 p.

Gastineau B., Sandron F., 2000b, *La politique de planification familiale en Tunisie*, Dossiers du CEPED, n°61, Paris, 39 p.

Grinblat J., 1971, « Caractéristiques démographiques et continuation des utilisatrices de pilule dans quelques centres tunisiens », *Quatrièmes Journées d'Études Médicales sur le Planning Familial*, Avril, Ministère de la Santé Publique, pp.129-133.

Groupe Huit, 1973, *Villes et développement*, Direction de l'Aménagement du Territoire, Ministère de l'Économie Nationale, Cérès, Tunis, 3 vol., 636-296-256 p. + atlas.

Guelmami A., 1996, *La politique sociale en Tunisie de 1881 à nos jours*, L'Harmattan, Paris, 293 p.

Hayef I., 1994, « Le célibat », in Draoui-Mahfoudh D. (éd.), *Femmes diplômées : pratiques novatrices*, FNUAP-IREP, Tunis, pp.131-166.

He Y., 1994, « Économie néo-institutionnelle et développement – une analyse synthétique », *Revue d'Économie du Développement*, n°4, pp.3-34.

Hugon P., 1990, *L'économie de l'Afrique*, La Découverte, Paris, 124 p.

INED, 1999, « Tous les pays du monde », *Population et Sociétés*, n°348, Paris, 8 p.

BIBLIOGRAPHIE

Jelassi H.B., 1992, « Différentiels de fécondité en Tunisie », in *Démographie et différences*, Association Internationale des Démographes de Langue Française, n°4, PUF, Paris, pp.161-168.

Karoui N., 1989, « Le couple en Tunisie : du discours à la réalité », *Revue tunisienne de sciences sociales*, vol.26, n°98-99, pp.59-79.

Kerrou M., Kharoufi M., 1994, « Maghreb: Familles, valeurs et changement sociaux », *Monde Arabe Maghreb Machrek*, n°134, pp.26-39.

Kirk D., 1996, « Demographic transition theory », *Population Studies*, vol.50, n°3, pp.361-387.

Laâjimi A., 1987, « La planification familiale en Tunisie. Raisons d'un succès et stratégies d'un futur », *Famille et Population*, n°5-6, Tunis, pp.48-70.

Ladjimi A., Christian B., Boukhris R., 1985, « Résistance à la contraception : mythe ou réalité », in *Actes du Colloque National La Fécondité en Tunisie : situation actuelle et perspectives*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, pp.218-227.

Landry E., 1990, « How and why women choose sterilization : results from six follow-up surveys », *Studies in Family Planning*, vol.21, n°3, pp.143-151.

Lapham R., 1971, « Le planning familial en Tunisie et au Maroc : résumé et évaluation des derniers résultats », *Études de planning familial*, vol. 2, n°5, Population Council, pp.182-199.

Largueche D., 1993, « Les sources de la démographie historique dans la Tunisie moderne », in *La démographie historique en Tunisie et dans le monde arabe*, Cérès Productions, Tunis, pp.13-34.

Lesthaeghe R., Surkin J., 1988, « Cultural dynamics and economic theories of fertility change », *Population and Development Review*, vol.14, n°1, pp.1-45.

- Locoh T., 1995, « Paupérisation et transitions démographiques en Afrique sub-saharienne », in Tabutin D., Eggerickx T., Gourbin C., (éds.), *Transitions démographiques et sociétés*, Academia, L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, pp.381-400.
- Mahfoudh D., 1990, « La famille tunisienne aujourd'hui : quelles formes de conjugalité ? », in *L'avenir de la famille en Orient et en Afrique du Nord*, Cahier du Cérès, Série Psychologie, n°7, Tunis, pp.69-79.
- Mahfoudh D., 1994, « Changement social et solidarité familiale : problématique, méthodologie et éclairage théorique », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°11, Tunis, pp.11-24.
- Makhlouf Obermeyer C., 1993, « Culture, maternal health care, and women's status : a comparison of Morocco and Tunisia », *Studies in Family Planning*, vol.24, n°6, pp.354-365.
- Makhlouf Obermeyer C., 1994, « Reproductive choice in Islam : gender and state in Iran and Tunisia », *Studies in Family Planning*, vol.25, n°1, pp.41-51.
- Marcoux A., 1971a, « Quelques éléments de la situation démographique en Tunisie 1960-1970 », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.8, n°27, pp.165-172.
- Marcoux A., 1971b, « La croissance de la population de la Tunisie », *Population*, vol.26, n° spécial, pp.105-123.
- Marcoux A., 1972a, *Sur les facteurs de l'évolution passée et future des naissances en Tunisie*, Institut national du Planning Familial, Rapport interne, non publié, 17 p.
- Marcoux A., 1972b, *Essai d'estimation des effets démographiques d'un relèvement de l'âge minimum légal au mariage*, Institut National du Planning Familial et de la PMI, Tunis, 14 p.
- McEvedy C., Jones R., 1978, *Atlas of World Population History*, Penguin Books, London, 368 p.

McNicol G., 1982, « Institutional determinants of fertility change », in Höhn C., Mackensen R. (éds.), *Determinants of fertility trends : theories re-examined*, IUSSP, Ordina Éditions, Liège, pp.147-168.

Morsa J., 1966, « The Tunisia survey : a preliminary analysis », in Berelson B., Edwards J., Reynolds C., Young T.R. (éds.), *Family Planning and Population Programs*, University of Chicago Press, Chicago, pp.581-594.

Nations Unies, 1999, *World Abortion policies 1999*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations Publication, New York.

OMS, 1994, *Abortion : a tabulation of available information*, Deuxième édition, Organisation mondiale de la Santé, Genève.

ORSTOM, 1986, *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Collection Colloques et Séminaires, Éditions de l'ORSTOM, Paris, 469 p.

Ouadah-Bedidi Z., Vallin J., 2000, « Maghreb : la chute irrésistible de la fécondité », *Population et Sociétés*, n°359, INED, Paris, 4 p.

Parodi M., 1962, « Surpopulation et développement en Afrique du Nord », *Documents Nord-Africains*, Études Sociales Nord-Africaines, n°478, Paris, 8 p.

Pellegrin A., 1954, « L'évolution de la femme tunisienne », *Documents Nord-Africains*, Études Sociales Nord-Africaines, n°134, Paris, pp.2-6.

Piché V., Poirier J., 1995, « Les approches institutionnelles de la fécondité », in Gérard H., Piché V. (éds.), *Sociologie des populations*, PUM/AUPELF-UREF, Montréal, pp.117-137.

Picouet M., 1969, « Étude de la structure par âge de la population tunisienne à partir de l'examen des pyramides d'âges », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.6, n°17-18, pp.177-213.

BIBLIOGRAPHIE

PNUD, 1994, *Rapport mondial sur le développement humain 1994*, Économica, Paris, 239 p.

Poncet J., 1961, *La colonisation et l'agriculture européennes en Tunisie depuis 1881*, Imprimerie Nationale, Paris, pp.41-49.

Pradel de Lamaze J., 1977, « La connaissance récente de la population des trois pays du Maghreb », *Population*, vol.32, n°4-5, pp.992-1003.

Rouissi M., 1977, « L'expérience tunisienne de planning familial », in *Actes du Congrès International de la Population de Mexico*, UIESP, Liège, pp.375-390.

Rouissi M., 1983, « *Population et société au Maghreb* », Cérès Productions, Tunis, 189 p.

Roussel L., 1994, « Fécondité, modèles familiaux et valeurs sociétales », in *Les modes de régulation de la reproduction humaine*, Association Internationale des Démographes de Langue Française, n°6, PUF, Paris, pp.149-162.

Safir T., 2000, « Changement social, politique de population et transition démographique dans les pays du Maghreb », in Vimard P., Zanou B. (éds.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, L'Harmattan, Paris, pp.243-261.

Sahli S., 1980, « La pensée démo-économique tunisienne », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.17, n°62, pp.83-89.

Sahli S., 1982, « La fécondité dans le monde rural tunisien. Évolution du comportement démographique, attitudes et opinions », in *Actes du cinquième colloque de Démographie maghrébine*, 14-20 décembre, Rabat, pp.382-389.

Sahli S., 1992, *Sociétés et procréation*, Publications de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales Tunis 1, Série Sociologie, vol.39, Tunis, 484 p.

BIBLIOGRAPHIE

Sahli S., 1994, « Politique et infécondité volontaire en Tunisie », in *Les modes de régulation de la reproduction humaine*, Association Internationale des Démographes de Langue Française, n°6, PUF, Paris, pp.219-228.

Sandron F., 1995a, « Transition démographique et développement régional en Tunisie », Communication au Colloque *Développement et transition démographique en Afrique*, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, 26-28 avril, Tunis, 20 p.

Sandron F., 1995b, « De l'école buissonnière au journal d'une femme de chambre : la condition des jeunes filles en pays kroumir », Communication au Colloque *La promotion de la jeune fille rurale en Afrique*, 20-21 novembre, Tunis, 6 p.

Sandron F., 1998, *La baisse de la fécondité en Tunisie*, Dossiers du CEPED, n°48, Paris, 64 p.

Schoumaker B., Tabutin D., 1999, *Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud*, Université Catholique de Louvain, Document de Travail, n°2, Louvain-la-Neuve, 38 p.

Seklani M., 1960, « La fécondité dans les pays arabes : données numériques, attitudes et comportements », *Population*, vol.15, n°5, pp.831-856.

Seklani M., 1961, « La population de la Tunisie. Situation actuelle et évolution probable jusqu'en 1986 », *Population*, vol.16, n°3, pp.473-504.

Seklani M., 1974, *La population de la Tunisie*, CICRED, Paris, 189 p.

Seklani M., Rouissi M., Bchir M., 1969, *La fécondité des ménages à Tunis. Résultats de trois enquêtes socio-démographiques*, Cahiers du Cérès, Série Démographie, n°3, Tunis, 108 p.

Sethom H., 1987, « Introduction à l'étude des disparités régionales de la fécondité en Tunisie », *Revue Tunisienne de Géographie*, n°15, pp.159-171.

BIBLIOGRAPHIE

Signoles P., 1985, *L'espace tunisien : Capitale et État-Région*, 2 vol., URBAMA, Tours, 1041 p.

Slablab A., 1987, « Planification familiale et développement économique en Tunisie », *Famille et Population*, n°4, Tunis, pp.7-24.

Slablab A., 1993, « La population tunisoise durant la période coloniale », in *La démographie historique en Tunisie et dans le monde arabe*, Cérès Production, Tunis, pp.95-102.

Slablab A., Belloumi A., Seklani M., Moreland S., 1990, *Les déterminants de la fécondité en Tunisie*, Office National de la Famille et de la Population, Rapid III, Tunis, 120 p.

Sraieb N., 1977, « Mutations et réformes de structures de l'enseignement en Tunisie », *Annuaire de l'Afrique du Nord-1967*, CNRS, Paris, pp.45-114.

Szreter S., 1993, « The idea of demographic transition and the study of fertility change : a critical intellectual history », *Population and Development Review*, vol.19, n°4, pp.659-701.

Taamallah K., 1978, « La régulation des naissances en Tunisie », *Population*, vol.33, n°1, pp.194-205.

Tabutin D., 1985, « Les limites de la théorie classique de la transition démographique pour l'Occident du XIX^e siècle et le Tiers-Monde actuel », Actes du *Congrès International de la Population*, vol. 4, UIESP, Florence, pp.357-371.

Tabutin D., 1995, « Un demi-siècle de transitions démographiques dans les régions du Sud », in Tabutin D., Eggerickx T., Gourbin C., (éds.), *Transitions démographiques et sociétés*, Academia, L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, pp.33-70.

Tabutin D., 2000, *La ville et l'urbanisation dans les théories du changement démographique*, Université Catholique de Louvain, Document de Travail, n°6, Louvain-la-Neuve, 38 p.

- Taiachi H., 1993, « Mouvements de la population », in *La démographie historique en Tunisie et dans le monde arabe*, Cérès Productions, Tunis, pp.133-158.
- Taieb J., 1992, « Les Juifs du Maghreb au XIX^e siècle. Aperçus de démographie historique et répartition géographique », *Population*, vol.47, n°1, pp.85-104.
- Talbi M., 1977, « Effondrement démographique au Maghreb du XI^e au XV^e siècles », *Cahiers de Tunisie*, vol.25, n°97-98, pp.51-60.
- Trifa C., 1986, « Trente ans de croissance démographique », Communication au Colloque *Le développement en question*, 24-29 novembre, Université de Tunis, Cérès, Tunis, 21 p.
- UNFT, 1995, *L'image de la femme dans la société tunisienne*, Union Nationale de la Femme Tunisienne, Tunis, 131 p.
- Valensi L., 1969, « Calamités démographiques en Tunisie et en Méditerranée orientale aux XVIII^e et XIX^e siècles », *Annales, Économie, Société, Civilisation*, nov-déc, pp.1540-1561.
- Valensi L., 1977, *Fellahs tunisiens. L'économie rurale et la vie des campagnes aux XVIII^e et XIX^e siècles*, Mouton, Paris, 421 p.
- Vallin J., 1968, « Planification familiale et perspective de population en Tunisie 1966-1975 », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, vol.5, n°12, pp.71-88.
- Vallin J., 1971a, « La nuptialité en Tunisie », *Population*, vol.26, n° spécial, pp.250-266.
- Vallin J., 1971b, « La limitation des naissances en Tunisie. Efforts et résultats », *Population*, vol.26, n° spécial, pp.181-204.
- Vallin J., 1975, « Mortalité et fécondité en Tunisie : résultats commentés de l'Enquête Nationale Démographique », *Population*, vol.30, n° 6, pp.1160-1166.

Vallin J., 1976, « Les Tunisiennes et la contraception », *Population*, vol.31, n° 3, pp.707-717.

Vallin J., 2000, « Fécondité : la Tunisie rejoint l'Europe », *Jeune Afrique*, n°2045, pp.100-101.

Vallin J., Locoh T. (éds.), 2001, *Population et développement en Tunisie : la métamorphose*, Cérès Éditions, Tunis, 801 p.

Vimard P., 1993, « Modernité et pluralité familiales en Afrique de l'Ouest », *Revue Tiers Monde*, vol.34, n°133, pp.89-115.

Vimard P., 1997, *Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise*, ETS, Documents de Recherche, n°3, ORSTOM, Paris, 31 p.

World Bank, 1995, *Republic of Tunisia. Poverty Alleviation: Preserving Progress while Preparing for the Future*, Report n° 13993-Tun, vol.1, Washington, 51 p.

Yatougi K., 1976, « Centre Barthou d'éducation et de planification familiale », *Famille et Population*, n°4-5, Tunis, pp.7-15.

Zmerli S., 1990, « Les fondements juridiques et institutionnels du programme national de planification familiale », in *L'avenir de la famille en Orient et en Afrique du Nord*, Cahier du Cérès, Série Psychologie, n°7, Tunis, pp.81-95.

Zouari B., 1990, « État de santé et déterminants de la santé en Tunisie », *Cahier de l'Institut de Recherches et d'Études sur la Population*, n°2, Tunis, pp.87-139.

Documents officiels, enquêtes, publications statistiques

Aloui T., Ayad M., Fourati H., 1989, *Enquête démographique et de santé en Tunisie 1988*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, Institute for Ressource Development/Macro Systems Inc., Columbia, Maryland, USA, 224 p.

Annuaire statistiques, 1940 à 1999, Institut National de la Statistique, Tunis.

Ayad M., Zoughlami Y., 1985, *Fécondité et planification familiale en Tunisie. Rapport sur les résultats de l'enquête tunisienne sur la prévalence de la contraception*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, Westinghouse Public Applied Systems, Columbia, Maryland, USA, 176 p.

CGDR, 1991, *Indicateurs régionaux et séries statistiques*, Commissariat Général au Développement Régional, Direction des Études de la Planification et des Statistiques, Tunis.

EDS 1988 : voir Aloui T., Ayad M., Fourati H., 1989.

END 1968-1969 : voir INS, 1974b.

ENPE 1980 : voir INS, 1980.

ENPE 1989 : voir INS, 1991.

ETF 1978 : voir ONPFP, 1982.

ETPC 1983 : voir Ayad M., Zoughlami Y., 1985.

ETSME 1994 : voir ONFP, 1996a

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

BIBLIOGRAPHIE

INS, 1974a, *Niveau et tendance de la fécondité en Tunisie*, Études et Enquêtes, Série Démographie, n°5, Institut National de la Statistique, Tunis, 34 p.

INS, 1974b, *Enquête nationale démographique 1968-1969*, Études et Enquêtes, Série Démographie, n°6, fascicules n°1 à 3, Institut National de la Statistique, Tunis.

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

INS, 1980, *Enquête Nationale Population Emploi 1980, volume national*, Institut National de la Statistique, Tunis, 302 p.

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

INS, 1991, *Enquête Nationale Population Emploi 1989, volume national*, Institut National de la Statistique, Tunis, 554 p.

INS, 1993, *Enquête nationale sur le budget et la consommation des ménages 1990, vol. A*, Institut National de la Statistique, Tunis, 225 p.

INS, 1994, *Premiers résultats du Recensement général de la population et de l'habitat 1994*, Institut National de la Statistique, Tunis, 62 p.

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

INS, 1995b, *Recensement général de la population et de l'habitat 1994, Ménages et conditions d'habitat*, Institut National de la Statistique, Tunis, 161 p.

INS, 1996a, *Projections de la population 1995-2030. Niveau national, vol.1*, Institut National de la Statistique, Tunis, 131 p.

BIBLIOGRAPHIE

INS, 1996b, *Projections de la population 1995-2015. Niveau régional, vol.3*, Institut National de la Statistique, Tunis, 275 p.

INS, 1999, *Enquête nationale sur l'emploi 1997*, Institut National de la Statistique, Tunis, 190 p.

INS-web : <http://www.ins.nat.tn>

Ministère de la Santé publique, 1971, *La fécondité et les programmes de population en Tunisie*, Direction du planning familial et de la PMI, Services de Statistique, Tunis, 17 p.

Ministère de la Santé Publique, 1996, *Carte sanitaire, Année 1995*, Rapport de la Direction des Études et de la Planification, Tunis, 109 p.

Ministère du Développement Économique, 1998, *Le neuvième plan de développement 1997-2001*, volume 1, République Tunisienne, Tunis, 243 p.

Ministère du Développement Économique, PNUD, 2000, *Rapport sur le développement humain 1999*, République Tunisienne, PNUD, Tunis, 128 p.

ONFP, 1985, *La fécondité en Tunisie. Situation actuelle et perspectives*, Actes du Colloque National, 29-30 avril, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 351 p.

ONFP, 1986, *Statistiques de planning familial 1986*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 75 p.

ONFP, 1987, « Bilan des activités de planning familial durant les trois derniers plans économiques et sociaux 1974-1986 », *Famille et Population*, n°5-6, Tunis, pp.17-22.

ONFP, 1992a, *La contraception en Tunisie*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 160 p.

BIBLIOGRAPHIE

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

ONFP, 1995, *La planification familiale en Tunisie. Fondements, résultats, perspectives*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 28 p.

ONFP, 1996a, *Enquête Tunisienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant 1994-1995, Rapport principal 1996*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 248 p.

ONFP, 1996b, *Et si la population tunisienne avait évolué sans la planification familiale*, Brochure, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 6 p.

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

ONFP, 1997b, *Comportement reproductif des familles en milieu rural dans les régions du Centre Ouest et du Sud de la Tunisie*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 209 p.

ONFP, 1998a, *La santé de la reproduction et le planning familial en chiffres*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 4 p.

ONFP, 1998b, *ONFP Magazine*, mars, n°7, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 17 p.

ONFP, 1998c, *ONFP Magazine*, juillet-décembre, n°8-9, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 20 p.

ONFP, 1999a, *Rapport national sur la population 1994-1998*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 66 p.

ONFP, 1999b, *ONFP Magazine*, mars-juin 1999, n°10, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 24 p.

BIBLIOGRAPHIE

ONPFP, 1970, *Projet de développement des activités du planning familial*, Office National du Planning Familial et de la Population, Tunis, 96 p.

ONPFP, 1971, *Statistiques des activités du programme de planning familial, 1964-1970*, Office National du Planning Familial et de la Population, Tunis.

ONPFP, 1974, *Population et planning familial en Tunisie. Politique et plan d'action*, Office National du Planning Familial et de la Population, Tunis, 25 p.

ONPFP, 1982. *Enquête tunisienne sur la fécondité 1978 - Rapport principal, vol.1*, Office National du Planning Familial et de la Population, Tunis, 228 p.

Secrétariat général du gouvernement tunisien, 1919, *Statistique générale de la Tunisie 1919*, Régence de Tunis, 23 p.

ANNEXE 1

LA POPULATION DANS LES PLANS DE DÉVELOPPEMENT : EXTRAITS COMMENTÉS

Depuis 1962, la question de la population a évolué au cours des plans successifs. Nous en retraçons ici les grandes lignes à travers des extraits des textes officiels (en italique). On notera à cet égard le passage d'une politique de population des décennies 1960 et 1970 qui s'intéresse essentiellement à la baisse de la fécondité, à une politique des décennies 1980 et 1990 orientée vers la famille au sens large et prenant en compte la santé de la reproduction.

1^{er} Plan : 1962-1964

Les facteurs de la fécondité sont très nombreux et l'action propre de chacun d'eux est difficile à mesurer. Mais dans cet enchevêtrement de facteurs, il a été possible d'en dégager quelques-uns jugés essentiels à la lumière du recensement de 1956. Nous avons pu ainsi calculer le nombre moyen d'enfants de toutes les femmes de 50 ans et plus, classés dans la catégorie socio-professionnelle du chef de famille. Les résultats auxquels nous avons abouti ont montré que ce sont les femmes des ouvriers qui ont mis au monde le plus d'enfants (6 en moyenne) et que ce sont celles des cadres supérieurs qui en ont le moins (4,8 en moyenne). Toutes les autres catégories socio-professionnelles se classent entre ces deux chiffres extrêmes. Bien que ces résultats ne soient pas très probants, les différences entre les différentes

catégories n'étant pas très significatives, il est hors de doute qu'ils montrent tout de même que le revenu a une influence certaine sur le taux de fécondité.

Par ailleurs, et en dehors de toute augmentation de revenu, le recul de l'âge au mariage pour la femme et une utilisation plus répandue des produits contraceptifs contribueront sans doute à la diminution de la fécondité.

Commentaire : ce premier plan indique déjà l'importance que revêt la population aux yeux des planificateurs. On assiste à une prise de conscience des « problèmes de population » en mettant l'accent sur la fécondité. Il est annoncé que les moyens contraceptifs ne seront pas interdits mais au contraire favorisés, ce qui est révolutionnaire à l'époque dans le monde arabo-musulman. D'autre part, en soulignant les rapports entre fécondité et revenu, s'inscrit en filigrane l'idée que la baisse de la fécondité est aussi une affaire de société et pas seulement de moyens techniques.

2^{ème} Plan : 1965-1968

Dans les pays jeunes, la démographie constitue un secteur d'études fondamental qui conditionne toutes les prévisions dans les autres secteurs. Ainsi, c'est à partir de l'évolution de la population que sont déterminés les programmes de scolarisation, d'habitat, la structure quantitative et qualitative de l'emploi, la structure de la sécurité sociale, etc. Ces prévisions sectorielles seront d'autant plus réelles et véridiques que nos statistiques démographiques seront précises. Seulement en Tunisie le perfectionnement de notre information statistique dans le domaine démographique se heurte à des difficultés qui découlent :

- *de l'insuffisance quantitative de l'appareil statistique, la tunisification complète des services a pu être réalisée et un effort est soutenu pour la formation des cadres ;*

- *des non déclarations de certains événements démographiques (exemple : déclaration de décès, déclaration de changement de domicile, etc.).*

D'où alors l'importance des recensements de population qui permettent à intervalles réguliers de saisir pleinement la réalité démographique du pays à un moment déterminé : toutefois ces recensements ne se font que tous les dix ans, selon les recommandations mêmes des Nations Unies.

...

Déclaration des naissances : on observe une nette amélioration de l'enregistrement des naissances consécutive à certaines mesures prises par le gouvernement au lendemain de l'indépendance : promulgation du code du statut personnel, loi d'août 1957 réglementant l'état civil, loi de juillet 1958 obligeant les citoyens à avoir un acte de naissance (ou de mariage), l'opération nom patronymique, présentation d'un certificat de naissance pour l'inscription des enfants dans les établissements scolaires, etc. On peut supposer qu'actuellement la quasi totalité des naissances qui ont lieu en Tunisie est déclarée à l'état civil.

Déclaration de décès : on ignore encore à l'heure actuelle le nombre de décès chaque année. Cependant on a pu estimer que ce nombre se situe actuellement aux environs de 75.000 : seulement 45.000 sont déclarés à l'état civil. Un grand nombre échappe donc à l'enregistrement. La non déclaration varie considérablement d'une région à l'autre et elle est plus importante dans la population décédée en bas âge.

...

Le prochain recensement général de population est prévu pour l'année 1966. Ses buts sont multiples. Il nous permettra en premier lieu d'avoir des données plus précises sur la population :

- *répartition de la population par nationalité ;*
- *répartition de la population par division administrative ;*

- répartition de la population par âge, sexe, et par état matrimonial ;
- il nous permettra également d'avoir des renseignements d'ordre social, culturel et économique ;
- nombre des ménages et leur répartition selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage ;
- données sur l'habitat ;
- renseignements sur l'analphabétisme et le degré d'instruction ;
- données sur la population active et sa répartition par branche d'activité ou par profession, etc.

...

Le planning familial

Nous avons tenu à parler du planning familial en appendice à la démographie pour mieux marquer la nécessité de ce planning compte tenu du croît démographique que nous venons de constater. Le taux d'accroissement adopté pour la préparation du plan quadriennal est de 2,3%. En tout état de cause, on peut dire que la population de la Tunisie est caractérisée par :

- une forte natalité : le taux de natalité est de l'ordre de 44‰ ;
- une forte mortalité : le taux de mortalité est aux alentours de 20‰. Cependant, il accuse une nette tendance vers la baisse surtout pour la mortalité infantile.

Pour réduire le taux d'accroissement et freiner la croissance démographique du pays, il n'y a qu'une seule solution, c'est agir sur la natalité dans le sens de la diminution. L'évolution du niveau de vie, et le développement de l'enseignement et de la culture ont été depuis l'indépendance et seront dans l'avenir, des facteurs qui incitent au contrôle spontané des naissances. Cependant, il est nécessaire d'entreprendre une action à l'échelle nationale visant à éduquer les masses dans ce domaine et à les encourager à s'engager dans la voie du Self-Control des naissances. Pour atteindre ce but le gouvernement a décidé de promouvoir un

programme de « Planning Familial » qui se déroulera en deux phases : une phase expérimentale de deux ans suivie d'une phase de généralisation.

Le programme expérimental de deux ans : ce programme aura lieu dans six régions urbaines : Tunis (2 centres), Bizerte, Nabeul, Sousse et Sfax, et six régions semi-rurales : El Ariana, Béja, Maktar, Monastir, El Djem et Tozeur. Tout le travail se déroulera au sein des centres de P.M.I. en raison des facilités qu'ils présentent pour toucher les mères de famille. Ce programme comportera d'une part un travail d'éducation sociale réalisé par des adjointes sociales, des animatrices rurales et des éducateurs sanitaires, et d'autre part un travail médical portant sur les indications des produits anticonceptionnels, la distribution de ces produits, et la vérification périodique de leur efficacité. Le personnel chargé de la réalisation de ce programme comporte des médecins, des sages-femmes et des auxiliaires médico-sociaux.

Cette expérience dans les six centres urbains et les six centres ruraux permettrait une meilleure connaissance de données médicales et socio-démographiques pour préciser les méthodes de travail en vue de généraliser ce programme. Si l'expérience est concluante, le « Planning Familial » constituera une des activités de base de tous les services de santé publique.

Commentaire : on trouve d'abord dans ce deuxième plan la réaffirmation de la place centrale de la dynamique de la population dans l'ensemble des secteurs économiques et sociaux de la nation. C'est pourquoi un appareil statistique performant au service de la connaissance des faits démographiques doit être instauré, notamment en matière de recensement. Il faut noter qu'à cette date, l'état civil, s'il ne permet pas une bonne comptabilité des décès, est déclaré efficient pour celle des naissances. L'autre point important à souligner est la mise en route d'un programme de planning familial

expérimental, qui préfigurerait l'action des autorités en matière de réduction de la fécondité.

3^{ème} Plan : 1969-1972

Prévu par le premier plan quadriennal, le recensement de la population a été exécuté conformément au décret n°65.494 du 4 novembre 1965. Il constitue le 7^{ème} recensement effectué en Tunisie, le premier datant de 1921, mais c'est le premier recensement qui a utilisé la méthode directe de l'interview sur le terrain... Il a été utilisé à cet effet environ 4.000 agents recenseurs qui ont tous effectué un stage de formation de quinze jours sous la direction des Ingénieurs statistiques responsables de la supervision des opérations dans chaque gouvernorat. Ces agents recenseurs ont été encadrés par environ une cinquantaine de contrôleurs qui sont tous des agents permanents du service des statistiques.

C'est évidemment la première fois que de tels moyens sont mis en œuvre pour un recensement, et il est hors de doute que les résultats obtenus grâce à ces moyens sont les meilleurs dont nous avons jamais disposé en Tunisie. Le recensement de 1956 était effectué par des Cheiks dont la plupart ne pouvaient pas comprendre d'une manière correcte les questionnaires mis à leur disposition, et qui n'étaient contrôlés que d'une manière imparfaite.

...

Le recensement de mai 1966 nous a permis de répartir la population totale du pays suivant l'âge et le sexe. Cette pyramide des âges servira de base pour les projections.... Nous prendrons comme taux de fécondité le taux calculé à partir des statistiques d'état civil à savoir 188 pour mille en 1965 contre 204 pour mille en 1958. Il est à signaler que l'Enquête Nationale Démographique qui n'est pas encore terminée au moment de la préparation du

plan, nous a permis d'effectuer un premier calcul de ce taux de fécondité. Ce calcul a permis d'estimer celui-ci à 188 pour mille en 1967, soit une valeur qui, quoique proche de celle qui est calculée à partir des statistiques d'état civil, est cependant légèrement surestimée du fait qu'elle est le résultat d'événements démographiques enregistrés après un seul passage auprès des ménages enquêtés alors qu'il est prévu d'effectuer trois passages.

De même, cette enquête a permis d'estimer l'espérance de vie à la naissance à 54,5 ans, ce qui doit être également, et pour les mêmes raisons, légèrement surestimé. Le recensement de la population a abouti à un résultat de 52,5 ans en 1966, et nous retiendrons ce chiffre pour les projections. Nous ferons en outre l'hypothèse que cette espérance de vie augmentera de 2 ans et demi tous les 5 ans grâce à une baisse de la mortalité engendrée par l'amélioration des moyens sanitaires mis de plus en plus à la disposition de la population.

Cela étant, nous avons effectué les projections jusqu'en 1986 avec trois hypothèses de fécondité :

- *hypothèse de fécondité constante (H1) égale à 188 pour mille ; il s'agit là évidemment de l'hypothèse la moins avantageuse puisque le taux d'accroissement de la population tendrait à augmenter par suite de la baisse de la mortalité ;*
- *hypothèse d'une baisse lente de la fécondité (H2) ; cette baisse est de 3 points par an, ce qui correspond à peu près à la baisse enregistrée entre 1958 et 1965 ;*
- *hypothèse d'une baisse assez rapide de la fécondité (H3) ; cette baisse sera de 5 points par an, ce qui correspond à un objectif de baisse de la natalité dont le taux devrait passer de 45 pour mille aujourd'hui à 34 pour mille en 1975. Cette hypothèse suppose un programme de planning familial assez poussé dont l'enquête nationale démographique devrait permettre précisément la mise au point. Ce programme sera étudié au cours du présent plan et constitue l'une des actions prioritaires sur lesquelles il faudra mettre l'accent.*

ANNEXE 1

Les résultats des calculs suivant ces trois hypothèses sont les suivants :

	<i>H1</i>	<i>H2</i>	<i>H3</i>
	<i>Effectif en milliers</i>		
<i>1966</i>	<i>4534</i>	<i>4534</i>	<i>4534</i>
<i>1971</i>	<i>5223</i>	<i>5223</i>	<i>5223</i>
<i>1976</i>	<i>6073</i>	<i>5988</i>	<i>5931</i>
<i>1981</i>	<i>7133</i>	<i>6844</i>	<i>6651</i>
<i>1986</i>	<i>8438</i>	<i>7775</i>	<i>7347</i>
	<i>Variation en pourcentage</i>		
<i>1966-71</i>	<i>111,19</i>	<i>115,19</i>	<i>115,19</i>
<i>1971-76</i>	<i>116,27</i>	<i>114,64</i>	<i>113,55</i>
<i>1976-81</i>	<i>117,45</i>	<i>114,29</i>	<i>112,13</i>
<i>1981-86</i>	<i>118,29</i>	<i>113,74</i>	<i>110,36</i>
	<i>Taux d'accroissement annuel moyen</i>		
<i>1966-71</i>	<i>2,8</i>	<i>2,8</i>	<i>2,8</i>
<i>1971-76</i>	<i>3,1</i>	<i>2,8</i>	<i>2,6</i>
<i>1976-81</i>	<i>3,3</i>	<i>2,7</i>	<i>2,3</i>
<i>1981-86</i>	<i>3,4</i>	<i>2,6</i>	<i>2,0</i>

Ce tableau est extrêmement significatif à plusieurs égards :

- *il montre d'abord que quelque soit l'hypothèse, le taux de croissance reste voisin de 2,8% jusqu'en 1971 et, en première approximation, jusqu'à l'année terminale du plan, c'est à dire l'année 1972. Toute action dans ce domaine n'aura par conséquent d'effet qu'après la période du présent plan ;*
- *il montre ensuite que la première hypothèse (H1) est presque intenable puisqu'elle suppose une augmentation continue du taux de croissance et presque le doublement de la population entre 1966 et 1986 ;*
- *de même, il apparaît tout de suite que l'hypothèse H2 qui serait la plus vraisemblable si aucun programme de planning familial n'était mis en œuvre et qui suppose une très légère*

diminution du taux de croissance après 1976, est également très lourde de conséquence puisque, selon cette hypothèse, la population augmenterait en 20 ans d'environ 70%.

Ainsi la nécessité d'un programme de planning familial de grande envergure ne fait aucun doute et ce programme pourrait retenir comme objectif une diminution du taux de croissance suivant le schéma proposé par l'hypothèse H3.

Commentaire : le recensement de 1966, l'Enquête Nationale Démographique de 1968 et les données de l'état civil autorisent dorénavant des projections de population bien étayées. Les progrès réalisés dans le recueil de l'information statistique ont débouché sur l'analyse selon laquelle la politique de population devrait être renforcée, même si les résultats à court terme ne seront pas sensibles. C'est en quelque sorte la phase de prise de conscience de l'importance de la mise en place du planning familial à l'échelle nationale.

4^{ème} Plan : 1973-1976

Contrairement à la mortalité, la fécondité est bien connue. Tous les indicateurs de fécondité montrent une baisse constante de celle-ci au cours de la décennie écoulée et plus particulièrement à partir de 1965 :

- *le taux brut de natalité est estimé à 46 pour mille en 1961. Il s'est maintenu à environ 45 pour mille au cours de la première année des années soixante, puis a accusé une tendance à la baisse et est passé de 44 pour mille en 1966, à 41 pour mille en 1969, à 38 pour mille en 1970 et à 37 pour mille en 1971 ;*
- *le taux global de fécondité, qui mesure le nombre de naissances pour mille femmes en âge de procréer, a baissé de 193 pour mille en 1965 à 162 pour mille en 1971, soit une*

baisse de 5,1 naissances pour 1.000 femmes en moyenne par an ;

- les taux de fécondité par âge tiennent compte de la structure d'âge de la population. Ces taux ont accusé au cours de la période 1966/1971, une tendance à la baisse ;
- le taux brut de reproduction qui représente le nombre de filles que met en moyenne au monde une femme au cours de sa vie féconde, est passé de 3,5 en 1965/1966, à 3,1 en 1971.

La baisse de la fécondité a eu comme conséquence un nombre de « naissances évitées » qui a atteint en 1971 environ 37.000. La décomposition de ces 37.000 naissances évitées selon l'origine se décompose comme suit :

- 13.000 naissances étaient évitées par un effet de structure de la population. En 1971, la classe d'âge allant de 25 à 29 ans, qui constitue pour les femmes la classe la plus féconde, était relativement creuse du fait des épidémies des années 1940/1946 qui avaient considérablement augmenté la mortalité infantile ;
- 24.000 naissances étaient évitées par un effet spécifique de contrôle des naissances, que ce contrôle soit spontanément effectué par les couples - on évalue à 12.000 les naissances évitées de cette façon - ou moyennant l'intervention du Planning Familial.

La moyenne annuelle des naissances évitées entre 1965 et 1971 a été de 5,1 pour 1.000 femmes en âge de procréer :

- 1,8 naissances évitées par l'effet de structure de la population féminine par âge ;
- 3,3 naissances évitées par l'effet spécifique du contrôle des naissances.

L'objectif de fécondité a été arrêté en fonction de chaque groupe d'âge de la population féminine en âge de procréer. Le taux de fécondité correspondant à chacun de ces groupes d'âge doit

baisser d'une façon linéaire pour atteindre à la fin du siècle le taux actuel de l'Italie pour le même groupe d'âge.

La baisse linéaire de la fécondité de chaque tranche d'âge conjuguée avec l'évolution des effectifs de femmes dans ces mêmes tranches d'âges conduit à une baisse du taux global de fécondité de 162,1 pour mille en 1971 à 137,8 pour mille en 1981 soit une baisse annuelle moyenne pour la prochaine décennie de 2,5 naissances pour 1.000 femmes en âge de procréer. Cette baisse est nettement inférieure à celle observée durant la période 1965-1971 (5,1 pour mille). Le ralentissement de la baisse s'explique par l'effet de structure d'âge de la population féminine qui a été évoquée précédemment : les femmes les plus fécondes (25 à 29 ans) représentent entre 1965 et 1971 une proportion de 5,8% de la population féminine ; et entre 1975 et 1981 une proportion de 7,5%. La conséquence de cette structure est que, entre 1965 et 1971 l'effet de structure permettait d'éviter 1,8 naissances pour 1.000 femmes en âge de procréer alors qu'entre 1975-1981, la structure par âge de la population féminine engendrera 1,1 naissance supplémentaire pour 1.000 femmes. En revanche, la baisse de la fécondité due au contrôle des naissances devra être au cours de la décennie de 3,6 naissances pour 1.000 femmes en âge de procréer et par an contre 3,3 pour la période 1965-1971.

Commentaire : au début des années 1970, les planificateurs tirent les premiers enseignements de l'impact du planning familial et analysent la baisse de la fécondité. De nouveaux objectifs quantitatifs sont fixés de manière fine et les responsables se dotent de structures mieux adaptées pour y répondre.

5^{ème} Plan : 1977-1981

Le recensement de 1975 a permis de connaître avec précision les principales caractéristiques de la population tunisienne et ses

tendances d'évolution au cours des dix dernières années. Il a permis d'élaborer les principaux indicateurs démographiques servant de base à la projection de population à moyen et long termes. L'hypothèse retenue par le Plan pour ses projections démographiques est basée sur une tendance à la baisse de la fécondité pendant toute la période de projection. Si cette hypothèse semble traduire le mieux l'évolution de la fécondité au cours de la période passée, sa réalisation effective représente, pour la Nation, un objectif fondamental à atteindre, si l'on veut que les objectifs en matière d'emploi, d'élévation du niveau de vie et d'amélioration du bien-être individuel et collectif ne soient pas compromis.

...

Les structures démographiques présentent des différences assez marquées entre le milieu urbain et le milieu rural. D'une part, en raison d'un taux de fécondité plus élevé, le pourcentage de la population âgée de moins de cinq ans est nettement plus fort en milieu rural (16% contre 12%). D'autre part, les phénomènes d'exode rural et d'émigration se traduisent par un taux de masculinité plus faible chez les ruraux ainsi que par une proportion moins élevée de la population d'âge actif.

...

Projections de population : pour la fécondité, on a retenu comme indicateur non le taux global de fécondité, mais les taux de fécondité par âge, tels qu'ils ont été évalués en 1976 : ceux-ci présentent en effet l'avantage de tenir compte des changements à intervenir sur la structure de la population par âge.

A partir de cette base, on a émis deux hypothèses :

- l'hypothèse 1 : suppose que la fécondité restera constante pendant toute la période couverte par la projection. Il s'agit d'une hypothèse extrême qui sera retenue seulement à titre de référence pour délimiter le niveau de la population maximal à ne pas dépasser ;

- *l'hypothèse 2 : est basée sur une tendance à la baisse de la fécondité. Elle est justifiée par les observations statistiques qui font ressortir que le taux brut de natalité est passé de 45 pour mille en 1965/1966, à 35,3 pour mille en 1976, et le taux global de fécondité de 203 pour mille en 1965/1966 à 155,1 pour mille en 1976. En reprenant l'objectif qui avait été fixé lors de la préparation du 4^{ème} Plan, cette baisse devrait réduire, à la fin du siècle, les taux de fécondité au niveau de ceux observés en Italie en 1967. C'est cette hypothèse qui a été retenue pour les projections de la population.*

Pour atteindre progressivement le niveau prévu, on admet que les taux de fécondité par âge accuseraient une baisse relative annuelle moyenne constante au cours de la période considérée. Le taux brut de reproduction passerait en conséquence de 2,78 en 1976 à 2,29 en 1981, puis à 1,90 en 1986 pour atteindre en définitive en l'an 2001 le niveau de 1,15.

...

Pour établir les projections de population au cours du 5^{ème} Plan, on a tenu compte seulement de l'hypothèse de fécondité en baisse. C'est cette hypothèse que semble traduire correctement l'évolution de la fécondité au moins à moyen terme.

...

Il ressort de ces projections que :

...

- *le taux brut de natalité accuserait dans l'avenir une tendance à la baisse de 35,3 pour mille en 1976, il serait de 32,3 pour mille à la fin du Plan et de 29,9 pour mille en 1986. Le nombre annuel de naissances serait de l'ordre de 205.000 au cours du Plan et de l'ordre de 207.000 entre 1981 et 1986 ;*
- *le taux de fécondité évalué à 155,1 pour mille en 1976 baisserait au cours des cinq années du Plan pour atteindre 135,3 pour mille en 1981 et 120 pour mille en 1986.*

Les naissances qui devront être évitées au cours de la décennie 1977-1986 pour atteindre les objectifs fixés seraient de 462.500, soit une moyenne annuelle de 46.000 environ. Cet objectif suppose des mesures permettant d'éviter 40.000 naissances au minimum en 1981 et 90.000 en 1986.

La réalisation de cet objectif de réduction des naissances est plausible, compte tenu des résultats enregistrés au cours des dernières années en matière de planning familial. En effet, le taux global de fécondité (15-49 ans) est passé de 203 pour mille en 1965-1966 à 155,1 pour mille en 1976, enregistrant ainsi une baisse annuelle moyenne de 5,1 naissances pour 1.000 femmes en âge de procréer. Le taux brut de natalité est passé de 45 pour mille en 1965-1966, à 35,3 pour mille en 1976. Ces baisses respectives dues pour la plus grande part à l'amélioration du niveau d'instruction de la population, principalement à la population jeune et au développement, surtout à partir de 1974, de l'action directe de l'Office de Planning Familial et de la Population, ont été aidées par la structure par âge de la population en âge de procréer qui s'est caractérisée jusqu'au début des années 1970, par un creux au niveau de la tranche d'âge 25-29 ans qui correspond, pour les femmes, à l'âge de fécondité maximale. L'Office du Planning Familial a rapidement développé son action au cours du 4^{ème} Plan, grâce notamment à la libéralisation de l'avortement en septembre 1973 et au renforcement de l'infrastructure d'accueil, du personnel médical et para-médical et des actions d'information et d'éducation.

Au cours du 5^{ème} Plan, l'évolution de la structure de la population féminine par âge tendra à contrecarrer la baisse souhaitée de la fécondité à cause de l'arrivée en âge de forte fécondité de générations plus nombreuses et des modifications prévisibles dans la structure par âge de la population féminine. La population féminine de la tranche d'âge 25-29 ans, qui correspond à l'âge de fécondité maximale, représentera en effet 16,5% de la population

féminine en âge de procréer (15-49 ans) en 1981 et 17,6% en 1986 contre 14% en 1976.

Les actions pouvant assurer la réalisation de l'objectif de limitation des naissances sont relatives à :

- *l'augmentation du taux de protection par le programme de planning familial. Ceci nécessitera d'une part une meilleure protection des femmes en milieu rural qui représente actuellement 12% seulement des nouvelles acceptrices alors que leur proportion dans la population féminine en âge de procréer atteint 53% et d'autre part une meilleure utilisation de l'infrastructure existante. Pour la population rurale, à côté du renforcement des centres fixes existants ou en cours de construction, l'expérience des cliniques mobiles et des équipes mobiles constitue un des moyens les plus efficaces de toucher, dans des délais relativement courts, une plus grande partie des populations dispersées ;*
- *l'amélioration du taux d'activité des différents centres de planning familial pour l'utilisation optimale de l'infrastructure existante, centres de P.M.I./P.F. et établissements hospitaliers, et par la dotation de ces unités en personnel médical et paramédical et en équipements adéquats ;*
- *enfin, l'amélioration du suivi et du contrôle des femmes recourant aux services du planning familial.*

Commentaire : ce cinquième plan est très riche en données sur la fécondité. On commence à disposer d'informations nombreuses sur le sujet après deux recensements de bonne qualité et une dizaine d'années d'expérience en planification familiale. Analyses structurelles, projections de population, renforcement significatif des activités de planning familial, sont autant d'éléments qui viennent conforter le point de vue des autorités : les variables démographiques sont très liées aux variables socio-économiques et il faut penser les unes en relation avec les autres pour obtenir des résultats

dans le domaine du développement. Des actions mieux ciblées, notamment en milieu rural par la création d'équipes mobiles, doivent permettre de combler les écarts importants entre les niveaux de fécondité ruraux et urbains.

6^{ème} Plan : 1982-1986

Les problèmes de la population sont étroitement liés aux problèmes du développement, la Tunisie l'a souligné dès le début de son expérience en matière de développement planifié. Dans un discours prononcé en mars 1962, le Président Bourguiba a attiré l'attention sur les problèmes engendrés par une croissance démographique désordonnée ; « Nous sommes talonnés, disait-il, par les générations montantes, par la démographie galopante. Si on n'y prend garde, dès maintenant, il y aura dans dix, vingt ans une disproportion trop marquée entre le revenu national et les bouches à nourrir ». En 1976 le Président revenait encore à la charge : « Autant nous devons œuvrer, disait-il, à l'augmentation de la production dans tous les domaines, autant nous devons nous attacher à réduire le taux de natalité. En effet, il faut que nous soyons conscients des problèmes insurmontables qui peuvent naître d'une croissance démographique désordonnée, qui risque de fausser tous les plans de développement que nous élaborons pour réaliser le décollage du pays. Aussi insistons-nous sans relâche sur la nécessité d'accorder à cette question toute l'attention qu'elle mérite... ».

La Tunisie a accumulé au cours des deux dernières décennies, une expérience relativement riche en ce domaine. Elle s'est dotée des instruments juridiques, des structures d'intervention et du personnel nécessaires à la maîtrise du croît démographique, dans le cadre d'une vision humaine, destinée à étendre les faveurs du bien-être et le progrès social au plus grand nombre. Les résultats enregistrés sont positifs ; la natalité a sensiblement baissé, mais du fait d'une baisse parallèle et très importante de la mortalité

suite à l'amélioration des conditions sanitaires, le taux de croissance naturel reste élevé. Il faudrait renforcer l'action dans ce domaine au cours du 6^{ème} Plan, et des deux prochaines décennies en général pour obtenir une baisse plus sensible de la natalité et du taux de croissance démographique. C'est là une action nécessaire si l'on veut que l'augmentation de la production et l'accélération de la croissance économique se traduisent par une amélioration réelle du niveau de vie de la population, et si l'on veut assurer la maîtrise d'une série de problèmes sociaux, au premier rang desquels figure le problème de l'emploi.

L'indicateur conjoncturel de la fécondité (nombre moyen d'enfants que met au monde une femme au cours de sa vie féconde), qui était de 5,2 en 1981 au niveau national, varie de manière importante d'une région à l'autre. Il atteint son maximum dans la région du Centre Ouest et du Sud, où il est de l'ordre de 7 pour l'ensemble des deux régions : il est en effet de 7,1 à Sidi Bouzid et Kbili, 7 à Kairouan, 6,7 à Kasserine et 6,6 à Médenine et Tataouine. Il atteint son niveau minimum à Tunis (4,2), Sfax et Bizerte (4,6) ainsi qu'à Nabeul (4,8). Les niveaux les plus élevés reflètent des taux de natalité supérieurs à 40 pour mille. Il est intéressant d'observer que c'est dans les régions à forte natalité que la pratique de la planification familiale reste la plus faible. En effet, l'enquête « population-emploi » de 1980 permet d'observer que 27% des femmes mariées en âge de procréer pratiquent une méthode de planification familiale, directement auprès des services de l'Office du Planning Familial et de la Population (18,8%) ou de façon spontanée (8,2%). Cette proportion de 27% varie de 35% en milieu urbain à 18% en milieu rural.

La même enquête montre que les taux de pratique varie sensiblement d'une région à une autre, et qu'il est le plus faible dans le Centre Ouest et le Sud du pays, où il ne dépasse pas 11,4% et 15,9% respectivement contre 27% au niveau national. On peut dire ainsi que le Centre Ouest (Sidi Bouzid, Kasserine et Kairouan), qui a le taux de fécondité le plus fort (196 pour mille)

contre 148 pour mille au niveau national en 1981 enregistre le taux de pratique le plus faible. Cette région qui est la moins urbanisée, et dont la population est la plus dispersée, reflète bien l'insuffisante pénétration des services du planning familial dans ces zones.

Le taux de pratique augmente également selon le niveau d'instruction de la femme : l'enquête population emploi de 1980 permet d'observer que ce taux varie de 24% dans le groupe des femmes sans instruction à 42% pour les femmes ayant atteint ou dépassé le second cycle du secondaire.

Ces taux, qui autorisent encore à parler « d'explosion démographique », sont de nature à retarder la maîtrise du chômage, de la misère, de l'ignorance et de la maladie, vers laquelle tendent nos différents plans de développement, malgré les mesures prises pour accélérer la croissance économique.

Malgré la non réalisation des prévisions démographiques de la deuxième décennie et du 5^{ème} Plan, le 6^{ème} Plan maintient les objectifs fixés en ce domaine par les précédents plans pour la prochaine décennie 1982-1991 et pour la fin du siècle. Leur réalisation suppose donc une accélération de la baisse des taux de fécondité et de natalité, pour rattraper le retard enregistré au cours des dernières années et requiert le renforcement de l'action de planification des naissances et de la mise en place d'une série de nouvelles mesures incitatives, peut-être mêmes dissuasives, pour orienter certains politiques nationales, notamment en matière de prestations familiales, en direction des objectifs démographiques.

...

Les développements qui vont suivre concernant le développement et l'équilibre régional mettront en relief la politique à suivre pour freiner l'exode rural et inverser la tendance de façon à aboutir à des résultats meilleurs que ceux ayant servi de base à la

projection. Les actions concernant le Nord Ouest seront décisives à ce point de vue.

Ce qu'il y a lieu de noter, c'est que le maintien des différents indicateurs démographiques à leurs niveaux actuels aboutirait, à la fin du siècle, à une population totale de quelque 12 millions d'habitants. D'autre part, une poursuite des tendances actuelles en matière de baisse de la fécondité, bien qu'aboutissant à des résultats plus favorables que ceux résultant du maintien du niveau actuel de la fécondité, maintiendrait ces taux de fécondité, de natalité et de croissance naturelle à des niveaux supérieurs à ceux retenus dans la projection du Plan.

L'indicateur conjoncturel de fécondité se situerait à 3,9 en l'an 2001 et 4,8 à la fin du 6^{ème} Plan, contre 2,4 et 4,5 respectivement dans l'hypothèse retenue par le Plan. Ceci permet de mesurer l'ampleur de l'effort à faire pour imprimer à la baisse des taux de fécondité et de natalité l'accélération qu'exige la réalisation des objectifs de croissance démographique au cours du 6^{ème} Plan et l'ensemble de la période.

Les objectifs démographiques ne pourront pas être atteints sans un renforcement appréciable des moyens d'action déjà mis en place pour réduire la natalité, et l'identification de nouvelles mesures incitant à la pratique de la planification des naissances. Il faudrait porter le taux de pratique de 27% en 1980 à 40% en 1986 pour aller dans le sens des projections ; il faudrait notamment doubler le taux de protection en milieu rural.

Dans le cadre du renforcement de l'action des services de planning familial, le 6^{ème} Plan devra permettre d'assurer :

- *une exploitation optimale de l'infrastructure en place, qui s'est enrichie au cours des dernières années de 35 centres de P.M.I./P.F. et de quatre maternités urbaines. Malgré les actions de formation et de recyclage entreprises, le manque de personnel se fait encore sentir avec acuité. En 1980, six*

gouvernorats ne disposaient pas de médecins gynécologues. La situation requiert un développement sensible de l'effort de formation des gynécologues, des sages femmes et du personnel obstétrical. Entre-temps, le recyclage des sages femmes pour l'accomplissement de certains actes réservés traditionnellement aux médecins, et qui a déjà commencé dans les services de l'Office du Planning Familial, sera renforcé ;

- une meilleure pénétration des services et des prestations du planning familial dans les zones rurales : sur 100 femmes pratiquant la planification des naissances auprès des services spontanément, 32 se trouvent en milieu rural, et sur 100 femmes touchées par les services du planning familial, le tiers sont en milieu rural. La construction des nouveaux centres de santé de base et l'augmentation prévue du nombre des cliniques mobiles devraient permettre d'améliorer ces taux, mais il faudrait que l'option nouvelle pour une médecine intégrée se traduise rapidement par une implication de l'ensemble des structures de la Santé dans la réalisation du problème démographique.

Ces actions d'ordre médical devront être renforcées par un ensemble de mesures incitant à la planification des naissances. La réflexion concerne en particulier trois domaines :

- la fiscalité des ménages, par le réexamen des taux d'imposition des célibataires et des ménages sans enfants, ainsi que des ménages à deux et trois enfants, y compris les déductions pour charges de famille ;
- la politique des prestations familiales où il est envisagé de limiter à trois le nombre des enfants ouvrant droit aux allocations sans changer le montant attribué actuellement mais en augmentant la dégressivité. Il pourra également être institué un système d'encouragement à l'espacement des naissances ;
- la législation du travail, où il est proposé de maintenir inchangée la durée de congé de maternité quel que soit le nombre d'enfants, mais de limiter à trois le nombre des congés

payés. L'identification de nouvelles mesures incitant à la planification des naissances doit déboucher rapidement sur des actions concrètes afin d'accélérer dès les premières années du 6^{ème} Plan, la baisse du taux de natalité et du taux de croissance démographique.

La réalisation des prévisions démographiques, en permettant d'ajuster la croissance de la population au niveau de la croissance économique, améliorera sensiblement les perspectives du développement du pays.

Commentaire : les objectifs démographiques fixés par le plan précédent n'ont pas été atteints. C'est pourquoi des mesures énergiques, incitatives ou dissuasives, de politique sociale en rapport avec la fécondité sont préconisées. Elles sont légitimées dans ce sixième plan par un discours d'inspiration malthusienne selon lequel la croissance démographique serait un frein à la croissance économique et plus généralement au développement harmonieux du pays. Les investissements démographiques, au sens de Sauvy, seraient trop lourds pour permettre un véritable décollage économique. Au-delà de ces mesures législatives concernant les allocations familiales, la fiscalité et le droit du travail, les autorités mettent l'accent sur deux nouvelles orientations. La première est la régionalisation de l'approche de la réduction de la fécondité, eu égard à la persistance de régions « réfractaires » au planning familial. La seconde mesure concerne une médicalisation de l'approche de la fécondité et une politique intégrée touche désormais ce qu'il est convenu d'appeler la « santé de la reproduction ».

7^{ème} Plan : 1987-1991

La maîtrise du croît démographique et la réduction des disparités régionales, conditions fondamentales pour un développement équilibré et pour tendre vers le bien-être de tous les citoyens, ont

depuis longtemps été au centre des préoccupations du pays. Des efforts considérables ont été déployés tant au niveau des politiques sectorielles que sur les plans juridique et institutionnel pour infléchir le niveau global de la fécondité. Les actions entreprises dans le domaine de l'éducation, de la santé, de la couverture sociale, du développement régional et de la planification familiale ont toutes concouru directement ou indirectement à la baisse effective de la natalité.

Il n'en demeure pas moins, cependant, que le taux de croissance naturelle de la population est resté élevé : il a atteint en moyenne 2,5% par an au cours du 6^{ème} Plan, alors qu'il ne dépasse pas 1% dans les pays développés ; le maintien du rythme actuel d'évolution démographique conduirait à un doublement de la population tunisienne totale en moins de 25 ans et aurait des implications considérables sur l'évolution du revenu par tête d'habitant et sur le niveau des ressources budgétaires requises pour la satisfaction des besoins croissants de la population dans les domaines de l'alimentation, des équipements collectifs, de l'habitat et des services. Il sera par conséquent indispensable de redoubler d'efforts en vue de contenir de manière plus énergique la poussée démographique et d'établir un équilibre plus harmonieux dans la répartition territoriale de la population afin de parvenir à une amélioration réelle du niveau de vie de la population et de la situation de l'emploi.

...

La baisse du taux de natalité durant le 6^{ème} Plan est également reflétée au niveau des autres indicateurs de fécondité.

	1966	1980	1986
Taux global de fécondité	214 ‰	151 ‰	137,8 ‰
Taux de reproduction	3,35	2,6	2,2
Indice conjoncturel de fécondité	6,8	5,3	4,5

Ces résultats ont pu être obtenus grâce à l'intervention de facteurs multiples dont l'amélioration du niveau économique et social de la population en général, le relèvement du niveau éducatif et culturel de tous les citoyens et des femmes en particulier, l'accès de plus en plus grand de ces dernières au marché de l'emploi. Mais, parmi ces facteurs, la politique poursuivie sans relâche depuis plus de vingt ans, en matière de planification familiale, a été aussi déterminante. Les progrès dans ce domaine ont eu un effet indéniable dans l'amélioration du taux de pratique du planning familial qui atteint en 1983 27% pour le seul secteur public contre 18% en 1978.

L'analyse des taux de pratique par région montre l'amélioration générale de ces taux dans toutes les régions du pays, même parmi les moins développées. L'augmentation de l'utilisation de la contraception est fortement corrélée à l'éducation et à l'urbanisation ; mais ces deux variables agissent en étroite relation avec le degré de développement socio-économique. Cette relation se trouve largement vérifiée par les écarts encore importants dans les taux de pratique entre les régions : en 1984 l'écart est de 40 points entre la région la mieux couverte, Tunis (57,4%) et la région où le taux d'utilisation est le plus faible, le Centre- Ouest (17%). Les deux régions du Centre-Ouest et du Sud se situent très en deçà des moyennes relevées dans les autres régions du pays.

D'une manière générale, l'accès difficile des zones rurales et la dispersion de l'habitat demeurent les principaux obstacles à une intervention efficace et durable des services de planification familiale. Il faut ajouter à cela que la mobilisation insuffisante de structures et des capacités en place, n'a pas permis l'intégration satisfaisante de la planification familiale et en conséquence la couverture de toute la population concernée.

...

Le maintien de la fécondité à son niveau actuel ne permettrait pas d'ajuster la croissance démographique à la croissance économique et de diminuer à long terme l'acuité du problème de l'emploi ;

il importe donc de mettre tout en œuvre afin de tendre vers la réalisation de l'hypothèse H2 de façon à se rapprocher à l'horizon 2021 du taux de croissance de 1,1% au lieu de 2% retenu dans la première hypothèse. Comme il apparaît dans le chapitre relatif à la politique économique et sociale, la réalisation de cet objectif suppose qu'une nouvelle impulsion soit donnée à la politique de population.

Commentaire : les grandes réformes économiques de la fin des années 1980 semblent avoir de nouveau donné la primauté à ce domaine. Dans le texte du septième plan, il apparaît clairement que la dynamique de la population doit se plier aux exigences des nouvelles contraintes économiques sous peine de ralentir le développement. Parallèlement, il est affirmé à plusieurs reprises, et au-delà de l'impact certain du planning familial, que la baisse de la fécondité passe par des étapes de modernisation, d'urbanisation ou d'éducation des citoyens. Derrière ces lignes, on peut lire la célèbre expression : « la meilleure pilule c'est le développement » ! D'ailleurs, tout en réaffirmant l'engagement de l'État en ce sens, le terme « politique de population » vient remplacer celui de « planning familial ».

8^{ème} Plan : 1992-1996

... Ces mutations s'accompagnent d'une accélération des évolutions économiques et sociales qui confirme les défis majeurs ayant caractérisé les plans de développement précédents durant les deux dernières décennies dans des domaines sensibles tels que l'emploi, l'énergie et l'endettement. Cette accélération fait apparaître également des préoccupations nouvelles en matière de préservation de ressources naturelles et d'environnement, de développement urbain et d'aménagement du territoire ; autant de questions qui méritent une attention particulière, bien qu'elles soient d'apparition récente, en raison de leur impact sur la

poursuite de l'œuvre de développement. Ces mutations concernent, d'abord l'évolution démographique qui connaît des transformations quantitatives et qualitatives profondes prises en compte par le plan dans les divers domaines et secteurs.

...

La baisse continue de la fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance confirment les caractéristiques de la transition démographique que vit la Tunisie depuis trente ans.

...

Ces données montrent à l'évidence l'importance des transformations démographiques actuelles et de l'évolution récente des caractéristiques démographiques. La population des jeunes âgés de 15 à 29 ans de par son poids et ses aspirations est au cœur de ces transformations ; celle-ci compte en effet actuellement 2,2 millions soit plus du quart de la population totale contre 1 million environ et 20% en 1966. Cette progression devra se poursuivre, le volume de ces jeunes atteindra en l'an 2000, trois millions soit 30% de l'ensemble de la population et autant cette évolution engendre un accroissement des besoins de toutes sortes en relation avec les aspirations nouvelles à la démocratie et à la participation, autant elle constitue une potentialité et un facteur de dynamisme.

Ces évolutions ont été prises en compte, par le 8^{ème} Plan, dans le cadre de l'élaboration des projections en matière d'éducation, d'enseignement et de culture, de formation, d'emploi et de santé et d'équipements collectifs d'une façon générale. La mobilisation de ces importantes capacités de production, de création et d'innovation n'est cependant pas uniquement affaire de l'Etat ; la famille, l'école et l'environnement de façon générale doivent assumer un plus grand rôle en vue d'assurer la formation des jeunes responsables ouverts et conscients du rôle qu'ils devront assumer. En dépit des progrès réalisés en matière de maîtrise

démographique, la pression de la demande d'emploi devra se poursuivre au cours de la prochaine décennie et du 8^{ème} Plan dans la mesure où la réduction de la fécondité et de la croissance démographique n'aura un impact sensible qu'à compter de l'an 2000 et que le niveau de chômage demeure élevé puisqu'il concerne, selon l'enquête emploi de 1989, environ 317.000 personnes soit 15,3% de la population active.

...

La répartition géographique a connu également deux mutations importantes ; la première se rapporte à l'augmentation de la population sur le littoral passant de 61% en 1966 à 65% en 1989. La deuxième concerne l'accroissement de la population en milieu urbain qui a évolué de 40% de l'ensemble de la population en 1966 à près de 59% en 1989. Ces évolutions sont cependant accompagnées par des signes positifs consistant d'une part dans l'apparition de grandes agglomérations régionales et de villes moyennes dans plusieurs régions intérieures ce qui explique la croissance modérée du district de Tunis (3,1%) et la diminution du mouvement de migration interne durant les cinq dernières années.

Ces évolutions concernent d'autre part l'apparition d'un axe médian avoisinant les régions côtières et qui connaît un dynamisme économique récent. Ces phénomènes seront désormais pris en compte dans l'élaboration des plans d'aménagement du territoire dans le cadre d'une vision à moyen et long termes en vue de préserver les terres agricoles et l'environnement et de garantir une meilleure exploitation de l'infrastructure et des équipements aussi bien au niveau urbain qu'au niveau rural. Par ailleurs, les mutations démographiques et urbaines sont de nature à engendrer un accroissement des besoins en matière de services collectifs, notamment dans les domaines de l'éducation, de la formation, de la culture, de la santé, de la protection sociale et de l'habitat.

La satisfaction de ces besoins nécessite la mobilisation de ressources financières importantes qui dépassent - au cas où les

orientations actuelles en matière de financement des services seraient poursuivies - les capacités financières du pays. A titre d'exemple, il s'agit de tripler à prix constant le montant des investissements de l'enseignement supérieur inscrits au cours du 7^{ème} Plan pour accueillir tous les nouveaux bacheliers durant le 8^{ème} Plan.

Sur un autre plan, l'augmentation du nombre des adultes et la diminution des naissances exigent d'accorder un intérêt accru aux secteurs de la santé et de la protection sociale en adaptant les prestations sanitaires avec les nouvelles pathologies médicales et en préservant les équilibres des caisses de sécurité sociale. Indépendamment de ces perspectives démographiques et sociales qui sont déterminantes à moyen et long termes, le pays doit affronter d'autres défis non moins importants se rapportant notamment à la mobilisation des ressources hydrauliques, à la conservation des eaux et des sols, aux perspectives énergétiques et à l'endettement.

Commentaire : la ligne directrice du plan précédent est accentuée ici. La population, dans ses composantes démographiques, est un facteur d'évolution et de dynamisme de l'aménagement du territoire, lui-même tributaire d'impératifs économiques dictés par une ouverture croissante sur l'international. Il faut voir qu'au début des années 1990, l'indice synthétique de fécondité est tombé aux alentours de 3 enfants par femme, et que certaines questions démographiques se posent maintenant davantage en termes de santé publique. En outre, de nouvelles préoccupations démographiques sont davantage ciblées, comme les courants migratoires ou les relations population-environnement. La politique de planning familial n'est pas abandonnée pour autant mais se concentre désormais encore plus vers des zones géographiques ou des catégories sociales bien précises.

9^{ème} Plan : 1997-2001

Le 9^{ème} Plan prend en considération l'évolution démographique sur les moyen et long termes d'autant que le dernier recensement général de la population fait état d'une maîtrise du croît démographique qui est passé sous la barre des 2% à partir de 1989 pour se situer, en 1996, aux environs de 1,6%.

Ces résultats ont pu être enregistrés, non seulement par le biais de la politique de planification familiale engagée depuis des décennies, mais surtout grâce à un changement du comportement procréateur des Tunisiens rendu possible, notamment, par l'amélioration générale du niveau de vie, le relèvement du degré d'instruction et d'éducation aussi bien des filles que des garçons, le recul de l'âge au mariage, le plus grand accès de la femme à l'emploi et l'urbanisation grandissante.

Les projections effectuées montrent que cette tendance à la baisse va se prolonger, le croît démographique sera de l'ordre de 1,3%, 1,1% et 0,9% respectivement au cours des périodes 2005-2010, 2015-2020 et 2025-2030 du fait, principalement de la diminution de la fécondité et de la natalité.

Sur cette base, la population tunisienne atteindra 9,8 millions d'habitants en l'an 2001 et près de 12,5 millions en 2020. La structure par âge connaîtra, pour sa part, un prolongement des tendances constatées en 1994 avec une augmentation de la proportion de la population âgée de plus de 15 ans et une réduction d'autant du poids de la tranche d'âge inférieure à 15 ans.

Il importe, toutefois, de souligner que, si la catégorie des personnes âgées de plus de 60 ans verra sa part croître pour passer de 8,3% actuellement à 8,6%, 9,7% et 15% respectivement en 2005, 2015 et 2030, la classe d'âge 15-59 ans, qui constitue l'assiette de la population active, connaîtra une évolution plus nuancée ; sa part culminant à 65% du total de la population en

2015 contre 56,9% actuellement, pour diminuer par la suite et ne représenter que 62,9% en l'an 2030.

Au niveau de la répartition géographique, les projections font apparaître que l'accroissement de la population urbaine va se poursuivre au cours des prochaines années et que la migration, malgré son ralentissement, continuera à s'opérer principalement de l'Ouest vers l'Est du pays, du Nord-Ouest et du Centre-Ouest vers le district de Tunis et le Centre-Est ; le Sud connaissant globalement une certaine stabilisation.

Trois caractéristiques majeures se dégagent de cette évolution démographique : la première se rapporte à la concentration de la demande sociale adressée au système éducatif dans les années à venir essentiellement au niveau des ordres d'enseignement secondaire et supérieur. La seconde intéresse le début du vieillissement de la population et ce qu'il implique en termes de consolidation du filet de protection sociale et de structures sanitaires spécifiques. La dernière à trait à l'accroissement de la demande additionnelle d'emplois, évaluée pour le prochain quinquennat à quelque 70.000 par an, nécessitant ainsi la création d'autant de postes d'emplois ; le desserrement des tensions sur le marché de l'emploi n'intervenant qu'à l'horizon de l'année 2005.

...

Les efforts qui seront déployés au cours du 9^{ème} Plan s'articuleront autour de la poursuite du renforcement de la couverture sanitaire nécessaire notamment au niveau des régions de l'intérieur et de celles à caractère rural afin d'améliorer les compétences acquises dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les causes de la mortalité infantile et maternelle.

A cet égard, il est attendu que les indicateurs sanitaires évolueront au cours du 9^{ème} Plan comme suit :

- réduire le taux de la mortalité maternelle à moins de 50 pour 100.000 naissances au niveau de tous les gouvernorats ;

- *atteindre une proportion des 2/3 des accouchements dans un milieu assisté en 2001 pour les régions de l'intérieur et celles à caractère rural et une moyenne nationale de 90% ;*
- *assurer au moins une visite médicale à 90% des femmes enceintes pour tous les gouvernorats en 2001 ;*
- *réduire le taux de mortalité infantile pour atteindre 25 pour mille en l'an 2001 et assurer un taux de vaccination de 92% pour les 7 vaccins nécessaires en faveur des enfants dont l'âge ne dépasse pas deux ans ;*
- *améliorer le taux des femmes utilisant des moyens modernes de contraception pour atteindre un taux de couverture national de 63,3% et un taux minimum de 50% pour les régions du Nord-Ouest et du Sud ;*

Commentaire : les deux composantes des plans précédents en termes de développement économique et de santé de la reproduction s'affirment. La médicalisation de la grossesse et du suivi post-natal prennent une place grandissante. Les actions de planning familial *stricto sensu* sont dorénavant spécifiques à quelques régions où la fécondité reste relativement élevée. En fait, les préoccupations concernant la forte croissance démographique ne sont plus à l'ordre du jour. L'afflux des classes d'âges jeunes dans le système scolaire, puis leur insertion dans le monde du travail constituent des problématiques nouvelles, de même que le traitement particulier des personnes âgées. Dans le domaine de la population, il y a eu un transfert dans le discours officiel du quantitatif vers le qualitatif. Le terme de « ressources humaines » est volontiers substitué à celui de « population », l'accent est mis sur les compétences, les qualifications et la formation.

ANNEXE 2

CARTE ADMINISTRATIVE DE LA TUNISIE EN 1994



ANNEXE 3

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES POUR LES 23 GOUVERNORATS

Indicateur	Source
Effectif de la population en 1994	INS, RGPH 1994, Premiers résultats
Nombre de ménages en 1994	INS, RGPH 1994, Premiers résultats
Taux de croissance annuel moyen 1984-1994 (%)	INS, RGPH 1994, Premiers résultats
Âge médian en 1994 (ans)	INS, RGPH 1994, Premières caractéristiques démographiques
Indice Synthétique de Fécondité en 1994 (enfants par femme)	Annuaire statistique de l'INS, vol.37, 1994
Indice Synthétique de Fécondité en 1984 (enfants par femme)	INS, Projections de la population 1995-2015, vol.3, 1996
Taux brut de natalité en 1994 (pour mille)	Annuaire statistique de l'INS, vol.37, 1994
Part des naissances du gouvernorat dans les naissances du pays en 1995 (%)	INS, Projections de la population 1995-2015, vol.3, 1996
Taux de mortalité infantile en 1995 (pour mille)	INS, Projections de la population 1995-2015, vol.3, 1996
Espérance de vie à la naissance en 1995 (ans)	INS, Projections de la population 1995-2015, vol.3, 1996
Part des naissances à domicile en 1994 (%)	Annuaire statistique de l'INS, vol.37, 1994
Nombre de centres de santé de base en 1994	Annuaire statistique de l'INS, vol.37, 1994
Nombre de lits d'hôpitaux pour mille habitants en 1994	Annuaire statistique de l'INS, vol.37, 1994

Tunisie

Indicateur	Tunisie
Effectif de la population 94	8 785 364
Nombre de ménages 94	1 704 185
Taux de croissance annuel 84-94	2,3
Âge médian 94	22,4
ISF 94	2,90
ISF 84	4,64
Taux brut de natalité 94	22,7
Naissances gouvernorat / pays 95	-
Taux de mortalité infantile 95	30,6
Espérance de vie à la naissance 95	71,4
Part des naissances à domicile 94	22,7
Nombre de centres de santé de base 94	1 730
Lits d'hôpitaux / 1 000 habitants 94	1,77

District de Tunis

Indicateur	Tunis	Arlana	Ben Arous
Effectif de la population 94	887 803	569 294	371 745
Nombre de ménages 94	195 557	110 622	76 947
Taux de croissance annuel 84-94	1,3	4,2	4,2
Âge médian 94	26,5	23,5	24,8
ISF 94	2,29	2,70	2,54
ISF 84	3,49	4,09	3,80
Taux brut de natalité 94	20,5	22,7	22,6
Naissances gouvernorat / pays 95	9,1	6,6	4,3
Taux de mortalité infantile 95	20,3	23	21,4
Espérance de vie à la naissance 95	73,1	72,6	72,9
Part des naissances à domicile 94	2	26	14
Nombre de centres de santé de base 94	47	48	36
Lits d'hôpitaux / 1 000 habitants 94	4,11	2,12	0,05

Région du Nord-Est

Indicateur	Blzerte	Zaghouan	Nabeul
Effectif de la population 94	483 086	143 036	578 618
Nombre de ménages 94	97 101	26 888	118 041
Taux de croissance annuel 84-94	2,0	1,8	2,3
Âge médian 94	23,3	21,5	23,4
ISF 94	2,58	2,87	2,59
ISF 84	4,03	5,77	4,42
Taux brut de natalité 94	20,7	22,4	21
Naissances gouvernorat / pays 95	5,0	1,6	6,1
Taux de mortalité infantile 95	27,6	35	27,3
Espérance de vie à la naissance 95	71,8	70,6	71,9
Part des naissances à domicile 94	13	28	16
Nombre de centres de santé de base 94	83	42	104
Lits d'hôpitaux / 1 000 habitants 94	1,65	0,51	1,23

Région du Nord-Ouest

Indicateur	Jendouba	Béja	Le Kef	Sillana
Effectif de la population 94	404 783	303 853	272 352	244 910
Nombre de ménages 94	78 722	59 973	54 021	44 196
Taux de croissance annuel 84-94	1,2	1,0	1,0	1,0
Âge médian 94	22,3	23,8	23,4	21,1
ISF 94	2,72	2,26	2,56	2,82
ISF 84	4,55	4,00	4,26	4,63
Taux brut de natalité 94	21,2	18,4	20,1	20,9
Naissances gouvernorat / pays 95	4,3	2,8	2,7	2,5
Taux de mortalité infantile 95	32,7	33,9	35,3	44,3
Espérance de vie à la naissance 95	71,0	70,8	70,5	69,9
Part des naissances à domicile 94	18	7	19	39
Nombre de centres de santé de base 94	94	79	79	75
Lits d'hôpitaux / 1 000 habitants 94	1,27	1,60	1,73	1,08

Région du Centre-Est

Indicateur	Sousse	Monastir	Mahdia	Sfax
Effectif de la population 94	433 709	363 901	335 744	733 687
Nombre de ménages 94	88 845	72 564	62 918	150 436
Taux de croissance annuel 84-94	3,0	2,7	2,2	2,4
Âge médian 94	22,8	22,3	20,7	23,4
ISF 94	2,98	3,01	3,09	2,67
ISF 84	4,46	3,93	5,44	4,05
Taux brut de natalité 94	24,0	23,7	23,3	21,7
Naissances gouvernorat / pays 95	5,3	4,3	3,9	8,0
Taux de mortalité infantile 95	22,8	23,9	34,7	25,0
Espérance de vie à la naissance 95	72,7	72,5	70,6	72,3
Part des naissances à domicile 94	9	16	12	8
Nombre de centres de santé de base 94	76	96	97	120
Lits d'hôpitaux / 1 000 habitants 94	2,87	2,37	1,39	1,85

Région du Centre-Ouest

Indicateur	Kalrouan	Kasserine	Sidi Bou Zid
Effectif de la population 94	532 709	386 908	377 143
Nombre de ménages 94	92 973	68 498	64 101
Taux de croissance annuel 84-94	2,3	2,6	2,7
Âge médian 94	20,1	18,8	19,3
ISF 94	3,51	4,3	3,85
ISF 84	5,69	6,61	6,29
Taux brut de natalité 94	25,0	28,7	25,9
Naissances gouvernorat / pays 95	6,6	5,6	4,9
Taux de mortalité infantile 95	38	40,6	34,2
Espérance de vie à la naissance 95	70,6	70,3	70,7
Part des naissances à domicile 94	41	52	49
Nombre de centres de santé de base 94	88	97	82
Lits d'hôpitaux / 1 000 habitants 94	1,09	0,86	0,76

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Région du Sud-Est

Indicateur	Gabes	Médenine	Tataouine
Effectif de la population 94	311 713	386 185	135 703
Nombre de ménages 94	56 431	70 433	22 672
Taux de croissance annuel 84-94	2,6	2,7	3,0
Âge médian 94	21,2	20,3	18,4
ISF 94	3,27	3,3	4,1
ISF 84	5,73	5,52	6,57
Taux brut de natalité 94	24,1	23,6	26,9
Naissances gouvernorat / pays 95	3,7	4,6	1,8
Taux de mortalité infantile 95	34,1	36,2	37,2
Espérance de vie à la naissance 95	70,8	70,4	70,2
Part des naissances à domicile 94	13	28	34
Nombre de centres de santé de base 94	79	94	53
Lits d'hôpitaux / 1 000 habitants 94	1,66	1,65	1,19

Région du Sud-Ouest

Indicateur	Gafsa	Tozeur	Kebili
Effectif de la population 94	307 513	89 055	131 914
Nombre de ménages 94	54 330	16 590	21 316
Taux de croissance annuel 84-94	2,7	2,7	3,3
Âge médian 94	20,1	21,9	19,4
ISF 94	3,33	2,91	3,69
ISF 84	6,17	5,28	6,88
Taux brut de natalité 94	24,2	22,3	24,0
Naissances gouvernorat / pays 95	3,7	1,0	1,6
Taux de mortalité infantile 95	38,4	35,1	42,0
Espérance de vie à la naissance 95	70,5	70,6	70,2
Part des naissances à domicile 94	26	17	33
Nombre de centres de santé de base 94	80	30	51
Lits d'hôpitaux / 1 000 habitants 94	1,88	2,32	1,14

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1. ÉVOLUTION DE LA POPULATION	7
1860-1880 : PREMIÈRES ESTIMATIONS	8
<i>Une forte natalité.....</i>	9
<i>Une forte mortalité</i>	10
<i>Une forte mobilité : nomadisme et migration</i>	11
<i>Une forte proportion d'habitants en milieu rural</i>	12
1880-1956 : VERS LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE	13
<i>La baisse de la mortalité</i>	14
<i>Une natalité encore élevée.....</i>	19
<i>Population étrangère et non musulmane</i>	19
<i>Les transformations de la société pendant la colonisation.....</i>	23
1956-2000 : L'ACHÈVEMENT DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE.....	28
<i>Niveau national</i>	28
<i>Niveau régional</i>	33
CHAPITRE 2. LA BAISSSE DE LA FECONDITÉ	41
LA BAISSSE DE LA FÉCONDITÉ AU COURS DE LA PÉRIODE 1966-1994	42
ÉVOLUTION DE LA NUPTIALITÉ.....	48
<i>Du mariage traditionnel au Code du Statut Personnel</i>	49
<i>Un âge d'entrée en union de plus en plus tardif</i>	53
<i>Le célibat définitif.....</i>	60
<i>Stabilité des unions.....</i>	61
ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE	62
<i>Évolution générale.....</i>	62
<i>Caractéristiques structurelles de la prévalence.....</i>	64
<i>Le choix des méthodes</i>	67

L'AVORTEMENT.....	75
<i>La place de l'avortement dans le programme de planification familiale</i>	75
<i>Le contexte social de la légalisation de l'avortement</i>	76
<i>Impacts et conséquences de la légalisation de l'avortement</i>	78
<i>Caractéristiques des femmes ayant recours à l'avortement</i>	79
LES VARIABLES INTERMÉDIAIRES DE LA FÉCONDITÉ	80
CHAPITRE 3. FÉCONDITÉ ET MODERNISATION	85
LE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE DE LA TUNISIE	86
LA FÉCONDITÉ TUNISIENNE DANS UN CONTEXTE DE MODERNISATION	87
APPROCHE INSTITUTIONNELLE DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ	90
<i>Statut de la femme et famille</i>	91
<i>L'État et les institutions publiques</i>	96
<i>La sphère économique</i>	100
CHAPITRE 4. LA POLITIQUE DE POPULATION	107
LE CONTEXTE SOCIAL ET POLITIQUE	108
<i>L'arsenal juridique de l'État indépendant</i>	108
<i>La portée de la politique de population</i>	111
DÉROULEMENT DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE	117
<i>Le programme expérimental : 1964-1965</i>	117
<i>Le programme national : 1966-1972</i>	118
<i>Le renforcement du programme : 1973-1983</i>	121
<i>La santé maternelle et infantile : 1984-1991</i>	126
<i>Les orientations de l'ONFP après 1991</i>	133
UNE POLITIQUE RÉUSSIE DE PLANIFICATION FAMILIALE ?	141
CHAPITRE 5. LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ AU NIVEAU RÉGIONAL	147
DES TRANSITIONS DIFFÉRENTES SELON LES RÉGIONS	147
<i>Fécondité et développement socio-économique</i>	151
LA TRANSITION DANS LE NORD-OUEST : UN MALTHUSIANISME DE PAUVRETÉ ?	156
<i>Un faible niveau de fécondité</i>	157
<i>Un faible développement économique</i>	162
<i>Évolution des structures familiales</i>	166
<i>Le planning familial</i>	171

CONCLUSION.....	181
BIBLIOGRAPHIE.....	189
ANNEXE 1. LA POPULATION DANS LES PLANS DE DÉVELOPPEMENT : EXTRAITS COMMENTÉS.....	215
ANNEXE 2. CARTE ADMINISTRATIVE DE LA TUNISIE EN 1994.....	245
ANNEXE 3. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES	247

La transition de la fécondité en Tunisie

Cas unique parmi les pays arabo-musulmans, la Tunisie a mis en place très tôt une politique de planification familiale. La baisse de la fécondité survenue dès le milieu des années 1960 la classe aujourd'hui au niveau des pays européens. Cet ouvrage présente le cheminement de la fécondité durant quarante ans, en analysant le rôle du recul de l'âge au mariage et de la contraception dans cette transition démographique, mais aussi en montrant les changements dans les stratégies reproductives. Ceux-ci s'expliquent par l'ouverture à l'économie de marché, la disparition de l'hégémonie du secteur agricole, l'évolution du statut de la femme, le moindre rôle de la famille élargie, la politique de population de l'État ainsi que les réformes sociales et juridiques. En d'autres termes, l'évolution de la fécondité est avant tout une affaire de société.



Frédéric SANDRON, *démographe, docteur en sciences économiques de l'IEP de Paris, est Chargé de Recherche à l'IRD et membre du Laboratoire Population-Environnement. Ses travaux portent sur les relations entre les dynamiques démographiques, économiques et écologiques dans les pays du Sud.*



Bénédicte GASTINEAU, *démographe, est Chargée de Recherche à l'IRD et membre du Laboratoire Population-Environnement. Ses recherches menées avec le CERPOS (Université Paris-X) portent sur la transition de la fécondité dans le cadre des relations entre la population et le développement.*



9 782747 533829

ISBN : 2-7475-3382-4

22 €