



La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000

Synthèse des changements et bilan statistique

Dominique Tabutin, Bruno Schoumaker

DANS **POPULATION** 2005/5-6 Vol. 60 , PAGES 611 À 724
ÉDITIONS **INED ÉDITIONS**

ISSN 0032-4663

DOI 10.3917/popu.505.0611

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-population-2005-5-page-611?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Ined Éditions.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000

Synthèse des changements et bilan statistique

Dominique TABUTIN* et Bruno SCHOUMAKER*

Cette deuxième chronique publiée dans *Population* sur la démographie des régions du monde⁽¹⁾ est consacrée à la démographie d'une vaste région allant du Maroc à la Turquie et englobant l'Iran et l'Irak : au total 20 pays, environ 421 millions d'habitants en 2005, près de 12 millions de km², souvent à la une de l'actualité politique et économique⁽²⁾. Compte tenu des liens historiques et actuels entre ces pays, nous avons préféré ne pas cantonner notre étude au monde arabe (excluant alors Israël, l'Iran et la Turquie) ou au pourtour méditerranéen (excluant les sept pays de la péninsule Arabique, la Jordanie, l'Iran et l'Irak). Si l'islam est partout prédominant⁽³⁾, à l'exception bien sûr d'Israël, cette région est très hétérogène sur les plans économique et social : des pays parmi les plus riches du monde (grâce à la rente tirée du pétrole et du gaz) côtoient des pays parmi les plus pauvres (Yémen et Palestine). Elle l'est aussi sur le plan culturel, avec d'importantes minorités religieuses et ethniques (les Berbères en Afrique du Nord, les Nubiens en Égypte, les Kurdes, Arméniens et Turkmènes en Syrie, en Irak et en Turquie).

* Institut de démographie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

⁽¹⁾ Après celle des mêmes auteurs sur l'Afrique sub-saharienne dans *Population-F*, 2004, n° 3-4, p. 521-622. Celle de 2006 sera consacrée à l'Amérique latine et aux Caraïbes.

⁽²⁾ Nous ne pouvons entrer dans l'histoire politique, souvent complexe, des pays de cette région et des tensions et conflits récents. Pour d'amples détails, voir par exemple les ouvrages de Balencie et de La Grange (1996 et 2005).

⁽³⁾ Avec deux grandes branches : sunnite (largement majoritaire dans la région) et chiïte, et quelques autres moins importantes (zaydite, alaouite, druze, etc.). Les huit à neuf millions de chrétiens (13 rites différents au total) vivent essentiellement au Liban, en Égypte, en Syrie et en Jordanie. Les communautés juives d'autrefois ont quasiment disparu des pays arabes. Pour un rappel historique, se référer par exemple aux ouvrages de Boustani et Fargues (1990) ou de Courbage et Fargues (1992).

Pendant longtemps, ce monde arabe et musulman a connu une forte croissance démographique, due à une nuptialité dans l'ensemble précoce et intense et à une fécondité dans le mariage particulièrement élevée. Mais globalement, la transition de la fécondité a commencé dans la région il y a une vingtaine d'années : plus tardive qu'ailleurs, elle y a cependant été rapide dans l'ensemble⁽⁴⁾. Cela étant, comme dans les autres régions du monde, les changements se font à des rythmes divers selon les pays ou les sous-régions, en fonction des régimes politiques, des priorités en matière de politiques démographiques et sociales, des systèmes économiques et des nombreuses « crises » que cette région connaît depuis une cinquantaine d'années⁽⁵⁾. Dans un bon nombre de pays, l'insécurité et la pauvreté concernent toujours de larges couches de la population.

Cette chronique a un double objectif :

- présenter au lecteur (démographe ou non) les données les plus fiables, comparables et récentes sur l'évolution depuis 1950 et les caractéristiques actuelles de la population de chaque pays. Elles sont rassemblées dans l'annexe statistique en 15 grands tableaux correspondant à chaque thème abordé dans le texte ;
- en faire une large synthèse dégageant les grands éléments des changements. L'information y est fréquemment résumée sous forme de petits tableaux et de graphiques.

La carte présente la localisation géographique des 20 pays et leur regroupement en trois sous-régions : l'Afrique du Nord (5 pays), la péninsule Arabique (7 pays) et le Moyen-Orient (8 pays)⁽⁶⁾. C'est le regroupement qui est utilisé dans les annexes statistiques et dans le texte.

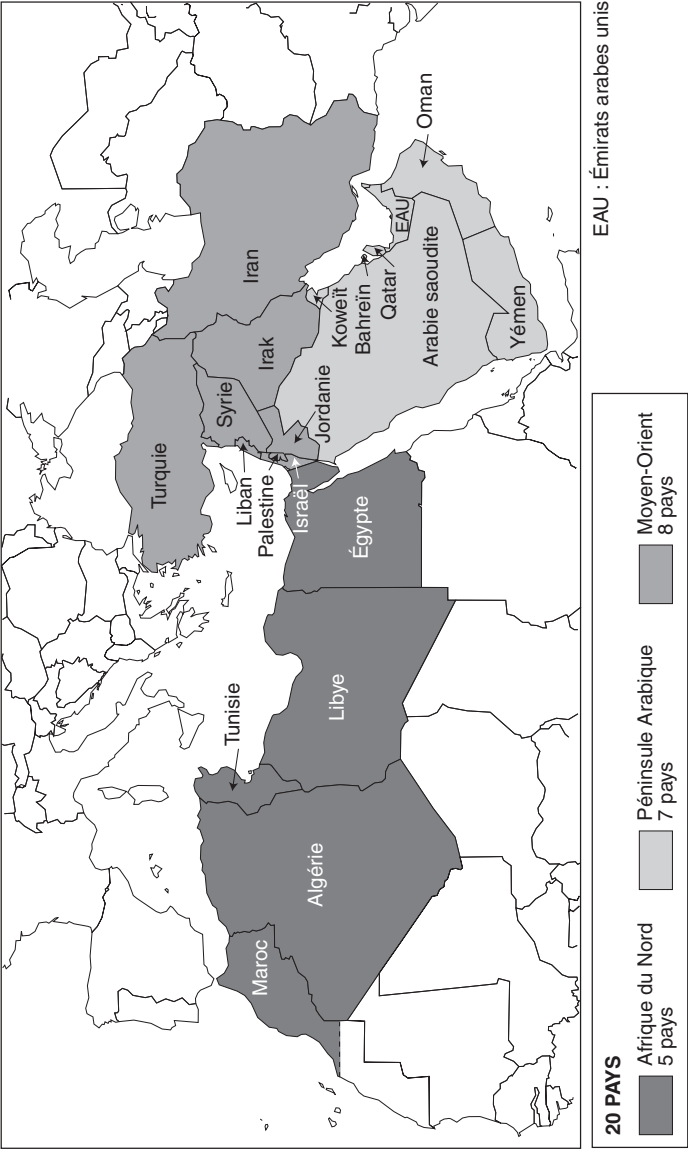
Après une brève présentation du contexte socio-économique de la région par rapport aux autres dans le monde et un aperçu sur les systèmes d'information et l'évolution de la population de l'Afrique du Nord depuis deux millénaires, nous aborderons successivement : la croissance des populations depuis 1950, les modèles de transition démographique, la nuptialité (âge au mariage, célibat, polygamie et ruptures d'union), la fécondité et son évolution, les variables intermédiaires de la fécondité (contraception, allaitement, etc.), la mortalité générale et la mortalité maternelle, la mortalité et la santé des enfants de 0 à 5 ans (conditions d'accouchement, vaccination, malnutrition), les structures par âge, l'urbanisation, les migrations

⁽⁴⁾ Ce qui n'exclut pas des à-coups ou des signes d'essoufflement sur lesquels nous revenons.

⁽⁵⁾ Entre autres et parmi les plus graves, le long conflit israélo-palestinien, des guerres civiles (le Liban de 1975 à 1990, l'Algérie dans les années 1990), des guerres entre pays (Israël-Égypte en 1973, Iran-Irak de 1980 à 1988, la guerre du Golfe de 1990-1991, la guerre d'Irak depuis 2003).

⁽⁶⁾ La définition du Moyen-Orient varie d'une source à l'autre. Nous en donnons une définition un peu élargie en y incluant la Turquie et l'Iran. La région MENA (Moyen-Orient et Afrique du Nord) de la Banque mondiale comprend 18 de nos 20 pays en excluant Israël et la Turquie. Quant à la Division de la population des Nations unies (2003), elle classe l'Iran en Asie centrale et du Sud et nos 15 pays de la péninsule Arabique et du Moyen-Orient en Asie de l'Ouest.

Carte. – Localisation des 20 pays de la région et des trois sous-régions



internationales et les populations déplacées, et enfin les inégalités entre hommes et femmes en matière d'accès à l'éducation.

La démarche adoptée dans le cadre de cet article est essentiellement *descriptive* : étude des niveaux et des tendances pour chacun des pays, ainsi que des inégalités (instruction et milieux d'habitat) dans quelques pays qui en sont à des stades différents de transition ou de développement. De temps à autre, on examinera les relations entre les indices démographiques des pays et leurs indicateurs de développement social, économique, humain et sanitaire, qui sont regroupés par pays dans les tableaux annexes A.14 et A.15. Il aurait été beaucoup trop ambitieux de vouloir faire plus dans le cadre de ce travail.

Nos sources privilégiées de données sont, d'une part, les banques de données des grands organismes des Nations unies (Division de la population, PNUD, OMS, Unesco, etc.), indispensables pour retracer les évolutions depuis 1950 et pour la fourniture d'indicateurs spécifiques et, d'autre part, les diverses enquêtes sur la fécondité et la santé effectuées dans ces pays depuis 15 ou 20 ans. Nous utiliserons également les travaux récents effectués sur la région, telle sous-région ou tel pays.

I. La région dans le monde : le contexte général en 2003

Globalement, l'ensemble de la région regroupant l'Afrique du Nord, la péninsule Arabique et le Moyen-Orient (20 pays) conserve une croissance *démographique* élevée, de près de 2 % par an, certes inférieure à celle de l'Afrique sub-saharienne (2,3 %) mais sensiblement supérieure à celle des autres régions en développement qui ont une croissance comprise entre 0,7 % et 1,6 % (tableau 1). La fécondité s'y élève encore en moyenne à 3,4 enfants par femme, contre 2,0 en Asie de l'Est, 2,5 en Amérique latine et 2,7 en moyenne mondiale. En revanche, l'espérance de vie (69 ans) y est voisine de celles de l'Amérique latine (71 ans) et de l'Asie de l'Est (70 ans), bien meilleure surtout qu'en Asie du Sud (63 ans)⁽⁷⁾ et finalement au-dessus de la moyenne mondiale (tableau 1). Sur le plan démographique, la région la plus proche est l'Asie du Sud, avec une fécondité quasi semblable, mais une mortalité nettement supérieure et une croissance un peu moins élevée (1,6 % contre 1,9 %).

En 2002, la région (telle que nous l'avons définie) comptait 405 millions d'habitants, ce qui représente 6,5 % de la population mondiale et 8,3 % de celle des pays en développement. Les pays arabes à eux seuls, à l'exclusion donc de la Turquie, de l'Iran et d'Israël, en représentent respectivement 4,1 % et 5,2 %.

⁽⁷⁾ Nous écartons de nos commentaires l'Afrique sub-saharienne qui est, de loin, la région la plus défavorisée à tous points de vue.

TABLEAU 1. – QUELQUES CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES, DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIALES DE LA RÉGION
PAR RAPPORT AUX AUTRES GRANDES RÉGIONS DU MONDE VERS 2002

Régions	Population (millions)	Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	Espérance de vie (en années)	Croissance démographique annuelle (%)	Indicateur de développement humain ^(b)	PIB / habitant (\$ US PPA) ^(b)	Taux d'analphabétisme adulte (%)
Afrique sub-saharienne	641	5,4	46	2,3	0,465	1 790	37
Afrique du Nord, péninsule Arabique et Moyen-Orient ^(a)	405	3,4	69	1,9	0,686	5 800	32
Amérique latine et Caraïbes	530	2,5	71	1,4	0,777	7 223	13
Asie du Sud	1 480	3,3	63	1,6	0,584	2 658	42
Asie de l'Est et Pacifique	1 918	2,0	70	0,7	0,740	4 768	10
Pays de l'OCDE à revenu élevé	911	1,7	78	0,3	0,935	29 000	ε
Monde entier	6 225	2,7	67	1,2	0,729	7 840	–

^(a) Calculs des auteurs, en intégrant les données (moyennes pondérées) sur la Turquie, l'Iran et Israël aux données du PNUD (2004) concernant seulement l'ensemble des pays arabes.
^(b) Voir la signification des indicateurs dans le tableau A.14 (en annexe).
Source : PNUD (2004).

En moyenne encore une fois, la région n'est pas des plus défavorisées sur le *plan économique* : grâce notamment aux rentes tirées du pétrole et du gaz dans un certain nombre de pays⁽⁸⁾, son produit intérieur brut par habitant (5 800 \$ en 2002) est deux fois supérieur à celui de l'Asie du Sud, plus élevé que celui de l'Asie de l'Est (4 800 \$), mais encore inférieur à celui de l'Amérique latine (7 200 \$). Cela cache d'énormes inégalités dans la région (tableau annexe A.14) : par exemple, le PIB/habitant est de 770 \$ au Yémen (un des plus faibles du monde), autour de 3 700 \$ au Maroc et en Égypte, autour de 19 000 \$ au Koweït et en Israël. En dehors du Yémen, les six autres pays de la péninsule Arabique sont particulièrement riches.

En revanche, la situation globale n'est guère brillante en matière d'éducation (tableau 1) : vers 2002, l'analphabétisme dans la région touche près d'un adulte sur trois (32 %). En enlevant l'Iran (24 %), la Turquie (15 %) et Israël (5 %), les 17 pays arabes ont un taux d'analphabétisme de 37 %, certes un peu moins élevé que celui de l'Asie du Sud mais identique à celui de l'Afrique sub-saharienne. Là aussi, on observe des disparités entre pays : l'analphabétisme va de 5 % en Israël à plus de 60 % en Irak ; il est inférieur à 15 % dans 5 pays (Bahreïn, Israël, Jordanie, Liban et Turquie) et dépasse 40 % dans 4 autres (Égypte, Maroc, Yémen et Irak). Nous reviendrons sur cette question importante de l'éducation.

Finalement, en termes de *développement humain* (indicateur synthétique prenant en compte le revenu, l'éducation et l'espérance de vie), la région est beaucoup plus avancée que l'Asie du Sud ou l'Afrique sub-saharienne, mais loin derrière l'Amérique latine et l'Asie de l'Est (tableau 1). Dans le classement mondial du PNUD pour 2002, sur 177 pays (tableau annexe A.14), Israël est au 22^e rang, les pays pétroliers de la péninsule Arabique autour du 45^e, l'Afrique du Nord entre le 58^e (Libye) et le 125^e (Maroc) et le Yémen au 149^e. *La région est d'une hétérogénéité considérable en matière économique, sociale et sanitaire.*

II. Des pays géographiquement très diversifiés

Les 20 pays composant la région ont des superficies, des populations et des densités de peuplement d'une diversité extrême (tableau annexe A.2).

La gamme des *superficies* (carte) est extrêmement large dans la région ; elles vont de 700 km² au Bahreïn à près de 2,4 millions de km² en Algérie. Quatre pays (Bahreïn, Qatar, Liban et Palestine) font moins de 11 000 km², trois (Maroc, Yémen et Irak) sont autour de 500 000 km², cinq dépassent le million (Algérie, Libye, Égypte, Arabie saoudite et Iran). Mais dans nombre de ces pays, déserts et steppes occupent une place très importante. Historiquement, le peuplement s'est concentré sur les

(8) L'Arabie saoudite, l'Iran, l'Irak, la Libye, l'Algérie, les émirats du Golfe.

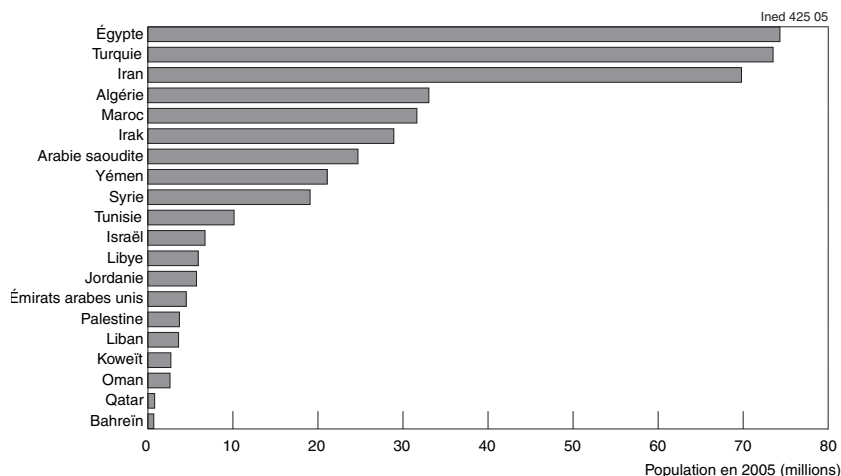


Figure 1. – Classement des pays en fonction de leur population en 2005 (effectifs en millions)

Source : Nations unies (2005).

zones côtières (Méditerranée, mer Rouge, golfe Persique) ou le long des fleuves (le Nil, le Tigre, l'Euphrate, etc.), dans les régions les plus fertiles ou les moins arides. Comme l'ont souligné Boustani et Fargues (1990, p. 40) :

« Le monde arabe possède la propriété exceptionnelle de n'être peuplé que sur ses marges : l'intérieur de la carte du peuplement est vide. Les fortes concentrations démographiques sont entrecoupées d'immensités pratiquement dépeuplées. »

Les pays sont très diversement peuplés. En 2000, les *densités brutes* (tableau annexe A.2) vont respectivement de 3, 11 et 13 hab./km² en Libye, à Oman et en Algérie, à 340 au Liban, 525 en Palestine et jusqu'à 960 à Bahreïn (soit une des plus fortes densités du monde sur ce petit État). La majorité des pays ont entre 30 et 90 hab./km². Mais ces densités nationales cachent d'énormes disparités internes aux pays : par exemple, dans les régions côtières où sont souvent situées les grandes villes, les densités dépassent couramment 300 hab./km², le delta et la vallée du Nil ont des densités rurales parmi les plus élevées du monde et le territoire de Gaza compte près de 3 600 hab./km².

Par ailleurs, les densités brutes, calculées en rapportant le nombre d'habitants à la superficie totale du pays, sont toujours, en particulier pour cette région, de mauvais indicateurs de la relation entre ressources agricoles et pression démographique (Mathieu et Tabutin, 1996). En recalculant par exemple, comme nous l'avons fait, les densités à partir des superficies de terres arables et de cultures permanentes (tableau annexe

A.2), la perspective change radicalement. Sans même parler des pays de la péninsule d'Arabie qui, sans surprise, atteignent tous des valeurs très élevées, l'Algérie par exemple passe de 13 hab./km² à 372, la Turquie de 88 à 266, l'Iran et l'Irak de 50 environ à plus de 400. Mais il y a des changements encore plus radicaux, notamment en Jordanie et en Égypte qui aujourd'hui dépassent respectivement 1 200 et 2 000 habitants par km² de terres arables et de cultures⁽⁹⁾.

Il existe enfin une diversité des *poids démographiques* de ces 20 États (figure 1) : la région compte deux petits pays (Bahreïn et le Qatar, autour de 700 000 habitants), huit pays ayant entre 2 et 7 millions d'habitants, six pays entre 20 et 32 millions (dont l'Algérie, le Maroc et l'Irak). À eux seuls, la Turquie, l'Égypte et l'Iran, de loin les plus peuplés avec chacun 70 millions d'habitants ou plus, représentent 52 % de la population totale de la région. Les 17 pays arabes constituent 65 % de l'ensemble. Au niveau des sous-régions, l'Afrique du Nord représente 36 % du total, la péninsule Arabique 14 % et le Moyen-Orient 50 %.

III. Des progrès sensibles en matière d'informations

Comme la plupart des autres régions en développement, l'Afrique du Nord, la péninsule Arabique et le Moyen-Orient manquaient d'informations socio-démographiques de qualité jusqu'à la fin des années 1960. De gros progrès ont été réalisés, mais à des rythmes divers selon les pays, qui sont liés à leur histoire au cours du XX^e siècle, à leurs priorités en matière de politique démographique et sociale et à leur degré d'intégration dans les programmes internationaux d'enquêtes. Nous présentons ci-après brièvement l'état civil, les recensements et les enquêtes de fécondité ou de santé.

Dans l'ensemble, bien des progrès ont été réalisés depuis 40 ans en matière d'*état civil*. Le système existe partout⁽¹⁰⁾, mais il fonctionne plus ou moins bien, notamment pour la déclaration des décès et des mariages. Selon les Nations unies, seuls 8 pays de la région sur 20 (Libye, Algérie, Tunisie, Égypte, Israël, Koweït, Qatar et Émirats arabes unis) ont en 2001 une couverture de la mortalité supérieure à 90 %. La situation au Yémen et au Maroc est particulièrement médiocre. Par ailleurs, l'insuffisance de publications annuelles, détaillées et rapides fait qu'en dehors de quelques pays, l'état civil ne permet pas encore un suivi rigoureux des niveaux et calendriers des phénomènes démographiques.

⁽⁹⁾ Dans la chronique de 2004 portant sur les 50 pays de l'Afrique sub-saharienne (Tabutin et Schoumaker, 2004), seules des îles comme le Cap-Vert, Maurice ou la Réunion avaient des valeurs comparables.

⁽¹⁰⁾ Et parfois depuis longtemps : 1840 en Égypte, 1882 en Algérie, 1908 en Tunisie, 1923 en Syrie et 1925 au Maroc.

TABLEAU 2.—ÉVOLUTION DU NOMBRE DE RECENSEMENTS ET D'ENQUÊTES
NATIONALES SUR LA FÉCONDITÉ ET LA SANTÉ DEPUIS 1960
DANS L'ENSEMBLE DES 20 PAYS DE LA RÉGION

Type d'opération	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2004	Total
Recensements	19	19	17	20	9	84
Enquêtes EMF ^(a) et EDS ^(b) ou équivalentes	—	10	6	9	3	28
Enquêtes de la Ligue arabe ^(c) ou des pays du Golfe ^(d)	—	—	6	14	6	26
Enquêtes Unicef MICS2 ^(e)	—	—	—	—	9	9
Total	19	29	29	43	27	147

(a) Enquête mondiale de fécondité (de 1975 à 1982).

(b) Enquête démographique et de santé (depuis 1985).

(c) *Pan Arab Project for Child Development* (PAPCHILD, de 1989 à 1996) et *Pan Arab Project for Family Health* (PAPFAM, de 2001 à 2003).

(d) *Gulf Child Health Survey* (GCHS, de 1987 à 1989) et *Gulf Family Health Survey* (GFHS, de 1995 à 1998).

(e) *Multiple Indicator Cluster Surveys* en 2000, un programme de l'Unicef.

Source : tableau annexe A.1.

La situation en matière de *recensements* est meilleure, avec 84 opérations réalisées au total depuis 1960 (tableau 2). La majorité des États en ont effectué quatre ou cinq, avec une périodicité de 10 à 12 ans (tableau annexe A.1). Les Émirats arabes unis, le Koweït et la Turquie en ont même réalisé davantage (entre 6 et 8) en raison de l'adoption d'une périodicité quinquennale dans les années 1960, 1970 et 1980. En revanche, trois pays ne disposent que de deux recensements : Oman⁽¹¹⁾, la Palestine (en 1967 et 1997) et le Yémen (l'unification du pays date de 1990). Quant au Liban, il constitue un cas exceptionnel avec un unique recensement datant de 1970⁽¹²⁾.

Le contexte en matière d'*enquêtes nationales sur la fécondité, la famille et la santé des enfants* est beaucoup plus diversifié (tableau annexe A.1). Les enquêtes effectuées depuis le début des années 1970 relèvent pour la plupart⁽¹³⁾ de cinq grands programmes internationaux ou régionaux :

- le programme de l'*enquête mondiale de fécondité* (EMF) des années 1970, qui a concerné 9 pays dans la région, dont l'Iran, la Syrie et Israël⁽¹⁴⁾;
- le programme américain des *enquêtes démographiques et de santé* (EDS) qui se poursuit depuis le milieu des années 1980 : on compte 17 enquêtes dans 6 pays, couvrant particulièrement bien le Maroc, l'Égypte et la Jordanie ;

(11) Il s'agit du pays le plus en retard de toute la région sur le plan statistique jusqu'à la fin des années 1980. Le premier recensement eut lieu en 1993.

(12) Le précédent datait de 1932.

(13) En dehors d'un pays comme l'Algérie qui, jusqu'à sa participation aux enquêtes de la Ligue arabe, a assuré entièrement sa propre production de données (enquêtes auprès des ménages à passages répétés de 1970-71, enquêtes de fécondité de 1971 et de 1986).

(14) À notre connaissance, l'enquête de 1973 est la seule réalisée à ce jour en Israël.

- les deux programmes successifs coordonnés par la Ligue des États arabes : le *Pan Arab Project for Child Development* (PAP-CHILD) mené dans 10 pays entre 1989 et 1996, et le *Pan Arab Project for Family Health* (PAPFAM) effectué depuis 2001 dans 7 pays de la région ;
- les deux programmes successifs propres aux 6 pays du Golfe : le *Gulf Child Health Survey* (GCHS) de 1987 à 1989, et le *Gulf Family Health Survey* (GFHS) de 1995 à 1998 ;
- enfin, le programme de l'Unicef intitulé *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS2), qui a porté sur 9 pays de la région en 2000.

Globalement, la région est donc assez bien lotie en enquêtes nationales : on en compte 63 au total depuis 1970, dont 41 depuis 1990. Mais il y a une certaine hétérogénéité. Trois États sont particulièrement bien couverts par les différents programmes : le Maroc (8 enquêtes), l'Égypte (6) et la Jordanie (8). Beaucoup ont entre 3 et 5 enquêtes. Les moins bien lotis, avec 1 ou 2 opérations seulement, sont les 6 pays du Golfe, la Palestine, l'Irak et Israël.

Pour l'étude de la fécondité, de la nuptialité, de la mortalité et de la santé des enfants, nous utiliserons les résultats disponibles⁽¹⁵⁾ de ces enquêtes, notamment les plus récentes. Nous le ferons avec toute la prudence requise dans la comparaison des indicateurs, car si les grands objectifs de ces différents programmes d'enquêtes étaient assez voisins, les questionnaires ne sont pas toujours strictement identiques. Sans parler de la qualité sans doute variable des données.

IV. Un passé démographique mal connu

L'histoire des populations de la région au cours des dix derniers siècles est toujours mal connue. La démographie historique du monde arabe ou musulman est un champ encore peu exploré. La tâche est certes difficile car les civilisations autochtones ignoraient le recensement (en dehors de l'Égypte des temps pharaoniques) et toute forme d'état civil⁽¹⁶⁾. L'Empire ottoman, qui a dominé pendant plusieurs siècles (notamment du XV^e au XVIII^e) une grande partie de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, ne s'est jamais réellement préoccupé du dénombrement des populations assujetties. Une seule campagne censitaire fut réalisée de 1570 à

⁽¹⁵⁾ Certaines de ces enquêtes, les PAPFAM par exemple, sont en cours d'exploitation. Par ailleurs, la diffusion des rapports et des résultats varie d'un programme à l'autre. On trouve à un extrême les EDS, dont les rapports sont largement diffusés et les données individuelles en accès direct sur internet ; à l'autre, les enquêtes des pays du Golfe, peu diffusées et pratiquement pas documentées sur internet.

⁽¹⁶⁾ Les documents historiques qui ont survécu aux péripéties de l'histoire et qui, ici ou là, pourraient servir à certaines évaluations de la population et de sa dynamique sont essentiellement de nature fiscale. Ils sont encore trop peu inventoriés.

1590. « Mille ans après l'hégire, c'était la première quantification de l'Islam » (Courbage et Fargues, 1992, p. 145). Les quelques chiffres dont on dispose jusqu'au XIX^e siècle sur certains pays proviennent essentiellement d'observateurs contemporains (chroniqueurs locaux, explorateurs, voyageurs, géographes) : ce sont des chiffres basés sur une observation locale, souvent grossièrement extrapolés à un pays ou une région, souvent exagérés ou incohérents de l'avis même des historiens. Il faut attendre les premiers recensements coloniaux pour y voir un peu plus clair⁽¹⁷⁾.

TABLEAU 3.— ORDRES DE
GRANDEUR DE LA POPULATION
TOTALE DE L'AFRIQUE DU NORD
(MAROC, ALGÉRIE, TUNISIE,
LIBYE, ÉGYPTÉ) DE 1000 À 1950

Date	Population (millions d'habitants)
1000	11,5
1100	10,0
1200	9,8
1300	9,5
1400	7,2
1500	7,7
1600	8,4
1700	8,7
1800	9,1
1850	13,0
1900	21,0
1950	43,0

Source : Tabutin, Vilquin et Biraben (2002).

Les quelques histoires générales de la population du monde sont d'ailleurs très discrètes et prudentes sur la région. Nous reprenons simplement ici quelques résultats d'une synthèse récente de l'évolution de la population de l'Afrique du Nord depuis l'an 1000 (Tabutin, Vilquin et Biraben, 2002), dont le tableau 3 présente les grands éléments. Ces ordres de grandeur ont été établis à partir des travaux des historiens les plus « sérieux », soucieux de la critique des sources et du recoupement des informations, et des travaux récents de J.-N. Biraben⁽¹⁸⁾.

L'Afrique du Nord a connu un recul sensible de sa population du XI^e au XIII^e siècle, suite notamment aux invasions des Hilaliens venus du Sud égyptien et à la désorganisation agricole et politique qui s'ensuivit. De l'avis unanime, semble-t-

il, des contemporains et des historiens sur cette période (Reinhard *et al.*, 1968, p. 83) :

« Après le XI^e siècle, la situation s'aggrava, surtout dans les campagnes. Des ravages de plantations, de systèmes d'irrigation, éliminèrent ou réduisirent considérablement l'agriculture au profit du nomadisme. De toute évidence, cette transformation abaissa considérablement le niveau démographique, par exemple en Afrique du Nord, de l'Égypte au Maroc ».

Le déclin démographique s'est accéléré au XIV^e siècle, avec l'arrivée cette fois-ci de la peste Noire en 1348-1349, qui a frappé tout le pourtour de la Méditerranée et qui, tout au long du siècle, est réapparue tous les 10 ou 15 ans dans la région : entre 1300 et 1400 (tableau 3), l'Afrique du Nord a perdu environ un quart de sa population, passée de 9,5 à

⁽¹⁷⁾ Même si, comme le souligne Fargues (1986), la plus grande prudence est requise sur la qualité de ces premiers recensements.

⁽¹⁸⁾ Biraben a réactualisé les estimations qu'il avait faites dans les années 1970 (Biraben, 1979) en intégrant les connaissances historiques les plus récentes sur les contextes politique, économique et sanitaire de la région à différents moments de son histoire.

7,2 millions d'habitants⁽¹⁹⁾. Celle-ci n'a ensuite augmenté que lentement, du XV^e au XVIII^e siècle : épidémies, famines et conflits ont souvent sévi⁽²⁰⁾. Comme dans les autres régions en développement, la croissance démographique s'est accélérée vers la fin du XIX^e siècle, à partir de 1870, quand l'administration coloniale a développé les premiers grands contrôles sanitaires, l'hygiène dans les villes et les transports. Il a néanmoins fallu attendre la fin des années 1940 pour voir quasiment disparaître les grands fléaux que constituaient notamment le choléra, le typhus ou le paludisme. Finalement, la population de l'Afrique du Nord s'est accrue d'environ 60 % de 1850 à 1900 (tableau 3) et elle a quasiment doublé de 1900 à 1950⁽²¹⁾. La croissance s'est encore accélérée par la suite.

V. Populations et croissances de 1950 à 2040 : rapidité extrême et diversification progressive

Après 1940, la région dans son ensemble se peuple très rapidement, à des rythmes croissants jusque dans les années 1980, qui se diversifient progressivement d'un pays à l'autre sous l'effet des reculs variables de la fécondité, sur lesquels nous reviendrons. Nous présentons d'abord les croissances démographiques de 1950 à 2005, puis les perspectives d'ici 2040.

1. Des croissances parmi les plus fortes du monde depuis 1950

Comme dans d'autres régions, l'ensemble géopolitique que constituent l'Afrique du Nord, la péninsule Arabique et le Moyen-Orient a connu une légère augmentation de sa croissance démographique du début des années 1950 (2,6 % par an) jusque vers 1980-1984 (2,9 %)⁽²²⁾, résultat du recul de la mortalité et d'une natalité qui est longtemps demeurée élevée. De 1975 à 1985, la croissance de la région est aussi rapide que celle de l'Afrique sub-saharienne (près de 3 %, figure 2), mais elle s'en démarque ensuite nettement, avec d'importants ralentissements dus à la baisse de la fécondité dans de nombreux pays : le taux d'accroissement passe ainsi de 2,9 % en 1980-1984 à 2,3 % en 1990-1994 et à 1,9 % au début des années 2000 (tableau annexe A.3). *La croissance démographique de la région n'en*

⁽¹⁹⁾ La peste, qui a disparu en Europe dans les premières décennies du XVIII^e siècle, est restée endémique dans le sud méditerranéen jusqu'au milieu du XIX^e. Au Maroc, le dernier épisode de peste fut enregistré dans le Sud en 1941-1942. Pour une histoire générale de la peste et de son impact dans la région, voir Biraben (1975).

⁽²⁰⁾ L'impact démographique de cette série de catastrophes a varié selon les sous-régions, les pays ou les communautés. Il est encore insuffisamment documenté.

⁽²¹⁾ Pour plus de détails sur l'histoire démographique des pays d'Afrique du Nord depuis les premiers recensements du XIX^e ou du XX^e siècle, voir Fargues (1986) ou Tabutin *et al.* (2002).

⁽²²⁾ Ces taux de croissance sont ceux de la révision 2004 des perspectives mondiales de population par la Division de la Population des Nations unies (Nations unies, 2005).

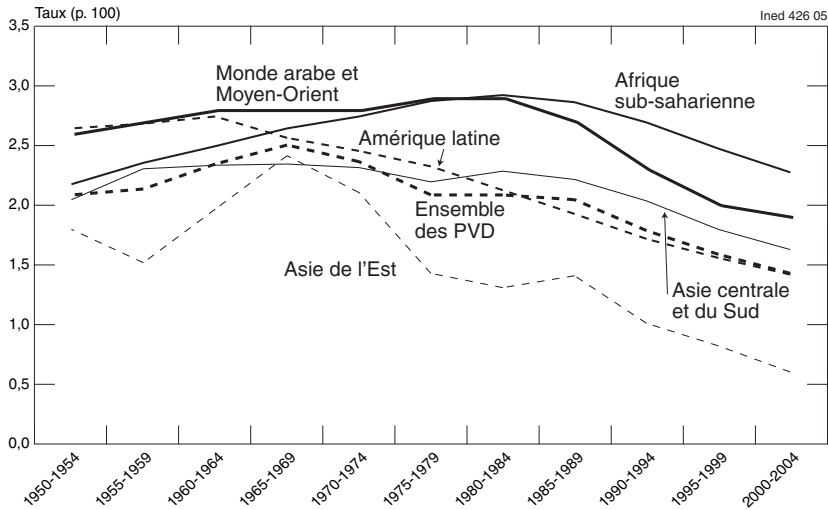


Figure 2. – Évolution des taux de croissance de la population de 1950 à 2005 dans 5 grandes régions et dans l'ensemble des pays en développement (%)

Source : Nations unies (2005).

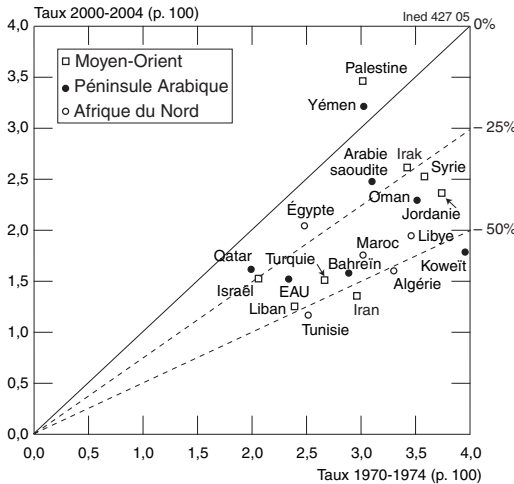


Figure 3. – Évolution des taux de croissance de la population de 1970-1974 à 2000-2004 dans les 20 pays de la région (%)

Note : Les diverses droites correspondent aux rythmes de déclin indiqués.

Source : Nations unies (2005).

demeure pas moins importante, et nettement supérieure à celle des autres régions en développement, en dehors de l'Afrique au sud du Sahara.

Le rythme du ralentissement de la croissance démographique est variable selon les pays. La figure 3, basée sur les données les plus récentes des Nations unies (2005), compare les croissances pré-transitionnelles de 1970-1974 à celles de 2000-2004 pour chacun des 20 pays. À un extrême, on trouve deux pays, le Yémen et la Palestine, dont la croissance de la population, très rapide aujourd'hui (respectivement 3,2 % et 3,5 % par an), aurait même un peu augmenté depuis les années 1970. À l'autre extrême, figurent 6 ou 7 pays où le ralentissement des croissances frôle les 50 % : le Koweït (qui partait de très haut), l'Algérie, l'Iran, Bahreïn, le Liban et la Tunisie. Entre ces extrêmes, l'Irak⁽²³⁾, l'Arabie saoudite, la Syrie et l'Égypte sont des pays où le rythme de fléchissement est plus lent. Il en est de même pour le Qatar et Israël, qui partaient de croissances sensiblement plus faibles en 1970-1974. *En définitive, il n'y a pas de relation claire entre les rythmes de déclin et les niveaux de départ de 1970-1974.*

Au total, *l'hétérogénéité des croissances démographiques dans la région est actuellement beaucoup plus grande qu'hier* : il y a trente ans, la plupart des pays avaient des taux d'accroissement compris entre 2,4 % et 3,5 % par an, tandis qu'aujourd'hui ils se situent entre 1,2 % environ (Tunisie, Liban, Iran) et plus de 3,2 % (Yémen et Palestine). Sur 20 pays, 12 sont passés sous la barre des 2 %, 3 seulement ont franchi celle des 1,5 %.

Certes, le ralentissement est bien là, mais la croissance absolue de la population, en d'autres termes la pression démographique qui s'exerce au regard de la satisfaction des besoins essentiels (éducation, logement, alimentation, emploi, etc.), est toujours très forte. La population de la région a quadruplé depuis 1950 (tableau annexe A.2), plus que doublé depuis 1970 et augmenté de 35 % depuis 1990. Les coefficients multiplicateurs⁽²⁴⁾ de la population de quelques pays depuis 1970, soit sur 35 ans, sont les suivants :

Arabie saoudite : 4,3	Iran : 2,4
Jordanie : 3,5	Israël : 2,3
Palestine : 3,4	Maroc : 2,1
Yémen : 3,3	Égypte : 2,1
Bahreïn : 3,3	Turquie : 2,0
Syrie : 3,0	Tunisie : 2,0
Algérie : 2,4	Liban : 1,5

Ces chiffres très élevés résultent de l'histoire de la fécondité au cours des dernières décennies, mais aussi dans certains cas des migrations internationales (réfugiés, travailleurs). Ces croissances d'effectifs vont se poursuivre durant les prochaines décennies.

⁽²³⁾ Soulignons que la fiabilité des données de ce pays, statistiquement peu documenté, n'est pas assurée.

⁽²⁴⁾ Rapport entre la population en 2005 et la population en 1970.

2. Quelques perspectives d'ici 2040

Effectuées à des périodes et avec des méthodes différentes, les projections de population réalisées par les instituts nationaux de la statistique sont difficilement comparables. Dès lors, nous nous en tiendrons ici aux projections des Nations unies⁽²⁵⁾, plus homogènes sur le plan méthodologique mais qui gommement sans aucun doute certaines particularités nationales. Révisées tous les deux ans, celles de 2004 intègrent les changements les plus récents, en particulier sur la fécondité dont l'évolution future est l'élément clé de toute perspective.

Ces projections de 2004, aussi récentes et à jour soient-elles, doivent être considérées comme un avenir possible parmi d'autres ; elles sont susceptibles d'être revues à la hausse ou à la baisse selon l'évolution de la fécondité et, dans certains cas, de la migration au cours des prochaines années. La simple comparaison des projections des Nations unies effectuées à 4 ans d'intervalle (en 2000 et 2004) sur 7 grands pays de la région illustre cette incertitude relative à l'horizon 2025 et 2040 quand elles sont effectuées au niveau national (tableau 4). Dans trois pays, la Turquie, mais surtout l'Égypte et l'Irak, les effectifs des populations en 2025 et 2040 sont sensiblement revus à la hausse ; dans quatre pays, dont notamment l'Iran et l'Arabie saoudite, ils sont fortement revus à la baisse. Par le jeu des compensations, la population totale de ces 7 pays reste néanmoins quasi inchangée (près de 446 millions en 2025, autour de 510 en 2040).

Le tableau A.2 en annexe présente par pays et sous-région l'évolution de la population depuis 1950 et les perspectives pour 2010, 2025 et 2040.

TABLEAU 4.— COMPARAISON DES PROJECTIONS DE POPULATION (EN MILLIONS)
À L'HORIZON 2025 ET 2040 FAITES PAR LES NATIONS UNIES
EN 2000 ET 2004 POUR 7 GRANDS PAYS

Pays	Population en 2005	Population en 2025			Population en 2040		
		Projection de 2000	Projection de 2004	Écart (%)	Projection de 2000	Projection de 2004	Écart (%)
Algérie	32,8	42,7	42,9	+ 0,5	48,5	47,5	- 2,1
Égypte	74,0	94,8	101,0	+ 6,5	107,4	117,8	+ 9,7
Maroc	31,5	42,0	40,3	- 4,1	47,8	44,8	- 6,3
Arabie saoudite	24,6	40,5	37,2	- 8,2	52,7	45,3	- 14,0
Iran	69,5	99,3	89,0	- 10,4	113,5	98,0	- 13,7
Irak	28,8	40,3	44,7	+ 11,0	48,4	56,7	+ 17,2
Turquie	73,2	86,6	90,6	+ 4,6	95,1	98,7	+ 3,8
Total	334,4	446,2	445,7	- 0,1	513,4	508,8	- 0,9
Sources : Nations unies (2001) ; Nations unies (2005) ; hypothèses moyennes.							

⁽²⁵⁾ D'autres exercices plus anciens de ce genre ont été réalisés sur les pays de la région. Citons notamment les travaux menés dans le cadre du Plan Bleu (Grenon et Batisse, 1988; Benoit et Comeau, 2005) sur une vingtaine de pays du bassin méditerranéen ; ceux de l'IIASA publiés dans Yousif *et al.* (1996) sur l'Afrique du Nord, puis étendus à d'autres pays ; ceux de Courbage (1999) sur l'ensemble des pays arabes, Israël, la Turquie et l'Iran ; ceux d'Attané et Courbage (2001) sur les 22 pays du pourtour méditerranéen dans le cadre du Plan Bleu (révision des premières projections).

Certes, les croissances se ralentissent mais elles sont encore élevées dans une majorité de pays (entre 1,5 % et 2,5 % par an) et vont conduire à *de fortes augmentations de la population pendant les trente-cinq prochaines années*. L'ensemble de la région (figure 4) passerait de 421 millions d'habitants en 2005 à 575 dès 2025 (+ 37 %), puis à 667 en 2040 (+ 58 %) selon le scénario moyen des Nations unies (2005). En définitive, la région s'achemine vers les 800 à 900 millions d'habitants à la fin du XXI^e siècle ; sa population aura alors doublé en 80 ou 90 ans. Dans cet ensemble, le monde arabe (17 pays) aura d'ici 2040 une croissance démographique (69 %) deux fois supérieure à celle de la Turquie, de l'Iran et d'Israël pris ensemble (38 %) (tableau 5). Dans 35 ans, la région sera très probablement deux fois plus peuplée que l'ensemble des 17 grands pays de l'Europe du Sud et de l'Ouest (figure 4).

Au niveau sous-régional (tableau 5, figure 4), l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient auront un rythme voisin de croissance d'ici 2040 (de l'ordre de 50 %), important mais cependant deux fois plus faible que celui de la péninsule Arabique (104 %) qui, compte tenu du poids de l'Arabie saoudite et du Yémen, doublera sa population en 35 ans en raison d'un recul de la fécondité plus lent qu'ailleurs.

Tous les États enregistreront une croissance de leur population dans les 35 ans à venir, qui sera importante dans l'ensemble mais diversifiée selon les pays. Si l'on se fie à ces perspectives des Nations unies au niveau des pays, on irait de croissances très élevées, conduisant comme au Yémen, en Arabie saoudite, en Irak⁽²⁶⁾ ou surtout en Palestine à des doubléments de population en 35 ans, à des augmentations beaucoup plus modérées (Algérie, Maroc, Liban, Israël). Finalement vers 2040, trois pays approcheront les 100 millions d'habitants (Égypte, Iran et Turquie), quatre les 45 millions (Algérie, Maroc, Arabie saoudite et Yémen), cinq les 8 à 10 millions (Libye, Émirats arabes unis, Israël, Jordanie et Palestine).

TABLEAU 5.— POPULATION (EN MILLIONS) ET CROISSANCE (%)
DE 2005 À 2040 DES SOUS-RÉGIONS

Sous-régions	Population				Croissance (%) de 2005 à 2040
	1990	2005	2025	2040	
Afrique du Nord (5)	118,2	154,3	204,2	231,9	+ 50,3
Péninsule Arabique (7)	35,3	56,8	90,8	115,8	+ 103,9
Moyen-Orient (8)	158,0	210,3	279,9	319,4	+ 51,9
Pays arabes (17)	193,0	272,0	386,6	460,5	+ 69,3
Pays non arabes (3)	118,5	149,4	188,3	206,6	+ 38,3
Total (20)	311,5	421,4	574,9	667,1	+ 58,3
N.B. : les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de pays par sous-région. Source : tableau annexe A.2.					

⁽²⁶⁾ Dont on peut se demander sur quelles informations récentes et fiables reposent les perspectives de population.

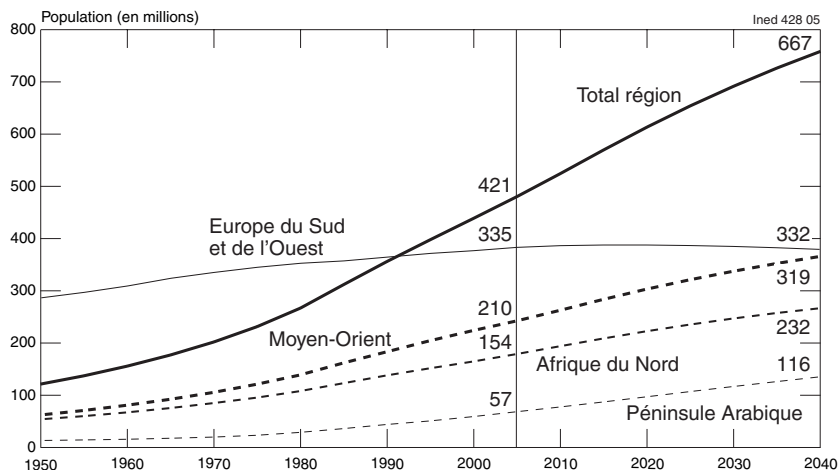


Figure 4. – Évolution depuis 1950 et projections jusqu'en 2040 de la population de l'ensemble de la région, des trois sous-régions et de l'Europe du Sud et de l'Ouest

Source : Nations unies (2005), hypothèse moyenne pour les projections.

Avec de tels scénarios, quasi assurés même s'il subsiste une marge d'erreur, on peut imaginer le poids des pressions humaines sur les écosystèmes (marins, côtiers ou forestiers parfois), sur les sols et sur une ressource aussi vitale que l'eau, qui posent déjà d'énormes problèmes dans la région.

Nous allons maintenant examiner les deux éléments qui, en dehors des migrations, influent sur la croissance de toute entité géographique : la natalité et la mortalité⁽²⁷⁾, dont les évolutions respectives au cours du temps déterminent ce qu'il est convenu d'appeler le modèle de transition.

VI. Les différents modèles de la transition démographique

Globalement, l'ensemble de la région (figure 5, schéma D) a amorcé sa transition démographique dans les années 1950 et 1960 selon le schéma classique : la mortalité, au départ très élevée (le taux brut de mortalité est proche de 25 ‰ et l'espérance de vie de l'ordre de 40 ans), recule assez vite,

⁽²⁷⁾ Rappelons simplement que le taux de croissance naturelle (hors migrations) d'une population est la différence entre son taux de natalité et son taux de mortalité. L'évolution du taux de croissance dépend des rythmes respectifs d'évolution de chacun de ces deux éléments.

tandis que la natalité, elle aussi très élevée (près de 50 ‰, correspondant à 7 ou 8 enfants par femme), va diminuer beaucoup plus lentement jusqu'au début des années 1980. Son recul s'accélère ensuite tandis que celui de la mortalité « se tasse », et la région entre dans la phase de ralentissement de la croissance. Aujourd'hui, l'ensemble de la région a une natalité de 25 ‰, une mortalité de 6 ‰ et donc une croissance annuelle de près de 2 ‰⁽²⁸⁾.

Pris dans leur ensemble, l'Afrique du Nord (5 pays) et le Moyen-Orient (8 pays) ont des histoires transitionnelles voisines depuis 50 ans, avec des niveaux de départ et d'arrivée presque identiques (figure 5, schémas A et C). En revanche, la péninsule Arabique s'en distingue clairement, avec un déclin de la natalité plus tardif et moins brutal (31 ‰ aujourd'hui) mais des progrès plus précoces en matière de mortalité. Il en a résulté et il en résulte encore des croissances plus rapides de la population de cette sous-région, que nous avons déjà signalées.

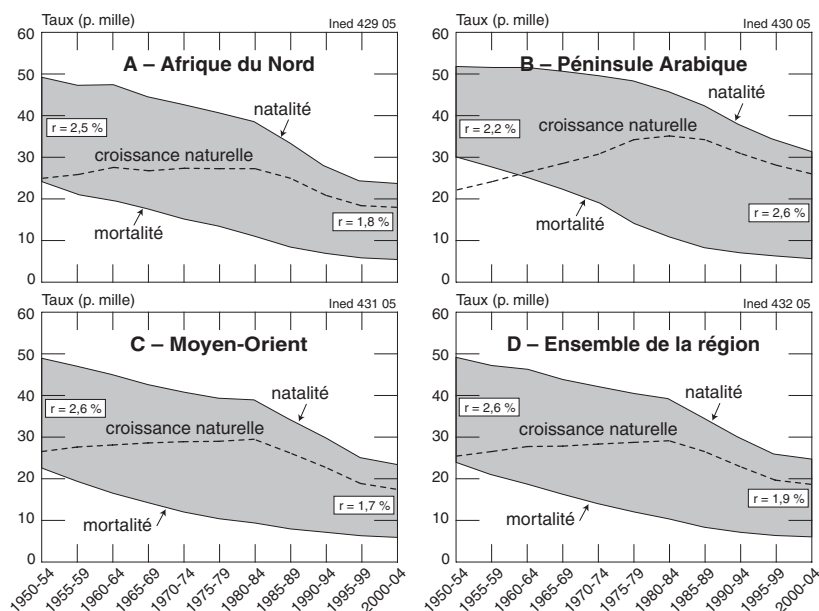


Figure 5. – Les transitions démographiques dans l'ensemble de la région et les trois sous-régions de 1950 à 2005

r : taux de croissance naturelle.

Source : à partir des données des Nations unies (2005).

(28) En guise de comparaison, les taux de natalité en 2000-2004 sont de 22 ‰ en Amérique latine, 21 ‰ en Asie du Sud-Est, 13 ‰ en Asie de l'Est et 40 ‰ en Afrique sub-saharienne. Les taux de mortalité se situent autour de 7 ‰ dans les trois premières régions et de 17 ‰ en Afrique sub-saharienne (Nations unies, 2005).

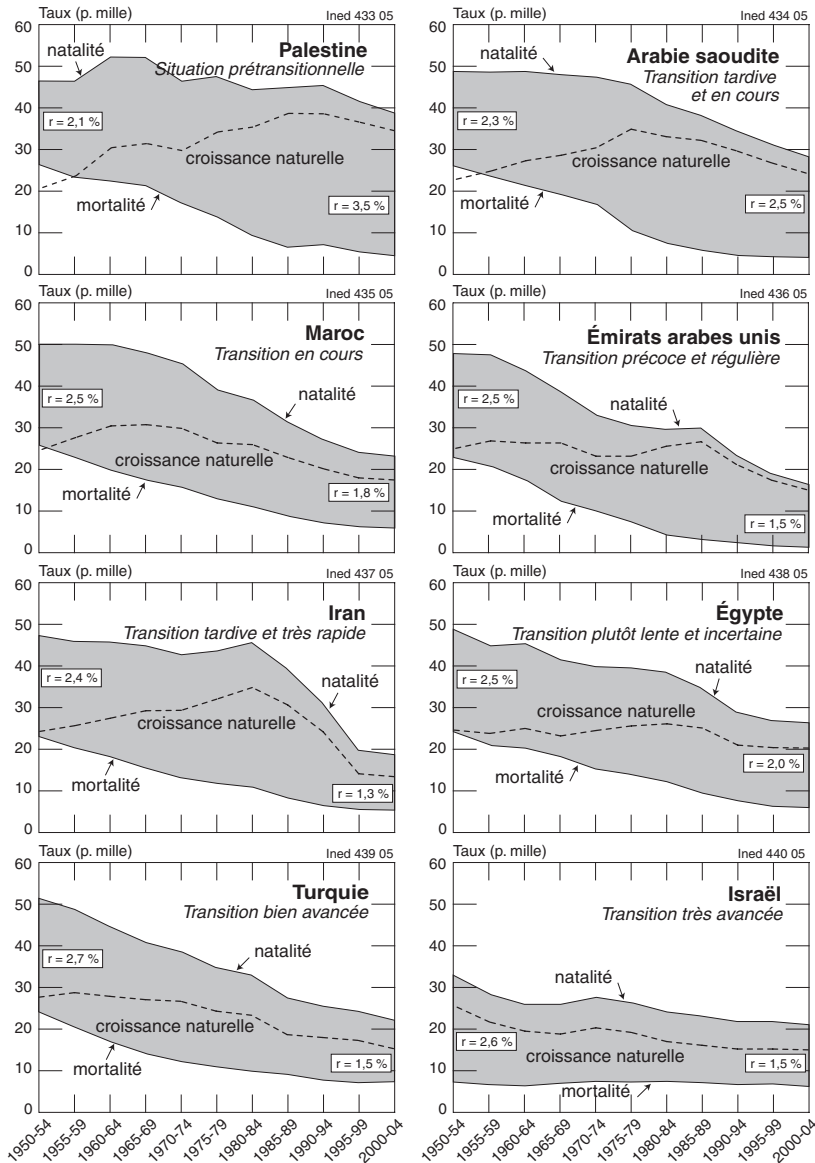


Figure 6.– Quelques exemples types de transitions démographiques de 1950 à 2005

r : taux de croissance naturelle.

Source : à partir des données des Nations unies (2005).

Mais les histoires se diversifient quand on descend au niveau des pays composant les 3 sous-régions. Les données nationales sont présentées dans le tableau annexe A.3. À titre illustratif, la figure 6 présente les schémas de transition de 1950 à 2005 dans 8 pays représentatifs de la région. On peut dégager cinq grands modèles ou situations transitionnelles :

- *Le modèle traditionnel*, illustré par la Palestine (figure 6) et auquel se rattache le Yémen : les natalités y sont toujours supérieures à 40 ‰ et les croissances très rapides (plus de 3,2 % par an).
- *Le modèle assez précoce mais plutôt lent et incertain*, illustré par l'Égypte (figure 6), et auquel se rattacherait l'Irak : les natalités y sont encore autour de 30 ‰ et les croissances supérieures à 2 %.
- *Le modèle plutôt classique* dans la région et non achevé, où la natalité baisse depuis environ 25 ans de façon assez régulière et sans doute irréversible : il concerne le Maroc (figure 6), l'Algérie, la Libye, Oman, la Syrie et la Jordanie. Des natalités autour de 24 ‰ et des croissances autour de 2 % le caractérisent aujourd'hui.
- *Un modèle tardif et très rapide*, celui de l'Iran (figure 6), dont la fécondité s'est littéralement effondrée entre 1985 et 1990. Il est, avec le Liban, le pays qui a la plus faible croissance naturelle dans la région (1,3 %).
- Enfin, *le modèle très avancé* : on y retrouve des pays aussi différents que la Tunisie, le Liban, la Turquie et Israël (figure 6) et des principautés du Golfe (Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït et Qatar). Les natalités y sont désormais inférieures à 20 ‰, mais les croissances restent au-dessus de 1 % par an.

Développement économique, éducatif et culturel, politiques démographiques et sociales, pauvreté et stabilité politique détermineront dans les deux à trois décennies à venir les chemins définitifs de la transition dans chaque société, qui seront sans doute divers.

Nous allons maintenant examiner les grands changements de la nuptialité, de la fécondité, de la mortalité et des migrations, dont dépendent directement ces dynamiques démographiques passées, actuelles ou futures.

VII. La nuptialité : des changements considérables

Dans les sociétés arabes ou musulmanes de la région, le régime traditionnel de nuptialité se caractérisait dans l'ensemble par un mariage précoce pour les femmes et plus tardif pour les hommes, universel pour les unes et les autres, par un écart d'âge important entre époux, par une endogamie très importante (du fait des mariages entre cousins maternels et paternels notamment), par l'existence de la polygamie et par une instabi-

lité notable des unions (par répudiation, divorce et veuvage)⁽²⁹⁾. Dans l'ensemble, la situation a fort changé sur bien des points en une trentaine d'années. Nous pouvons même parler d'une véritable *révolution matrimoniale* dans quelques pays.

Le tableau A.4 (en annexe) présente par pays les âges moyens au premier mariage des hommes et des femmes vers 1975 et 1998, les écarts d'âge entre époux à ces deux dates, la situation récente de la polygamie et du célibat définitif. Le tableau A.5 (en annexe) fournit l'évolution plus précise entre 1960 et 2000 des âges au mariage et du célibat à 20-29 ans dans les trois pays du Maghreb et en Iran.

1. Une augmentation parfois spectaculaire de l'âge au mariage

Il y a une trentaine d'années seulement, l'âge moyen au *premier mariage des femmes* était encore précoce dans la région (tableau annexe A.4), allant de 18 à 21 ans dans la plupart des pays (à l'exception du Liban, d'Israël et de la Tunisie où il atteignait autour de 23 ans). Très souvent, la moitié des femmes étaient déjà mariées à 17 ou 18 ans. La situation est tout autre à la fin des années 1990 : exception faite du Yémen, les âges moyens

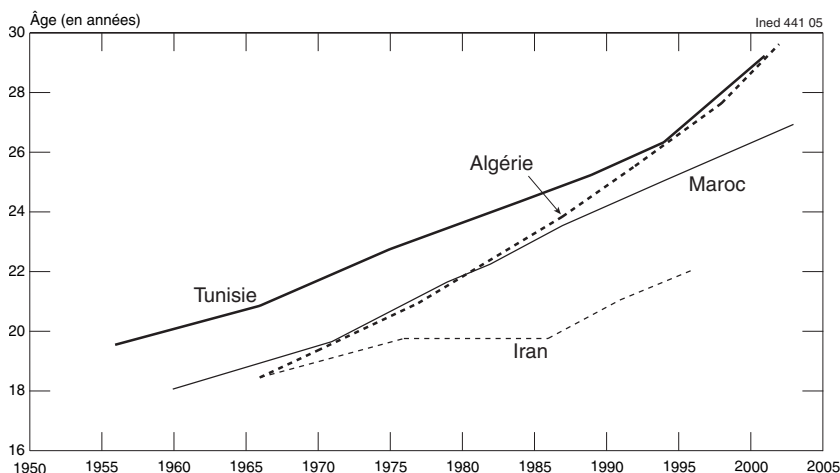


Figure 7. – Évolution de 1960 à 2000 des âges moyens au premier mariage des femmes dans les trois pays du Maghreb et en Iran

Source : tableau annexe A.5.

⁽²⁹⁾ Pour plus de détails sur les normes de l'islam et du monde arabe dans le champ de la nuptialité et de la famille, voir Kouaouci (1983) et Fargues (1989); sur la Tunisie, voir Ben Salem et Locoh (2001); sur l'Iran, voir Ladier-Fouladi (2003); sur le Maroc, voir Ajbilou (1998).

d'entrée en union vont désormais de 22 ans (Oman, Palestine, Arabie saoudite, Iran, Irak et Turquie) à près ou plus de 27 ans (Algérie, Tunisie, Égypte, Lybie et Qatar). En 20 à 25 ans, ils ont augmenté de 4 à 6 ans dans un bon nombre de pays. Seule la Palestine qui partait de plus haut en 1975 n'a pas connu de changement notable.

Cette évolution du calendrier de la nuptialité féminine a été particulièrement rapide dans les trois pays du Maghreb (figure 7). La progression de l'âge au mariage des femmes a débuté en Tunisie dès les années 1960, puis en Algérie et au Maroc dix ans plus tard. Aujourd'hui, l'Algérie et la Tunisie ont un âge moyen au premier mariage des femmes de près de 30 ans au niveau national, l'un des plus élevés du monde. Le schéma iranien (figure 7), qui est aussi *grosso modo* celui de l'Irak, de la Jordanie et de la Turquie, et sans doute de l'Arabie saoudite et d'Oman, se caractérise par un rythme plus lent.

Chez *les hommes*, les âges d'entrée en union, déjà relativement élevés dans les années 1970 (souvent autour de 25 ans) ont également augmenté, mais dans l'ensemble moins rapidement. Ils se situent actuellement autour de 27 et 28 ans dans une majorité de pays (tableau annexe A.4). Comme pour les femmes, c'est en Algérie, en Libye et en Tunisie qu'ils sont les plus tardifs (30 ans ou plus). C'est en Turquie, en Arabie saoudite, en Iran et en Palestine qu'ils sont les plus bas (autour de 25 ans).

2. Un recul sensible des écarts d'âge entre époux

L'élévation plus rapide de l'âge au mariage des femmes a conduit à une nette réduction des écarts d'âge moyen entre époux, notamment depuis les années 1980. Traditionnellement élevés (5 à 7 ans selon les pays), ils sont aujourd'hui de l'ordre de 3 ans dans une majorité de cas (tableau annexe A.4). Seuls l'Égypte et le Yémen ont encore un écart d'âge entre conjoints de plus de 5,5 ans.

La figure 8 illustre clairement l'extrême diversité actuelle des pays en matière d'âge au mariage des femmes comme des hommes, qui tranche avec l'homogénéité relative des années 1950 et 1960. Elle montre aussi qu'au niveau agrégé, l'écart d'âge entre conjoints ne dépend pas, ou guère, de l'âge au mariage des femmes⁽³⁰⁾.

3. Un célibat désormais prolongé : la fin du mariage universel ?

Le changement est notamment important et inédit pour les femmes : globalement, elles sont passées d'un cycle de vie consacré, dès la sortie de l'adolescence, au mariage et à la fécondité à un cycle commençant par une

⁽³⁰⁾ Ce qui le plus souvent n'est pas le cas au niveau individuel : plus une femme se marie jeune, plus l'écart d'âge avec son conjoint risque d'être important.

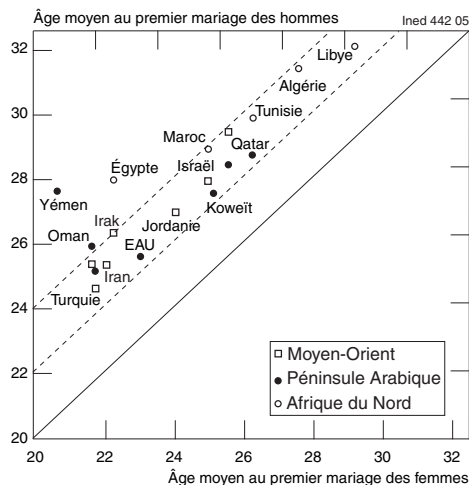


Figure 8. – Âge moyen au premier mariage des hommes et des femmes vers 1998 (18 pays)

Note : les droites en pointillés correspondent à des écarts d'âge entre hommes et femmes de deux et quatre années.

Source : tableau annexe A.4.

période de célibat plus ou moins longue, comme c'était déjà le cas dans une certaine mesure pour les hommes. Si ce célibat prolongé des hommes et des femmes s'est généralisé dans la région (en dehors du Yémen), il est particulièrement important en Afrique du Nord (tableau annexe A.5) : par exemple, à 20-24 ans, 60 % des Marocaines et 80 % des Tunisiennes sont toujours célibataires. Dans un pays extrême en la matière comme l'Algérie, les proportions de femmes célibataires sont aujourd'hui de 83 % à 20-24 ans, 58 % à 25-29 ans, 34 % à 30-34 ans et 17 % à 35-39 ans.

C'est un changement sans précédent de régime matrimonial, lié sans doute à la prolongation des scolarités et aux changements culturels, mais aussi à la crise économique (qui induit le chômage des jeunes) et au manque de logements. Ce célibat prolongé se vit souvent au sein de la sphère familiale, dans des contextes parfois de faible activité économique des femmes (comme en Algérie), mais toujours avec un fort contrôle social sur la vie et la sexualité des jeunes, en particulier des femmes.

Se marier demeure toujours la norme sociale largement prédominante dans la région, tant chez les femmes que chez les hommes : dans les années 1970 comme dans les années 1990, le célibat définitif⁽³¹⁾ ne touche guère que 1 % à 5 % de la population féminine des différents pays⁽³²⁾

⁽³¹⁾ Mesuré par la proportion de célibataires au-delà de 40 ou 45 ans.

⁽³²⁾ En dehors du Koweït où il est de 6 % à 40-49 ans, d'Israël (6,4 %) et de la Palestine (8,2 %).

(tableau annexe A.4). Autrement dit, les femmes de ces générations anciennes (âgées de 40-49 ans) ont quasiment toutes été mariées, souvent à un âge précoce comme nous l'avons dit. Mais c'est sans doute sous peu la fin du mariage généralisé et l'apparition, comme sur d'autres continents, d'un célibat « structurel ». En effet, compte tenu du niveau actuel du célibat féminin (et masculin) à 30-39 ans, à des âges où se marier devient de plus en plus difficile, on peut raisonnablement postuler une augmentation sensible du célibat définitif dans les années 2000 et 2010, en particulier au Maghreb.

4. *La polygamie en régression*

La polygamie est autorisée par le droit matrimonial musulman⁽³³⁾. Toutes les sociétés islamiques l'ont pratiquée dans l'histoire⁽³⁴⁾; tous les États continuent à l'autoriser, en dehors de la Tunisie depuis 1956 et de la Turquie depuis 1926⁽³⁵⁾. Mais la polygamie n'a jamais eu, loin s'en faut, la même intensité qu'en Afrique de l'Ouest ou centrale, où elle peut concerner jusqu'à 40 % des femmes (Tabutin et Schoumaker, 2004). Elle n'a jamais été un système matrimonial dominant dans la région, et elle y régresse sensiblement : en Afrique du Nord (Tunisie exclue), en Palestine, en Iran ou en Syrie, la proportion de femmes qui vivent en union polygame n'est plus actuellement que de 3 % à 5 % (tableau annexe A.4); elle ne reste sensiblement plus importante que dans les pays de la péninsule Arabique (autour de 9 %).

5. *Un maintien de l'endogamie familiale*

Le mariage apparenté (entre individus ayant des liens de sang), en particulier le mariage préférentiel (entre cousins germains maternels ou paternels), est une particularité ancienne du système des alliances dans le monde arabe et islamique. Dans la tradition, le mariage endogame était une garantie de l'intégrité du patrimoine, notamment foncier, et de la famille⁽³⁶⁾. Et il était largement pratiqué (Fargues, 1989).

Contrairement à ce que l'on pouvait attendre dans une région qui s'est urbanisée, qui s'est ouverte sur l'extérieur et où l'instruction pro-

⁽³³⁾ Le Coran autorise jusqu'à quatre épouses, à la condition pour l'homme de pouvoir les traiter avec équité.

⁽³⁴⁾ La polygamie existait dans toute la région avant son islamisation.

⁽³⁵⁾ Le code civil turc introduit en 1926 interdit la polygamie et garantit aux femmes et aux hommes une égalité de droits en matière de divorce et d'héritage. Mais elle est toujours présente, notamment dans les régions de l'Est du pays (Ikkaracan, 1998). Dans le droit musulman traditionnel (dont certains éléments demeurent ici et là), le divorce ne peut ou ne pouvait être demandé que par le mari; lors d'un héritage, si le défunt laisse des filles et des fils, ils héritent conjointement mais la part d'un fils est le double de celle d'une fille (pour plus de détails, voir Bosworth *et al.*, 1993, p. 108-115).

⁽³⁶⁾ G. Tillion (1982, p. 83) résumait le problème en écrivant : « le mariage endogame permet de tout garder : les filles et le profit ».

gresse, le mariage entre parents est toujours valorisé et très présent. Parmi les 10 pays repris au tableau 6⁽³⁷⁾, la majorité enregistrent autour de 40 % de mariages apparentés, avec à un extrême la Turquie (23 %) et de l'autre le Koweït (53 %), l'Arabie saoudite (58 %) et la Palestine (66 %). Partout, le mariage entre cousins germains est privilégié.

Si l'endogamie a reculé ici ou là, en Tunisie par exemple (Ben Salem et Locoh, 2001), elle s'est maintenue en Égypte et en Algérie (tableau 6). Elle demeure bien un élément clé des systèmes matrimoniaux dans la région, même « si elle a changé de signification, de forme et de sens dans les nouvelles générations, en s'élargissant à un cercle familial plus large » (Ouadah-Bedidi, 2004, p. 431).

Cela dit, dans 6 pays sur 10 (tableau 6), environ deux mariages sur trois unissent des individus non apparentés ; on n'en est pas à une totale liberté de choix des jeunes hommes et femmes, mais à un certain allègement de l'intervention des familles.

TABLEAU 6. – RÉPARTITION DES MARIAGES SELON LE LIEN DE PARENTÉ ENTRE ÉPOUX DANS QUELQUES PAYS (EN %)

Pays	Date de l'enquête	Cousins germains	Autres parents	Sans lien	Total
Algérie	1970	23	9	68	100
	1986	27	11	62	100
	2002	22	11	67	100
Arabie saoudite	1987	36	22	42	100
Égypte	1991	31	7	62	100
	1995	35	4	61	100
	2000	32	6	62	100
Iran	1991	25	4	71	100
Jordanie	2002	26	17	57	100
Koweït	1987	30	23	47	100
Palestine	1995	30	36	34	100
Tunisie	1995	28	12	60	100
Turquie	1993	15	8	77	100
Yémen	1997	34	6	60	100

Sources : rapports nationaux d'enquêtes.

6. Le divorce et le remariage

La possibilité offerte à l'homme par le droit musulman traditionnel⁽³⁸⁾ de divorcer, répudier unilatéralement sa femme, conduisait à une forte mobilité conjugale dans le passé. Pour Fargues (1986), elle était

⁽³⁷⁾ Dont les résultats reposent sur des questions posées aux femmes qui peuvent être formulées de façon un peu différente selon les pays. En Algérie, par exemple, la question posée lors de l'enquête 2002 était : « Avez-vous un lien de parenté avec votre conjoint ? Si oui, lequel ? » ; au Yémen, on demandait (enquête 1997) : « Y a-t-il une relation de sang entre vous et votre mari ? Préciser laquelle ».

⁽³⁸⁾ Voir Kouaouci (1983) pour les règles inscrites dans le Coran en matière de divorce, remariage, période d'attente, etc.

même un régulateur du marché matrimonial basé, rappelons-le, sur la généralisation du mariage⁽³⁹⁾. Par ailleurs, le divorce sanctionnait fréquemment une union inféconde ou sous-féconde⁽⁴⁰⁾.

Comme dans d'autres régions du monde, le divorce et le remariage sont parmi les phénomènes démographiques les moins bien documentés, par manque de données sur le passé comme sur la période contemporaine⁽⁴¹⁾. Les rares études récentes concluent dans leur ensemble à un recul sensible du divorce dans les sociétés arabes, même s'il demeure encore non négligeable. Le taux de divorce pour 100 mariages⁽⁴²⁾ serait passé en Algérie de 38 % en 1900 à 13 % dans les années 1960 ; celui de l'Égypte de 32 % en 1941-1945 à 14 % en 1996-2000 (Fargues, 2002) ; il serait resté stable en Tunisie des années 1960 aux années 1980 (autour de 15 %). Quant aux probabilités de divorce après 30 ans de mariage, elles étaient dans les années 1970 (d'après les enquêtes EMF) de 14 % en Égypte, de 24 % au Maroc et de seulement 6 % en Syrie. En Algérie, elles sont passées de 40 % (enquête de 1970) à 19 % (enquête de 1992). Si l'on se fie aux données de ces quelques pays, on assiste bien à une relative stabilisation du mariage. En revanche, le divorce serait toujours aussi précoce et semblerait se répandre dans tous les groupes sociaux⁽⁴³⁾.

Comme dans d'autres régions du monde, les remariages sont moins fréquents chez les femmes que chez les hommes, et ils surviennent après des délais un peu plus longs. En Algérie, la proportion d'hommes qui se remariaient après un divorce est deux fois plus importante que celle des femmes (Ouadah-Bedidi, 2004). En Iran, la fréquence du remariage des femmes aurait même baissé de 1977 à 1991 (Ladier-Fouladi, 2003).

7. Disparités géographiques et sociales à l'intérieur des pays

Les rythmes et les modalités de ces transitions de la nuptialité sont divers d'un pays à l'autre, mais aussi entre milieux d'habitat et groupes sociaux dans un même pays. Comme ailleurs dans le monde, les changements ne touchent pas toute la population d'un pays de façon uniforme. Prenons simplement l'exemple des âges médians des femmes au premier mariage selon leur milieu de résidence (urbain/rural) et leur niveau d'instruction, dans les cinq pays qui ont effectué une enquête EDS récente (tableau 7).

⁽³⁹⁾ Dans le passé, l'âge nettement supérieur des hommes au premier mariage conduisait à un déséquilibre des effectifs d'hommes et de femmes en âge de se marier. L'équilibre peut être rétabli si les hommes peuvent se marier à plusieurs femmes, soit simultanément (polygamie), soit successivement (divorce, répudiation).

⁽⁴⁰⁾ *A contrario*, la menace du divorce et de la polygamie pouvait inciter les femmes à avoir une descendance nombreuse.

⁽⁴¹⁾ Rappelons simplement que la mesure de l'intensité et du calendrier du divorce et du remariage nécessite soit un excellent état civil, soit des enquêtes biographiques sur l'histoire complète des unions des hommes et des femmes.

⁽⁴²⁾ Ce taux constitue un piètre indicateur de l'intensité de la divortialité.

⁽⁴³⁾ C'est le cas par exemple en Tunisie.

TABLEAU 7. – ÂGE MÉDIAN AU PREMIER MARIAGE DES FEMMES^(a) SELON LEUR MILIEU DE RÉSIDENCE ET LEUR NIVEAU D'INSTRUCTION DANS CINQ PAYS (EN ANNÉES)

Pays	Date de l'enquête	Milieu d'habitat		Niveau d'instruction			Total
		Urbain	Rural	Illettrée	Primaire	Secondaire ou plus	
Égypte	2000	21,7	18,3	17,3	18,4	22,8	19,9
Jordanie	2002	22,5	21,9	20,4	20,6	23,5	22,4
Maroc	2003	24,0	20,9	20,4	23,8	27,7	22,7
Turquie	1998	20,5	19,9	18,0	19,8	23,8	20,3
Yémen	1997	16,2	16,0	15,8	18,2	24,8	16,2

^(a) Âge auquel 50 % des femmes âgées de 30-34 ans à l'enquête étaient déjà mariées.
Sources : rapports nationaux des dernières enquêtes EDS.

Villes et campagnes se distinguent partout en matière d'âge médian au premier mariage⁽⁴⁴⁾, mais de façon variable selon les pays : les écarts entre âges médians sont encore quasi négligeables au Yémen où la moitié des femmes étaient déjà mariées à 16 ans ; ils sont faibles en Jordanie et en Turquie, élevés (3 années environ) au Maroc et en Égypte. C'est surtout – et ce résultat est classique – le niveau d'instruction des femmes qui joue sur leur âge d'entrée en union : entre les femmes illettrées et celles qui ont reçu une instruction primaire, la hausse est déjà sensible (y compris au Yémen), et celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur se marient beaucoup plus tardivement, de 23 ans en Égypte à près de 28 ans au Maroc.

Il en est de même pour d'autres éléments de la nuptialité : le célibat est prolongé beaucoup plus longtemps dans les villes, notamment dans les plus grandes, et bien sûr chez les hommes et les femmes les plus instruits, pour lesquels le célibat définitif risque sous peu d'être une réalité tangible. La polygamie serait un peu plus répandue dans les campagnes que dans les villes, et dans les groupes les moins instruits. Il en serait de même pour l'endogamie familiale, présente partout mais qui tend, au moins en Algérie, à baisser avec la hausse du niveau d'instruction des hommes et des femmes. De même, le divorce est souvent plus fréquent dans le monde urbain que dans le monde rural (Libye, Algérie).

Tout cela conduit à *la coexistence aujourd'hui de plusieurs régimes de nuptialité dans un même pays*, à des modèles différents selon le groupe social, le milieu de résidence ou la région. Rien de surprenant dans la mesure où la modernité, l'ouverture culturelle, les rapports entre les hommes et les femmes, les effets de la crise ou du développement diffèrent d'une sous-population à une autre, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient comme ailleurs dans le monde. Ces transformations matrimoniales diverses et parfois rapides vont avoir une influence non négligeable sur les niveaux et tendances de la fécondité générale dans les pays.

⁽⁴⁴⁾ Âge auquel 50 % des femmes âgées de 30-34 ans à l'enquête avaient déjà été mariées. Ces médianes sont plus faibles que les moyennes présentées précédemment.

VIII. La fécondité : des changements importants d'intensité et de calendrier

Dans l'ensemble de la région (moyenne des 20 pays), la baisse de la fécondité a été spectaculaire depuis une vingtaine d'années : au-delà de 6 enfants par femme jusqu'en 1975 (tableau A.6 en annexe), elle était encore de 5,7 enfants en 1980-1984 avant de chuter à 4,2 au début des années 1990, puis à 3,1 vers 2002. Cette diminution d'ensemble, assez tardive par rapport à d'autres régions mais rapide, cache une disparité des rythmes de baisse entre les trois sous-régions, mais surtout selon les pays, les groupes sociaux et les milieux d'habitat.

1. Des déclins présents partout mais à des rythmes divers

La comparaison des indices synthétiques de fécondité des 20 pays en 1970-1974 et en 2000-2004 (figure 9)⁽⁴⁵⁾ montre clairement que la baisse est générale mais très inégale. Dans une dizaine de pays, très différents sur le plan socio-économique (de la Tunisie et l'Algérie à la Jordanie, au Koweït et au Qatar), ils sont passés de 6 à 8 enfants par femme dans les années 1970 à un nombre compris entre 2 et 3 aujourd'hui. Parmi ces pays, six sont en voie d'achever leur transition de la fécondité, en approchant de 2,1 enfants par femme : ce sont l'Algérie, la Tunisie, le Maroc, l'Iran, le Liban et la Turquie, qui ont devancé Israël, le pays de loin le moins fécond il y a trente ans. À l'autre extrême, le Yémen, l'Irak et la Palestine comptent toujours 5 ou 6 enfants par femme. L'hétérogénéité intra-régionale a sensiblement augmenté.

Quelques cas particuliers, bien documentés, permettent d'illustrer la diversité et la spécificité des histoires transitionnelles.

2. Cinq exemples de transition de la fécondité depuis 1960

Il s'agit de cinq pays (figure 10) disposant de bonnes séries chronologiques et qui, d'une certaine façon, représentent bien la diversité des histoires dans la région. Ces pays (Algérie, Égypte, Iran, Jordanie et Tunisie) partent tous d'une fécondité générale très élevée au début des années 1960 (entre 7 et 8 enfants par femme), presque sans contrôle délibéré des naissances. La Tunisie⁽⁴⁶⁾ et l'Égypte sont les premiers pays où la fécondité commence à baisser, alors que sont mis en place des programmes de planification familiale vers la fin des années 1960. Mais les évolutions divergent

⁽⁴⁵⁾ Elle est basée sur les données les plus récentes des Nations unies (2005) qui sont présentées dans le tableau annexe A.6.

⁽⁴⁶⁾ Pour plus de détails, voir par exemple Sandron (1998).

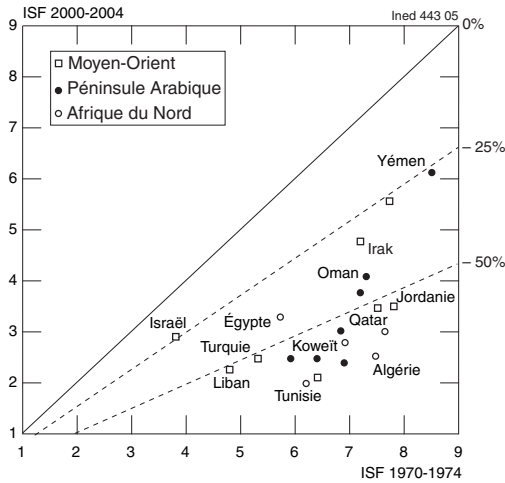


Figure 9.— Évolution des indices synthétiques de fécondité de 1970-1974 à 2000-2004 dans les 20 pays (nombre d'enfants par femme)

Note : Les diverses droites correspondent aux rythmes de déclin indiqués.
Source : Nations unies (2005).

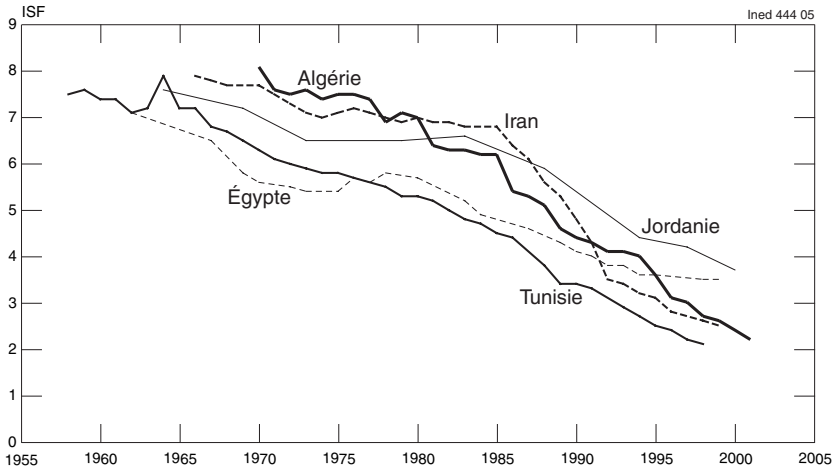


Figure 10.— Évolution de l'indice synthétique de fécondité de 1960 à 2000 dans cinq pays (nombre moyen d'enfants par femme)

Sources : Ouadah-Bedidi (2004) pour l'Algérie; Ladiet-Fouladi (2003) pour l'Iran; Fargues (2002) pour l'Égypte; rapports nationaux d'enquêtes pour la Jordanie; Waltisperger *et al.* (2001) pour la Tunisie.

dans les deux pays à partir de 1974. En Tunisie, la fécondité continue à diminuer de façon régulière, jusqu'à 2,1 enfants par femme actuellement, tandis qu'en Égypte, elle connaît une évolution à la fois plus chaotique, plus lente, et finalement plus incertaine : on observe une légère reprise après la démobilisation suivant la guerre de 1973 avec Israël, un nouveau recul de 1980 à 1990, suivi d'une quasi-stagnation autour de 3,5 enfants par femme depuis lors⁽⁴⁷⁾. Dans les trois autres pays en revanche, la fécondité ne varie guère jusqu'à la fin des années 1970. Il faudra attendre 1981 en Algérie, et surtout 1986 (après le lancement officiel d'un programme de planification familiale en 1983), pour la voir rapidement diminuer, 1984 en Iran pour la voir décrocher très brutalement (après l'instauration de la République islamique en 1979, dans un contexte de forte crise économique, cinq ans avant la réactivation du programme de limitation des naissances), et enfin le milieu des années 1980 en Jordanie, où la transition sera plus douce que dans les deux autres pays et conforme à ce qui s'est passé dans un bon nombre d'autres.

3. Des changements conséquents et divers dans le calendrier des naissances

Ces changements d'intensité de la fécondité se sont accompagnés d'évolutions notables de calendrier. En guise d'illustration, prenons deux autres pays, le Maroc et la Turquie, où là aussi la fécondité générale est passée en une trentaine d'années de 6 à 2,5 enfants par femme, soit une baisse de 58 %. Au vu de la figure 11 qui présente l'évolution des taux par âge sur la période, la fécondité diminue sensiblement à tous les âges, mais à des rythmes divers. Le recul relatif le plus prononcé se produit à moins de 25 ans au Maroc (en relation avec la forte augmentation du célibat à ces âges) et au-delà de 35 ans en Turquie (importance du recours à la contraception d'arrêt)⁽⁴⁸⁾. Pour un même nombre d'enfants dans les deux pays, cela conduit vers 2000 à des calendriers dissemblables de la fécondité et à un âge moyen à la maternité sensiblement plus jeune en Turquie (26,6 ans) qu'au Maroc (29,1 ans).

Cela montre clairement que la transition de la fécondité générale peut prendre des chemins divers, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient comme dans le reste du monde. Après cet examen de la fécondité générale, qui dépend en partie des évolutions de l'âge au mariage⁽⁴⁹⁾, importantes dans certains pays, nous allons nous concentrer sur la fécondité dans le mariage.

⁽⁴⁷⁾ Fargues (2002, p. 184-185) ne l'attribue pas directement au discours islamiste, mais indirectement « à une réislamisation des comportements ordinaires, de certaines pratiques en accord avec les préceptes réels ou supposés de la religion », comme le maintien d'un âge au mariage relativement précoce en Égypte.

⁽⁴⁸⁾ Résultats de calculs non présentés ici.

⁽⁴⁹⁾ Mais aussi des intensités et des calendriers du divorce, du veuvage et du remariage.

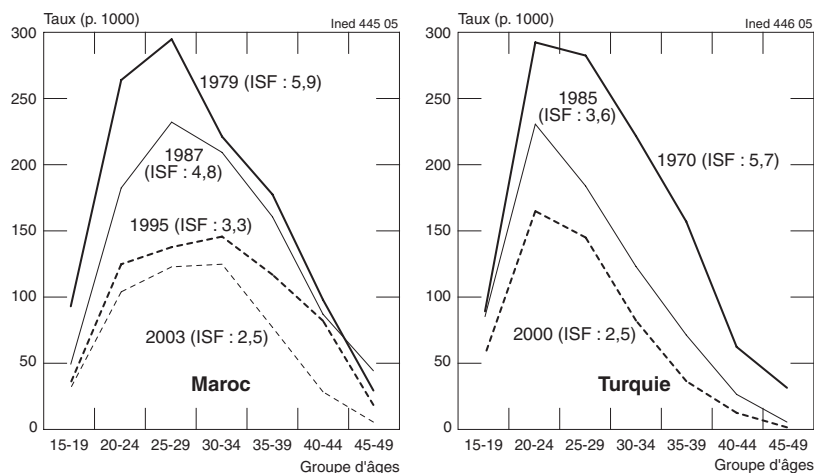


Figure 11. – Évolution des taux de fécondité générale par âge au Maroc et en Turquie des années 1970 aux années 2000 (p. 1000)

Sources : différentes enquêtes de fécondité dans chacun des pays (Voir tableau A.1 en annexe).

4. Des fécondités dans le mariage encore relativement élevées

Le tableau 8 compare les indices synthétiques de fécondité générale et légitime dans 10 pays pour les années 1990. L'évolution de la fécondité dans le mariage dépend essentiellement des pratiques d'espacement ou d'arrêt de la fécondité.

La fécondité dans le mariage reste toujours relativement importante dans la région : en dehors de la Turquie (3,1 enfants) et sans doute d'Israël, une femme mariée à 15 ans et qui le demeurerait jusqu'à 50 ans aurait finalement autour de 6 enfants (de 5,1 en Égypte à 8,0 au Yémen et en Arabie saoudite). Dans un pays comme l'Algérie où la fécondité générale est aujourd'hui très basse (2,2 enfants), la fécondité légitime atteint encore 6 enfants (Ouadah-Bedidi, 2004). Mais elle a fortement baissé, passant de 11 enfants en 1970 à 8,3 en 1992 puis à 6,0, résultat d'une pratique accrue de la contraception chez les couples mariés.

5. Le fléchissement du désir d'enfants : vers un nouveau modèle familial ?

Dans tous les pays de la région, le désir d'enfants est toujours puissant et l'image de la famille très valorisée, mais la demande d'enfants recule un peu partout. Tous les indicateurs disponibles dans les neuf pays

TABLEAU 8. – INDICES SYNTHÉTIQUES DE FÉCONDITÉ GÉNÉRALE ET LÉGITIME^(a) POUR QUELQUES PAYS DANS LES ANNÉES 1990 (NOMBRE D'ENFANTS PAR FEMME)

Pays	Date de l'enquête	Fécondité générale	Fécondité légitime
Algérie	2002	2,2	6,0
Arabie saoudite	1987	6,5	7,8
Bahreïn	1989	4,2	6,0
Égypte	1995	3,7	5,1
Émirats arabes unis	1989	5,9	7,2
Jordanie	1997	4,5	6,2
Maroc	1995	3,4	5,2
Tunisie	1995	2,6	6,1
Turquie	1998	2,6	3,1
Yémen	1997	6,7	8,0

^(a) L'indice synthétique de fécondité générale est le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait durant toute sa vie féconde les conditions de fécondité du moment. L'indice de fécondité légitime est le nombre d'enfants qu'aurait une femme qui demeurerait mariée de 15 à 49 ans dans les conditions de fécondité du moment. Nous l'avons calculé en sommant les taux publiés de fécondité par durée de mariage.

Sources : rapports nationaux d'enquêtes (tableau annexe A.1).

pour lesquels on a l'information vont globalement dans le même sens. Par exemple, le nombre idéal d'enfants diminue depuis 15 ans chez les femmes mariées de 15-49 ans, et des générations les plus âgées aux générations les plus jeunes. La proportion de femmes mariées de 30-34 ans qui déclarent ne plus vouloir d'enfants augmente⁽⁵⁰⁾. Il en est de même chez celles qui ont déjà trois enfants. De plus en plus de couples sont prêts à contrôler les naissances, notamment dans les villes et parmi les groupes sociaux les plus favorisés.

L'indicateur de désir d'enfants varie selon les pays. Parmi les femmes mariées de 25-34 ans, la fécondité idéale va de 2,5 enfants en Turquie à 4,4 en Palestine et 4,6 au Yémen (tableau annexe A.7). Elle est proche de la fécondité réalisée (ISF) en Jordanie, en Turquie et au Maroc; elle y est nettement supérieure en Algérie (près d'un enfant) et bien inférieure dans les deux pays à forte fécondité (Yémen et Palestine).

Tous les indicateurs de nuptialité (vus précédemment) et de fécondité suggèrent que *de profonds changements du modèle familial traditionnellement dominant sont en cours dans la région*. Globalement, on passe de la famille nombreuse à un modèle plus restreint et nucléarisé, en raison sans doute des conditions de vie difficiles dans nombre de pays (emploi, logement, coût de la vie, etc.), mais aussi de l'environnement (urbanisation) et des changements culturels. Au niveau national, le modèle n'est pas (encore) celui des deux enfants par couple, car il y a toujours une grande diversité des normes et comportements en matière de reproduction à l'intérieur même des pays.

⁽⁵⁰⁾ Elle est passée de 70 % à 77 % en Égypte entre 1988 et 2000, et de 47 % à 56 % au Maroc entre 1987 et 1995.

6. La diversification sociale et spatiale des modèles de reproduction dans les pays

Dans l'histoire de toutes les sociétés, la transition de la fécondité au niveau national se fait par étapes : la baisse de la fécondité ne débute jamais au même moment dans toutes les régions et tous les groupes sociaux d'un pays, et elle ne va pas au même rythme. Il est toujours des groupes sociaux (ou des régions) en avance sur d'autres, culturellement plus ouverts au progrès ou s'adaptant plus facilement aux effets de la crise. En d'autres termes, on assiste d'abord à une diversification des stratégies de vie (ou de survie) – dont la fécondité est partie constituante –, puis à une convergence progressive des comportements. Comme ailleurs, les transitions de la fécondité dans la région passent par la ville, l'accès à l'éducation et le groupe social. En guise d'illustration, le tableau 9 présente les différences de fécondité réalisée et idéale selon le milieu d'habitat, le niveau d'instruction des femmes et les deux régions extrêmes dans cinq pays qui en sont actuellement à différents stades de la transition.

TABLEAU 9.– INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ET NOMBRE MOYEN IDÉAL
D'ENFANTS^(a) SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE DES FEMMES,
LEUR NIVEAU D'INSTRUCTION ET POUR LES RÉGIONS EXTRÊMES DANS LE PAYS (5 PAYS)

Pays	Indice	Milieu de résidence		Niveau d'instruction			Régions extrêmes		Total
		Urbain	Rural	Illettrées	Primaire	Secondaire ou plus	Minimum	Maximum	
Égypte (2000)	ISF	3,1	3,9	4,1	3,8	3,2	2,9	4,7	3,5
	Nombre idéal	2,7	3,1	3,3	3,0	2,6	2,6	3,5	2,9
Jordanie (2002)	ISF	3,5	4,2	3,7	3,8	3,7	3,5	4,0	3,7
	Nombre idéal	4,2	4,5	4,8	4,4	4,1	4,1	4,6	4,2
Maroc (2003)	ISF	2,1	3,0	3,0	2,3	1,8	1,8	3,1	2,5
	Nombre idéal	2,7	3,3	3,3	2,7	2,4	2,5	3,4	2,9
Turquie (1998)	ISF	2,4	3,1	3,9	2,4	1,6	2,0	4,2	2,6
	Nombre idéal	2,4	2,6	2,9	2,4	2,1	2,3	3,1	2,5
Yémen (1997)	ISF	5,0	7,0	6,9	4,7	3,1	5,8	6,6	6,5
	Nombre idéal	4,1	4,6	4,6	4,0	3,7	4,4	4,7	4,5

^(a) déclaré par les femmes mariées de 15-49 ans.

Sources : rapports nationaux des dernières enquêtes EDS.

Partout, *villes et campagnes* sont bien distinctes tant en matière de fécondité réalisée que de fécondité idéale. Dans tous les pays, la fécondité est sensiblement plus basse dans le monde urbain, y compris au Yémen, pourtant en tout début de transition⁽⁵¹⁾, mais ces différences villes-campagnes ont dans l'ensemble sensiblement diminué au cours des années 1990. De même, la fécondité idéale est toujours plus faible dans les villes. Ces différences entre mondes urbain et rural évoluent dans le temps, comme celles que l'on observe entre groupes sociaux ou selon le niveau d'instruction. Le cas de l'Algérie (tableau 10) en est un exemple. Peu

⁽⁵¹⁾ Avec toutefois une fécondité dans les villes qui atteint encore 5 enfants par femme.

TABLEAU 10.— ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ EN ALGÉRIE DE 1970 À 2002 SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE (NOMBRE D'ENFANTS PAR FEMME)

Année de l'enquête	Urbain (1)	Rural (2)	Total	Rapport (2)/(1)
1970	7,3	8,5	8,1	1,16
1986	4,5	7,1	6,3	1,58
1992	3,6	5,3	4,4	1,47
1998	2,4	3,0	2,7	1,25
2002	2,0	2,5	2,2	1,25

Sources : rapports d'enquêtes (cf. tableau A 1).

importantes dans les années 1970 (avec partout une forte fécondité), les disparités se creusent dans les années 1980 quand les changements de normes et de comportements apparaissent dans les villes, avant de se réduire dans les années 1990 quand ceux-ci se « diffusent » rapidement dans les campagnes.

Dans certaines capitales ou très grandes villes, la fécondité est aujourd'hui particulièrement faible : des villes comme Alger, Rabat, Casablanca ou Istanbul ont achevé leur transition de la fécondité, qui atteint désormais un peu moins de deux enfants par femme. Le désir d'enfants y est faible, le mariage des hommes et des femmes très tardif et la contraception fort répandue.

De même, le rôle de *l'instruction des femmes* s'affirme dans la région, comme ailleurs dans le monde. En dehors de la Jordanie⁽⁵²⁾, le simple fait d'avoir suivi un enseignement primaire modifie déjà sensiblement les comportements ; l'accès à l'enseignement secondaire ou supérieur accentue considérablement les changements (tableau 9). C'est en Turquie et au Maroc que l'accès à l'éducation est le plus discriminant. Nous l'avons vu pour l'âge au mariage, nous le verrons pour la contraception et l'allaitement, l'instruction modifie considérablement le rôle des variables intermédiaires de la fécondité.

De même, il existe toujours de sensibles *différences régionales* de fécondité à l'intérieur des pays, des différences qui vont de 0,5 enfant par femme à 2,2 enfants entre les régions extrêmes de nos 5 pays (tableau 9). Elles sont encore particulièrement élevées en Turquie (région Ouest/région Est), au Maroc (Grand Casablanca/Tanger-Tétouan) et en Égypte (Gouvernorats urbains/Haute Égypte).

En définitive, la relative homogénéité sociale et spatiale des années 1970 et 1980 est bien révolue, même si les pays en sont à des stades différents de transition.

⁽⁵²⁾ Où, de façon étonnante, il n'y a guère de différences de fécondité selon le niveau d'instruction des femmes dans l'enquête de 2002, comme dans celle de 1997.

7. Développement humain et mortalité des enfants : des corrélations floues avec la fécondité

Contrairement à ce que l'on observe au niveau mondial ou dans d'autres régions du monde, comme l'Afrique sub-saharienne (Tabutin et Schoumaker, 2004), en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, il n'y a pas vers 2002 de relation étroite entre la fécondité et l'indice de développement humain⁽⁵³⁾, ni de relation entre la fécondité et la mortalité des enfants (figures 12 et 13)⁽⁵⁴⁾.

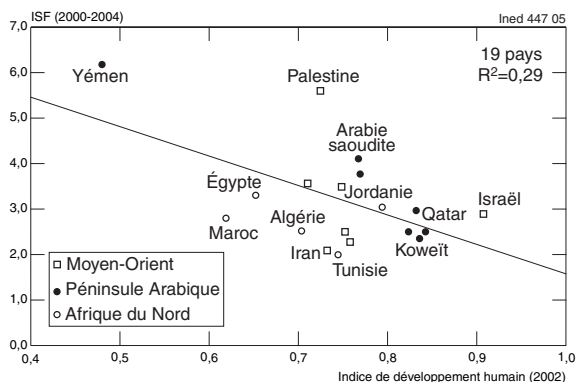


Figure 12.— Relation entre l'indice synthétique de fécondité et l'indice de développement humain dans 19 pays vers 2002

Note : l'IDH n'est pas disponible pour l'Irak en 2002.

Sources : Nations unies (2005) et PNUD (2004).

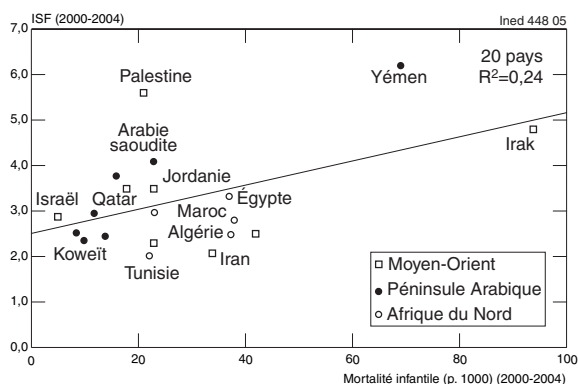


Figure 13.— Relation entre l'indice synthétique de fécondité et la mortalité infantile dans 20 pays vers 2002

Source : Nations unies (2005).

⁽⁵³⁾ Indicateur proposé par le PNUD (1990) qui, rappelons-le, combine l'espérance de vie, la scolarisation, l'alphabétisation et le PIB/habitant (voir note du tableau annexe A 14)

Certes, les corrélations sont statistiquement significatives ($R^2 = 0,29$ avec l'IDH, $R^2 = 0,24$ avec la mortalité infantile), mais la dispersion des points est considérable. Par exemple, pour un même niveau de développement humain (IDH) autour de 0,73, les fécondités vont de 2,0 enfants (Tunisie) à 4,1 (Arabie saoudite) et même 5,6 (Palestine) ; à l'inverse, pour une même fécondité (autour de 3 enfants), l'indice de développement va de 0,62 au Maroc à 0,91 en Israël. Il en est de même pour la mortalité infantile : à un bas niveau (de l'ordre de 22 ‰), se retrouvent la Tunisie avec 2,0 enfants, l'Arabie avec 4,1 enfants et la Palestine avec 5,6 enfants ; à 3 enfants environ, la mortalité va de 5 ‰ (Israël) à 40 ‰ en Égypte. En définitive, *de nombreux pays de la région, notamment du Moyen-Orient et de la péninsule Arabique, ont aujourd'hui une fécondité sensiblement supérieure à ce qu'elle serait ailleurs à un niveau équivalent de développement et de santé*. Cette quasi-absence de relations confirme également la spécificité des histoires nationales et la diversité des chemins que prend la transition de la fécondité.

IX. Les déterminants proches de la fécondité : les rôles essentiels du mariage et de la contraception

Le niveau de la fécondité générale d'une population à un moment donné dépend à la fois de ses normes et pratiques en matière d'âge au mariage, d'allaitement, d'abstinence sexuelle *post-partum*, d'avortement et bien sûr de contraception (d'espacement et d'arrêt)⁽⁵⁵⁾.

Un mariage précoce des femmes, une absence de contrôle délibéré des naissances dans le mariage, une abstinence sexuelle *post-partum* assez courte ainsi qu'un allaitement universel et prolongé constituaient le modèle traditionnel des déterminants proches⁽⁵⁶⁾ de la fécondité dans le monde arabe et musulman de la région. Nous l'avons dit, il conduisait à des fécondités générales et légitimes très élevées, autour respectivement de 8 et 10 enfants, et à des intervalles entre naissances assez courts, de l'ordre de 24 mois. Qu'en est-il aujourd'hui ? Les données les plus récentes par pays, qui vont de 1995 à 2003⁽⁵⁷⁾, sont présentées dans le tableau annexe A.8.

Au vu des quelques données récentes et comparables dont on dispose, l'*intervalle entre naissances* (tableau annexe A.7) aurait sensiblement augmenté : calculé sur l'ensemble des femmes de 15-49 ans, le dernier intervalle médian est de 34 mois en Égypte, de 37 mois en Turquie et de 42 mois en Algérie et au Maroc. Cette tendance indique une pratique

⁽⁵⁵⁾ On pourrait ajouter la mortalité intra-utérine et la fréquence des rapports sexuels que nous n'aborderons pas ici faute de données adéquates.

⁽⁵⁶⁾ Ces déterminants sont qualifiés de proches par rapport aux déterminants dits lointains (ou de fond) que sont l'instruction, l'urbanisation, la mortalité, le système de production économique, la religion, etc. On les qualifie aussi de « variables intermédiaires » de la fécondité.

⁽⁵⁷⁾ En dehors de l'Irak dont la dernière enquête nationale remonte à 1989.

accrue de l'espacement des naissances. En revanche, en Palestine et au Yémen, les intervalles entre naissances restent à des niveaux traditionnels, atteignant respectivement 22 et 28 mois.

1. L'abstinence post-partum et l'allaitement : peu de bouleversements

L'abstinence sexuelle *post-partum* et l'allaitement sont deux des variables qui peuvent influencer sur la durée d'infécondité *post-partum*, celle qui suit une naissance.

L'*abstinence sexuelle post-partum* est traditionnellement courte dans le monde arabo-musulman⁽⁵⁸⁾, où il est souvent fait référence à une norme de 40 jours⁽⁵⁹⁾. Au vu des résultats dont on dispose depuis 30 ans, on est toujours autour de cette durée, avec une valeur médiane de 1,7 à 1,9 mois dans les dernières enquêtes EDS (tableau annexe A.8). Celle-ci n'a guère varié dans le temps ; elle est simplement un peu plus courte en ville et chez les couples instruits ou plus jeunes⁽⁶⁰⁾.

L'*allaitement*⁽⁶¹⁾ est toujours très largement pratiqué dans la région et il est dans l'ensemble plutôt long, avec des durées médianes qui sont de 11 ou 12 mois en Palestine, Turquie ou Libye, de 13 à 15 mois en Algérie, au Maroc, en Jordanie ou en Tunisie, et atteignent même 18 mois en Égypte et au Yémen (tableau annexe A.8). Dans l'ensemble, il n'y a pas de changements notables depuis une quinzaine d'années. Néanmoins, cette variabilité entre pays s'accompagne d'une diversification plus ou moins importante des normes et pratiques à l'intérieur des pays. En Égypte (EDS 2000) par exemple, les durées d'allaitement, très longues en moyenne nationale, se maintiennent en ville comme dans les campagnes, et varient peu selon le niveau d'instruction ou la région de résidence des mères. En revanche, en Turquie (EDS 1998), les pratiques sont plus différenciées selon le milieu de résidence et le groupe social, même si globalement la durée d'allaitement se maintient autour de 12 mois. Au Maroc, les changements de comportement de certains groupes sont encore plus nets. Relativement faibles au début des années 1980 (enquête de 1979-1980), les différences entre villes et campagnes se sont fortement accrues : la durée médiane d'allaitement en 2003 n'est plus que de 11 mois en milieu urbain contre 16 en milieu rural ; elle tombe même à 9 et 8 mois parmi les femmes les plus instruites et du groupe social le plus favorisé, contre

⁽⁵⁸⁾ En comparaison notamment des pratiques prolongées de l'Afrique sub-saharienne.

⁽⁵⁹⁾ Selon Kouaouci (1983), on ne trouve cette norme ni dans le Coran, ni dans la sunna (la tradition).

⁽⁶⁰⁾ Sauf en Jordanie (2002) où les comportements sont encore une fois très proches.

⁽⁶¹⁾ Il est fait explicitement référence à sa durée dans le Coran : « deux ans pleins » (sourate 2, verset 233). Selon Kouaouci (1983, p. 40), « cette durée est à interpréter comme un maximum puisque le Coran précise que le père et la mère peuvent décider de sevrer quand ils le jugent meilleur pour l'une ou l'autre partie, ou les deux, ou uniquement pour l'enfant ». Il est aussi permis de placer l'enfant en nourrice.

16 mois parmi les illettrées et les plus pauvres. Cette rupture assez radicale avec la tradition semble avoir été moins brutale en Tunisie (Ayad et Jemai, 2001). En tout cas, il n'y a nulle part de différences significatives d'allaitement selon le sexe de l'enfant.

2. *Les progrès rapides et diversifiés de la contraception moderne*

La région n'est plus du tout dans la situation du début des années 1980, où en dehors de la Tunisie, de l'Égypte et d'Israël, le recours à la contraception moderne était particulièrement faible, avec des prévalences de 4 % à 10 % chez les femmes mariées de la plupart des pays. Les progrès ont été considérables, depuis 1985 notamment, même s'ils varient beaucoup d'une sous-région à une autre et d'un pays à l'autre. Les prévalences contraceptives par pays (toutes méthodes, méthodes modernes) sont présentées dans le tableau annexe A.8. La figure 14 illustre la variabilité de la contraception dans la région et sa relation avec la fécondité.

La *connaissance des méthodes contraceptives* est aujourd'hui largement répandue dans la région. Si l'on se fie aux résultats des enquêtes les plus récentes, entre 90 % et 98 % des femmes mariées déclarent, dans la plupart des pays, connaître au moins une méthode moderne⁽⁶²⁾. La pratique contraceptive relève désormais essentiellement de la demande des couples ainsi que de l'offre de services (accessibilité géographique ou culturelle, coût et qualité).

Autour de l'année 2000⁽⁶³⁾, la *prévalence de la contraception moderne* chez les femmes en union âgées de 15-49 ans était supérieure à 40 % dans 9 pays de la région, entre 20 % et 40 % dans 9 autres, ne demeurant particulièrement faible qu'au Yémen (10 %) et à Oman (18 %). Les trois pays du Maghreb, l'Égypte, Israël et l'Iran se détachent de façon notable, avec des prévalences aux environs de 55 % aujourd'hui (figure 14). En revanche, en dehors du Koweït, les pays de la péninsule Arabique sont nettement en retrait (autour de 30 % en 1996).

C'est une *véritable révolution contraceptive* que viennent de connaître les trois pays du Maghreb, l'Iran, et dans une moindre mesure le Liban, à un rythme inattendu il y a seulement 20 ans : ainsi, au Maroc par exemple, le taux de recours à la contraception moderne est passé de 19 % à 55 % en 22 ans ; en Algérie, il est passé de 22 % à 52 % en 20 ans.

Globalement, et conformément à ce que l'on observe ailleurs, la pratique contraceptive moderne est négativement corrélée avec la fécondité générale (figure 14), de façon très significative avec un coefficient de détermination de 0,73. Les choses sont particulièrement claires dans les situations extrêmes, un peu plus floues dans les pays en position

⁽⁶²⁾ Dans le pays le moins avancé en la matière, le Yémen, le taux est de 79 %.

⁽⁶³⁾ Les résultats des enquêtes datent de 1996 à 2003 selon les pays.

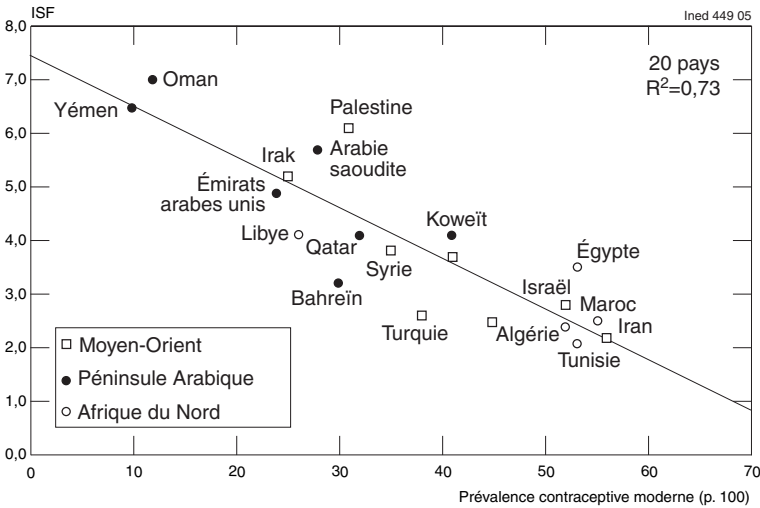


Figure 14.– Relation entre l'indice synthétique de fécondité et la prévalence contraceptive des femmes mariées (15-49 ans) vers 2000

Sources : rapports nationaux des enquêtes.

intermédiaire : ainsi, pour des prévalences contraceptives d'environ 30 %, les fécondités vont de 3 à 6 enfants par femme. La relation avec la fécondité dans le mariage, que nous n'avons pas présentée faute de données en nombre suffisant, eut été encore plus étroite.

Comme ailleurs dans le monde, la contraception s'est diffusée et se diffuse des villes aux campagnes, des couples les plus instruits et favorisés aux couples les plus déshérités. Tous les pays n'étant pas encore au même niveau, il en résulte des différences sensibles entre milieux ou groupes sociaux selon les pays. Dans ceux qui sont les plus avancés en matière de planification familiale (exemples de l'Égypte et du Maroc au tableau 11), les

TABEAU 11.– PROPORTION DE FEMMES MARIÉES (15-49 ANS) UTILISANT UNE MÉTHODE MODERNE DE CONTRACEPTION SELON LEUR MILIEU DE RÉSIDENCE ET LEUR NIVEAU D'INSTRUCTION (EN %)

Pays	Milieu de résidence		Niveau d'instruction			Total
	Urbain	Rural	Illettrées	Primaire	Secondaire ou plus	
Égypte (2000)	59	50	50	55	59	53
Jordanie (2002)	43	36	33	36	43	41
Maroc (2003)	56	53	54	57	56	55
Turquie (1998)	41	31	28	39	53	38
Yémen (1997)	21	6	8	17	31	10

Sources : rapports nationaux des dernières enquêtes EDS.

inégalités sociales ou géographiques sont aujourd'hui relativement petites, avec néanmoins toujours un léger avantage pour les femmes urbaines et instruites. Elles sont nettement plus importantes dans les pays à couverture contraceptive intermédiaire (Turquie et Jordanie dans le tableau 11). Elles sont énormes au Yémen, où la politique contraceptive en est à ses débuts.

Quant aux *méthodes modernes utilisées* dans un but d'espacement ou d'arrêt, elles diffèrent sensiblement d'un pays à l'autre⁽⁶⁴⁾. La pilule domine toujours largement au Maroc et en Algérie (respectivement adoptée par 73 % et 90 % des utilisatrices de méthodes modernes), tandis que le stérilet a pris de loin la première place en Égypte, en Tunisie, en Palestine et en Jordanie (de 55 % à 65 % des utilisatrices). Le préservatif reste dans l'ensemble peu utilisé, sauf en Turquie (22 %). Quant à la stérilisation féminine, longtemps mal perçue et peu pratiquée, elle progresse dans des pays comme le Maroc, la Jordanie et la Turquie (entre 5 % et 10 % chez les femmes mariées déclarant utiliser une méthode moderne) ; elle est même devenue la deuxième méthode en Tunisie, après le stérilet. Parmi les *méthodes traditionnelles*, sont essentiellement déclarés le retrait et l'abstinence périodique et parfois l'allaitement prolongé⁽⁶⁵⁾.

Au total, dans les reculs sensibles de la fécondité générale précédemment décrits, quelles sont les parts respectives à attribuer à l'augmentation de l'âge au mariage des femmes et à l'extension de la contraception chez les couples mariés ?

3. Les rôles respectifs de la contraception et de la nuptialité dans les déclinés de la fécondité

Nous limiterons notre analyse aux trois pays du Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie) qui, en une trentaine d'années, ont connu les changements les plus importants tant en matière de nuptialité que de contraception. Des changements que l'on va parfois jusqu'à qualifier de révolutions matrimoniales et contraceptives. Nous synthétiserons simplement les résultats de trois travaux récents⁽⁶⁶⁾ sur le Maroc (Bakass, 2003), l'Algérie (Ouadah-Bedidi, 2004), et la Tunisie (Ayad et Jemai, 2001). Ces recherches utilisent une même méthodologie, le modèle de Bongaarts. Il permet de décomposer les effets réducteurs sur la fécondité des trois grandes variables que sont la durée d'infécondité *post-partum* (liée essentiellement à la durée d'allaitement

⁽⁶⁴⁾ Pour une analyse approfondie de la dynamique contraceptive, voir par exemple les travaux de Bakass (2003) sur le Maroc.

⁽⁶⁵⁾ Le poids de ces pratiques traditionnelles dans l'ensemble de la contraception varie considérablement d'un pays à l'autre : il est de 50 % au Yémen et à Bahreïn, de 27 % en Jordanie et en Palestine, de 13 % au Maroc, de 10 % en Arabie saoudite, et de 4 % seulement en Égypte (proportions calculées à partir des rapports nationaux des enquêtes). De façon étonnante, il n'y a pas de relation entre la part des méthodes traditionnelles et le niveau global de la contraception.

⁽⁶⁶⁾ Pour quelques travaux plus anciens sur les facteurs à l'origine du recul des taux de natalité (progression de l'âge au mariage, contrôle des naissances dans le mariage et évolution des structures d'âge), voir Tabutin (1982) sur le Maghreb et Kouaouci (1992) sur l'Algérie.

ment), le recul du mariage et les progrès de la contraception⁽⁶⁷⁾. Plus précisément, il permet d'« expliquer » les écarts entre une fécondité générale observée à un moment donné (5 enfants par femme par exemple) et une fécondité potentielle (ou théorique) maximale (estimée en moyenne par J. Bongaarts à 15,3 enfants).

Le tableau 12 classe pour chaque pays les trois grands facteurs réducteurs de la fécondité pour les trois décennies 1970, 1980 et 1990. Dans les années 1970, la réduction de la fécondité (par rapport au maximum théorique) est due en premier lieu à l'infécondité *post-partum*, mais la nuptialité joue déjà un rôle alors que l'effet de la contraception est faible⁽⁶⁸⁾. Ce dernier va s'affirmer dans les trois pays dès le milieu des années 1980 et s'accroître dans les années 1990, tout comme l'effet de la nuptialité, avec les fortes augmentations des âges féminins au mariage (voir section VII). À l'avenir, il est probable que l'effet de la contraception va s'accroître encore et que celui de la nuptialité va se tasser, compte tenu des calendriers déjà tardifs du mariage. Quant à l'effet de l'allaitement (qui n'a guère évolué depuis 25 ans), il dépendra de l'intensité des changements de comportements.

Finalement, sur l'ensemble des 30 dernières années, l'augmentation de l'âge au mariage des femmes et la diffusion de la contraception auront presque autant contribué au recul rapide de la fécondité, mais à des périodes différentes.

TABEAU 12.— CLASSEMENT (PAR ORDRE D'IMPORTANCE) DES TROIS GRANDS FACTEURS RÉDUCTEURS DE LA FÉCONDITÉ AU MAGHREB DANS LES ANNÉES 1970, 1980 ET 1990

Pays	Vers 1975	Vers 1986	Vers 2000
Algérie	1. allaitement 2. nuptialité 3. contraception (négligeable)	1. contraception 2. nuptialité et allaitement	1. contraception 2. nuptialité et allaitement
Maroc	1. allaitement 2. nuptialité 3. contraception (faible)	1. contraception 2. allaitement 3. nuptialité	1. contraception 2. nuptialité 3. allaitement
Tunisie	1. allaitement 2. contraception et nuptialité	1. contraception 2. nuptialité et allaitement	1. contraception 2. nuptialité 3. allaitement

Sources : synthèse des résultats de Bakass (2003) sur le Maroc, de Ouadah-Bedidi (2004) sur l'Algérie et de Ayad et Jemai (2001) sur la Tunisie.

⁽⁶⁷⁾ Pour une présentation du modèle, voir Leridon et Toulemon (1997). Nous laissons ici de côté le rôle de la stérilité (négligeable au Maghreb) et celui de l'avortement, mal connu mais dont nous dirons néanmoins quelques mots dans la section suivante.

⁽⁶⁸⁾ Moins cependant en Tunisie qu'ailleurs, pays le plus précoce en matière de planification familiale.

4. *L'avortement*

En dehors des deux pays où il est légal, en Turquie depuis 1983 et en Tunisie depuis 1973⁽⁶⁹⁾, l'avortement volontaire est dans l'ensemble un sujet tabou, mal connu et peu abordé dans les enquêtes officielles des pays de la région⁽⁷⁰⁾. Ni le Coran, ni la sunna (la tradition) n'évoquant explicitement l'avortement, les quatre grandes écoles de pensée juridique⁽⁷¹⁾ de l'islam sunnite ont pris des positions plus ou moins fermes en la matière, allant de l'interdiction absolue (par exemple, l'école hanbalite en Arabie saoudite) à la tolérance ou l'autorisation, notamment quand la santé ou la vie de la mère est en jeu (l'école malékite au Maghreb)⁽⁷²⁾.

En conséquence, on dispose de fort peu de travaux de recherche sur le sujet et, faute de données, l'avortement n'est le plus souvent pas considéré comme une véritable variable intermédiaire de la fécondité. Donnons néanmoins quelques chiffres. Dans une étude déjà ancienne sur l'avortement volontaire dans 21 pays en développement (Johnston et Hill, 1996), il apparaissait que l'avortement était pratiqué au Maroc, en Égypte et en Jordanie, ainsi qu'au Yémen, mais que son effet sur la fécondité y était beaucoup plus faible qu'en Amérique latine ou en Asie du Sud-Est. Seule la Turquie⁽⁷³⁾ se distinguait sensiblement. Dans ce pays, l'avortement serait pratiqué de longue date et de façon assez intensive (Nations unies, 2002) ; lors de la dernière enquête EDS de 1998, 27 % des femmes turques non célibataires ont déclaré avoir eu recours à au moins un avortement dans leur vie, notamment après 35 ans et un deuxième enfant ; 15 % des grossesses survenues au cours des cinq dernières années ont été interrompues, un chiffre un peu en baisse par rapport à l'enquête de 1993. On est loin de ces chiffres au Maroc, mais malgré tout, d'après les déclarations faites à l'enquête EDS de 1995 (Bakass et Fazouane, 2004), 2,3 % des grossesses récentes (3,6 % en ville, 1,6 % en milieu rural) ont été volontairement interrompues, notamment – comme en Turquie – après 35 ans (6,4 %). En Iran, dans une ville comme Shiraz (Ladier-Fouladi, 2003), l'avortement se pratique officieusement, essentiellement lorsque la vie de la mère est en danger. En Tunisie, il y aurait eu environ 20 000 avortements par an au cours des années 1990, malgré le programme intensif de planification familiale (Ayad et Jemai, 2001).

Ces quelques données sur la fréquence des avortements, couramment sous-estimés dans le monde, montrent l'émergence et l'importance peut-être croissante du problème dans la région.

⁽⁶⁹⁾ Il fut autorisé en Iran en 1976, puis de nouveau interdit à l'avènement de la République islamique en 1979.

⁽⁷⁰⁾ Malgré leur loi très restrictive sur l'avortement provoqué, quelques pays comme le Maroc et l'Algérie abordent néanmoins la question dans les enquêtes les plus récentes.

⁽⁷¹⁾ L'islam sunnite n'ayant pas de hiérarchie cléricale, quatre écoles de Loi, qui s'inspirent toutes du Coran et de la sunna, font œuvre de justice : l'école hanafite, l'école malékite, l'école chaféite, et l'école hanbalite. Elles se distinguent par leur degré de rigueur d'interprétation des sources et leur faculté d'adaptation au monde actuel.

⁽⁷²⁾ Pour plus de détails juridiques par pays, voir Nations unies (2002) ou CERED (1998).

⁽⁷³⁾ La Tunisie n'était pas incluse dans l'étude.

X. La mortalité générale : des progrès importants

Prise dans son ensemble, la région a connu une transition de la mortalité un peu plus tardive qu'ailleurs, mais rapide ensuite. Comme dans d'autres régions du monde en développement, le problème demeure celui des données : peu de pays disposent en effet d'informations bonnes et régulières sur les décès par âge, sexe, cause et selon le milieu d'habitat, en raison d'états civils incomplets ou encore par manque d'exploitation et de publication des données. Pour la perspective historique, nous nous en tiendrons essentiellement aux estimations faites par la Division de la population des Nations unies, les seules qui soient disponibles et comparables pour l'ensemble des pays⁽⁷⁴⁾. Des thèmes plus spécifiques, comme les inégalités selon le sexe ou le milieu d'habitat, seront illustrés sur la base des pays les mieux documentés. Par ailleurs, nous avons essayé d'estimer l'impact des grands conflits sur la mortalité dans certains pays, mais nous y avons finalement renoncé faute de données suffisamment fiables et détaillées (par âge et sexe) dans le temps et de recherches sur le sujet.

Les données par pays sont présentées dans le tableau annexe A.9 pour les espérances de vie et la mortalité infantile, et dans le tableau annexe A.10 pour la mortalité maternelle et la prévalence du VIH.

1. Des progrès constants mais variables depuis 1950

Partant d'une espérance de vie (ou durée de vie moyenne) d'à peine 44 ans dans les années 1950, la région dans son ensemble a aujourd'hui atteint un niveau de près de 70 ans⁽⁷⁵⁾, avec des gains moyens annuels d'espérance de vie de 1950-1954 à 2000-2004 de l'ordre de 0,52 année, identiques à ceux de l'Asie du Sud-Est, mais un peu moins élevés que ceux de l'Asie de l'Est (0,59 année) – gains calculés à partir du tableau 13. Ces progrès ont été particulièrement rapides dans la péninsule Arabique (0,64 année de gain annuel), qui partait il est vrai de plus bas, les Yéménites (52 % de la population de la sous-région en 1950) ayant à peine 33 ans d'espérance de vie en début de période. Les gains se sont accélérés notamment dans cette sous-région entre 1965 et 1985 (figure 15).

Aujourd'hui, *la région a finalement rattrapé une grande partie de son retard* par rapport à l'Amérique latine et l'Asie de l'Est, même si la durée de vie moyenne y reste inférieure de 2 à 3 années (figure 15). Elle dépasse largement l'Asie du Sud. Quant aux trois sous-régions, l'espérance de vie y converge progressivement vers 70 ans ; selon ces estimations des Nations unies, ce chiffre serait même déjà atteint en Afrique du Nord.

⁽⁷⁴⁾ Ce ne sont bien souvent que des estimations, dans lesquelles le calcul des espérances de vie est basé sur la mortalité des enfants (assez bien connue) avec une extrapolation aux autres âges à partir de tables types de mortalité.

⁽⁷⁵⁾ Toutes les moyennes régionales et sous-régionales que nous présentons sont pondérées par les effectifs de la population de chaque pays.

Comme dans l'histoire sanitaire des autres régions du monde, *ces progrès, importants dans l'ensemble, ont été divers selon les pays*⁽⁷⁶⁾, qui certes ne portaient pas tous du même point. Dans les années 1950, les inégalités géographiques existaient déjà (tableau annexe A.9) : l'espérance de vie était inférieure à 40 ans dans quelques pays (Yémen, Arabie saoudite et Oman), se situait entre 42 et 46 ans dans la plupart, tandis qu'elle atteignait déjà 56 ans environ au Liban et 65 ans en Israël. La figure 16 illustre l'évolution des espérances de vie dans les 20 pays entre 1970-1974 et 2000-2004, période au cours de laquelle les progrès ont été les plus rapides et diversifiés. Si l'on se fie à ces données onusiennes, ils ont été particulièrement importants (entre 25 % et 45 % d'augmentation des durées de vie moyennes sur 30 ans) dans les 5 pays d'Afrique du Nord, en Jordanie, en Iran, mais aussi en Palestine et au Yémen. Israël et le Liban, qui portaient de plus haut, ont enregistré des gains moins rapides. Aujourd'hui, les inégalités persistent entre les pays, avec à un extrême l'Irak (le seul pays à avoir perdu 3 ans d'espérance de vie depuis 1980-1984 en raison des différentes guerres) et le Yémen où l'espérance de vie atteint tout juste 60 ans et, à l'autre, quelques pays très avancés dans leur transition sanitaire, avec des espérances de vie voisines de celles du monde occidental : Israël (près de 80 ans), les Émirats arabes unis (78 ans) et le Koweït (77 ans).

TABLEAU 13. – ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE DEPUIS 1950,
MORTALITÉ MATERNELLE ET PRÉVALENCE DU VIH VERS 2000 PAR SOUS-RÉGION

Sous-région	Espérance de vie (en années)				Taux de mortalité maternelle en 2000 ^(a)	Taux (%) de prévalence du VIH fin 2003 ^(b)
	1950-1954	1970-1974	1990-1994	2000-2004		
Afrique du Nord	42,8	53,0	65,7	70,3	120	≈ 0,1
Péninsule Arabique	36,5	48,5	65,1	68,3	29 ^(c)	≈ 0,1
Moyen-Orient	45,2	57,2	66,0	68,8	100	≈ 0,1
Ensemble de la région	43,5	54,8	65,8	69,3	102 ^(c)	≈ 0,1
Afrique subsaharienne	37,4	45,3	48,2	45,9	870	7,5
Asie de l'Est	42,9	64,2	69,2	72,6	60	0,1
Asie du Sud-Est	41,0	52,0	63,8	67,2	260	0,6
Amérique latine	52,0	60,5	67,9	71,3	170	0,6

^(a) Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.
^(b) Hommes et femmes âgés de 15-49 ans. Le taux de prévalence du VIH mesure la proportion de personnes qui vivent avec le VIH, qu'elles soient ou non malades du sida.
^(c) Moyenne calculée sans le Yémen, où la mortalité maternelle est très élevée (570 pour 100 000 naissances) par rapport aux autres pays de la région.
Sources : tableaux annexes A.9 et A.10. Les moyennes sous-régionales sont des moyennes pondérées des résultats nationaux par les effectifs de population à mi-période.

⁽⁷⁶⁾ Pour un exemple plus précis des diverses transitions de la mortalité en Afrique du Nord de 1960 à 1990, voir Tabutin (1993).

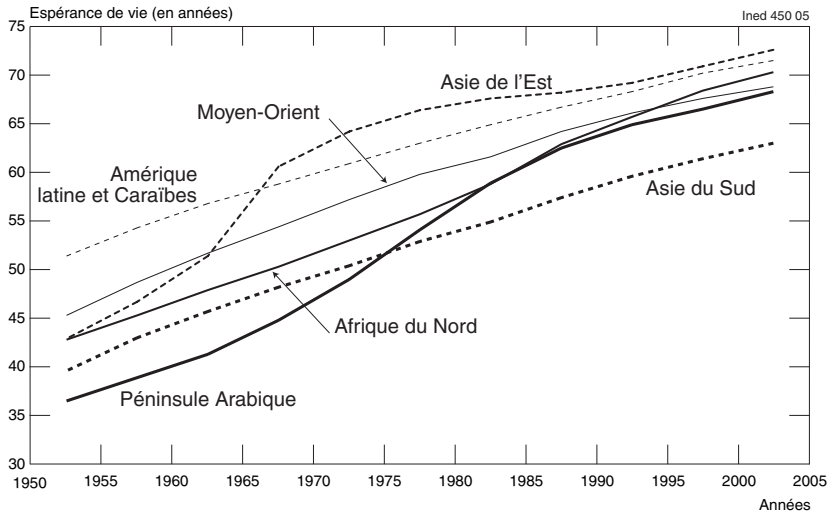


Figure 15. – Évolution des espérances de vie par sous-région de 1950-1954 à 2000-2004
Source : Nations unies (2005).

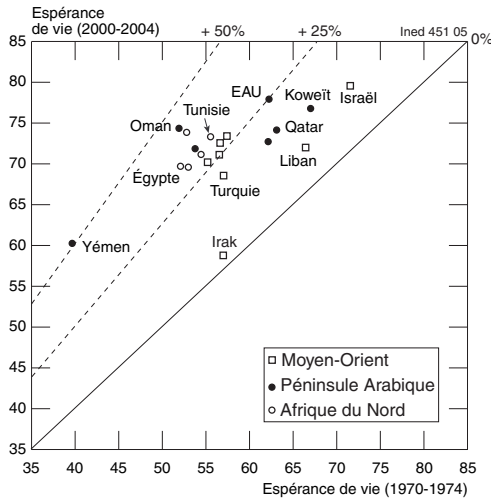


Figure 16. – Évolution des espérances de vie de 1970-1974 à 2000-2004 dans les 20 pays

Note : Les diverses droites correspondent aux rythmes de croissance indiqués.
Source : Nations unies (2005).

2. Les transitions épidémiologiques sous-jacentes à ces reculs de la mortalité

Sans pouvoir l'illustrer ici parfaitement, faute de données suffisantes, il est évident qu'à ce passage d'espérances de vie de l'ordre de 50 ans vers 1970 à près de 70 ans ou plus aujourd'hui, correspond un profond bouleversement dans les modèles de morbidité et de causes de mortalité ainsi que dans le calendrier de la mortalité : les maladies infectieuses et parasitaires, prédominantes au départ, notamment chez les enfants, font progressivement place aux maladies chroniques et dégénératives et aux accidents ; les maladies et les risques de mortalité sont repoussés à des âges de plus en plus avancés. Il s'agit, en simplifiant, du modèle classique de la transition épidémiologique.

Au sujet du calendrier de la mortalité, prenons simplement l'exemple de la Tunisie (Waltisperger *et al.*, 2001). Grâce à une politique volontariste dans le domaine social et sanitaire dès les années 1960, entre 1969 et 1995, l'espérance de vie des hommes est passée de 52,3 ans à 69,6 ans (un gain total de 17,3 années en 26 ans) et celle des femmes de 52,3 à 73,7 ans (un gain total de 21,4 ans, supérieur à celui des hommes). Près de 62 % de ces progrès chez les hommes et 58 % chez les femmes sont dus au recul de la mortalité à moins de 5 ans, et surtout de la mortalité infantile⁽⁷⁷⁾. Les progrès ensuite les plus importants, mais de loin plus faibles, se produisent au-delà de 60 ans. Il en résulte évidemment un vieillissement progressif du calendrier de la mortalité et un changement considérable des causes de morbidité et de mortalité qui ne sont pas sans conséquences sur les politiques de santé tant préventives que curatives, conséquences auxquelles sont déjà confrontés la plupart des pays de la région.

3. Les inégalités entre sexes : un retour à la normale ?

Partout et toujours, le recul de la mortalité s'accompagne d'une évolution des différences selon le sexe : on passe progressivement d'une situation où hommes et femmes ont des durées de vie assez voisines à celle où les femmes prennent un avantage certain sur les hommes, même si celui-ci varie selon les cultures et les régions⁽⁷⁸⁾. Les surmortalités féminines, fréquentes aux jeunes âges (nous y reviendrons) comme aux âges de la reproduction, s'atténuent peu à peu avant de disparaître⁽⁷⁹⁾.

⁽⁷⁷⁾ Celle des garçons par exemple est passée de 250 ‰ en 1946-1951 (un enfant sur quatre disparaît avant son premier anniversaire) à 158 ‰ en 1969 (un enfant sur six), puis à 34 ‰ en 1995 (un enfant sur trente).

⁽⁷⁸⁾ Voir Tabutin (1978) pour l'histoire de l'Europe en la matière.

⁽⁷⁹⁾ Nous n'entrerons pas ici dans les explications possibles de ces différences selon le sexe et de ces tendances (voir notamment Waldron, 1998 ; ou Vallin, 2002). Retenons simplement que les femmes naissent avec un avantage génétique certain sur les hommes, les conduisant *a priori* à une meilleure espérance de vie, mais que cet avantage peut être contrecarré par des discriminations de comportements en matière alimentaire, sanitaire, etc. ou encore par les risques liés à la procréation. Au lieu d'une surmortalité masculine attendue (ou biologique), cela peut aboutir à des surmortalités féminines à certains âges que nous qualifions de sociales. Leur intensité et leur étendue en âge déterminent les différences d'espérance de vie entre hommes et femmes.

Le tableau 14 présente l'évolution des inégalités selon le sexe depuis 1960 dans quatre pays de la région (Algérie, Égypte, Tunisie et Iran) pour lesquels on dispose de séries d'espérances de vie par sexe relativement fiables. Jusqu'au début des années 1970, lorsque l'espérance de vie se situait autour de 52 ans, les écarts entre hommes et femmes étaient faibles : ils étaient pratiquement nuls en Algérie et en Tunisie et à peine d'une année en faveur des femmes en Égypte ; en Iran, les hommes vivaient même plus longtemps que les femmes⁽⁸⁰⁾. À partir du début des années 1980, l'avantage féminin s'est peu à peu affirmé, à des rythmes néanmoins divers : le mouvement a été régulier en Tunisie et en Égypte, avec aujourd'hui un écart de 4 années entre femmes et hommes ; il a été beaucoup plus lent en Algérie, où les femmes qui vivent plus de 75 ans en moyenne actuellement ont un avantage qui n'est toujours que de 2 années. L'avantage féminin s'est accru encore plus lentement en Iran, malgré la guerre avec l'Irak (1980-1988) alors qu'une majorité des quelque 200 000 tués (civils et militaires) étaient des jeunes hommes de 16 à 30 ans (Ladrier-Fouladi, 2003).

TABLEAU 14. – ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE SELON LE SEXE DEPUIS 1960 EN ALGÉRIE, ÉGYPTÉ, TUNISIE ET IRAN (EN ANNÉES)

Pays	Année	Hommes (1)	Femmes (2)	Ensemble	Différence (2) – (1)
Algérie	1965	51,1	51,2	51,1	0,1
	1970	52,6	52,8	52,7	0,2
	1979	55,1	56,3	56,0	1,2
	1981	58,0	59,6	58,8	1,6
	1983	61,6	63,3	62,4	1,7
	1985	62,6	64,2	63,6	1,6
	1987	64,9	66,5	65,5	1,6
	1995	66,1	68,2	67,3	2,1
	2004	73,8	75,8	74,8	2,0
Égypte	1958-1962	48,3	49,3	48,8	1,0
	1965	49,3	50,1	49,7	0,8
	1975-1977	53,2	55,9	54,6	2,7
	1988	62,2	64,3	63,3	2,1
	2003	67,5	71,9	69,7	4,4
Tunisie	1968-1969	53,1	53,0	53,0	– 0,1
	1973-1977	58,7	60,4	59,5	1,7
	1980-1981	65,1	67,3	66,1	2,2
	1984	65,9	68,9	67,4	3,0
	1995	69,5	73,7	71,5	4,2
Iran	1974	57,1	56,5	56,8	– 0,6
	1986	58,5	59,2	58,9	0,7
	1991	62,4	63,2	62,8	0,8
	1996	66,8	69,4	68,1	2,6

Sources : pour les trois pays d'Afrique du Nord, Tabutin (1991), avec mise à jour auprès des instituts nationaux de statistique ; pour l'Iran, Ladrier-Fouladi (2003).

⁽⁸⁰⁾ Il en était de même en Algérie en 1954, mais l'espérance de vie y était plus basse, soit 33,5 ans pour l'ensemble des deux sexes (Kateb, 1998).

Néanmoins, les écarts d'espérance de vie entre les femmes et les hommes depuis 1960 sont plus faibles dans ces quatre pays que dans d'autres régions du monde. Par exemple, avec une espérance de vie de 65 ans, l'avantage des femmes était de 4,3 années en Amérique latine et de 7 années en Asie de l'Est (Nations unies, 1988), mais de 2 seulement en Asie du Sud, une région où les discriminations envers les femmes ont été et sont toujours importantes.

Les faibles écarts observés dans le passé étaient dus à une surmortalité féminine importante à certains âges. Jusqu'au milieu des années 1970, les femmes algériennes par exemple (Tabutin, 1991) étaient victimes d'une forte surmortalité qui commençait dès l'âge de 6 ou 7 mois et perdurait jusqu'à 35 ans ; il en était de même en Tunisie, mais avec moins d'intensité. Ces surmortalités, liées au statut de la femme dans la société et aux risques de la maternité, ont reculé pour finir par disparaître à presque tous les âges (exception faite des enfants de 1-4 ans sur lesquels nous reviendrons). L'avantage féminin en termes d'espérance de vie dans des pays comme l'Algérie et l'Iran est aujourd'hui bien en deçà de ce qu'il est dans une grande partie du monde.

Finalement, conformément au schéma classique, les transitions de la santé et de la mortalité dans la région ont bien profité davantage aux femmes qu'aux hommes (les écarts d'espérance de vie se sont accrus), mais pas toujours aussi intensément qu'ailleurs.

4. La mortalité maternelle

En 2000, environ 15 300 décès maternels sont survenus dans les 20 pays de la région, représentant 3 % du total mondial des décès maternels (pour 6,5 % de la population)⁽⁸¹⁾. Mais les estimations nationales de la mortalité maternelle, définie par l'OMS comme la mortalité des femmes pendant leur grossesse, au moment de l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent, sont à prendre avec beaucoup de précautions, dans la région comme ailleurs. En l'absence de statistiques de causes de décès, elles relèvent la plupart du temps d'estimations indirectes, basées sur diverses définitions et méthodes de calcul possibles⁽⁸²⁾ ; en conséquence, ces estimations doivent simplement être considérées comme des ordres de grandeur⁽⁸³⁾. Les données par pays sont présentées dans le tableau annexe A.10, et les estimations par sous-région dans le tableau 13.

Au niveau de l'ensemble de la région, le taux moyen de mortalité maternelle est d'environ 1 décès pour 1 000 naissances (tableau 13). Elle est largement mieux placée que l'Afrique sub-saharienne (1 décès pour 115 naissances), mais aussi que l'Asie du Sud-Est ou même l'Amérique

⁽⁸¹⁾ Calcul effectué à partir des données par pays estimées par l'OMS (2003).

⁽⁸²⁾ Pour un aperçu synthétique des définitions et méthodes de calcul, voir Fortney (2002).

⁽⁸³⁾ Cela conduit l'OMS (2003) à présenter chaque estimation pour un pays dans une large fourchette dont nous retenons ici la valeur centrale.

latine (1 décès pour 590 naissances). Cela dit, environ une femme sur 100 dans la région (contre une femme sur 4 000 dans les pays industrialisés) court un risque de décès au cours de sa vie reproductive, ce qui fait de la mortalité maternelle un enjeu majeur de santé publique (OMS, 2003).

Le phénomène présente *une énorme diversité géographique*. La mortalité maternelle est en moyenne particulièrement faible dans les pays de la péninsule Arabique (29 décès pour 100 000 naissances), si l'on écarte du calcul le Yémen qui détient le record régional (570 décès) ; elle est trois à quatre fois plus élevée au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (tableau 13). On trouve à un extrême des pays où elle est quasiment « contrôlée » (Israël, Qatar, Koweït, à moins de 17 décès pour 100 000 naissances, au même niveau que l'Europe), et à l'autre la Syrie, le Liban, l'Irak, l'Algérie et le Maroc qui comptent encore entre 140 et 250 décès maternels pour 100 000 naissances. Les trois grands pays que sont l'Égypte, l'Iran et la Turquie sont dans une situation intermédiaire.

Même si elle a, semble-t-il, reculé ici ou là pendant les 10 dernières années, des progrès très importants sont encore à faire dans la lutte contre cette cause de mortalité féminine qui dépend à la fois de l'offre de santé (quantité et qualité des services) et de la demande de la population en matière de suivi des grossesses, de conditions d'accouchement et de suivi post-natal. Nous aborderons ces questions dans la section suivante.

5. *Le sida : une menace ?*

En comparaison des autres régions du monde, la prévalence du VIH (% de personnes de 15-49 ans qui vivent avec le VIH) est faible en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (tableau 13) : le taux moyen de prévalence calculé sur les 20 pays⁽⁸⁴⁾ n'est que d'environ 0,1 %, de même niveau que celui de l'Asie de l'Est, mais nettement inférieur à ceux de l'Asie du Sud-Est (0,6 %), de l'Amérique latine (0,6 %), et surtout de l'Afrique subsaharienne (7,5 % fin 2003)⁽⁸⁵⁾. Selon les estimations des Nations unies, les prévalences nationales vont actuellement de moins de 0,1 % à 0,3 % en Libye (tableau annexe A.10).

Néanmoins, bien des spécialistes s'inquiètent de la présence de la pandémie⁽⁸⁶⁾, car nombre d'indices laissent à penser que les maladies sexuellement transmissibles, dont en particulier le VIH/sida, sont en rapide augmentation dans la région ou au moins dans certains pays. Par exemple, le nombre de personnes atteintes par l'infection dans la région

⁽⁸⁴⁾ Calcul que nous avons effectué à partir des estimations d'Onusida (2004a) pour chacun des 20 pays.

⁽⁸⁵⁾ Le chiffre pour l'Afrique subsaharienne vient d'être brutalement revu à la baisse : Onusida avait estimé le taux à 10,4 % fin 2001. C'est un signe de la prudence requise dans les statistiques avancées en la matière.

⁽⁸⁶⁾ Voir par exemple Jenkins et Robalino (2003), Kim (2002), Roudi-Fahimi (2003) ou Onusida (2004b).

serait passé d'environ 60 000 fin 2001 à près de 100 000 fin 2003⁽⁸⁷⁾. Quelques pays sont particulièrement concernés : l'Algérie, où le nombre de personnes infectées par le VIH serait passé de 6 800 à 9 100 entre ces deux années, la Libye (de 7 000 à 10 000), l'Iran (de 18 000 à 31 000), y compris quelques pays du Golfe comme le Koweït, Oman et le Qatar. Ni Israël, ni l'Égypte, ni le Liban ne sont épargnés. On présente même parfois le VIH/sida comme la troisième cause de morbidité dans la population adulte des pays les plus pauvres de la région.

Mais ces chiffres sont à prendre avec beaucoup de prudence, car la plupart des pays n'ont encore aucun système adéquat de surveillance, notamment des groupes à haut risque, et ils effectuent peu de recherches dans le domaine. Peu y accordent une claire priorité d'action. Seuls la Tunisie, l'Iran, le Maroc et le Yémen se seraient véritablement engagés dans une stratégie nationale de sensibilisation⁽⁸⁸⁾ et d'action (Jenkins et Robalino, 2003).

Tous les experts de la région en la matière, nationaux et étrangers, s'accordent pourtant sur le fait qu'il faut agir tant que les niveaux de prévalence sont bas, d'autant plus que dans bien des pays, l'environnement est favorable à une expansion de la pandémie : grands mouvements migratoires, usage croissant des drogues injectables (en Iran par exemple), pauvreté et chômage importants (des jeunes notamment) un peu partout, conflits et violences ici et là.

XI. La mortalité et la santé des enfants

Comme ailleurs dans le monde, la transition sanitaire dans la région a d'abord profité aux enfants de moins de 5 ans. D'énormes progrès ont été réalisés dans la lutte contre la mortalité infanto-juvénile. Il demeure néanmoins de grandes inégalités entre pays, entre groupes sociaux dans les pays ou même entre filles et garçons (la surmortalité des petites filles, par exemple, est toujours présente).

Comme pour la fécondité et l'espérance de vie, les évolutions par pays de la mortalité infantile depuis 1950 sont issues des estimations⁽⁸⁹⁾ des Nations unies (tableau annexe A.9), tandis que les autres données, les plus récentes possibles, sur la mortalité par âge (en dessous de 5 ans), les

⁽⁸⁷⁾ Nous avons effectué cette estimation en nous basant encore une fois sur les données nationales fournies par Onusida (2004a).

⁽⁸⁸⁾ La connaissance de la maladie est très loin d'être répandue dans la population. En Algérie (enquête 2002) et en Turquie (EDS 1998), par exemple, respectivement 32 % et 16 % des femmes mariées (15-49 ans) déclaraient ne jamais avoir entendu parler du sida ; 30 % en Turquie ne connaissaient aucun moyen de prévention. En Jordanie (EDS 2002), 8 % des femmes estiment qu'il n'y a aucun moyen de l'éviter.

⁽⁸⁹⁾ Une certaine prudence est requise pour les données du passé (années 1950 et 1960 notamment). En revanche, la mortalité des enfants est assez bien connue sur les 20 dernières années, grâce aux enquêtes, même si à notre avis elle y est toujours un peu sous-estimée.

conditions d'accouchement, la couverture des soins prénatals et les vaccinations, ainsi que les niveaux de malnutrition proviennent des dernières enquêtes disponibles (EDS, PAPFAM, MICS2, etc.) dans chacun des 20 pays (tableau annexe A.11)⁽⁹⁰⁾.

1. D'énormes progrès depuis 1960

Dans les années 1950 (tableau 15), toutes les régions en développement connaissaient encore une très forte mortalité des enfants, avec peu de différences entre elles : en dehors de l'Amérique latine, déjà en avance, la mortalité infantile allait de 168 ‰ à 192 ‰ (moyennes régionales). Et si l'on se fie à ces estimations sur le passé, le monde arabo-musulman, et en particulier la péninsule Arabique (219 ‰), se caractérisait même par une légère surmortalité par rapport aux autres régions.

La situation a rapidement évolué, mais à des rythmes divers (figure 17). La mortalité infantile de l'Asie de l'Est (incluant la Chine) a brutalement chuté dès les années 1960 avant de se stabiliser autour de 40 ‰ à partir de 1980. Les progrès ont été beaucoup plus lents en Asie du Sud, alors que dans nos trois sous-régions ils ont été assez réguliers et rapides, notamment dans la péninsule Arabique entre 1970 et 1990 (Yémen exclu).

Aujourd'hui, avec une mortalité infantile de l'ordre de 39 ‰, l'ensemble de la région (les 20 pays) est au même niveau que l'Asie du Sud-Est, mais au-dessus de l'Asie de l'Est (32 ‰) et de l'Amérique latine (26 ‰). Seuls les 6 pays du Golfe (19 ‰) s'en détachent véritablement.

TABLEAU 15. – ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE DEPUIS LES ANNÉES 1950 PAR GRANDE RÉGION

Sous-région	Taux de mortalité infantile (‰)				Évolution (%)		
	1952	1972	1992	2002	1952-1972	1972-1992	1992-2002
Afrique du Nord	189	130	58	36	– 31	– 55	– 38
Péninsule Arabique	219	135	49	38	– 38	– 64	– 22
Moyen-Orient	192	113	52	42	– 41	– 54	– 19
Ensemble de la région	192	121	54	39	– 37	– 55	– 28
Afrique sub-saharienne	177	134	109	101	– 24	– 19	– 7
Asie de l'Est	181	56	44	32	– 69	– 21	– 27
Asie du Sud-Est	168	108	54	40	– 36	– 50	– 26
Asie du Sud	187	131	84	69	– 30	– 36	– 18
Amérique latine	126	84	39	26	– 33	– 54	– 33

Source : tableau annexe A.9, données des Nations unies (2005).

⁽⁹⁰⁾ Dans toute la mesure du possible, nous avons veillé à utiliser des indicateurs comparables.

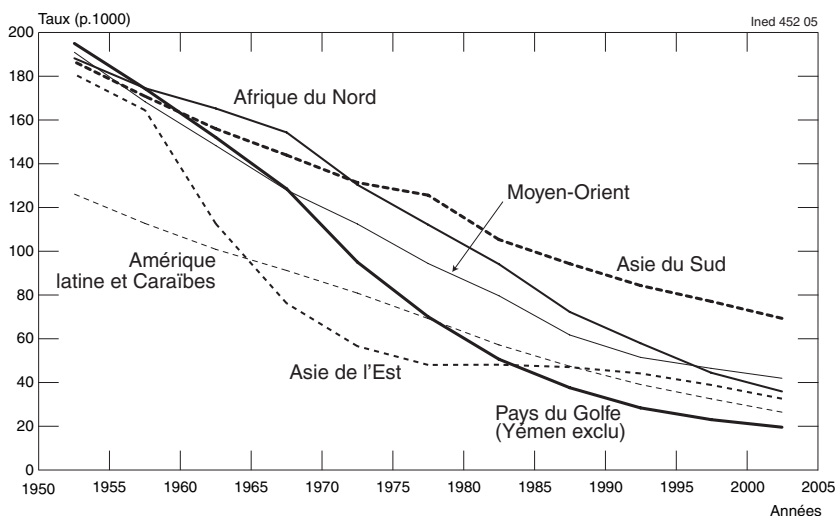


Figure 17. – Évolution de la mortalité infantile par sous-région de 1950-1954 à 2000-2004

Source : Nations unies (2005).

Ces mouvements d'ensemble masquent la diversité des progrès et des niveaux de la mortalité selon les pays, comme l'illustre la figure 18 qui compare les mortalités infantiles nationales en 1970-1974 et 2000-2004. D'un côté, on trouve Israël, le pays le plus développé, avec actuellement une mortalité infantile de 5 ‰ à 6 ‰ seulement (proche de celle des pays européens) ; de l'autre se situe le Yémen, le pays le plus déshérité, où la mortalité s'élève autour de 70 ‰. Malgré la forte fécondité, la pauvreté économique et le conflit avec Israël, la Palestine a réalisé d'énormes progrès en matière de lutte contre la mortalité infantile (elle est d'environ 20 ‰ aujourd'hui), grâce à un système efficace de soins de santé financé essentiellement par l'extérieur (pays pétroliers, diaspora ou organisations internationales). Quant à l'Irak, après trois guerres et un long embargo, il est le seul pays à n'avoir connu aucun progrès et à se retrouver avec la forte mortalité infantile de la fin des années 1960 (94 ‰ en 2000-2004). Sur ces 30 années, la plupart des autres pays ont enregistré des reculs de la mortalité infantile de 70 % à 90 %, sans que ces rythmes de progrès soient liés au niveau de départ (dans les années 1970-1974). La Turquie n'a pas rattrapé le Maroc, l'Algérie, l'Égypte et l'Iran et conserve une mortalité de plus de 40 ‰ au niveau national⁽⁹¹⁾.

⁽⁹¹⁾ Pour une analyse des causes de la mortalité élevée en Turquie (EDS 1998) dans les années 1990, voir Behar, Courbage et Gursoy (1999). Les auteurs l'attribuent plus à des changements insuffisants des attitudes et mentalités vis-à-vis de l'enfant qu'à des facteurs d'ordre purement sanitaire. Néanmoins, la Turquie souffre d'insuffisances notables dans le champ de la santé infanto-juvénile (voir un peu plus loin le paragraphe 4 sur les inégalités spatiales en matière médicale).

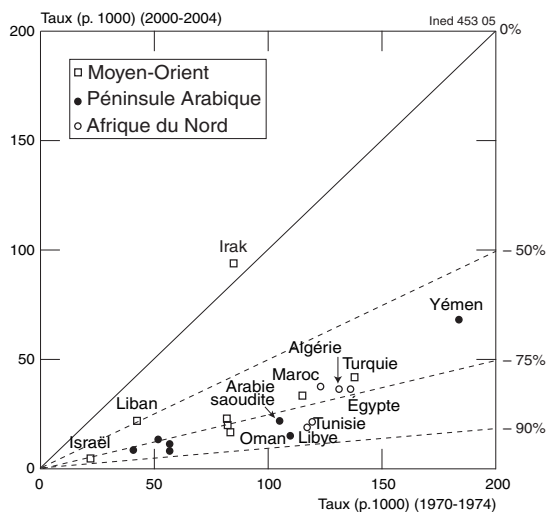


Figure 18.— Évolution de la mortalité infantile de 1970-1974 à 2000-2004

Note : Les diverses droites correspondent aux rythmes de déclin indiqués.

Source : Nations unies (2005).

Au-delà de ces évolutions globales, dans tous les pays, les mortalités tant infantile que juvénile connaissent de fortes inégalités spatiales et sociales, les écarts allant souvent de 1 à 3 ou 4 entre régions, milieux d'habitat ou groupes sociaux. Nous y reviendrons.

2. Des changements notables dans le calendrier de la mortalité à moins de 5 ans

Dans les transitions historiques de la mortalité générale, les progrès réalisés ne profitent pas au même degré à tous les âges. Il en est de même pour la mortalité à moins de 5 ans, que l'on décompose classiquement en mortalité néonatale (à moins d'un mois), post-néonatale (de 1 à 12 mois) et juvénile (de 1 à 5 ans). Toutes les trois ont reculé, mais à des rythmes et selon des chronologies différentes.

En guise d'illustration, prenons l'exemple de l'Égypte de 1965 à 1998 (figure 19). L'histoire de la mortalité des enfants y est conforme à ce que l'on observe classiquement : avec la progression du contrôle (préventif et curatif) des maladies infectieuses et parasitaires, c'est entre 1 et 5 ans que la mortalité a le plus baissé, chutant de 119 ‰ en 1967 à 11 ‰ en 1998. Entre 1 et 12 mois, des progrès ont également été réalisés, mais ils sont de moindre ampleur : le quotient de mortalité passe de 83 ‰ à

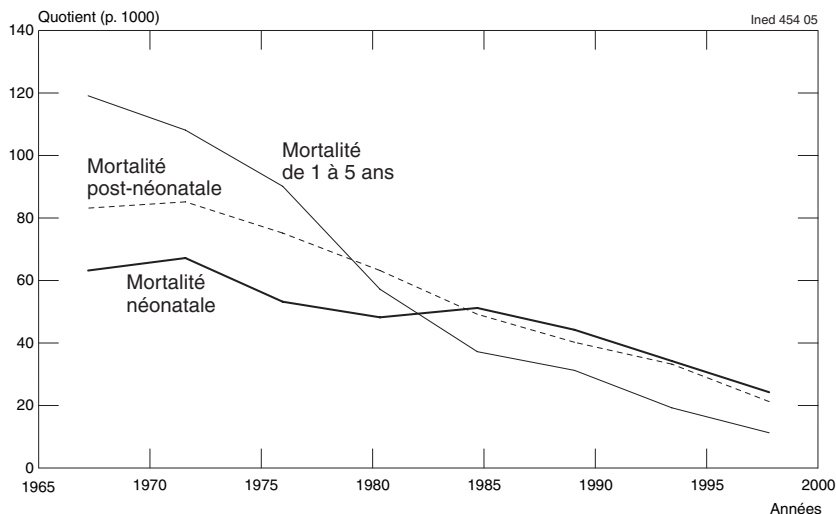


Figure 19. – Évolution des quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et de 1 à 5 ans en Égypte de 1967 à 1998

Sources : diverses enquêtes depuis 1965 (cf. tableau A.1).

21 %. Quant à la mortalité néonatale, davantage liée à la mère et aux conditions de la grossesse et de l'accouchement (prématurité, immaturité, malformations congénitales, etc.), elle a diminué plus tard et plus lentement.

Ces différences dans le rythme du recul de la mortalité selon l'âge conduisent à un changement radical et rapide des calendriers de la mortalité au cours des premières années de la vie dans la plupart des pays de la région. La concentration progressive des risques de décès dans les premières semaines ou mois de vie n'est pas sans conséquence sur les actions et politiques de santé infanto-juvénile à mettre en œuvre dans la mesure où cette mortalité précoce est beaucoup plus difficile et coûteuse à combattre.

3. La surmortalité des petites filles : toujours présente

Comme les autres régions du monde, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient connaissaient dans les années 1970 et 1980 une surmortalité des petites filles entre 1 et 5 ans, particulièrement élevée et précoce, qui débutait souvent dès l'âge de 2 ou 3 mois. En d'autres termes, dès que l'on quittait la période des risques de nature endogène pour entrer dans les âges de morbidité/mortalité par maladies infectieuses et parasitaires, les filles perdaient rapidement leur avantage biologique de départ et devenaient

plus exposées que les garçons (Tabutin et Willems, 1995 ; Tabutin et Gourbin, 1997). Avec le déclin de la mortalité aux jeunes âges dû notamment au contrôle progressif des maladies infectieuses, cette surmortalité des petites filles a disparu ou presque dans un bon nombre de pays du monde pour faire place à une surmortalité générale des garçons. Cela s'est souvent produit à des niveaux de l'espérance de vie de l'ordre de 65 ans⁽⁹²⁾.

TABLEAU 16.— ÉVOLUTION DE LA SURMORTALITÉ DES PETITES FILLES (ENTRE 1 ET 5 ANS) DANS QUELQUES PAYS DE 1970 À 2000

Pays et date	Quotient (‰) de mortalité de 1 à 5 ans (sexes réunis) ^(a)	Rapport (%) des quotients masculins aux quotients féminins
Algérie		
1970	83	92
1981	31	92
1985	20	87
1992	6	70
1996-1998 ^(b)	8	93
Égypte		
1988	42	82
1992	31	70
1995	25	77
2000	16	91
Maroc		
1979	52	73
1987	31	98
1992	22	88
2003	10	83
Tunisie		
1969	66	85
1980	29	93
1996	8	79
Libye		
1995	6	84
Liban		
2000	7	70
Bahreïn		
1988	4	80
Jordanie		
2000	5	100
Yémen		
1997	32	84
Turquie		
1992	13	90
1998	12	78

(a) Probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire.

(b) Moyennes calculées à partir des 3 tables de mortalité officielles basées sur l'état civil (ONS, 2005).

Sources : Tabutin et Gourbin (1997) avec mise à jour à partir des dernières enquêtes.

⁽⁹²⁾ Ce que confirment par exemple les tables types de mortalité des Nations unies pour les pays en développement (1984), construites à partir des tables (fiables) de 22 pays. Voir à ce propos Tabutin et Willems (1995).

Les pays de la région n'ont guère suivi ce schéma : alors que les espérances de vie atteignent près de ou plus de 70 ans aujourd'hui et que la mortalité des enfants est désormais relativement faible (le quotient 0-5 ans s'établit à 30 ‰ en moyenne régionale), *pratiquement tous les pays de la région connaissent encore de sensibles surmortalités féminines entre 1 et 5 ans*. Selon le tableau 16 qui présente pour 10 pays les risques (sexes réunis) de mortalité à ces âges et les rapports des quotients masculins aux quotients féminins, la surmortalité des petites filles est actuellement de 10 % à 30 % selon les pays, sans qu'il y ait de rapport avec le niveau de mortalité. En Algérie, au Maroc, en Égypte et en Tunisie (tableau 16), elle n'a pas disparu depuis 1970, malgré les reculs très importants de la mortalité et de la fécondité et des changements notables sur le plan social, éducatif et sanitaire.

Les facteurs et les mécanismes conduisant à la persistance de cette surmortalité historique des petites filles, classiquement attribuée à des différences de comportement des familles et des communautés en matière de soins et d'attention à l'enfant, mériteraient une attention particulière dans toute la région.

4. Les inégalités spatiales en matière médicale

Pour illustrer la situation sanitaire de la région et comprendre un peu mieux les inégalités géographiques de la mortalité des enfants, examinons trois pratiques importantes pour la santé de la mère et de l'enfant : la consultation prénatale, l'assistance à l'accouchement et la vaccination, avant d'aborder la malnutrition, relativement élevée dans la région.

Basé sur les données les plus récentes, le tableau annexe A.11 présente pour chacun des 20 pays les quotients de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile, la proportion de naissances survenant sans aucune consultation prénatale, la proportion d'enfants qui ont reçu une vaccination complète (BCG, DTCoc, polio et rougeole) et enfin la proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique (modérée et sévère). Le tableau 17 retrace pour tous ces indicateurs les moyennes sous-régionales, dont ont été exclus le Yémen et l'Irak en raison de leur situation sanitaire particulièrement mauvaise par rapport aux autres pays.

La région dans son ensemble est encore loin d'une couverture parfaite en matière de *suivi prénatal* des grossesses : sur 18 pays (tableau 17), en moyenne 16 % des mères, soit plus d'une sur six, accouchent sans avoir eu le moindre suivi de leur grossesse. Mais surtout les disparités, reflet des politiques sanitaires, sont énormes entre sous-régions et entre pays, parfois voisins, à l'intérieur d'une sous-région : l'absence de consultation prénatale, qui est limitée à 6 % des grossesses dans la péninsule Arabique, monte à 18 % au Moyen-Orient et à 25 % en Afrique du Nord. Les petits pays du Golfe, avec la Jordanie et la Tunisie⁽⁹³⁾, ont de

TABLEAU 17. — MORTALITÉ À MOINS D'UN AN ET À MOINS DE 5 ANS, SUIVI PRÉNATAL, CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT, VACCINATION ET MALNUTRITION DES ENFANTS PAR SOUS-RÉGION VERS 2000

Sous-région	Quotients de mortalité (‰)		Naissances sans consultation prénatale (%)	Accouchements sans personnel de santé (%)	% d'enfants complètement vaccinés	Enfants ^(a) souffrant de malnutrition chronique (%)
	< 1 an	0-5 ans				
Afrique du Nord (5)	32	39	25	20	88	17
Péninsule Arabique (6)	16	20	6	4	88	17
Moyen-Orient (7)	26	32	18	9	82	14
Ensemble (18)	25	30	16	11	86	16
Yémen et Irak (2)	85	105	45	54	42	37

^(a) de moins de 5 ans dans une grande majorité des enquêtes.

Source et définitions des indicateurs : tableau annexe A.11. Les moyennes sous-régionales sont des moyennes non pondérées des résultats nationaux. Le Yémen et l'Irak sont classés à part en raison de leur situation sanitaire particulièrement mauvaise par rapport au reste de la région. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de pays par sous-région.

loin les meilleures couvertures (entre 92 % et 98 % des grossesses, tableau annexe A.11), suivis de la Palestine, de l'Arabie saoudite et du Liban (autour de 90 %). En revanche, quatre pays, et non des moindres de par leur population, présentent des retards notables en la matière : la Syrie, la Turquie, le Maroc (autour de 66 %) et surtout l'Égypte où près d'une grossesse sur deux seulement fait l'objet d'une visite prénatale. Le Yémen, lui, n'en est qu'à une sur trois.

Les inégalités géographiques sont tout aussi importantes en matière d'*assistance médicale à l'accouchement* (tableau annexe A.11, tableau 17), avec des situations que l'on pourrait qualifier de quasi excellentes dans les Émirats, en Israël et en Jordanie (où 96 % à 99 % des accouchements se déroulent en présence d'un personnel qualifié), de relativement bonnes (autour de 90 %) en Arabie saoudite, Algérie, Tunisie, Iran, Palestine, Liban et Turquie, d'insuffisantes en Irak et en Syrie (dans les 70 %) et surtout encore une fois en Égypte et au Maroc (dans les 60 %). Quant au Yémen, seulement 22 % des naissances y ont lieu avec une assistance médicale, ce qui le situe entre l'Éthiopie et le Rwanda, deux pays parmi les plus mal lotis en Afrique sub-saharienne (Tabutin et Schoumaker, 2004).

Sans être parfaite, il y a une certaine relation entre ces deux indicateurs de suivi de la grossesse et d'assistance médicale à l'accouchement, d'une part, et le niveau de la mortalité néonatale, d'autre part. Les pays les moins avancés en la matière que sont l'Égypte, le Maroc et la Turquie (ce dernier au moins pour le suivi prénatal), ainsi bien sûr que le Yémen, ont les mortalités néonatales les plus élevées de la région (tableau annexe A.11).

Sans être totale, la *couverture vaccinale* est relativement élevée dans la région, avec en moyenne 86 % des enfants (contre 45 % en Afrique sub-

⁽⁹³⁾ Et sans doute Israël sur lequel nous n'avons pas trouvé d'informations récentes.

saharienne) qui, vers 2000, avaient reçu l'ensemble des vaccins de base (soit BCG, DTCoq, polio et rougeole). Dans la plupart des pays, le taux de couverture est compris entre 82 % (la Syrie) et 92 % (l'Égypte qui en la matière se distingue) ou 95 % (l'Iran). Trois pays sont néanmoins en retard : le Yémen (24 %, un chiffre parmi les plus bas du monde) et l'Irak (61 %), mais aussi la Turquie où en 1998 moins d'un enfant sur deux était parfaitement vacciné⁽⁹⁴⁾. Nulle part il n'apparaît de différences significatives selon le sexe. Il n'y a pas non plus de relation entre le niveau de la vaccination (plutôt homogène) et le niveau de la mortalité des enfants⁽⁹⁵⁾.

Conséquence des conditions de vie, de la faiblesse du pouvoir d'achat et de la pauvreté d'une partie des populations, la *malnutrition des enfants* demeure un problème majeur dans la région : près de 16 % des enfants (moyenne régionale, tableau 17), soit plus d'un sur six, y souffrent de malnutrition chronique (tous degrés), et près d'un sur treize de malnutrition sévère⁽⁹⁶⁾. La région est en bien meilleure situation que l'Asie du Sud (44 % d'enfants souffrant de malnutrition) ou l'Afrique sub-saharienne (38 %), mais elle est un peu moins bien placée que l'Amérique latine ou l'Asie de l'Est. La malnutrition sévit partout, en Afrique du Nord (de 12 % à 19 % des enfants selon les pays), au Moyen-Orient (c'est néanmoins en Jordanie et en Palestine qu'elle serait la plus faible, à près de 8 %) et aussi dans certains pays riches de la péninsule Arabique (notamment au Koweït et en Arabie saoudite). Quant au Yémen, le niveau de la malnutrition (52 % des enfants) y est équivalent à celui des pays les plus touchés d'Afrique sub-saharienne (Éthiopie, Madagascar, Zambie et Nigeria).

Tous ces indicateurs au niveau national cachent évidemment de fortes différences à l'intérieur des pays.

5. De fortes inégalités sociales et régionales dans les pays

Aussi différentes soient leurs histoires politiques et économiques, tous les pays de la région connaissent – comme ailleurs – de profondes inégalités sociales et régionales dans le champ de la santé et de la mortalité des enfants. Sans développer ici cette question complexe et importante pour toute politique de santé publique, prenons simplement l'exemple du Maroc, un pays de près de 32 millions d'habitants aujourd'hui, en transi-

⁽⁹⁴⁾ En comparant les résultats des deux dernières enquêtes EDS, la couverture vaccinale y aurait même brutalement reculé entre 1993 (64 % des enfants) et 1998 (46 %), sans que nous puissions en fournir quelque explication. En 1998, elle est particulièrement basse en milieu rural (37 %) et chez les enfants de femmes peu instruites (29 %), sans néanmoins dépasser 51 % en ville et 61 % chez les enfants de femmes très instruites. Elle est très faible dans la région Est du pays (23 %), où l'on observe d'ailleurs une forte surmortalité des enfants.

⁽⁹⁵⁾ Par exemple, deux pays aussi différents que l'Iran et la Turquie en matière de vaccination ont la même mortalité de 0 à 5 ans (50 %).

⁽⁹⁶⁾ Chiffres non présentés dans le tableau annexe A.11, issus des bases de données de l'Unicef (www.childinfo.org).

tion démographique assez rapide et, comme d'autres, dans lequel les inégalités sociales ou régionales sont importantes⁽⁹⁷⁾. Le tableau 18 présente la variabilité des indicateurs de mortalité et de santé des enfants, selon le milieu d'habitat, le niveau d'instruction des mères et le niveau de vie du ménage.

Comme ailleurs dans la région, les populations urbaines du Maroc sont nettement mieux loties que celles qui vivent dans le monde rural, sans que pour autant leur situation soit parfaite, loin s'en faut. Dans les campagnes, la mortalité de 0 à 5 ans est pratiquement deux fois plus élevée que dans les villes, la consultation prénatale et l'assistance médicale à l'accouchement deux fois moins fréquentes et la malnutrition chronique, déjà non négligeable dans les villes (13 % des enfants), deux fois plus importante⁽⁹⁸⁾. Seuls les écarts en matière de vaccination sont assez faibles⁽⁹⁹⁾.

Au Maroc, comme ailleurs, l'*instruction* et le *niveau de vie* ont une influence considérable sur les comportements et les pratiques de santé (tableau 18) : la mortalité de 0 à 5 ans va de 1 à plus de 2 selon le niveau d'instruction des mères, de 1 à 3 selon le niveau de vie. L'instruction des mères conduit à des comportements et pratiques très différentes, allant d'un faible recours au monde médical pour le suivi de la grossesse et l'accouchement (un enfant sur deux) chez les femmes illettrées à une couverture presque totale chez les mères très instruites, dont toutefois 10 % des enfants sont en état de malnutrition chronique (modérée et sévère)⁽¹⁰⁰⁾. Le niveau de vie accentue encore les inégalités : globalement, tous les indicateurs s'améliorent au fur et à mesure que l'on passe d'un quintile de revenu au suivant (tableau 18). La situation des 20 % les plus pauvres, comme celle des « un peu moins pauvres » du quintile suivant, est particulièrement alarmante : en dehors de la vaccination, entre la moitié et les deux tiers (selon le quintile) des femmes ou des enfants sont exclus du système moderne de santé ; près d'un enfant sur dix souffre de malnutrition chronique sévère, près d'un sur sept de malnutrition modérée (chiffres non présentés ici). La pauvreté (monétaire et culturelle) demeure bien un élément clé de la santé des enfants.

⁽⁹⁷⁾ Le pays est engagé depuis une vingtaine d'années dans des politiques de population et plus récemment dans des stratégies de lutte contre la pauvreté dans les villes et les campagnes (CERED, 1997, 2004). En termes de développement humain, il est classé par le PNUD au 125^e rang mondial en 2002 (IDH de 0,620), soit près de l'Égypte mais une vingtaine de rangs plus bas que l'Algérie, l'Iran, la Palestine ou la Syrie ; en termes de pauvreté humaine, il se situe à des niveaux proches de l'Iran, de l'Égypte et d'Oman (tableau annexe A.14). Calculé par le CERED (2003) par région, sexe et milieu d'habitat, l'IDH varie de 0,495 (femmes rurales de la région de Fès) à 0,801 (hommes urbains de la région de Lagouira) ; dans les 16 régions prises en compte dans l'étude, il est nettement plus élevé dans les villes que dans les campagnes, et pour les hommes que pour les femmes.

⁽⁹⁸⁾ Il est évident que les inégalités se seraient encore accrues si nous avions pu isoler les deux grandes villes (Rabat et Casablanca) des autres.

⁽⁹⁹⁾ Ce résultat est assez fréquent quand la vaccination des enfants est organisée sous forme de grandes campagnes nationales.

⁽¹⁰⁰⁾ Ce résultat nous a quelque peu étonnés, mais il ressortait déjà de l'enquête EDS de 1992 (8 %).

TABLEAU 18.— MORTALITÉ DES ENFANTS, CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT, VACCINATION ET MALNUTRITION AU MAROC EN 2003 SELON LE MILIEU D'HABITAT, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE NIVEAU DE VIE DU MÉNAGE DES FEMMES

	Mortalité 0-5 ans ^(a) (%)	Naissances avec consultation prénatale (%)	Accouchements avec personnel de santé (%)	Enfants de 12-23 mois vaccinés (tous vaccins, en %)	Enfants souffrant de malnutrition ^(b) (%)	Poids relatif de chaque groupe (%)
Milieu d'habitat						
Urbain	38	85	85	94	13	60
Rural	69	48	40	84	24	40
Niveau d'instruction						
Aucun	63	55	49	86	23	50
Primaire	42	79	77	92	14	20
Secondaire ou plus	27	93	95	96	10	30
Quintile de niveau de vie						
Premier (le plus pauvre)	78	39	30	81	29	18
Deuxième	65	56	50	85	20	19
Troisième	47	71	70	91	16	20
Quatrième	37	87	86	95	11	21
Cinquième (le plus riche)	26	93	95	97	10	22
Total	55	68	63	89	18	100

(a) Probabilité de décéder de la naissance à l'âge de 5 ans.
(b) Indice taille-pour-âge, mesure de la malnutrition chronique (modérée et sévère) chez les enfants de moins de 5 ans.
Source : rapport de l'enquête EDS de 2003.

XII. Les structures par sexe et âge : changements rapides et diversité

Avec un âge médian d'un peu moins de 22 ans vers 2000, plus du tiers de sa population âgée de moins de 15 ans, et seulement 6 % de personnes de 60 ans ou plus, la région est dans l'ensemble encore très jeune (tableau 19). Sa population est certes plus « âgée » que celle de l'Afrique sub-saharienne, mais encore nettement plus jeune que la population mondiale (26,8 ans), celle des pays en développement dans leur ensemble (24,3 ans), ou de régions comme l'Amérique latine et l'Asie de l'Est. Ces différences de structures d'âge reflètent les différences de transition de la fécondité, plus tardive en Afrique du Nord et au Moyen-Orient que dans la plupart des autres régions du monde.

La région a cependant enregistré une baisse spectaculaire de la fécondité en une trentaine d'années (voir section VIII), avec pour conséquence un vieillissement déjà perceptible à la base de la pyramide des âges : la proportion des moins de 15 ans est passée de plus de 40 % en 1950 à 35 % vers 2000 (tableau A.12). C'est néanmoins dans les prochaines années que les effets seront les plus marqués. Selon les projections les plus

TABEAU 19.— INDICATEURS DES STRUCTURES PAR ÂGE ET PAR SEXE
PAR SOUS-RÉGION EN 2000

Sous-région	Âge médian de la population (en années)	Part des moins de 15 ans (%)	Part des 60 ans ou plus (%)	Rapport (%) de masculinité ^(a)
Afrique du Nord	22,0	34,4	6,8	101,1
Péninsule Arabique	20,1	40,7	3,7	122,8
Moyen-Orient	21,8	35,0	6,7	102,4
Ensemble de la région	21,7	35,5	6,3	104,5
Afrique sub-saharienne	17,5	44,3	4,7	100,8
Asie de l'Est	31,1	23,8	11,3	104,7
Asie du Sud	22,5	35,4	7,1	105,2
Amérique latine et Caraïbes	24,4	32,0	8,1	97,8

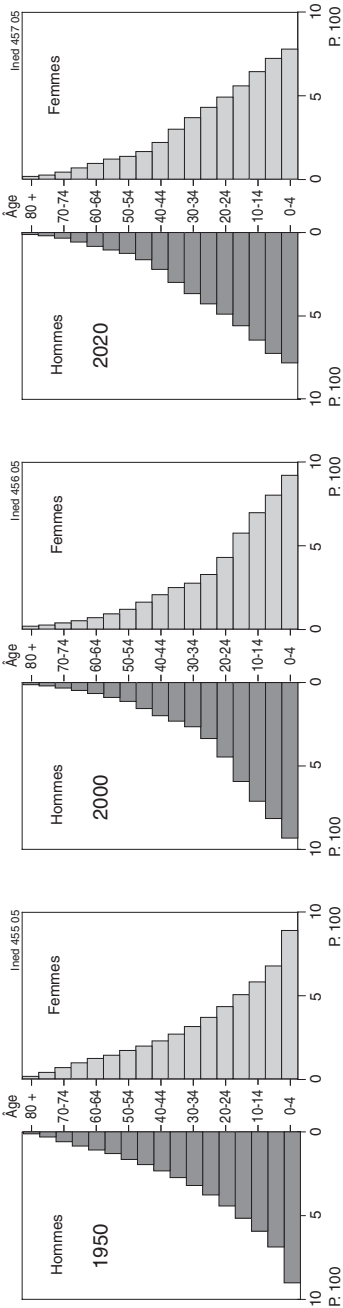
^(a) Rapport des effectifs masculins aux effectifs féminins.
Source : Nations unies (2005).

récentes des Nations unies (2005), en 2020, la part des moins de 15 ans devrait être autour de 28 %, l'âge médian de 28 ans, et la proportion de personnes âgées de l'ordre de 9 %. En 2040, avec toute la prudence requise dans l'utilisation de ces perspectives plus lointaines et donc plus incertaines, les 60 ans ou plus devraient représenter de l'ordre de 15 % de la population, soit près de 100 millions de personnes âgées dans la région (contre environ 25 millions aujourd'hui). Le vieillissement de la population constituera à n'en pas douter un défi majeur dans nombre de ces pays au cours des prochaines décennies (UNESCWA, 2004). Aujourd'hui, c'est plutôt la croissance rapide de l'effectif des jeunes d'âge actif qui pose d'énormes problèmes d'emploi et de logement notamment.

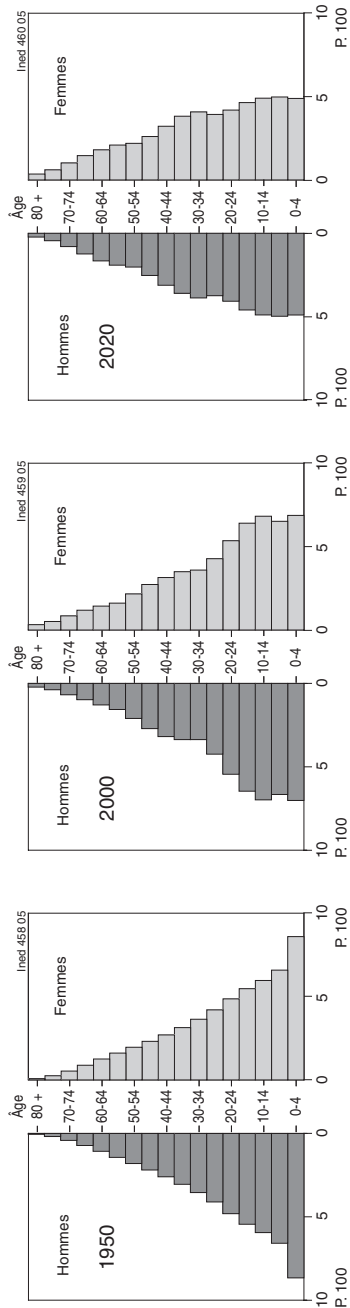
1. Une hétérogénéité croissante entre sous-régions et entre pays

L'examen des structures par âge et sexe des populations au niveau des sous-régions et des pays révèle une certaine diversité de situations. Si les structures sont très semblables en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, reflétant des transitions de la fécondité relativement voisines au niveau sous-régional, la péninsule Arabique est par contre sensiblement plus jeune, du fait de la jeunesse des populations du Yémen et de l'Arabie saoudite. Elle est aussi caractérisée par un déséquilibre entre sexes très marqué : l'effectif des hommes est supérieur de 23 % à celui des femmes, résultat de l'immigration de main-d'œuvre masculine étrangère. L'hétérogénéité des structures par âge et sexe entre pays est bien entendu nettement plus importante (voir tableau annexe A.12). En Israël par exemple, la part de la population âgée de 60 ans ou plus dépasse 13 %, alors qu'elle est autour de 6 % dans nombre de pays, et même aux environs de 3 % dans les pays du Golfe. Les jeunes de moins de 15 ans représentent près de la moitié des populations yéménite et palestinienne, mais à peine un quart de

Yémen



Égypte



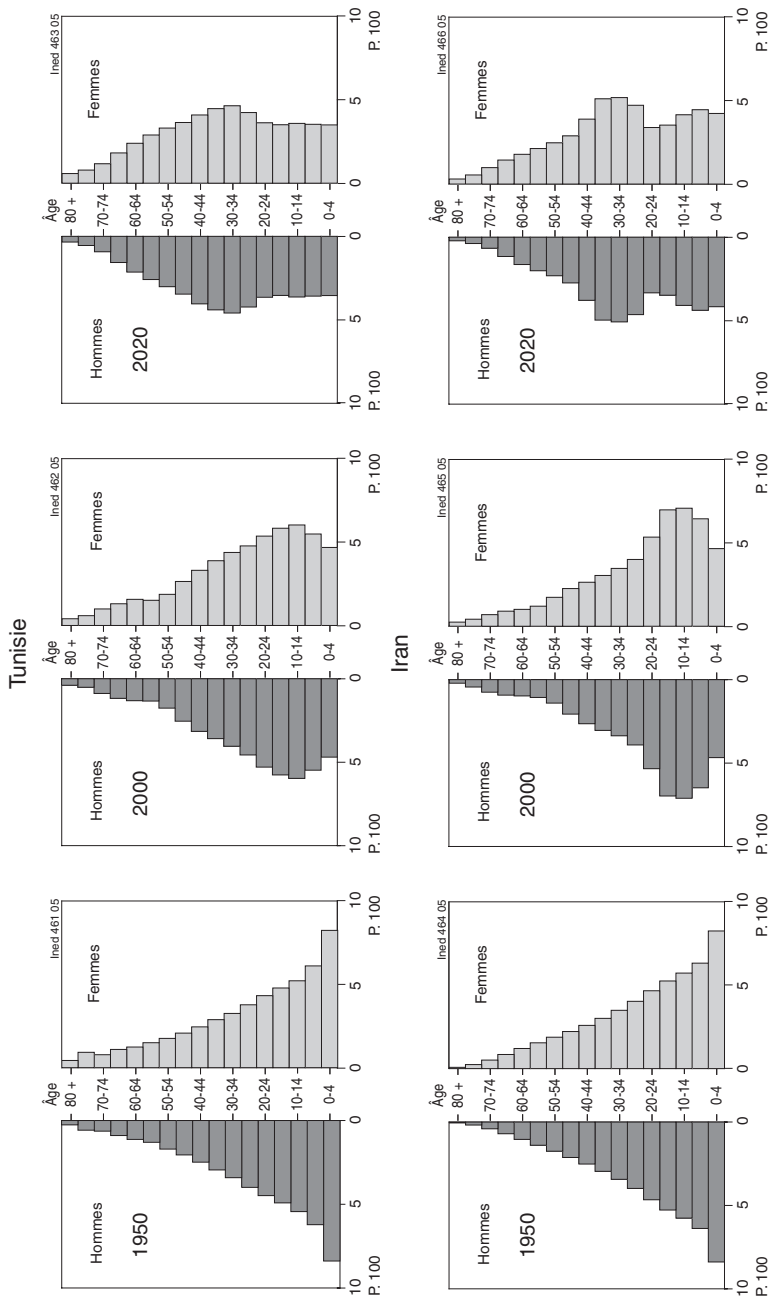


Figure 20. – Pyramide des âges en 1950, 2000 et 2020 dans 4 pays
Source : Nations unies (2005).

celle des Émirats arabes unis. Les rapports de masculinité vont quant à eux de 96 hommes pour 100 femmes au Liban à plus de 200 (deux fois plus d'hommes que de femmes) aux Émirats arabes unis ! Cette hétérogénéité dans les structures par âge et sexe résulte non seulement de la diversité des histoires de la fécondité mais aussi, en particulier dans les pays du Golfe, de la migration internationale (cf. *infra*).

Examinons plus en détail les évolutions des pyramides des âges de 1950 à 2000 et les perspectives jusqu'en 2020 dans quatre pays (Yémen, Égypte, Tunisie, Iran) qui ont connu des transitions de la fécondité différentes (figure 20, voir pages précédentes). En 1950, aucun de ces pays n'avait commencé sa transition de la fécondité, ni enregistré de fortes migrations ; leurs structures par âge et sexe étaient par conséquent très comparables. Les situations en 2000 sont bien plus diversifiées, et elles se diversifieront encore dans les années à venir. Le cas du Yémen est typique d'un pays dans lequel la fécondité n'a pas ou peu évolué. En 2000, sa population est très jeune, et même plus jeune qu'en 1950 dans la mesure où la baisse de la mortalité a surtout concerné les enfants. Elle devrait vieillir d'ici 2020, mais de façon modérée. L'Égypte, nous l'avons vu, a connu une baisse de la fécondité assez précoce mais plutôt chaotique et dans l'ensemble assez lente ; la fécondité s'y élève actuellement autour de 3,5 enfants par femme. La structure par âge de sa population en 2000 reflète cette évolution, avec une pyramide dont la base s'est rétrécie, mais où les enfants de 0-4 ans restent aussi nombreux que ceux de 5-9 ans. La base de la pyramide continuera à rétrécir d'ici 2020, à un rythme relativement modéré. En revanche, les évolutions en Tunisie et en Iran sont et seront bien plus importantes. La baisse de la fécondité en Tunisie a été beaucoup plus régulière qu'en Égypte et l'indice synthétique de fécondité (2,0 enfants par femme) y est aujourd'hui très inférieur. Cela se traduit par un rétrécissement très net de la base de la pyramide tunisienne : en 2000, l'effectif des enfants de 0-4 ans est inférieur de 15 % à celui des 5-9 ans, lesquels sont aussi moins nombreux que les 10-14 ans. Le vieillissement de la pyramide se poursuivra dans les prochaines années de manière assez régulière, et les moins de 15 ans, qui représentent 30 % de la population en 2000, n'en constitueront plus qu'autour de 20 % en 2020. Enfin, le cas de l'Iran illustre les changements de structure par âge consécutifs à une baisse tardive (à partir de 1985) mais très rapide de la fécondité. Dès 2000, le rétrécissement de la base de la pyramide est très marqué : on compte près de 30 % d'enfants de 0-4 ans de moins que ceux de 5-9 ans. Contrairement à la Tunisie, l'évolution de la structure par âge dans les prochaines décennies sera très mouvementée, avec des fluctuations importantes du nombre de naissances et des effectifs des autres groupes d'âges.

2. Les effets d'une baisse rapide de la fécondité : l'exemple de l'Iran

Voyons, à titre d'illustration des effets d'une baisse brutale de la fécondité sur la structure par âge, les fluctuations des effectifs d'enfants d'âge scolaire (les 6-11 ans et les 12-17 ans) en Iran entre 1980 et 2050 (figure 21).

Entre les années 1980 et 1995, l'effectif des enfants de 6-11 ans est rapidement passé d'un peu plus de 6 millions à 11 millions (soit une croissance annuelle de 3,6 % par an) ; l'effectif des 12-17 ans a suivi une évolution comparable avec quelques années de retard. Après ce premier pic, les effectifs d'enfants d'âge scolaire ont commencé à diminuer, suite à la baisse du nombre de naissances dans les années 1990. Le nombre d'enfants de 6-11 ans est redescendu à un peu moins de 7 millions en 2010 ; celui des 12-17 ans devrait atteindre ce chiffre en 2015. Malgré la baisse de la fécondité, le nombre de naissances augmentera toutefois de nouveau à partir de 2005 environ, avec l'arrivée d'effectifs importants de femmes aux âges les plus féconds. Cela conduira à une reprise de l'augmentation de l'effectif des enfants de 6-11 ans après 2010 et de celui des 12-17 ans un peu plus tard. Ils diminueront ensuite à partir de 2025-2030, mais on observera encore des oscillations de ces effectifs pendant plusieurs décennies. On le voit, l'Iran sera donc confronté à des fluctuations de la struc-

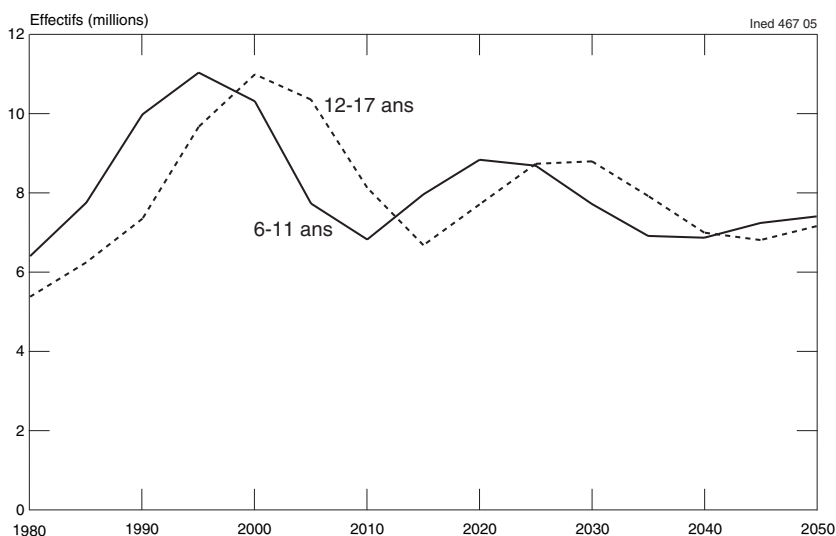


Figure 21. – Évolution des effectifs des enfants de 6-11 ans
et de 12-17 ans en Iran de 1980 à 2050

Source : Nations unies (2005).

ture de sa population très marquées, qui auront des conséquences sur l'organisation, par exemple, du système éducatif. Ce sera aussi le cas, bien que de manière moins prononcée, dans d'autres pays qui ont connu une baisse assez brutale et rapide de la fécondité (Algérie, Libye, etc.). Ce que l'on vient de montrer pour les âges scolaires s'appliquera aussi aux âges d'entrée en activité (18-25 ans) ou dans la vie matrimoniale (20-30 ans), et donc aux problèmes d'emploi et de logement.

3. *Rapports de dépendance et dividendes démographiques*

Autre conséquence à court terme des baisses de la fécondité, les rapports de dépendance⁽¹⁰¹⁾ diminuent (ou vont diminuer) plus ou moins rapidement dans les pays de la région. Reprenons les quatre pays de la figure 20 et examinons les évolutions de leurs rapports de dépendance de 1950 à 2050 (figure 22). Les pays les plus avancés dans la transition de la fécondité, la Tunisie et l'Iran, ont aujourd'hui des rapports de dépendance très faibles, autour de 50 %. En d'autres termes, ils comptent deux fois plus d'individus d'âge actif que de jeunes de moins de 15 ans et de personnes de

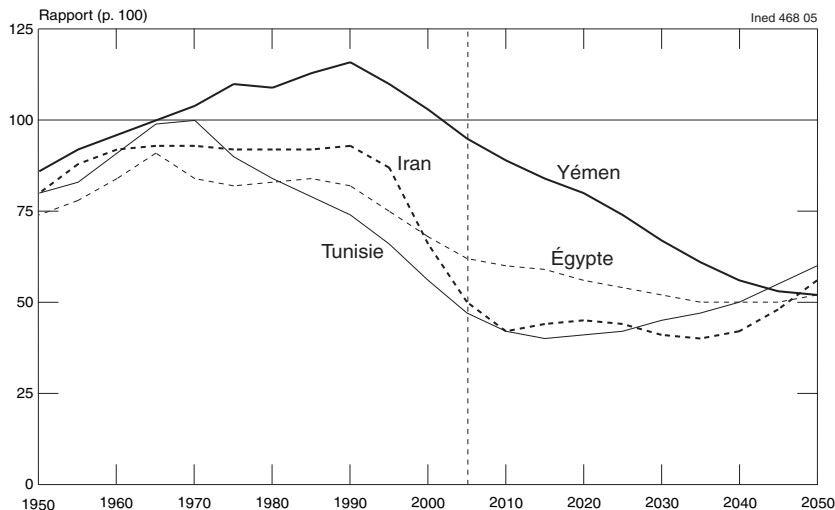


Figure 22. – Évolution des rapports de dépendance de 1950 à 2050 dans quatre pays (en %)

Source : Nations unies (2005), hypothèse moyenne pour les projections.

⁽¹⁰¹⁾ Le rapport de dépendance mesure le rapport de l'effectif de la population « dépendante » (les moins de 15 ans et les 65 ans ou plus) à l'effectif de la population d'âge actif (15-64 ans).

65 ans ou plus. L'évolution a été particulièrement radicale en Iran, résultat logique de la baisse brutale de la fécondité à partir du milieu des années 1980 : le rapport est passé de 87 en 1995 à 50 en 2005 et devrait atteindre 42 en 2010. Les changements ont été plus lents en Égypte, où le rapport de dépendance se situe autour de 60 %. Enfin, le Yémen, en tout début de transition, compte encore autant de jeunes et de personnes âgées que d'adultes de 15-64 ans.

La diminution des rapports de dépendance, en réduisant la pression démographique que les jeunes exercent sur les populations d'âge actif (par une réduction notamment des investissements nécessaires à leur santé et à leur éducation), a des implications sociales et économiques potentiellement importantes. Dans un environnement économique favorable, elle permettrait de « récolter » ce qu'on l'on qualifie parfois de « dividendes démographiques », soit une accélération de la croissance économique et du développement humain liée à ces modifications des structures démographiques. Cela dépend bien sûr de multiples autres facteurs économiques et politiques (Bloom, Canning et Sevilla, 2003). Les pays de la région sauront-ils tirer à court et moyen termes les bénéfices de ces changements de structures ?

4. Des pyramides atypiques : l'effet de la migration

Si la fécondité est généralement, dans un premier temps du moins, le principal facteur qui influe sur l'évolution de la structure par âge de la population, celle-ci est aussi fortement influencée par les mouvements

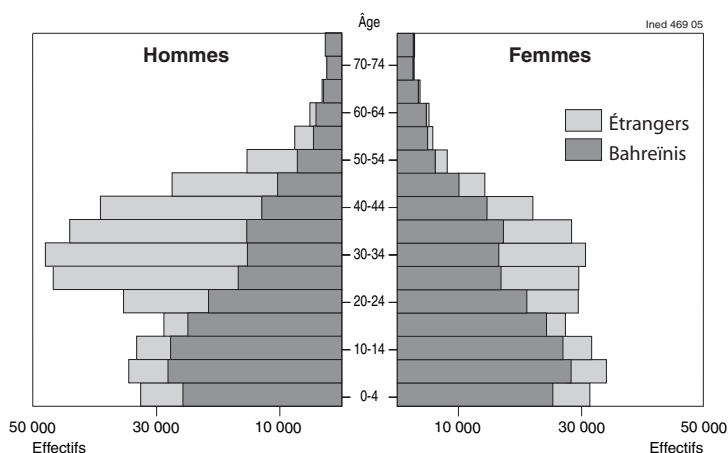


Figure 23. – Structure par sexe et âge selon la nationalité de la population résidente de Bahreïn en 2001

Source : données du recensement de 2001, publiées dans *Bahrain Statistical Abstract* (2003).

migratoires dans certains pays de la région. C'est le cas des pays producteurs de pétrole de la péninsule Arabique qui abritent une importante population de migrants (voir section XIV). La pyramide des âges de Bahreïn en 2004 (figure 23), qui distingue les citoyens de Bahreïn et les étrangers (près de 40 % de la population totale), illustre bien le type de déséquilibre que l'on trouve dans les structures démographiques de ces pays. Alors que la pyramide de la population bahreïnienne est plutôt classique, avec un léger rétrécissement de la base témoignant d'une baisse de la fécondité, la structure de la population totale est très différente. On observe un gonflement très net de la population aux âges actifs (20-55 ans) liée à la présence de main-d'œuvre étrangère, avec une surreprésentation très marquée des hommes à ces âges (160 hommes pour 100 femmes). Le rapport de masculinité, qui est de 102 hommes pour 100 femmes parmi les Bahreïniens, atteint 227 parmi les étrangers, et 136 dans la population totale. De telles structures atypiques s'observent dans tous les pays du Golfe, avec des situations plus ou moins extrêmes selon l'importance de la communauté de migrants.

XIII. L'urbanisation : rapide et quasi généralisée

Comme dans d'autres parties du monde, l'urbanisation rapide de la population de la région est l'une des transformations majeures de la seconde moitié du XX^e siècle⁽¹⁰²⁾. Encore largement rurale il y a cinquante ans, la région compte aujourd'hui plus d'urbains que de ruraux : environ un habitant sur quatre vivait en ville en 1950, 60 % en 2000 et, selon les perspectives des Nations unies (2005), le taux d'urbanisation devrait atteindre 70 % vers 2025 (tableau 20). Au total, la population urbaine a été multipliée par 8 en 50 ans, passant de 27 millions en 1950 à 230 millions en 2000 et, toujours selon les perspectives des Nations unies, elle atteindra près de 400 millions en 2025. Par rapport à d'autres régions, le niveau d'urbanisation de l'ensemble Afrique du Nord – péninsule Arabique – Moyen-Orient est globalement élevé. Bien qu'inférieur à celui de l'Amérique latine, il est nettement supérieur à ceux de l'Asie du Sud, de l'Asie de l'Est et de l'Afrique sub-saharienne (tableau 20).

1. L'hétérogénéité des niveaux et des tendances

La région est toutefois loin d'être homogène, et ici encore, on observe une importante diversité dans les niveaux et tendances de l'urbanisation entre sous-régions et entre pays. Au début des années 1950, les

⁽¹⁰²⁾ Rappelons que la croissance urbaine résulte de la croissance naturelle des villes (différence entre la natalité et la mortalité), mais également de la migration du milieu rural vers le milieu urbain et des reclassements de localités rurales en localités urbaines.

TABLEAU 20.— ÉVOLUTION DU TAUX D'URBANISATION PAR SOUS-RÉGION DE 1950 À 2000 ET PERSPECTIVES POUR 2025 (EN %)

Sous-région	1950	1975	2000	2025
Afrique du Nord	28,5	40,3	51,1	61,5
Péninsule Arabique	12,5	41,5	63,4	70,0
Moyen-Orient	27,1	48,2	65,4	74,6
Ensemble de la région	26,5	45,4	59,8	69,2
Afrique sub-saharienne	11,0	20,0	32,5	46,6
Asie de l'Est	16,1	23,3	40,4	59,6
Asie du Sud	16,6	22,2	29,5	40,2
Amérique latine et Caraïbes	41,9	61,2	75,5	83,5
<i>Source : Nations unies (2004c).</i>				

taux d'urbanisation variaient de moins de 5 % à Oman à près de 80 % au Qatar (figure 24). En dehors de ces deux pays, ils allaient de 6 % au Yémen à 66 % en Israël, avec une majorité de pays comptant entre 20 % et 40 % de population urbaine. Cinquante ans plus tard, les taux d'urbanisation se situent entre 25 % au Yémen et 96 % au Koweït, avec 8 pays au-delà de 80 % (contre 1 seul en 1950), et 18 des 20 pays au-delà de 50 %.

Les changements ont été particulièrement marqués dans la péninsule Arabique (tableau 20). Alors qu'elle est partie d'un niveau d'urbanisation très faible dans les années 1950, comparable à celui de l'Afrique subsaharienne à la même époque, près des deux tiers de sa population vit aujourd'hui en milieu urbain⁽¹⁰³⁾. Alors que quatre des petits pays de la péninsule (Koweït, Bahreïn, Qatar, Émirats arabes unis) se situaient déjà à des niveaux élevés en 1950 (urbanisation supérieure à 50 %), c'est essentiellement à l'Arabie saoudite, le plus gros pays de la sous-région, que l'on doit cette urbanisation rapide. Le taux y est passé de 17 % à 86 % en l'espace de 50 ans, sa population urbaine a été multipliée par 33 (de 560 000 habitants à plus de 18 millions) et, au total, 60 % de la croissance urbaine de la sous-région s'est produite dans ce seul pays. Aujourd'hui, les 6 pays du Golfe comptent tous plus de 75% de population urbaine. Le Yémen s'en démarque nettement, avec à peine 25 % d'urbains. Cette évolution dans les pays du Golfe, parfois qualifiée d'urbanisation pétrolière, s'explique en partie par l'afflux de main-d'œuvre étrangère en provenance des pays voisins et d'Asie. Nous y reviendrons.

L'Afrique du Nord a connu une urbanisation nettement moins rapide, la plus lente des trois sous-régions. Aujourd'hui la proportion d'urbains, qui était de 28 % en 1950, est à peine au-dessus des 50 %, faisant de l'Afrique du Nord la sous-région la moins urbanisée des trois. Cette relative lenteur s'explique dans une large mesure par le ralentissement de l'urbanisation de l'Égypte : pays le plus urbanisé de la région en 1950 (32 %), il est aujourd'hui, avec 42 % d'urbains, largement derrière les autres. À l'inverse, la Libye, qui était le pays le moins urbanisé en 1950 (18 %) est

⁽¹⁰³⁾ En excluant le Yémen, qui était et demeure essentiellement rural, la part de la population urbaine est passée de 20 % en 1950 à 86 % en 2000.

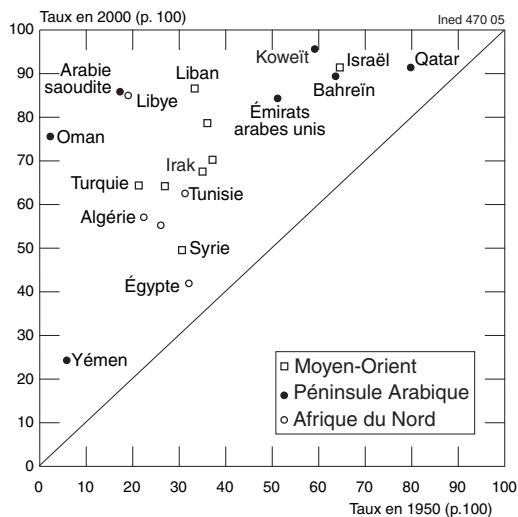


Figure 24. – Taux d'urbanisation en 1950 et en 2000 dans les 20 pays de la région (en %)

Source : Nations unies (2004c).

aujourd'hui en tête de classement, avec 85 % de sa population résidant en ville. Algérie, Maroc et Tunisie ont connu des évolutions relativement proches, passant de 20 % à 30 % d'urbains à environ 60 % en l'espace de 50 ans. En définitive, la situation actuelle en Afrique du Nord est bien plus diversifiée qu'il y a cinquante ans.

L'urbanisation a également progressé à des rythmes variables au Moyen-Orient. Dans l'ensemble, elle y a été plus rapide qu'en Afrique du Nord, mais plus lente que dans la péninsule Arabique. En Israël, pays qui était déjà le plus urbanisé en 1950 (66 %), 91 % de la population vit aujourd'hui dans des villes. Le taux d'urbanisation au Liban est passé de 33 % à 87 % en 50 ans alors que la Syrie, partant d'un niveau comparable en 1950, franchit seulement aujourd'hui le seuil des 50 %. L'Iran, l'Irak, la Jordanie, la Palestine et la Turquie ont des taux compris entre 64 % et 79 %, de l'ordre de 30 à 40 points de plus qu'en 1950.

2. L'émergence de mégapoles

Parallèlement à la croissance de la population urbaine, les cinquante dernières années ont été marquées par la multiplication du nombre de grandes ou très grandes villes. En 2000, la région comptait 31 villes de plus d'un million d'habitants (dont 14 capitales), contre seulement 3 cinquante ans plus tôt (Alexandrie, Le Caire et Téhéran). Elle comprend

aujourd'hui 4 villes de plus de 5 millions d'habitants (Le Caire, Téhéran, Bagdad, Istanbul), et devrait en compter une de plus en 2015 (Riyad) selon les perspectives d'urbanisation des Nations unies (2004c). La population du Caire, l'agglomération la plus peuplée de la région, dépasse les 10 millions d'habitants, et pourrait atteindre 13 millions d'ici 2015 (tableau 21). De telles grandes villes sont certes le lieu d'innovations et de progrès sociaux et économiques, mais la plupart sont aussi confrontées au cumul de problèmes importants en matière d'emploi, de pollution, d'accès à l'eau potable, de logement, etc. (Grenon et Batisse, 1988).

Dans quelques pays, ces grandes villes concentrent à elles seules une part importante de la population totale (tableau 21). Près de la moitié de la population du Liban vit à Beyrouth, 45 % de la population d'Israël habite Tel-Aviv, et un tiers de la population libyenne est à Tripoli. Ces trois villes concentrent aussi entre 42 % et 56 % de la population urbaine, ce qui indique une « macrocéphalie » certaine dans ces pays. Le système urbain est par contre plus équilibré dans d'autres pays, comme le Maroc, l'Algérie, la Turquie, ou encore l'Iran. Casablanca, par exemple, ne représente en 2000 que 21 % de l'ensemble de la population urbaine du Maroc et 11 % de la population du pays. Six grandes villes de plus de 500 000 habitants coexistent avec Casablanca (Rabat, Fès, Marrakech, Agadir, Tanger et Meknès), et l'on compte 13 autres villes de 100 000 à 500 000 habitants. L'Iran, autre exemple, compte, en plus de Téhéran, 56 agglomérations de plus de 100 000 habitants, dont cinq dépassent le million.

TABLEAU 21. – ÉVOLUTION DE LA POPULATION DES PRINCIPALES VILLES DE QUELQUES PAYS DE LA RÉGION DE 1950 À 2000 ET PERSPECTIVES POUR 2015

Villes	Pays	Population (en milliers)				Taux de croissance annuel moyen (en %)		% dans la population totale du pays en 2000	% dans la population urbaine du pays en 2000
		1950	1975	2000	2015	1950-1975	1975-2000		
Alger	Algérie	469	1 507	2 761	3 260	4,7	2,4	9	16
Bagdad	Irak	579	2 814	5 200	7 390	6,3	2,5	21	31
Beyrouth	Liban	335	1 500	1 639	2 174	6,0	0,4	48	56
Casablanca	Maroc	625	1 793	3 344	4 579	4,2	2,5	11	21
Damas	Syrie	367	1 122	2 105	2 849	4,5	2,5	13	25
Istanbul	Turquie	967	3 600	8 744	11 302	5,3	3,5	13	20
Le Caire	Égypte	2 436	6 437	10 398	13 123	3,9	1,9	15	37
Riyad	Arabie saoudite	111	710	4 519	7 155	7,4	7,4	21	24
Sanaa	Yémen	46	141	1 264	2 658	4,5	8,8	7	29
Téhéran	Iran	1 041	4 273	6 979	8 457	5,6	2,0	11	16
Tel-Aviv	Israël	418	1 206	2 752	3 542	4,2	3,3	45	49
Tripoli	Libye	106	611	1 877	2 497	7,0	4,5	35	42

Source : Nations unies (2004c).

3. *Le ralentissement des croissances urbaines*

Dans l'ensemble, la phase de forte croissance démographique (en termes relatifs) des grandes villes est passée. Parmi les 12 villes prises en compte dans le tableau 21, 10 ont connu une croissance sensiblement plus lente entre 1975 et 2000 qu'entre 1950 et 1975. La population de Téhéran par exemple, qui a augmenté en moyenne de 5,6 % par an entre 1950 et 1975, n'a cru « que » de 2 % par an entre 1975 et 2000 et, selon les perspectives des Nations unies, elle devrait croître à un rythme annuel de 1,3 % d'ici 2015. Seules exceptions parmi ces 12 villes : Riyad et Sanaa. La première a continué à croître à un taux supérieur à 7 % par an, soit un doublement de sa population en moins de 10 ans. La seconde aurait enregistré une accélération de sa croissance, passée de 4,5 % à 8,8 %, en raison notamment des retours d'Arabie saoudite lors de la guerre du Golfe (1990-1991).

Ce ralentissement de la croissance des grandes villes s'inscrit dans une tendance plus générale de ralentissement de la croissance urbaine, qui résulte de la baisse de la croissance naturelle et de la diminution de la croissance migratoire. Dans tous les pays de la région à l'exception du Yémen, les taux de croissance urbaine en 2000-2005 sont en effet sensiblement plus faibles que dans les années 1970 : compris entre 3 % et 5 % dans la plupart des pays en 1970-1975⁽¹⁰⁴⁾, ils se situent autour de 2 % en 2000-2005. Néanmoins, le ralentissement de la croissance des grandes villes est globalement plus prononcé que celui de l'ensemble du milieu urbain, et la part des grandes villes dans le total de la population urbaine a par conséquent sensiblement diminué dans un bon nombre de pays. Alger concentrait 23 % de la population urbaine du pays en 1975, contre 16 % seulement en 2000 ; de même, environ 28 % de la population urbaine irakienne vivait à Téhéran en 1975, contre 16 % aujourd'hui. En revanche, dans quelques pays, la part de la première ville dans la population urbaine est restée relativement stable (Le Caire, Tripoli, Istanbul, Damas), tandis qu'elle a augmenté dans certains autres (Sanaa, Riyad, Tel-Aviv).

XIV. Les migrations internationales

La migration internationale reste un phénomène démographique assez mal documenté, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient comme dans beaucoup de régions du monde. Des données sur les flux de migrants sont disponibles dans quelques pays (Israël, certains pays du Golfe), et nous y ferons parfois référence. Pour les comparaisons internationales, nous utiliserons toutefois essentiellement les indicateurs publiés par les

⁽¹⁰⁴⁾ Quelques pays du Golfe et la Libye font exception, avec des taux de croissance bien supérieurs durant cette période de forte croissance migratoire (jusqu'à 15 % aux Émirats arabes unis).

Nations unies (2004a, 2005), qui sont disponibles pour tous les pays de la région. Le premier de ces indicateurs, le *stock de migrants*, est défini comme le nombre de résidents d'un pays qui sont nés à l'étranger⁽¹⁰⁵⁾. La *proportion de migrants* est ce même nombre rapporté à la population totale du pays. Enfin, les Nations unies (2005) publient également des estimations des *taux de migration nette*, définis comme le rapport du solde migratoire annuel moyen au cours d'une période à la population du pays. Ces données, les plus récentes possibles, sont reprises dans le tableau annexe A.13, qui inclut également les populations réfugiées dans les pays de la région.

1. Des mouvements migratoires intenses et fortement polarisés

Globalement, la région qui recouvre l'Afrique du Nord, la péninsule Arabique et le Moyen-Orient est une région d'intenses migrations. Vers 2000, elle comptait 22 millions de *migrants internationaux*, soit une proportion de personnes nées ailleurs que dans leur pays de résidence de près de 6 % pour l'ensemble de la région. Cette proportion, bien supérieure à celles observées dans d'autres régions en développement⁽¹⁰⁶⁾, reflète entre autres l'attraction exercée par les pays du Golfe sur la main-d'œuvre arabe et asiatique, l'importante immigration vers Israël, et les mouvements de réfugiés, principalement palestiniens. Vers 2000, onze des vingt pays de la région comptaient plus de 10 % de migrants internationaux, dont sept en comptaient plus de 30 % (Qatar, Koweït, Émirats arabes unis, Bahreïn, Israël, Jordanie et Palestine). Loin d'être homogène, la région comprend toutefois aussi des pays de forte émigration (Maroc, Algérie, Turquie, etc.). Les proportions de migrants sont par conséquent extrêmement variables entre les sous-régions et entre les pays (tableau annexe A.13). En moyenne, de moins de 1 % de migrants en Afrique du Nord, siège d'une émigration importante, on passe à 6 % au Moyen-Orient, pour atteindre 20 % de migrants dans la péninsule Arabique, et même 31 % si l'on exclut le Yémen de cette sous-région. Les différences entre pays sont encore nettement plus marquées, avec des proportions de migrants allant de 0,1 % au Maroc à plus de 70 % au Qatar.

Les *taux de migration nette* à la fin des années 1990 (tableau annexe A.13) confirment globalement cette dichotomie entre pays fortement attractifs et pays d'émigration. Les soldes migratoires annuels sont négatifs en Afrique du Nord à l'exception de la Libye (– 2,1 ‰ pour le Maroc, – 1,3 ‰ pour l'Algérie) ; le Moyen-Orient comprend à la fois des

⁽¹⁰⁵⁾ Les stocks de migrants sont estimés essentiellement à partir des questions sur le lieu de naissance dans les recensements.

⁽¹⁰⁶⁾ La proportion de migrants est d'un peu plus de 2 % en Afrique sub-saharienne, et de l'ordre de 1 % en Amérique latine et Caraïbes et en Asie du Sud. Elle est par contre plus élevée dans les pays occidentaux : près de 25 % en Australie et Nouvelle-Zélande, 13 % en Amérique du Nord, 10 % en Europe de l'Ouest (Nations unies, 2004a).

pays de forte immigration (9,6 % en Israël) et d'émigration (– 1,4 % en Iran, – 1,8 % au Liban) ; les pays du Golfe, à l'exception d'Oman, ont des taux de migration nette positifs sur la période 1995-2000, allant jusqu'à 40 % aux Émirats arabes unis⁽¹⁰⁷⁾.

Ces situations, très variables d'un pays à l'autre, ont été façonnées par des histoires politiques parfois très mouvementées, par des conflits armés, par des changements économiques majeurs, etc. Aussi, la nature et les causes de ces mouvements migratoires sont-elles très variées, et ces migrations prennent de multiples formes (temporaires ou permanentes, spontanées ou forcées, régulières ou clandestines). Sans entrer ici dans le détail de mouvements migratoires complexes et pas toujours bien documentés, nous nous focaliserons sur quatre éléments majeurs de la dynamique migratoire dans la région : 1) les migrations vers les économies pétrolières du Golfe, 2) les migrations de peuplement en Israël, 3) les déplacements de la population palestinienne et sa répartition actuelle, et 4) les mouvements migratoires vers les pays occidentaux au départ des pays de la région⁽¹⁰⁸⁾.

2. *Les migrations vers le Golfe : un ralentissement dans les années 1990*

Nous l'avons vu, les pays de la péninsule Arabique, et en particulier les six États du Conseil de Coopération du Golfe⁽¹⁰⁹⁾, comptent une population de migrants importante. Près de 10 millions de personnes nées à l'étranger y résidaient vers 2000, représentant environ un tiers de leur population totale, et près de la moitié de l'ensemble des migrants de la région.

Cette population migrante, composée en grande partie de travailleurs temporaires d'origine asiatique et arabe, s'est considérablement accrue au cours des 30 à 40 dernières années (figure 25). Venue dès les années 1930 et 1940 en réponse aux besoins de l'industrie pétrolière naissante, la main-d'œuvre étrangère a afflué dans les pays du Golfe à partir de 1973-1974, avec l'augmentation des revenus du pétrole qui a engendré des investissements dans l'industrie et les infrastructures de ces pays (Seccombe et Lawless, 1986 ; Nations unies, 2003). L'Arabie saoudite, qui ne comptait que 300 000 migrants en 1970, dépasse aujourd'hui les 5 millions. Aux Émirats arabes unis, le nombre de migrants serait passé de 60 000 en 1970 à 2 millions en 2000 (figure 25 et tableau annexe A.13). En définitive, la population migrante dans ces six pays a été multipliée par 10 depuis 1970, et par 40 depuis 1960 !

⁽¹⁰⁷⁾ On observe bien sûr quelques divergences entre les données sur les stocks et sur les soldes migratoires récents. Les données relatives aux stocks de migrants mesurent le résultat de l'immigration depuis plusieurs décennies, alors que les soldes se rapportent à la différence entre immigration et émigration au cours d'une période récente (1995-2000).

⁽¹⁰⁸⁾ D'autres éléments de la dynamique migratoire de la région, tels que l'émigration du Liban pendant la guerre civile, ne seront pas abordés ici faute de place. Voir, par exemple, Fargues (2004) pour quelques données sur ce sujet.

⁽¹⁰⁹⁾ Qui comprend les États de la péninsule Arabique à l'exclusion du Yémen.

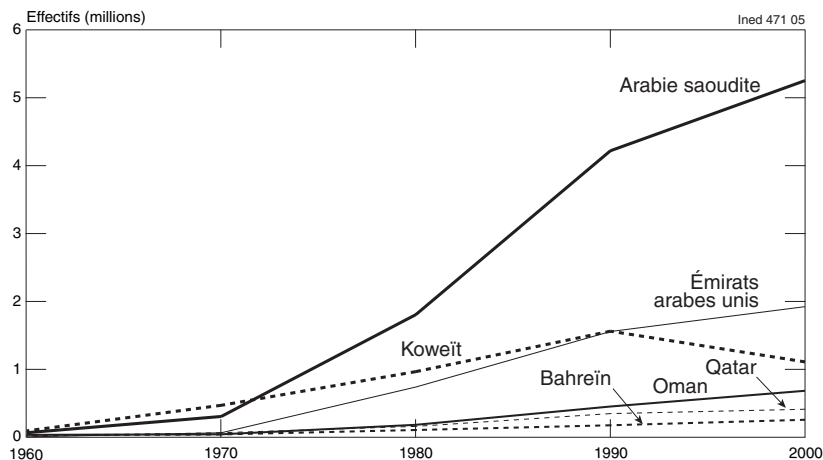


Figure 25.– Évolution du stock de migrants dans les six États du Golfe entre 1960 et 2000

Source : Nations unies (2004a).

L'augmentation de cette population s'est toutefois considérablement ralentie, en valeur absolue comme en valeur relative, dans les années 1990. Dans 5 des 6 pays (Bahreïn est l'exception), l'accroissement du stock de migrants a été nettement plus faible au cours de la décennie 1990 que dans les années 1980. En Arabie saoudite par exemple, l'accroissement annuel moyen de l'effectif des migrants est passé d'environ 240 000 dans les années 1980 à environ 100 000 dans les années 1990. Le Koweït a même perdu une partie importante de sa population : en 2000, il comptait 450 000 migrants de moins qu'en 1990. Les causes de ces ralentissements sont multiples. L'invasion du Koweït par l'Irak en 1990 et la guerre qui s'ensuivit ont eu des conséquences importantes sur les migrations dans la région, en particulier au Koweït. On estime ainsi qu'environ 250 000 Jordaniens, pour la plupart d'origine palestinienne, et environ 160 000 Égyptiens auraient quitté le Koweït à la suite de ce conflit (Nations unies, 2003). La guerre du Golfe a également eu des répercussions sur la population migrante d'autres pays : plusieurs centaines de milliers de Yéménites auraient quitté l'Arabie saoudite au début des années 1990 (Nations unies, 2003 ; Stevenson, 1993). Des politiques migratoires plus restrictives dans les pays du Golfe, avec pour objectif notamment de réduire la dépendance par rapport à la main-d'œuvre étrangère (la politique de « saoudisation » par exemple⁽¹¹⁰⁾), auraient également contribué au tassement de la croissance migratoire.

⁽¹¹⁰⁾ Cette politique vise notamment à réserver l'accès à certains emplois à des citoyens saoudiens. De telles politiques ont également été mises en place dans d'autres pays du Golfe, comme les Émirats arabes unis (McMurray, 1999).

L'origine géographique des migrants dans ces pays a également considérablement évolué au cours des 3 à 4 dernières décennies, avec une part croissante de travailleurs venus d'Asie du Sud et du Sud-Est (Humphrey, 1993 ; Kapiszewski, 2001). Même si les travailleurs asiatiques étaient déjà bien présents, voire majoritaires, dans plusieurs États dès les années 1970⁽¹¹¹⁾, les populations d'origine arabe (Égyptiens, Jordaniens, Palestiniens, Yéménites, etc.) étaient à cette époque largement majoritaires en Arabie saoudite (91 %) et au Koweït (80 %), représentant 72 % de l'ensemble des expatriés dans les pays du Golfe en 1975 (Kapiszewski, 2001). En 1996 en revanche, les migrants d'origine arabe ne représentaient plus que 31 % de l'ensemble des étrangers, les populations d'origine asiatique étant devenues majoritaires dans les 6 pays (de 57 % au Koweït à 86 % à Oman). Inde, Pakistan, Bangladesh et Sri Lanka sont, à la fin des années 1990, les principaux pays d'origine des travailleurs asiatiques. Les conflits dans la région ne sont bien sûr pas étrangers à ces changements dans la composition de la population migrante. La guerre du Golfe, nous l'avons dit, a eu notamment pour conséquence le départ massif du Koweït et d'Arabie saoudite de travailleurs Jordaniens, Égyptiens, Yéménites, etc. Le caractère plus « contrôlable » des travailleurs asiatiques, moins politisés et moins revendicatifs que les populations arabes, leurs durées de séjour plus courtes, sont aussi parmi les facteurs qui ont contribué à favoriser l'immigration asiatique (Humphrey, 1993 ; Russell, 1992).

3. Israël : un peuplement par la migration

Israël constitue aussi un cas atypique en termes de dynamique migratoire. Le pays compterait en 2000 environ 2,25 millions de migrants (personnes nées à l'étranger) sur 6 millions d'habitants, soit 37 % de la population (Nations unies, 2005). L'importance de cette population de migrants classe Israël au deuxième rang dans la région, bien après l'Arabie saoudite (plus de 5 millions de migrants), mais devant les Émirats arabes unis et la Jordanie (un peu moins de 2 millions chacun), la Palestine (1,7 million) ou encore la Turquie (1,5 million).

Le peuplement d'Israël depuis sa création en 1948 a reposé dans une large mesure sur la migration volontaire de populations juives d'origines très variées (ex-URSS, Europe, Amérique du Nord, Afrique du Nord, Éthiopie, etc.). De 1948 à 2003, Israël a accueilli près de 3 millions d'immigrants (Berthomière, 2003 ; *Central Bureau of Statistics*, 2004)⁽¹¹²⁾ arrivés au cours de plusieurs grandes vagues (figure 26). De 1948 à 1951, près de 700 000 migrants au total sont venus s'installer en Israël, condui-

⁽¹¹¹⁾ À Bahreïn, à Oman, au Qatar et aux Émirats arabes unis.

⁽¹¹²⁾ Cette immigration a été encouragée par la « loi du retour » promulguée en 1950, qui attribue la citoyenneté israélienne aux juifs, à leurs enfants et petits-enfants, et à la famille nucléaire lors de l'immigration en Israël. La migration nette aurait contribué pour 42 % à la croissance de la population entre 1948 et 1998 (Nations unies, 2003).

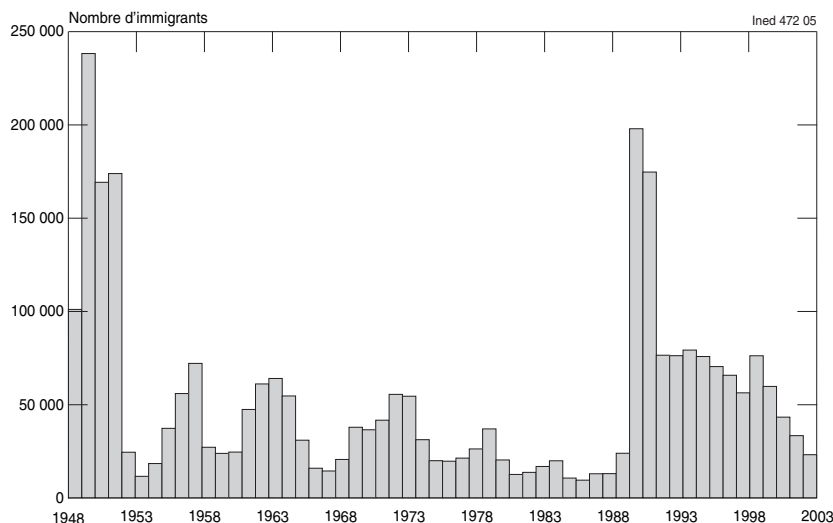


Figure 26.— Nombre d'immigrants permanents vers Israël entre 1948 et 2003

Source : Central Bureau of Statistics (2004).

sant à un doublement de la population en trois ans. Dès 1952, les arrivées ont diminué sensiblement et fluctué ensuite jusqu'en 1989 autour de 30 000 entrées par an, avec néanmoins quelques pics d'immigration au cours de cette période⁽¹¹³⁾. La chute du bloc communiste a provoqué une deuxième grande vague d'immigration, essentiellement en provenance de l'ex-URSS, avec l'arrivée de près de 200 000 immigrants en 1990, et d'un peu moins de 180 000 en 1991 (*Central Bureau of Statistics*, 2004). Les entrées ont ensuite diminué pour se stabiliser autour de 70 000 par an jusqu'en 2000, avant de baisser à nouveau jusqu'à 20 000 en 2003⁽¹¹⁴⁾.

Ces chiffres portent sur les immigrants permanents⁽¹¹⁵⁾ et n'incluent pas les migrations de travailleurs temporaires qui étaient traditionnellement rares mais qui, depuis le début des années 1990, sont en augmentation. Des travailleurs turcs, chinois, thaïlandais ou roumains ont en effet été recrutés pour faire face à l'augmentation de la demande de travailleurs,

⁽¹¹³⁾ Ce fut le cas en 1957, année au cours de laquelle de nombreux juifs du Maroc se sont installés en Israël, et où le nombre d'immigrants a atteint 70 000.

⁽¹¹⁴⁾ Les flux d'émigration sont très peu nombreux par rapport aux flux d'immigration, conduisant à un solde migratoire largement positif (Della Pergola, 1996).

⁽¹¹⁵⁾ Les immigrants repris dans les statistiques sont définis comme des personnes entrant en Israël pour s'installer de manière permanente, sous la loi du retour ou la loi d'entrée. Sont également inclus dans les statistiques les migrants potentiels (beaucoup moins nombreux), qui sont des personnes venant en Israël pour une période de 3 ans au maximum afin d'examiner les possibilités de s'installer de manière permanente. Pour plus de détails sur les définitions, voir *Central Bureau of Statistics* (2004, p. 58).

notamment dans le domaine de la construction, et remplacer la main-d'œuvre palestinienne dont l'accès au marché du travail israélien a été fortement freiné depuis le début des années 1990 (Kemp et Rajman, 2004 ; McMurray, 1999).

4. Les Palestiniens : la plus importante population réfugiée dans le monde

L'histoire des migrations des Palestiniens et leur implantation actuelle dans le monde sont aussi intimement liées à la situation politique dans la région et à l'histoire d'Israël. Dès la création d'Israël en 1948 et le conflit israélo-arabe, les populations palestiniennes se sont déplacées en masse vers les pays voisins, principalement la Jordanie, la Syrie et le Liban. Elles se sont également dirigées vers les économies pétrolières des pays du Golfe, notamment après 1967 et la guerre des Six Jours (Russell, 1992 ; Humphrey, 1993)⁽¹¹⁶⁾. À la suite des accords d'Oslo en 1993, des migrations de retour ont été observées avec l'installation en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza de Palestiniens de la diaspora, mais leur nombre est toutefois resté limité (de l'ordre de 100 000 au total selon Hammer, 2005).

Conséquence de ces conflits et des mouvements migratoires qu'ils ont entraînés, la majorité de la population d'origine palestinienne réside aujourd'hui en dehors de la Palestine (Courbage 1994a, 2005). Le tableau 22 reprend des estimations de la répartition de la population d'origine palestinienne dans le monde. Sur une population estimée à plus de 9 millions, à peine plus de 3 millions et demi vivent dans la bande de Gaza, en Cisjordanie et à Jérusalem-Est. Les autres résident en grande majorité dans les pays arabes voisins (2,7 millions en Jordanie, de l'ordre de 420 000 en Syrie et 400 000 au Liban) et en Israël (1 million, soit un peu plus de 15 % de la population du pays⁽¹¹⁷⁾). Environ 460 000 Palestiniens vivaient aussi dans les pays du Golfe (dont 300 000 en Arabie saoudite) et 650 000 ailleurs dans le monde (autres pays arabes, États-Unis, Europe, etc.). Fin 2002, près de la moitié de la population palestinienne avait le statut de réfugié, en ajoutant aux quelque 4 millions de Palestiniens enregistrés auprès de l'UNRWA⁽¹¹⁸⁾ (1,5 million en Palestine, et 2,5 millions en Jordanie, en Syrie et au Liban) les 350 000 réfugiés sous statut HCR (essentiellement en Arabie saoudite et en Égypte), ce qui en fait la plus importante population réfugiée dans le monde. Près d'un tiers des réfugiés

⁽¹¹⁶⁾ Mais, nous l'avons dit, la guerre du Golfe de 1990-1991 a provoqué le départ massif de populations d'origine palestinienne, vers la Jordanie principalement (Van Haer, 1995).

⁽¹¹⁷⁾ En incluant la population arabe de Jérusalem-Est dans la population d'Israël, comme le font les statistiques officielles d'Israël, la population palestinienne en Israël comprend quelque 1,25 million de personnes, soit environ 20 % de la population du pays.

⁽¹¹⁸⁾ L'UNRWA (*United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East*) considère comme réfugiés palestiniens les personnes qui résidaient en Palestine entre juin 1946 et mai 1948 et qui ont perdu leur logement et leurs moyens de subsistance à la suite du conflit israélo-arabe de 1948. La définition de l'UNRWA inclut également dans les réfugiés les descendants des personnes devenues réfugiées en 1948 (www.unrwa.org).

TABLEAU 22.— ESTIMATION DE LA POPULATION PALESTINIENNE PAR LIEU DE RÉSIDENCE ET STATUT DE RÉFUGIÉ VERS FIN 2002

Lieu de résidence	Effectif total (fin 2002)	Réfugiés enregistrés auprès de l'UNRWA (fin 2002)	Réfugiés de l'UNRWA vivant dans des camps (fin 2002)
Bande de Gaza	1 299 000	893 000	474 000
Cisjordanie	2 261 000	639 000	172 000
dont Jérusalem-Est	246 000	—	—
<i>Total Palestine</i>	3 560 000	1 532 000	646 000
Jordanie	2 716 000	1 698 000	297 000
Israël (Jérusalem-Est exclu)	1 038 000	—	—
Syrie	423 000	406 000	121 000
Liban	403 000	389 000	219 000
Arabie saoudite	301 000	—	—
États-Unis	232 000	—	—
Égypte	60 000	—	—
Koweït	38 000	—	—
Autres pays du Golfe	121 000	—	—
Autres pays arabes (Irak, Libye, etc.)	118 000	—	—
Reste du monde	295 000	—	—
<i>Total hors Palestine</i>	5 745 000	2 493 000	637 000
Total	9 305 000	4 025 000	1 283 000

Sources : Les populations des territoires occupés palestiniens (Bande de Gaza et Cisjordanie) en 2002 sont issues des projections réalisées à partir du recensement de 1997 par l'Office de statistique de Palestine. Elles sont publiées dans l'Annuaire statistique de Palestine, n°4, tableau 3.2.5 (*Palestinian Central Bureau of Statistics*, 2003). Les estimations de population de Jérusalem-Est proviennent de l'Annuaire statistique de Jérusalem, n°6, tableau 5.6 (*Palestinian Central Bureau of Statistics*, 2004). Les estimations de population palestinienne en dehors des territoires occupés et de Jérusalem-Est proviennent de l'Annuaire statistique de Palestine, n°4, tableau 3.2.5 (*Palestinian Central Bureau of Statistics*, 2003). Les statistiques de réfugiés par pays sont publiées par l'UNRWA. Les données de 2002 ont été retenues à des fins de comparaison avec la population palestinienne totale. Des statistiques plus récentes sont disponibles sur le site de l'UNRWA (www.un.org/unrwa). La population réfugiée palestinienne sous statut HCR n'est pas incluse dans les réfugiés UNRWA, mais elle est comprise dans la population totale.

de l'UNRWA vivent dans 59 camps en Palestine, en Jordanie, en Syrie et au Liban, où les conditions de vie sont souvent déplorables (FAFO, 2005 ; Rabah *et al.*, 2005).

Comme le soulignait Courbage (1994a) il y a quelques années, l'avenir de la population de la Palestine dépendra de nombreux facteurs, difficilement prévisibles, en particulier l'ampleur des migrations de retour des Palestiniens de la diaspora.

5. Migrations vers les pays occidentaux : l'Europe, destination privilégiée

L'Afrique du Nord et le Moyen-Orient sont également depuis de nombreuses années à l'origine d'importants flux d'émigration vers les pays occidentaux, en particulier vers l'Europe. Dans les années 1960 et 1970, les migrations depuis l'Afrique du Nord et la Turquie étaient organisées

pour satisfaire la demande de main-d'œuvre dans les pays européens, en particulier en France, en Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas (voir par exemple IOM, 2002, pour les migrations au départ du Maroc). Les migrations de travail se sont sensiblement ralenties après la crise pétrolière de 1973-1974, mais les migrations pour regroupement familial et les entrées clandestines ont continué d'alimenter les flux vers l'Europe. Les migrations de réfugiés, Iraniens et Irakiens notamment, ont également contribué à ces départs de la région vers les pays occidentaux⁽¹¹⁹⁾. Conséquence de ces mouvements migratoires, la population originaire d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient est aujourd'hui très importante dans plusieurs pays occidentaux.

Le tableau 23 retrace la population migrante originaire d'Afrique du Nord, de la péninsule Arabique et du Moyen-Orient dans 8 pays occidentaux (Allemagne, Australie, Belgique, Canada, États-Unis, France, Pays-Bas, Suède) vers 2000⁽¹²⁰⁾. Ces 8 pays abritent à eux seuls près de 6,5 millions de migrants venus de ces régions. Par comparaison, moins de 2 millions de migrants originaires d'Afrique sub-saharienne sont recensés dans ces huit pays, alors que l'Afrique sub-saharienne compte 300 millions d'habitants de plus. La majorité de ces migrants proviennent du Moyen-Orient (environ 4,2 millions, dont plus de 2 millions en Allemagne) et d'Afrique du Nord (environ 2,1 millions, dont 1,3 million en France). Les migrants en provenance de la péninsule Arabique sont par contre très peu nombreux.

Autre élément frappant : les trois quarts des migrants sont recensés dans les cinq pays européens pris en compte dans le tableau 23, alors que la population totale de ces cinq pays est environ deux fois moins importante que celle des États-Unis, du Canada et de l'Australie réunis. Ces chiffres montrent clairement le rôle prépondérant de l'Europe en tant que région d'accueil de ces migrants, ce qui s'explique notamment par les relations historiques (dont l'histoire coloniale), par les politiques migratoires passées et, bien sûr, par la proximité géographique de l'Europe. Les populations migrantes de cette région ont aussi, dans les pays européens, un poids très important par rapport à l'ensemble des migrants. Ainsi, ils représentent près d'un tiers de l'ensemble en France (36 %) et en Allemagne (32 %), 27 % aux Pays-Bas et autour de 20 % en Suède et en Belgique, contre 3 % à 6 % seulement dans les autres pays. L'origine régionale des migrants varie aussi fortement entre les pays : les Nord-Africains sont majoritaires en France et en Belgique ; les originaires du Moyen-Orient le sont par contre dans tous les autres pays (jusqu'à plus de 90 % en Allemagne et en Suède).

⁽¹¹⁹⁾ En 2004 par exemple, le HCR (UNHCR, 2005) recense environ 74 000 réfugiés irakiens en Allemagne, 29 000 aux Pays-Bas, 24 000 en Suède et 23 000 au Royaume-Uni ; 47 000 réfugiés iraniens résideraient en Allemagne, environ 21 000 aux États-Unis, et de l'ordre de 8 000 aux Pays-Bas.

⁽¹²⁰⁾ La population migrante est ici définie, comme précédemment, en fonction du lieu de naissance. Faute de données comparables, les données pour l'Allemagne font référence à la population de nationalité étrangère, qui sous-estime la population migrante étant donnée l'importance des naturalisations.

TABLEAU 23. – MIGRANTS ORIGINAIRES D’AFRIQUE DU NORD, DE LA PÉNINSULE ARABIQUE ET DU MOYEN-ORIENT DANS 8 PAYS OCCIDENTAUX VERS 2000

Région d'origine	Pays d'accueil							
	Allemagne 2002	Australie 2001	Belgique 2004	Canada 2001	États-Unis 2003	France 1999	Pays-Bas 2003	Suède 2001
Afrique du Nord	139 000	39 500	164 700	82 800	153 000	1 317 900	184 600	13 900
Péninsule Arabique	4 100	7 200	500	30 200	43 000	2 400	3 900	200
Moyen-Orient	2 181 300	161 400	94 300	231 500	864 000	240 100	266 100	177 600
Nombre total de migrants originaires des 20 pays	2 324 400	208 100	259 500	344 500	1 060 000	1 560 400	454 600	191 700
Nombre total de migrants dans le pays d'accueil	7 335 600	4 105 700	1 185 500	5 647 100	33 471 000	4 308 500	1 714 200	1 028 000
Proportion de migrants originaires des 20 pays parmi le nombre total des migrants dans le pays d'accueil	32 %	5 %	22 %	6 %	3 %	36 %	27 %	19 %
Principal pays d'origine parmi les migrants des 20 pays de la région (nombre de migrants entre parenthèses)	Turquie (1 912 000)	Liban (71 300)	Maroc (134 200)	Iran (75 000)	Iran (315 000)	Algérie (576 000)	Turquie (190 500)	Irak (55 700)
<i>Notes :</i> L'origine est définie par le lieu de naissance, sauf pour l'Allemagne où par manque de données, l'origine est définie par la nationalité. Les statistiques pour la France font référence aux personnes nées étrangères à l'étranger. Les migrations de Français de naissance nés à l'étranger, en particulier les rapatriés d'Algérie et des anciens protectorats, ne sont pas incluses dans ces chiffres. En incluant les Français de naissance nés en Afrique du Nord, les migrants originaires de cette région sont environ 2,3 millions en France.								
Les données sur le nombre de résidents aux États-Unis originaires de la péninsule Arabique ne sont pas publiées pour certains des pays de cette sous-région. L'estimation présentée dans ce tableau a été obtenue en soustrayant du nombre total de migrants originaires d'Asie ceux qui sont originaires des pays autres que ceux de la péninsule Arabique. Faute de données, les migrants venus d'Azerbaïdjan, de Chypre et de Géorgie restent comptabilisés avec les migrants de la péninsule Arabique.								
<i>Sources :</i> Pour l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les Pays-Bas, la Suède et les États-Unis, les données proviennent d'une compilation des données des instituts nationaux de statistique réalisée par le projet <i>Migration Information Source</i> (www.migrationinformation.org). Pour la Belgique, les données non publiées ont été mises à notre disposition par l'Institut national de statistique. Les données pour la France proviennent du recensement de 1999. Elles sont disponibles sur le site internet de l'Institut national d'études démographiques (www.ined.fr).								

TABLEAU 24.— ÉVOLUTION DE L'IMMIGRATION RÉGULIÈRE DE LONG TERME ISSUE DES 3 PAYS DU MAGHREB ET DES AUTRES RÉGIONS DU MONDE, PAR ANNÉE D'ADMISSION AU SÉJOUR EN FRANCE, 1994-2002

Nationalité	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Maghreb	23 029	18 431	18 746	27 286	36 138	33 553	40 953	51 526	63 107
Maroc	9 267	7 453	7 669	10 957	16 243	16 496	21 507	24 986	26 177
Algérie	10 911	8 564	8 469	12 412	14 523	12 103	12 760	18 555	27 936
Tunisie	2 851	2 414	2 608	3 917	5 372	4 954	6 686	7 985	8 994
Afrique sub-saharienne	11 316	9 852	10 179	18 652	27 880	19 776	22 427	26 325	30 245
Europe	61 216	55 680	54 212	54 232	59 322	61 195	61 912	64 010	67 022
Asie	13 123	11 177	11 447	14 972	19 668	17 759	21 001	25 234	29 027
Amériques	9 797	9 216	9 352	10 256	11 255	11 498	12 776	14 083	14 682
Autres	1 082	1 824	2 050	2 033	1 616	1 339	1 359	1 516	1 624
Total	119 563	106 180	105 986	127 431	155 879	145 120	160 428	182 694	205 707

Sources : tableaux publiés par X. Thierry (2004) et publications de l'Ined sur les statistiques des flux d'immigration en France (années 1994 à 2002), disponibles sur son site internet (www.ined.fr).

Ces migrations se poursuivent ou s'intensifient dans plusieurs pays occidentaux, qu'il s'agisse de migrations de travail, de migrations de réfugiés ou de regroupements familiaux. Examinons brièvement à titre d'illustration l'évolution des migrations des pays du Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie) vers la France au cours des années 1994-2002 (tableau 24). Pendant cette période, plus de 300 000 immigrants en provenance de ces trois pays ont été enregistrés en France⁽¹²¹⁾, avec une intensification des flux particulièrement marquée à la fin des années 1990. Alors que le nombre d'immigrants annuels était de l'ordre de 20 000 au milieu des années 1990, il dépasse 60 000 en 2002, soit environ 30 % de l'ensemble des entrées en France au cours de cette année. Les flux originaires du Maghreb sont environ deux fois plus importants que ceux d'Afrique sub-saharienne.

XV. L'accès à l'éducation des hommes et des femmes

Comme dans la chronique de 2004 sur l'Afrique sub-saharienne, nous terminerons par un aperçu de la situation en matière d'éducation, sans entrer dans la vaste problématique des relations entre éducation et développement ou la question importante des relations entre formation, emploi et chômage. Le rôle essentiel de l'éducation ou du capital humain dans le développement économique et social des sociétés n'est plus à démontrer⁽¹²²⁾. En démographie, parmi les caractéristiques individuelles,

⁽¹²¹⁾ 45 % des immigrants du Maghreb au cours de cette période sont marocains, 40 % sont algériens et 15 % sont tunisiens.

⁽¹²²⁾ Pour une synthèse de la situation des pays arabes en matière de capital humain, voir le *Rapport du développement humain dans le monde arabe* publié par le PNUD (2003). Celui de 2002 était consacré aux principaux défis en termes de développement que doit relever le monde arabe à l'entrée du troisième millénaire.

le niveau d'instruction des mères et des pères est toujours l'une des variables « explicatives » les plus discriminantes des comportements en matière de naissances, mariage, santé et parfois de migrations – nous en avons vu rapidement quelques exemples. À un niveau contextuel, celui des pays, le développement de l'éducation ou du savoir est fréquemment en rapport avec le rythme et les modalités des transitions démographiques.

Nous allons d'une part examiner l'état de la scolarisation primaire⁽¹²³⁾ et l'alphabétisation des adultes dans la région, longtemps en retard en la matière ; d'autre part, nous chercherons s'il existe une relation entre le niveau de développement éducatif des pays et la fécondité ou la mortalité des enfants. Le tableau annexe A.15 présente par sexe et par pays les taux d'alphabétisation adulte et de scolarisation primaire vers 2000. Le tableau 25 permet de situer la région par rapport aux autres grandes régions en développement.

1. Un analphabétisme adulte important, notamment chez les femmes

En dépit d'énormes progrès dans la plupart des pays depuis une trentaine d'années, l'analphabétisme des adultes demeure toujours très élevé dans l'ensemble de la région. Avec 32 % d'analphabètes (tableau 25), soit près d'un adulte sur trois, elle est mieux placée que l'Asie du Sud et de l'Ouest (45 %) ou que l'Afrique au sud du Sahara (40 %), mais elle est très loin de l'Amérique latine (11 %) ou de l'Asie de l'Est (13 %). En dehors de cette dernière, c'est là aussi que les inégalités entre hommes et femmes sont les plus criantes : près d'une femme adulte sur deux dans la

TABLEAU 25. – TAUX (%) NET DE SCOLARISATION PRIMAIRE, PROPORTION (%) D'ADULTES ANALPHABÈTES ET DIFFÉRENCES ENTRE SEXES DANS QUELQUES RÉGIONS DU MONDE EN 2000

Régions	Scolarisation primaire ^(a)		Analphabétisme adulte (15 ans ou plus) ^(b)	
	Taux (sexes réunis)	Rapport des taux F/H	Taux (sexes réunis)	Rapport des taux F/H
Afrique du Nord, péninsule Arabique et Moyen-Orient	84	0,93	32	1,87
Afrique sub-saharienne	64	0,92	40	1,54
Asie de l'Est	93	1,00	13	2,37
Asie du Sud et de l'Ouest	81	0,85	45	1,65
Amérique latine	97	0,98	11	1,20

(a) Le taux net de scolarisation primaire est le rapport entre le nombre d'élèves du groupe d'âges correspondant officiellement à l'école primaire et la population totale de ce groupe d'âges.
 (b) Le taux d'analphabétisme (ou proportion d'analphabètes) à 15 ans ou plus est la part de la population adulte de 15 ans ou plus ne sachant ni lire ni écrire. Le taux d'alphabétisation est son complément.
 Sources : Unesco (2003) et tableau annexe A.15.

⁽¹²³⁾ Compte tenu de la fiabilité toute relative des informations sur les niveaux d'instruction pour des comparaisons internationales, nous renonçons à la présentation de données sur les niveaux supérieurs.

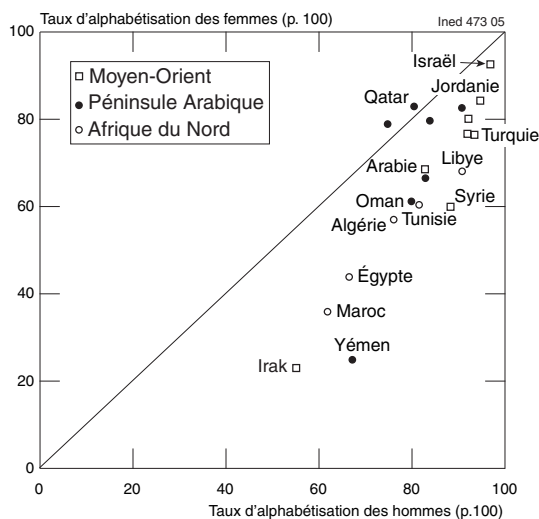


Figure 27. – Taux d'alphabétisation des hommes et des femmes dans les 20 pays en 2000 (en %)

Source : à partir des données de l'Unesco (2003) présentées dans le tableau annexe A.15.

région, contre moins d'un homme sur quatre, ne sait ni lire ni écrire. Au niveau des sous-régions (tableau annexe A.15), le Moyen-Orient (25 % d'analphabètes) est en meilleure position, avec un peu moins d'inégalités hommes-femmes, que la péninsule Arabique (34 %, en y incluant le Yémen) et surtout que l'Afrique du Nord (42 %).

L'examen des résultats par pays (figure 27) met en évidence encore davantage d'hétérogénéité, ce qui reflète l'histoire de l'accès à l'éducation dans chaque pays depuis 1960 ou 1970. À un extrême, on trouve Israël, les petits pays riches du Golfe, mais également des pays aussi différents que la Palestine, le Liban, la Turquie ou la Jordanie, qui ne comptent plus guère que 5 % à 20 % d'analphabètes et où les inégalités entre hommes et femmes sont les plus faibles de la région. À l'autre extrême se côtoient l'Irak et le Yémen, mais aussi le Maroc et l'Égypte, où autour d'un adulte sur deux ne sait ni lire ni écrire et où les inégalités entre hommes et femmes sont très importantes.

La lutte contre l'illettrisme et les inégalités de genre est loin d'être terminée dans la région, en particulier dans les pays arabes. Abordons maintenant la scolarisation primaire des jeunes, qui constitue un meilleur reflet des politiques récentes et joue un rôle déterminant pour l'avenir.

2. Une région disparate en matière de scolarisation

Globalement en 2000, plus de huit enfants sur dix en âge de scolarité primaire vont à l'école, avec de meilleures chances pour les garçons que pour les filles (tableau 25). C'est un peu plus qu'en Asie du Sud et de l'Ouest (81 %) mais nettement moins qu'en Amérique latine (97 %) ou en Asie de l'Est (93 %). En moyenne sous-régionale (tableau annexe A.15), l'Afrique du Nord (91 %) scolarise actuellement davantage ses enfants que le Moyen-Orient (84 %) et surtout que la péninsule Arabique (65 %). En dehors du Maroc, les pays d'Afrique du Nord rattrapent actuellement le retard pris dans les années 1960, 1970 et 1980, notamment en matière d'instruction des filles, par des politiques éducatives volontaristes. Ce retard se reflète encore dans un taux d'analphabétisme adulte important, mais celui-ci reculera assez rapidement.

Selon ces données récentes de l'Unesco (2003), seuls deux pays assurent une scolarisation primaire complète de leurs enfants : Israël et la Tunisie (figure 28), mais six autres sont dans une situation très avancée (de 93 % à 98 % des enfants) : ce sont l'Algérie, l'Égypte, Bahreïn, l'Irak⁽¹²⁴⁾, la Jordanie et la Syrie⁽¹²⁵⁾. En dépit de progrès ces dernières années, l'Iran et le Maroc sont nettement en retrait, loin des résultats

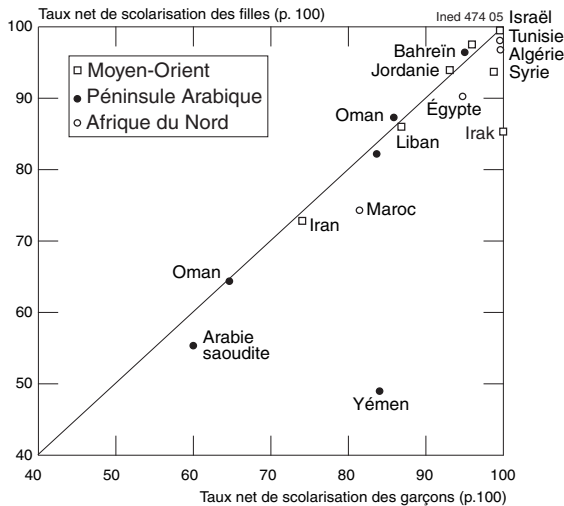


Figure 28.— Taux net de scolarisation primaire par sexe dans 17 pays en 2000 (en %)

Source : à partir des données de l'Unesco (2003) présentées dans le tableau annexe A.15.

⁽¹²⁴⁾ Pour lequel l'Unesco donne des taux de scolarisation de 100 % pour les garçons (!) et de 86 % pour les filles.

⁽¹²⁵⁾ Le document de l'Unesco (2003) ne présente pas de données pour la Libye et la Turquie en 2000.

escomptés (notamment dans les zones rurales) avec des taux nationaux de scolarisation de l'ordre de 75 %⁽¹²⁶⁾. En Arabie saoudite, le taux n'atteindrait même encore que 58 %⁽¹²⁷⁾, soit un niveau inférieur à celui du Yémen.

Les inégalités de scolarisation primaire entre garçons et filles ont beaucoup reculé avec le développement de l'accès à l'éducation, et elles sont assez faibles dans l'ensemble (figure 28). Mais bien des progrès restent à accomplir au Maroc, en Arabie saoudite, en Irak et surtout au Yémen.

3. *Les relations avec la fécondité et la mortalité infantile : moins étroites qu'ailleurs*

Dans les analyses menées au niveau international (sur le monde entier, l'ensemble des pays du Sud ou une grande région), les relations observées à un moment donné entre la fécondité ou la mortalité des enfants et le niveau d'instruction dans les pays sont classiquement négatives et assez bonnes : globalement, plus le niveau d'instruction de la population des pays est élevé, plus leur fécondité et leur mortalité sont basses. Qu'en est-il en 2000 dans la région ?

Calculée sur les 20 pays, la corrélation entre la *fécondité des femmes* (ISF) et leur niveau d'alphabétisation est bien négative, mais elle n'est guère élevée avec un coefficient de détermination (R^2) de 0,23 (figure 29)⁽¹²⁸⁾. Elle est nettement plus faible que ce que l'on observe souvent (R^2 autour de 0,60), y compris en Afrique sub-saharienne (R^2 de 0,45, cf. Tabutin et Schoumaker, 2004). En d'autres termes, au niveau agrégé, l'instruction des femmes n'a pas dans cette région une influence aussi importante qu'ailleurs sur la fécondité. La figure 29 illustre parfaitement la diversité des situations : par exemple, pour un niveau d'alphabétisation féminine de l'ordre de 60 %, les fécondités vont de 2 (Tunisie) à plus de 4 enfants par femme (Arabie saoudite) ; inversement, une fécondité de 3 enfants environ est atteinte avec des niveaux d'alphabétisation allant de 36 % (Maroc) à plus de 80 % (Qatar et Israël). La Palestine constitue une situation exceptionnelle au niveau mondial, avec une fécondité de près de 6 enfants par femme et une population féminine alphabétisée à près de 85 %⁽¹²⁹⁾.

La corrélation entre la mortalité infantile (figure 30) et le taux d'alphabétisation des femmes, bien sûr négative, est beaucoup plus élevée et classique ($R^2 = 0,68$)⁽¹³⁰⁾, sans toutefois être parfaitement linéaire. Calculée

⁽¹²⁶⁾ Pour une synthèse sur l'Iran des progrès et problèmes de l'éducation, notamment depuis la révolution islamique de 1979, voir Ladier-Fouladi (2003, p. 131-158) ; sur l'Égypte, voir Fargues (2002).

⁽¹²⁷⁾ Estimation de l'Institut statistique de l'Unesco (ISU).

⁽¹²⁸⁾ Calculée avec le taux d'alphabétisation des hommes, elle devient même quasiment nulle ($R^2 = 0,08$).

⁽¹²⁹⁾ Soulignons que si on enlève la Palestine du calcul, le coefficient de détermination R^2 passe de 0,23 à 0,39.

⁽¹³⁰⁾ En enlevant l'Irak dont la situation est exceptionnelle, elle est autour de 0,61.

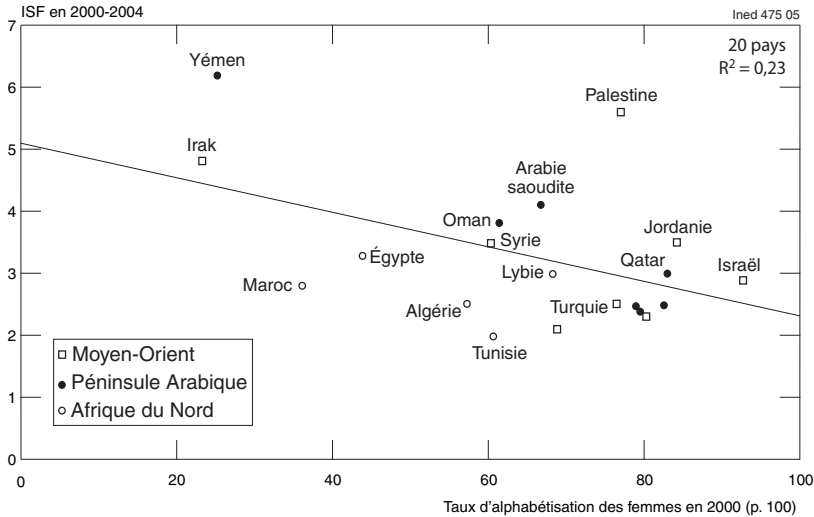


Figure 29. – Relation entre la fécondité et l'alphabétisation des femmes adultes dans les 20 pays en 2000

Sources : à partir des données des Nations unies (2005) et de l'Unesco (2003).

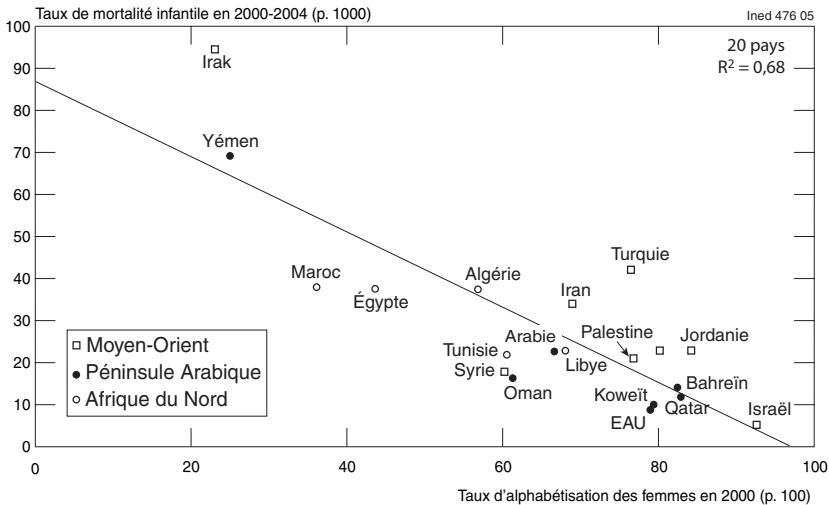


Figure 30. – Relation entre la mortalité infantile et l'alphabétisation des femmes adultes dans 20 pays en 2000

Sources : à partir des données des Nations unies (2005) et de l'Unesco (2003).

avec le taux d'alphabétisation des hommes, elle tombe à 0,43. Cela démontre le rôle premier de l'instruction féminine, qui ressort même dans des analyses comme celle-ci menée au niveau agrégé⁽¹³¹⁾. Sans parler de l'Irak et du Yémen qui enregistrent de très fortes mortalités infantiles, la Turquie se distingue par sa surmortalité : avec 77 % des femmes sachant lire et écrire, la mortalité infantile pourrait être deux fois moins élevée.

Conclusion

Il est déjà loin le temps où les mots « arabe », « islam », « Afrique du Nord » ou « Moyen-Orient » renvoyaient à la famille nombreuse et patriarcale, au mariage précoce, universel et même polygamique, à une fécondité très élevée ou encore à une situation sanitaire précaire. Certes, les transitions socio-démographiques et sanitaires de la région ont démarré plus tardivement qu'ailleurs, mais dans l'ensemble elles y ont été assez rapides. « L'explosion démographique » de la région est bien terminée, le changement de régime démographique est en cours, sans toutefois être achevé. La grande majorité des pays sont déjà entrés dans un tout autre système de reproduction, caractérisé par une mortalité assez faible, une fécondité de plus en plus contrôlée, un mariage tardif avec l'émergence du célibat définitif, une mobilité notable... Les changements sont radicaux dans les trois pays du Maghreb ou encore en Iran, ils sont plus lents ou incertains en Arabie saoudite ou en Égypte par exemple, et restent très limités en Palestine et au Yémen.

Cette diversification actuelle des systèmes démographiques nationaux s'accompagne, comme ailleurs dans le monde, d'une diversification à l'intérieur même des pays, en d'autres termes d'une croissance des inégalités sociales et des disparités régionales. La fin des États providence, les politiques d'ajustement structurel, le chômage, celui des jeunes notamment, et les nombreux conflits ont créé des poches conséquentes de pauvreté et de précarité dans ces sociétés, y compris les plus riches. En l'absence de politiques redistributives suffisantes, les inégalités face à la santé, l'emploi et parfois l'instruction en sont la conséquence directe. Compte tenu de son capital économique et culturel, chaque groupe social d'un pays adapte ses comportements démographiques (en matière notamment de fécondité, de nuptialité ou de mobilité) aux contraintes de l'environnement qu'il vit actuellement ou qu'il perçoit pour l'avenir. Tout cela varie d'un pays à l'autre selon son histoire, les grandes options politiques, sociales et économiques qui sont prises et les moyens macro-économiques dont il dispose.

Dans l'esprit même de ces articles annuels consacrés à une région du monde, nous nous en sommes tenus à un bilan, à une synthèse essentiellement descriptive des tendances depuis cinquante ans et des caractéristiques les plus détaillées et récentes possibles des diverses composantes

⁽¹³¹⁾ Un rôle fortement confirmé par l'étude de l'effet des caractéristiques individuelles, où partout le risque de décès d'un enfant est très lié au niveau d'instruction de sa mère.

des dynamiques démographiques des trois sous-régions et des vingt pays qui les composent, élargissant le monde arabe à la Turquie, l'Iran et Israël. Nous ne pouvions ici prétendre répondre aux questions importantes mais complexes que sont les relations entre démographie et développement dans la région, les relations entre politique, religion et démographie, les causes et les conséquences de ces transitions socio-démographiques, ou encore les raisons des divergences parfois sensibles entre pays.

Quelques réflexions peuvent néanmoins être avancées. Quand on observe l'hétérogénéité des transitions dans la région, une certitude s'impose : l'islam, encore religion d'État dans un bon nombre de pays, et très largement pratiqué par les populations, n'a pas en soi constitué, ou au moins ne constitue plus une véritable barrière au changement socio-démographique. La fécondité élevée et le mariage précoce ne sont pas inhérents à la culture islamique. Un bon exemple en est l'Iran : la fécondité a commencé à y reculer dès 1984, cinq ans après que le pays soit devenu une république islamique, et cinq ans avant la réactivation du programme national de planification familiale, soutenu par les autorités religieuses. Un second exemple est l'Algérie où le déclin de la fécondité et la hausse de l'âge au mariage des femmes se sont accélérés dans les années 1990, en pleine période d'émergence des mouvements islamistes.

Mais par rapport à d'autres régions, les paradoxes sont nombreux dans l'histoire démographique du monde arabe et du Moyen-Orient, et les théories de la transition démographique y sont malmenées. En matière de fécondité et de nuptialité par exemple, comment expliquer les changements rapides au Maroc, là où l'accès à l'éducation et le développement social ont pris un grand retard par rapport à des pays voisins comme l'Algérie et la Tunisie ? Comment, à l'inverse, expliquer le maintien de la forte fécondité dans les territoires palestiniens, là où la mortalité des enfants est basse et l'accès à l'éducation presque universel ? Comment peut-on expliquer le retard relatif pris par l'Égypte, dont l'État prône une ferme politique malthusienne depuis quarante ans ? Finalement, quels sont les déterminants fondamentaux des changements considérables qui sont survenus dans un bon nombre de ces sociétés où l'activité professionnelle des femmes est parmi les plus faibles du monde, et où leur émancipation est loin d'être parachevée tant sur le plan juridique que dans la vie quotidienne ?

Sans prétendre ici répondre à ces questions complexes, l'histoire récente de ces pays présente, nous semble-t-il, quelques grands traits communs : 1) un recul considérable de la mortalité, certes variable d'un pays à un autre mais présent partout ; 2) la fin des États providence à partir du milieu des années 1980 suite notamment à la diminution de la rente pétrolière⁽¹³²⁾ ; la libéralisation des économies et la privatisation d'un certain nombre de secteurs ont conduit un peu partout à un recul du niveau de vie des ménages et à une augmentation des coûts de l'enfant ; 3) des chan-

⁽¹³²⁾ Dont vivaient directement les pays producteurs et indirectement un certain nombre d'autres.

gements culturels, liés aux progrès de l'éducation et de la communication, sans doute aussi aux migrations, qui conduisent à une autre vision de la famille et de l'enfant ; 4) le recul dans l'ensemble du système patriarcal traditionnel, basé notamment sur la subordination des cadets à l'aîné et sur celle des femmes aux hommes (Fargues, 2003).

Finalement, l'*avenir démographique de la région* nous paraît fait à la fois d'irréversibilité et d'incertitudes. *Irréversibilité* dans le changement progressif des modèles de fécondité et de nuptialité, et plus généralement des structures familiales : la famille, précocement constituée, rapidement nombreuse, n'est plus la norme prédominante dans bon nombre de ces sociétés islamiques, notamment parmi les jeunes générations. Irréversibilité aussi en matière de mortalité, en l'absence bien sûr de nouveaux conflits (comme celui de l'Irak actuellement). Mais il est fait également d'*incertitudes* sur les rythmes des changements ou des progrès qui restent à accomplir dans nombre de ces pays. Dans chacun, ils dépendront, entre autres, de trois grands éléments plus ou moins en interaction : l'évolution de la pauvreté et des inégalités sociales, les progrès dans les rapports de genre et les relations intergénérationnelles et, dans certaines sociétés, de la place de l'islam et de ses différents courants dans les rapports sociaux et politiques.

Remerciements. Nous remercions Jean-Pierre Zamwangana, chercheur-doctorant à l'Institut de démographie de l'UCL, pour son aide précieuse au rassemblement des données.

ANNEXE STATISTIQUE

TABLEAU A.1. – RECENSEMENTS, ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES NATIONALES AUPRÈS DES MÉNAGES, ENQUÊTES NATIONALES DE FÉCONDITÉ ET DE SANTÉ DE 1960 À 2004

Sous-régions et pays	Recensements	Enquêtes démographiques et auprès des ménages	Enquêtes EMF, EDS ou équivalentes	Enquêtes GCHS et GFHS	Enquêtes PAPCHILD et PAPFAM	Autres enquêtes nationales
Afrique du Nord						
Algérie	1966 1977 1987 1998	1970-71 ^(d)	1970 1986		1992 2002	2000 ^(f)
Égypte	1960 1966 ^(a) 1976 1986 1996		1980 1988 1992 1995 2000		1991	
Libye	1964 1973 1984 1995				1995 2005	2000 ^(f)
Maroc	1960 1971 1982 1994 2004	1962-63 1986-88 ^(d)	1979 1987 1992 1995 2003		1997	1983-84 ^(e) 2000 ^(f)
Tunisie	1966 1975 1984 1994 2004	1968-69 ^(d) 1989	1978 1988		1995 2001	1983 ^(e) 2000 ^(f)
Péninsule Arabique						
Arabie saoudite	1962 1974 1992 2004			1987 1996		
Bahreïn	1965 1971 1981 1991 2001			1989 1995		
Émirats arabes unis	1968 1975 1980 1985 1990 1995			1987 1995		
Koweït	1961 1965 1970 1975 1980 1985 1995			1987 1996		
Oman	1993 2003			1988 1995		
Qatar	1970 1986 1997			1987 1996		
Yémen	1994 2004 ^(b)		1979 1991-92 1997		1991 2003	
Moyen-Orient						
Iran	1966 1976 1986 1991 1996	1973-76 ^(d) 1991	1977 2000			1997 ^(e) 2000 ^(f)
Irak	1965 1977 1987 1997			1989		2000 ^(f)
Israël	1961 1972 1983 1995		1973			1988
Jordanie	1961 1979 1994 2004		1972 1976 1983 1990 1997 2002			1981 1985
Liban	1970				1996 2004	2000 ^(f)
Palestine	1967 1997 ^(c)	1995				2000 ^(f)
Syrie	1960 1970 1981 1994 2004	1976-79 ^(d)	1978		1993 2001	2000 ^(f)
Turquie	1960 1965 1970 1975 1980 1985 1990 2000		1978 1993 1998			
<i>Note sur les sigles :</i> EMF = Enquête mondiale de fécondité (1975-1982), EDS = Enquête démographique et de santé (depuis 1985), PAPCHILD = <i>Pan Arab Project for Child Development</i> (1989-1996), PAPFAM = <i>Pan Arab Project for Family Health</i> (2000-2003), GCHS = <i>Gulf Child Health Survey</i> (1987-1989), GFHS = <i>Gulf Family Health Survey</i> (1995-1998). ^(a) sur échantillon ; ^(b) recensements postérieurs à la réunification en 1990 ; ^(c) Bande de Gaza et Cisjordanie pour ces deux recensements ; ^(d) enquête auprès des ménages à passages répétés ; ^(e) enquête nationale de prévalence contraceptive ; ^(f) enquête MICS2 (<i>Multiple Indicator Cluster Surveys</i>) de l'Unicef. <i>Sources :</i> recherches personnelles diverses.						

TABLEAU A.2. – SUPERFICIE ET DENSITÉ EN 2000, ÉVOLUTION DE LA POPULATION DE 1950 À 2040

Sous-régions et pays	Superficie ^(a) (milliers de km ²)	Densité ^(b)		Terres arables ^(c) (2000)	Effectif de la population (milliers d'habitants) ^(b)						
		Brute ^(b)			1950	1970	1990	2000	2005	2010	2025
Afrique du Nord	5 752,8	–	–	44 099	71 454	118 213	141 848	154 290	167 463	204 247	231 937
Algérie	2 381,7	13	372	8 753	13 746	25 291	30 463	32 854	35 420	42 871	47 508
Égypte	1 001,5	67	2 039	21 834	35 285	55 673	67 285	74 003	81 133	101 092	117 803
Libye	1 759,5	3	247	1 029	1 986	4 334	5 306	5 853	6 439	7 976	9 015
Maroc	446,5	65	300	8 953	15 310	24 696	29 231	31 478	33 832	40 280	44 801
Tunisie	163,6	58	191	3 530	5 127	8 219	9 563	10 102	10 639	12 028	12 810
Péninsule Arabique	3 100,3	–	–	8 336	14 119	35 279	48 618	56 838	64 796	90 788	115 787
Arabie saoudite	2 149,7	10	567	3 201	5 745	16 379	21 484	24 573	27 664	37 160	45 309
Bahreïn	0,7	960	11 200	116	220	493	672	727	791	965	1 100
Émirats arabes unis	83,6	39	1 299	70	225	1 868	3 247	4 496	5 035	6 693	8 213
Koweït	17,8	124	22 300	152	744	2 143	2 230	2 687	3 047	4 002	4 840
Oman	309,5	11	3 053	456	747	1 843	2 442	2 567	2 863	3 776	4 554
Qatar	11,0	55	3 030	25	111	467	606	813	894	1 098	1 263
Yémen	528,0	34	1 074	4 316	6 327	12 086	17 937	20 975	24 502	37 094	50 508
Moyen-Orient	3 173,7	–	–	51 410	89 509	157 995	194 091	210 265	228 086	279 939	319 377
Iran	1 648,2	41	406	16 913	28 805	56 674	66 365	69 515	74 283	89 042	98 023
Irak	438,3	57	453	5 340	10 112	18 515	25 075	28 807	32 534	44 664	56 694
Israël	21,1	290	1 449	1 258	2 898	4 514	6 084	6 725	7 315	8 734	9 884
Jordanie	89,2	56	1 243	472	1 623	3 254	4 972	5 703	6 338	8 134	9 556
Liban	10,4	340	1 030	1 443	2 390	2 741	3 398	3 577	3 773	4 297	4 611
Palestine	6,5	525	1 370	1 005	1 096	2 154	3 150	3 702	4 330	6 422	8 661
Syrie	185,2	91	314	3 495	6 378	12 843	16 813	19 043	21 432	28 081	33 297
Turquie	774,8	88	256	21 484	36 207	57 300	68 234	73 193	78 081	90 565	98 651
Total région	12 026,8	–	–	103 845	175 082	311 487	384 557	421 393	460 345	574 974	667 101

Sources : ^(a) FAO (2004) pour les superficies ; ^(b) Nations unies (2005) pour les densités brutes ainsi que les effectifs des populations (1950 à 2040) ; hypothèse moyenne pour les projections ; ^(c) les densités par km² de terres arables ont été calculées sur la base des superficies de terres arables et de cultures permanentes publiées par la FAO (2004).

Sources : ^(a) FAO (2004) pour les superficies ; ^(b) Nations unies (2005) pour les densités brutes ainsi que les effectifs des populations (1950 à 2040) ; hypothèse moyenne pour les projections ; ^(c) les densités par km² de terres arables ont été calculées sur la base des superficies de terres arables et de cultures permanentes publiées par la FAO (2004).

TABLEAU A.3. – TAUX DE NATALITÉ, DE MORTALITÉ ET D'ACCROISSEMENT NATUREL DE 1950 À 2005

Sous-régions ^(a) et pays	Taux de natalité (p. 1 000)						Taux de mortalité (p. 1 000)						Taux annuel moyen d'accroissement naturel ^(b) (p. 100)					
	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004
Afrique du Nord	49,3	47,5	42,7	38,6	28,1	23,7	24,2	19,8	15,2	11,2	7,1	5,6	2,5	2,8	2,8	2,7	2,1	1,8
Algérie	51,0	50,4	48,0	41,2	28,8	20,8	23,9	19,4	15,4	9,9	6,1	5,0	2,7	3,1	3,3	3,1	2,3	1,6
Égypte	48,6	45,4	39,8	38,4	28,9	26,3	24,0	20,4	15,3	12,3	7,9	6,0	2,5	2,5	2,5	2,6	2,1	2,0
Libye	48,0	49,0	49,0	45,6	24,8	23,3	22,5	18,3	14,8	10,9	4,5	4,0	2,6	3,1	3,4	3,5	2,0	1,9
Maroc	50,4	50,1	45,6	36,9	27,3	23,3	25,7	19,6	15,7	10,9	7,1	5,8	2,5	3,1	3,0	2,6	2,0	1,8
Tunisie	46,4	46,5	37,1	33,8	24,1	16,8	22,6	17,9	12,3	8,0	6,0	5,4	2,4	2,9	2,5	2,6	1,8	1,1
Péninsule Arabique	52,0	51,6	50,1	45,9	37,5	31,5	29,8	25,2	19,3	10,5	6,7	5,3	2,2	2,6	3,1	3,5	3,1	2,5
Arabie saoudite	49,0	48,9	47,6	41,0	34,6	28,5	25,9	21,3	16,9	7,6	4,6	3,9	2,3	2,8	3,1	3,3	3,0	2,5
Bahreïn	45,1	47,0	36,0	32,8	26,4	18,8	16,4	13,8	7,5	4,5	3,6	3,2	2,9	3,3	2,9	2,8	2,3	1,6
Émirats arabes unis	47,8	43,6	33,0	29,5	23,4	16,3	22,8	17,3	9,9	4,0	2,3	1,3	2,5	2,6	2,3	2,6	2,1	1,5
Koweït	45,2	44,5	44,4	34,6	20,7	19,5	11,2	9,0	5,0	3,2	2,1	1,8	3,4	3,6	3,9	3,1	1,9	1,8
Oman	51,4	50,4	49,5	46,0	34,4	25,6	27,1	21,7	14,6	7,7	3,6	2,8	2,4	2,9	3,5	3,8	3,1	2,3
Qatar	46,3	40,8	31,3	28,7	21,2	19,1	22,2	16,7	11,6	4,9	3,4	3,2	2,4	2,4	2,0	2,4	1,8	1,6
Yémen	54,8	54,6	54,5	56,7	48,2	41,0	34,2	30,0	24,6	17,0	11,8	8,7	2,1	2,5	3,0	4,0	3,6	3,2
Moyen-Orient	48,7	44,5	40,7	38,6	29,5	23,3	22,3	16,5	11,9	9,4	7,0	6,2	2,6	2,8	2,9	2,9	2,3	1,7
Iran	47,0	45,4	42,5	45,5	30,6	18,6	22,8	18,0	13,2	10,7	6,5	5,3	2,4	2,7	2,9	3,5	2,4	1,3
Irak	52,6	46,9	45,4	39,8	39,0	35,7	20,7	15,3	11,5	8,3	9,6	9,7	3,2	3,2	3,4	3,2	2,9	2,6
Israël	32,5	25,5	27,4	23,8	21,5	20,7	6,9	6,0	7,1	6,8	6,3	5,7	2,6	2,0	2,0	1,7	1,5	1,5
Jordanie	46,7	52,5	50,0	42,3	34,4	27,8	26,0	22,0	13,0	8,9	5,8	4,2	2,1	3,1	3,7	3,3	2,9	2,4
Liban	41,0	37,9	31,3	30,0	24,7	19,0	18,7	10,8	7,7	7,8	7,3	6,7	2,2	2,7	2,4	2,2	1,7	1,2
Palestine	46,7	52,5	46,6	44,6	45,6	38,8	26,0	22,0	16,8	9,1	6,9	4,2	2,1	3,1	3,0	3,6	3,9	3,5
Syrie	48,1	48,5	46,8	46,2	32,7	28,7	20,5	16,6	11,3	7,2	4,6	3,5	2,8	3,2	3,6	3,9	2,8	2,5
Turquie	50,8	43,9	37,9	32,2	24,7	21,4	23,5	16,4	11,6	9,3	7,2	6,6	2,7	2,8	2,6	2,3	1,8	1,5
Total région	49,2	46,3	42,3	39,3	29,9	24,5	23,7	18,5	13,8	10,2	7,0	5,9	2,6	2,8	2,8	2,9	2,3	1,9

(a) Les moyennes sous-régionales sont des moyennes pondérées par l'effectif de la population de chaque pays.

(b) Les taux annuels moyens d'accroissement naturel ont été calculés et arrondis à partir des taux de natalité et de mortalité.

Source : Nations unies (2005).

(a) Les moyennes sous-régionales sont des moyennes pondérées par l'effectif de la population de chaque pays.

(b) Les taux annuels moyens d'accroissement naturel ont été calculés et arrondis à partir des taux de natalité et de mortalité.

Source : Nations unies (2005).

TABLEAU A.4. — ÂGE MOYEN AU PREMIER MARIAGE (HOMMES ET FEMMES) ET INTENSITÉ DE LA POLYGAMIE ET DU CÉLIBAT DÉFINITIF

Sous-régions et pays	Âge moyen hommes ^(a)		Âge moyen femmes ^(a)		Écart d'âge entre époux		% de femmes en union polygame vers 1998	% de femmes célibataires à 40-49 ans vers 1998
	vers 1975	vers 1998	vers 1975	vers 1998	vers 1975	vers 1998		
Afrique du Nord								
Algérie	25,3	31,3	20,9	27,6	4,4	3,7	3,1	4,2
Égypte	26,7	27,9	21,4	22,3	5,3	5,6	—	1,9
Libye	24,6	32,0	18,7	29,2	5,9	2,8	5,2	2,3
Maroc	25,0	28,8	19,6	25,0	5,4	3,8	3,5 ^(b)	5,1 ^(b)
Tunisie	28,0	29,8	22,7	26,3	5,3	3,5	0	3,5
Péninsule Arabique								
Arabie saoudite	—	25,2 ^(c)	—	21,8 ^(c)	—	3,4	—	2,4 ^(c)
Bahreïn	—	28,4 ^(d)	—	25,6 ^(d)	—	2,8	9,0 ^(e)	5,0 ^(d)
Émirats arabes unis	25,9	25,6 ^(f)	18,0	23,1 ^(f)	7,9	2,5	—	1,9 ^(f)
Koweït	26,5	27,5	19,6	25,2	6,9	2,3	—	6,0
Oman	—	25,9	—	21,7	—	4,2	11,0 ^(g)	1,0
Qatar	25,2	28,7	21,4	26,3	3,8	2,4	—	4,8
Yémen	—	27,6	—	20,7 ^(h)	—	6,9 ^(h)	7,1 ^(h)	1,3 ^(h)
Moyen-Orient								
Iran	24,2	25,3	19,7	22,1	4,5	3,2	2,8 ⁽ⁱ⁾	1,6
Irak ^(j)	25,3	26,3	20,8	22,3	4,5	4,0	—	4,3
Israël	25,4	27,9	22,8	25,0	2,6	2,9	—	6,4
Jordanie	25,9	27,0	21,5	24,0	4,4	3,0	6,8 ^(k)	4,8
Liban	28,5	—	23,2	—	5,3	—	—	—
Palestine	25,2	25,3	21,9	21,7	3,3	3,6	3,5 ^(l)	8,2
Syrie	25,9	29,4 ^(m)	20,7	25,6 ^(m)	5,2	3,8	5,1 ^(m)	—
Turquie	23,7	24,6 ⁽ⁿ⁾	20,1	21,8 ⁽ⁿ⁾	3,6	2,8	—	2,0

^(a) Les âges moyens au premier mariage ont été calculés par la méthode des proportions de célibataires aux divers âges (méthode de Hajnal). Ils sont pour un grand non-bre issus des données des recensements les plus proches de 1975 et 1998, sauf indication contraire ; ^(b) Enquête PAPCHILD de 1997 ; ^(c) Enquête GCHS de 1987 ; ^(d) Recensement de 1991 ; ^(e) Enquête GCHS de 1989 ; ^(f) Enquête GCHS de 1989 ; ^(g) Enquête GCHS de 1988 ; ^(h) Enquête EDS de 1997 ; ⁽ⁱ⁾ Proportion d'hommes polygames en 1991 (Ladrier-Fouladi, 2003, p. 61) ; ^(j) Recensements de 1977 et 1987 respectivement ; ^(k) Enquête EDS de 2002 ; ^(l) Proportion d'hommes polygames à l'enquête démographique de 1995 ; ^(m) Enquête PAPFAM 2001 ; ⁽ⁿ⁾ En 1989 (Behar, 2002).

N.B. : les tirets signifient une absence de données.

Sources : diverses, dont Nations unies (2004b).

(a) Les âges moyens au premier mariage ont été calculés par la méthode des proportions de célibataires aux divers âges (méthode de Hajnal). Ils sont pour un grand nombre issus des données des recensements les plus proches de 1975 et 1998, sauf indication contraire ; (b) Enquête PAPCHILD de 1997 ; (c) Enquête GCHS de 1987 ; (d) Recensement de 1991 ; (e) Enquête GCHS de 1989 ; (f) Enquête GCHS de 1987 ; (g) Enquête GCHS de 1988 ; (h) Enquête EDS de 1997 ; (i) Proportion d'hommes polygames en 1991 (Ladrier-Fouladi, 2003, p. 61) ; (j) Recensements de 1977 et 1987 respectivement ; (k) Enquête EDS de 2002 ; (l) Proportion d'hommes polygames à l'enquête démographique de 1995 ; (m) Enquête PAPFAM 2001 ; (n) En 1989 (Behar, 2002).

N.B. : les tirets signifient une absence de données.

Sources : diverses, dont Nations unies (2004b).

TABLEAU A.5.– ÉVOLUTION DE 1960 À 2000 DE L'ÂGE MOYEN AU PREMIER MARIAGE DES HOMMES ET DES FEMMES, AINSI QUE DE LA PROPORTION DE CÉLIBATAIRES À 20-24 ANS (FEMMES) ET 25-29 ANS (HOMMES) DANS 4 PAYS

Pays	Date	Âge moyen au premier mariage		Écart d'âge entre époux	% de femmes célibataires à 20-24 ans	% d'hommes célibataires à 25-29 ans
		Hommes	Femmes			
Algérie	1966	23,8	18,4	5,4	11	19
	1970	24,4	19,3	5,1	18	20
	1977	25,3	20,9	4,4	31	30
	1987	27,6	23,8	3,8	52	50
	1992	29,8	25,5	4,3	70	72
	1998	31,3	27,6	3,7	77	78
	2002	33,0	29,6	3,4	83	85
Maroc	1960	24,1	18,0	6,1	8	22
	1971	25,0	19,6	5,4	20	31
	1979	26,1	21,6	4,5	37	37
	1982	27,9	22,2	5,7	40	45
	1987	28,0	23,5	4,5	49	50
	1994	28,8	25,0	3,8	56	64
	2003	31,1	26,9	4,2	–	–
Tunisie	1956	26,2	19,5	6,7	–	–
	1966	27,2	20,8	6,4	27	41
	1975	28,0	22,7	5,3	45	43
	1984	28,1	24,3	3,8	59	52
	1989	29,0	25,2	3,8	67	63
	1994	29,8	26,3	3,5	72	72
	2001	32,9	29,2	3,7	–	–
Iran	1966	–	18,4	–	–	–
	1976	24,1	19,7	4,4	21	22
	1986	23,7	19,9	3,8	25	18
	1991	–	21,0	–	–	–
	1996	25,1	22,0	3,2	39	27

Sources : Ajbilou (1998) pour les trois pays du Maghreb jusqu'en 1994, avec mise à jour de notre part ; Ladier-Fouladi (2003) pour l'Iran. Ces âges moyens ont été calculés avec la méthode de Hajnal à partir des recensements et des diverses grandes enquêtes nationales.

TABLEAU A.6. – INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ET TAUX NET DE REPRODUCTION DE 1950 À 2005

Sous-régions ^(a) et pays	Indice synthétique de fécondité ^(b)						Taux net de reproduction ^(c)					
	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004
Afrique du Nord												
Algérie	7,3	7,4	7,4	6,5	4,1	2,5	2,9	2,5	2,4	2,3	1,7	1,4
Égypte	6,6	7,1	5,7	5,3	3,9	3,3	2,1	2,4	2,1	2,1	1,7	1,5
Libye	6,9	7,2	7,6	7,2	4,1	3,0	2,2	2,5	2,9	2,9	1,9	1,4
Maroc	7,2	7,2	6,9	5,4	3,7	2,8	2,3	2,5	2,5	2,2	1,6	1,3
Tunisie	6,9	7,3	6,2	4,9	3,1	2,0	2,2	2,5	2,4	2,1	1,4	0,9
Péninsule Arabique												
Arabie saoudite	7,7	7,8	7,8	7,4	6,1	4,6	2,1	2,4	2,7	2,9	2,6	2,1
Bahreïn	7,2	7,3	7,3	7,1	5,7	4,1	2,2	2,5	2,9	3,0	2,6	1,9
Émirats arabes unis	7,0	7,2	5,9	4,6	3,4	2,5	2,5	2,8	2,5	2,1	1,6	1,2
Koweït	7,0	6,9	6,4	5,2	3,9	2,5	2,1	2,3	2,5	2,4	1,8	1,2
Oman	7,2	7,3	6,9	4,9	3,2	2,4	2,9	3,2	3,2	2,3	1,5	1,2
Qatar	7,2	7,2	7,2	7,2	6,3	3,8	2,0	2,3	2,7	3,1	2,9	1,8
Yémen	7,0	7,0	6,8	5,5	4,1	3,0	2,1	2,4	2,5	2,4	1,9	1,5
	8,2	8,4	8,5	8,7	7,6	6,2	2,0	2,2	2,5	3,0	3,0	2,6
Moyen-Orient												
Iran	6,9	6,6	6,0	5,5	4,0	2,8	2,3	2,4	2,3	2,4	1,8	1,2
Irak	7,0	7,0	6,4	6,6	4,3	2,1	2,2	2,4	2,4	2,7	1,9	0,9
Israël	7,3	7,3	7,2	6,4	5,7	4,8	2,4	2,7	2,9	2,7	2,4	2,0
Jordanie	4,2	3,9	3,8	3,1	2,9	2,9	1,8	1,7	1,8	1,5	1,4	1,4
Liban	7,4	8,0	7,8	6,8	5,1	3,5	2,3	2,8	3,1	2,9	2,5	1,7
Palestine	5,7	5,7	4,8	3,9	3,0	2,3	2,2	2,4	2,2	1,8	1,4	1,1
Syrie	7,4	8,0	7,7	7,0	6,5	5,6	2,4	2,8	3,2	3,0	3,0	2,6
Turquie	7,2	7,6	7,5	7,3	4,6	3,5	2,4	2,7	3,0	3,2	2,1	1,7
	6,9	6,2	5,3	4,2	2,9	2,5	2,3	2,2	1,9	1,9	1,3	1,1
Total région	7,0	7,0	6,3	5,7	4,2	3,1	2,2	2,4	2,4	2,4	1,8	1,4

^(a) Les moyennes sous-régionales sont des moyennes pondérées par l'effectif de la population de chaque pays.

^(b) Somme des taux de fécondité par âge observés à un moment donné. L'ISF peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle continuait de concevoir à son âge actuel tout au long de sa vie.

^(c) Nombre moyen de filles que mettrait au monde une femme dans les conditions de fécondité du moment, en tenant compte de la mortalité jusqu'à la fin de la vie féconde.

Source : Nations unies (2005).

(a) Les moyennes sous-régionales sont des moyennes pondérées par l'effectif de la population de chaque pays.

(b) Somme des taux de fécondité par âge observés à un moment donné. L'ISF peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité du moment. Il ne tient pas compte de la mortalité.

(c) Nombre moyen de filles que mettrait au monde une femme dans les conditions de fécondité du moment, en tenant compte de la mortalité jusqu'à la fin de la vie féconde.

Source : Nations unies (2005).

TABLEAU A.7. – NIVEAU, CALENDRIER ET CARACTÉRISTIQUES LES PLUS RÉCENTES DE LA FÉCONDITÉ

Sous-régions et pays	Date de la dernière enquête	Indice synthétique de fécondité ^(a)	Nombre d'enfants à 40-49 ans	Nombre idéal d'enfants à 25-34 ans ^(b)	Âge médian à la 1 ^{re} naissance ^(c)	% d'adolescentes (15-19 ans) ayant débuté leur vie féconde	% fécondité réalisée avant 25 ans ^(d)	Intervalle entre naissances ^(e)
Afrique du Nord								
Algérie	PAPFAM 2002	2,4	5,8	3,5	22,0	–	14	42
Égypte	EDS 2000	3,5	5,1	2,8	21,6	8,5	35	34
Libye	PAPCHILD 1995	4,1	8,6	4,9	–	–	10	–
Maroc	EDS 2003	2,5	4,5	2,8	23,9	6,5	27	42
Tunisie	PAPCHILD 1995	3,1 ^(f)	5,4	–	21,3	–	21	–
Péninsule Arabique								
Arabie saoudite	GFHS 1996	5,7	7,9	–	–	–	19	–
Bahreïn	GFHS 1995	3,2	5,7	–	–	–	24	–
Émirats arabes unis	GFHS 1995	4,9	7,7	–	–	–	23	–
Koweït	GFHS 1996	4,1	–	–	–	–	25	–
Oman	GFHS 1995	7,0	8,6	–	–	–	25	–
Qatar	GFHS 1996	4,1	6,2	–	–	–	23	–
Yémen	EDS 1997	6,5	8,4	4,6	19,5	16,3	30	28
Moyen-Orient								
Iran	EDS 2000	2,2	6,5	–	–	–	33	–
Irak	GCHS 1989	5,2	5,8	–	–	–	29	–
Israël	Etat civil 2002	2,8	–	–	–	–	22	–
Jordanie	EDS 2002	3,7	5,9	4,1	23,5	4,3	24	30
Liban	PAPCHILD 1996	2,5	–	–	–	–	–	–
Palestine	Enquête 1995	6,1	7,6	4,4	20,7	17,3	33	22
Syrie	PAPFAM 2001	3,8	6,3	4,3	–	–	–	–
Turquie	EDS 1998	2,6 ^(g)	4,2	2,5	21,3	10,2	43	37

^(a) Nombre moyen d'enfants qu'aurait finalement une femme à 50 ans selon les taux de fécondité par âge de l'année ; ^(b) Femmes mariées ; ^(c) Femmes de 25 à 49 ans ; ^(d) Somme des taux de fécondité à 15-19 et 20-24 ans divisée par la somme des taux de fécondité de 15-19 à 45-49 ans ; ^(e) Nombre médian de mois écoulés depuis la naissance précédente, toutes femmes 15-49 ans ; ^(f) Selon l'état civil tunisien et l'enquête PAPFAM (résultats préliminaires) de 2001, l'ISF serait égal à 2,1 enfants par femme en 2000 ; ^(g) 2,5 en 2000 d'après l'état civil.

Sources : rapports nationaux des enquêtes.

TABEAU A.8. – ALLAITEMENT, ABSTINENCE SEXUELLE *POST-PARTUM* ET CONTRACEPTION

Sous-régions et pays	Date de la dernière enquête	Durée médiane d'allaitement ^(a)	Durée médiane d'abstinence ^(b)	Prévalence contraceptive ^(c)		% de femmes mariées de 40-49 ans sans enfant né vivant
				Toutes méthodes	Méthodes modernes	
Afrique du Nord						
Algérie	PAPFAM 2002	13,3	–	57	52	3,6
Égypte	EDS 2000	17,9	1,7	56	53	3,0
Libye	PAPCHILD 1995	11,0	–	40	26	2,7
Maroc	EDS 2003	14,2	1,9	63	55	3,9
Tunisie	PAPCHILD 1995	15,0	–	60 ^(d)	49 ^(d)	3,5
Péninsule Arabique						
Arabie saoudite	GFHS 1996	–	–	32	28	3,3
Bahreïn	GFHS 1995	–	–	62	30	9,2
Émirats arabes unis	GFHS 1995	–	–	28	24	2,9
Koweït	GFHS 1996	–	–	50	41	–
Oman	GFHS 1995	–	–	24	18	2,2
Qatar	GFHS 1996	–	–	43	32	9,2
Yémen	EDS 1997	17,9	1,7	21	10	2,0
Moyen-Orient						
Iran	EDS 2000	–	–	73	56	–
Irak	MICS2 2000	–	–	44	25	5,5
Israël	SFFF 1988 ^(e)	–	–	68	52	–
Jordanie	EDS 2002	13,5	1,8	56	41	4,1
Liban	MICS2 2000	–	–	70	45	–
Palestine	Enquête 1995	11,0	–	45	31	3,4
Syrie	PAPFAM 2001	–	–	47	35	–
Turquie	EDS 1998	12,0	1,9	64	38	2,0

^(a) En mois pour tous les enfants derniers nés dans les trois ou cinq ans précédant l'enquête ; ^(b) Durée d'abstinence sexuelle *post-partum* en mois suivant une naissance survenue dans les 3 ans précédant l'enquête ; ^(c) % de femmes (tous âges) actuellement en union utilisant une méthode ; ^(d) Selon les résultats préliminaires de l'enquête PAPFAM de 2001, les prévalences contraceptives seraient respectivement égales à 63 % et 53 % ; ^(e) *Study of Fertility and Family Formation* de 1987-1988.

Sources : rapports nationaux des enquêtes.

^(a) En mois pour tous les enfants derniers nés dans les trois ou cinq ans précédant l'enquête ; ^(b) Durée d'abstinence sexuelle *post-partum* en mois suivant une naissance survenue dans les 3 ans précédant l'enquête ; ^(c) % de femmes (tous âges) actuellement en union utilisant une méthode ; ^(d) Selon les résultats préliminaires de l'enquête PAPFAM de 2001, les prévalences contraceptives seraient respectivement égales à 63 % et 53 % ; ^(e) *Study of Fertility and Family Formation* de 1987-1988.

Sources : rapports nationaux des enquêtes.

TABEAU A.9. – ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ INFANTILE DE 1950 À 2005

Sous-région ^(a) et pays	Espérance de vie (en années)					Taux de mortalité infantile (p. 1 000)						
	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004
Afrique du Nord	42,8	47,9	53,0	58,8	65,7	70,3	189	166	130	94	58	36
Algérie	43,1	48,3	54,5	61,4	67,9	71,0	185	159	131	84	54	37
Égypte	42,4	47,4	52,1	56,5	63,9	69,6	200	179	136	108	65	37
Libye	42,7	47,8	52,8	62,2	69,1	73,4	185	150	117	50	30	20
Maroc	42,9	47,9	52,9	59,3	65,5	69,5	170	145	123	90	57	38
Tunisie	44,6	49,6	55,6	64,0	70,0	73,1	175	155	119	64	34	22
Péninsule Arabique	36,5	41,1	48,5	58,7	65,1	68,3	219	186	135	78	49	38
Arabie saoudite	39,9	45,9	53,9	63,0	68,8	71,6	200	160	105	56	32	23
Bahreïn	50,9	56,9	63,3	68,9	71,6	74,2	175	110	52	22	20	14
Émirats arabes unis	48,0	55,0	62,2	68,6	73,7	77,9	180	130	57	32	16	9
Koweït	55,6	60,5	67,0	71,3	75,1	76,8	125	80	41	24	13	10
Oman	37,6	43,2	52,1	62,7	71,2	74,0	200	162	110	58	24	16
Qatar	48,0	54,9	62,1	67,0	69,9	72,7	133	95	57	33	17	12
Yémen	32,5	35,2	39,8	49,1	55,7	60,3	241	219	184	126	91	69
Moyen-Orient	45,2	51,7	57,2	61,6	66,0	68,8	192	149	113	79	52	42
Iran	44,9	49,3	55,2	59,6	66,1	70,2	186	154	115	88	53	34
Irak	45,3	51,5	57,0	62,0	59,5	58,8	150	113	85	60	73	94
Israël	65,4	69,4	71,6	74,5	76,9	79,6	41	29	22	14	9	5
Jordanie	43,2	48,1	56,5	63,7	68,5	71,2	145	110	82	52	33	23
Liban	55,9	62,1	66,4	67,0	69,3	71,9	87	61	43	41	31	23
Palestine	43,2	48,2	56,6	64,4	69,7	72,4	160	125	82	51	27	21
Syrie	45,9	50,3	57,4	64,6	69,3	73,2	144	119	83	51	31	18
Turquie	43,6	52,1	57,0	61,0	66,1	68,6	233	176	138	93	54	42
Total région	43,5	49,3	54,8	60,2	65,8	69,3	192	158	121	85	54	39

^(a) Les moyennes sous-régionales sont des moyennes pondérées par l'effectif de la population de chaque pays.
Source : Nations unies (2005).

TABLEAU A.10.— MORTALITÉ MATERNELLE ET PRÉVALENCE DU VIH À 15-49 ANS

Sous-régions et pays	Taux de mortalité maternelle en 2000 ^(a)	Taux (%) de prévalence du VIH ^(b) fin 2003
Afrique du Nord		
Algérie	140	0,1
Égypte	84	< 0,1
Libye	97	0,3
Maroc	220	0,1
Tunisie	120	< 0,1
Péninsule Arabique		
Arabie saoudite	23	–
Bahreïn	28	0,2
Émirats arabes unis	54	–
Koweït	5	–
Oman	87	0,1
Qatar	7	–
Yémen	570	0,1
Moyen-Orient		
Iran	76	0,1
Irak	250	< 0,1
Israël	17	0,1
Jordanie	41	< 0,1
Liban	150	0,1
Palestine	100	–
Syrie	160	< 0,1
Turquie	70	–
^(a) Défini comme le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. ^(b) Hommes et femmes âgés de 15-49 ans. Le taux de prévalence du VIH mesure la proportion de personnes infectées par le VIH, qu'elles soient ou non malades du sida. N.B. : les tirets signifient une absence de données. Sources : OMS (2003) ; Onusida (2004a).		

TABLEAU A.11.— CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT, MORTALITÉ ET SANTÉ DES ENFANTS

Sous-régions et pays	Date de l'enquête ou source	Quotients (‰) de mortalité ^(a)			% de naissances sans aucune consultation prénatale ^(b)	% d'accouchements sans personnel formé ^(c)	% d'enfants vaccinés ^(d)	% d'enfants souffrant de malnutrition ^(e)
		néonatale	< 1 an	0-5 ans				
Afrique du Nord								
Algérie	PAPFAM 2002	21	31	37	19	9	89	19
Égypte	EDS 2000	24	44	54	47	39	92	19
Libye	PAPCHILD 1995	17	24	30	19	6	82	15
Maroc	EDS 2003	27	40	47	33	37	89	18
Tunisie	MICS2 2000	—	22	28	8	10	90	12
Péninsule Arabique								
Arabie saoudite	GFHS 1996	—	26 ^(f)	31	10	9	85	20
Bahreïn	GFHS 1995	—	16	20	4	2	90	10
Émirats arabes unis	GFHS 1995	—	11	13	5	4	85	17
Koweït	GFHS 1996	—	12	14	5	2	90	24
Oman	GFHS 1995	—	20	24	5	5	90	23
Qatar	GFHS 1996	—	14	16	6	3	85	8
Yémen	EDS 1997	34	75	105	66	78	24	52
Moyen-Orient								
Iran	Divers ^(g)	—	42	50	23	10	95	15
Irak	MICS2 2000	—	94 ^(h)	124	23	30	61	22
Israël	Unicef	—	6 ^(h)	7	—	1	93	—
Jordanie	EDS 2002	16	22	27	2	2	87 ⁽ⁱ⁾	9
Liban	MICS2 2000	—	26	33	13	11	80 ^(j)	12
Palestine	Enquête 1995	17	27	33	10	7	86	7
Syrie	PAPFAM 2001	10	19	21	29	24 ^(k)	82	26
Turquie	EDS 1998	26	43	52	32	9	46	16
^(a) Probabilités respectives de décéder de la naissance à l'âge d'un mois, de la naissance à l'âge d'un an et de la naissance à l'âge de 5 ans au cours des cinq années précédant l'enquête ; ^(b) Sans aucune visite durant la grossesse à un médecin, une infirmière ou une sage-femme ; ^(c) C'est-à-dire sans médecin, infirmière, sage-femme ou équivalent ; ^(d) Enfants qui ont reçu tous les vaccins (BCG, DTCq, polio et rougeole) ; ^(e) Indice taille-pour-âge, mesure de la malnutrition chronique (modérée et sévère) ; ^(f) Les mortalités de 6 pays du Golfe (de l'Arabie saoudite à Qatar) sont tirées de Nations Unies (2005) pour les années 1995-1999 ; ^(g) Ces données sur l'Iran sont tirées des bases de données les plus récentes de l'Unicef (www.childinfo.org). Les données de mortalité sont tirées de Nations Unies (2005) pour 1995-1999 ; ^(h) Données tirées de Nations Unies (2005) pour 1995-1999 ; ⁽ⁱ⁾ Sans le BCG, peu pratiqué en Jordanie (27 % si on l'inclut) ; ^(j) Estimation de notre part (le rapport MICS2 du Liban ne donne pas de taux de vaccination complète) ; ^(k) À l'enquête PAPCHILD de 1995. <i>Sources</i> : rapports nationaux des enquêtes les plus récentes (ces informations concernent le plus souvent les enfants nés au cours des 5 dernières années).								

TABLEAU A.12.- STRUCTURE DE LA POPULATION PAR GRANDS GROUPES D'ÂGES DE 1950 À 2020 ET RAPPORTS DE DÉPENDANCE ET DE MASCULINITÉ EN 2000

Sous-régions ^(a) et pays	% de moins de 15 ans			% de plus de 60 ans			Âge médian (en années)			Rapport (%) de dépendance en 2000 ^(b)	Rapport (%) de masculinité en 2000 ^(c)
	1950	2000	2020	1950	2000	2020	1950	2000	2020		
Afrique du Nord	40,5	34,4	27,6	5,6	6,8	9,9	19,6	22,0	28,5	70,4	101,1
Algérie	40,1	34,1	26,1	6,8	6,3	9,2	19,9	21,8	30,3	67,8	101,7
Égypte	39,7	35,9	29,7	5,1	6,9	9,9	20,0	21,5	26,8	74,8	101,0
Libye	34,2	30,7	23,4	7,3	5,6	9,5	19,0	21,8	29,6	61,2	107,5
Maroc	44,4	33,4	26,9	4,6	6,8	9,9	17,7	22,6	29,0	67,2	99,1
Tunisie	38,9	30,2	20,9	8,0	8,5	12,5	20,9	24,5	33,7	63,1	101,8
Péninsule Arabique	42,1	40,7	33,4	5,8	3,7	5,6	19,0	20,1	24,2	83,1	122,8
Arabie saoudite	42,0	39,6	30,4	5,6	4,2	6,6	19,0	20,7	25,7	77,9	119,3
Bahreïn	42,3	28,2	19,8	4,6	4,1	11,4	18,9	27,3	33,3	47,7	135,8
Émirats arabes unis	42,3	24,6	19,0	5,7	1,9	3,7	18,9	28,6	33,5	36,0	207,2
Koweït	36,1	26,0	21,8	4,5	2,6	7,5	21,5	28,9	33,8	40,1	155,0
Oman	42,3	36,5	29,3	5,0	3,4	6,9	18,8	21,6	27,0	66,4	139,6
Qatar	42,3	26,1	20,6	5,7	2,6	6,1	18,9	30,7	34,8	40,3	178,2
Yémen	42,3	48,3	41,8	6,2	3,7	4,4	18,9	15,8	18,8	108,3	103,1
Moyen-Orient	39,6	35,0	27,3	6,8	6,7	9,2	20,2	21,8	28,8	71,9	102,4
Iran	39,1	35,2	25,4	8,3	6,4	9,3	21,1	20,6	30,8	71,2	103,3
Irak	40,5	42,7	34,6	5,4	4,5	5,6	20,1	18,4	22,6	89,2	102,6
Israël	31,7	28,3	24,1	6,3	13,2	17,3	25,5	27,9	32,1	70,9	97,5
Jordanie	45,7	39,3	29,2	7,4	4,6	6,6	17,2	19,9	25,8	78,3	108,7
Liban	34,2	30,7	23,4	10,4	10,1	12,7	23,2	25,4	31,5	68,8	96,1
Palestine	45,7	46,5	38,8	7,4	4,8	5,2	17,2	16,7	20,0	105,6	103,4
Syrie	41,4	40,3	30,8	6,8	4,5	6,7	19,2	18,9	25,4	81,2	101,2
Turquie	40,0	30,7	24,2	5,8	7,7	11,2	19,4	24,7	31,0	62,2	101,9
Total région	40,2	35,5	28,3	6,2	6,3	8,9	19,8	21,7	28,0	72,8	104,5

^(a) Les moyennes sous-régionales sont des moyennes pondérées par l'effectif de la population de chaque pays.
^(b) Défini comme le rapport de la population de moins de 15 ans et de plus de 60 ans à la population des 15-59 ans.
^(c) Défini comme le rapport des effectifs masculins aux effectifs féminins.
Source : Nations unies (2005).

TABLEAU A.13. – MIGRATIONS INTERNATIONALES, POPULATIONS RÉFUGIÉES ET DÉPLACÉES

Sous-régions et pays	Stock de migrants en 2000 ^(a)		Taux (%) de migration nette en 1995-2000 ^(b)	Nombre (en milliers) de réfugiés en 2004 ^(c)	Population (en milliers) sous statut HCR en 2004 ^(d)
	Effectif (en milliers)	Part dans la population totale (%)			
Afrique du Nord					
Algérie	250	0,8	- 1,3	169,0	169,1
Égypte	169	0,2	- 1,6	90,3	99,2
Libye	570	10,9	0,4	12,2	12,4
Maroc	26	0,1	- 2,1	2,1	2,3
Tunisie	38	0,4	- 0,4	0,1	0,1
Péninsule Arabique					
Arabie saoudite	5 255	23,7	0,7	240,6	240,7
Bahreïn	254	37,6	9,6	–	–
Émirats arabes unis	1 922	68,2	39,9	0,1	0,2
Koweït	1 108	49,3	35,4	1,5	102,7
Oman	682	26,1	- 3,5	–	–
Qatar	409	70,4	10,6	0,0	6,0
Yémen	248	1,4	- 0,6	66,4	67,7
Moyen-Orient					
Iran	2 321	3,3	- 1,4	1 046,0	1 046,7
Irak	147	0,6	1,2	46,0	241,4
Israël	2 256	37,4	9,6	0,5	0,5
Jordanie	1 945	38,6	1,5	1,1	13,5
Liban	634	18,2	- 1,8	1,7	2,4
Palestine	1 665	52,2	0,7	–	–
Syrie	903	5,5	- 0,4	15,6	316,6
Turquie	1 503	2,2	0,4	3,0	7,0

^(a) Défini comme le nombre de personnes nées à l'étranger ; ^(b) Défini comme le nombre annuel d'immigrants moins le nombre annuel d'émigrants entre 1995 et 2000 divisé par la population totale moyenne du pays ; ^(c) Personne ayant un statut de réfugié selon les diverses conventions internationales en vigueur ; ^(d) Effectif total des réfugiés étrangers, des demandeurs d'asile, des réfugiés de retour et des individus déplacés à l'intérieur du pays, sous protection du HCR.

Note : Les réfugiés palestiniens sous statut UNRWA ne sont pas repris dans ce tableau. Pour les chiffres sur les réfugiés UNRWA, voir le tableau 22 dans le texte et le site internet www.unrwa.org.

Source : Nations unies (2004) pour le stock de migrants ; Nations unies (2005) pour les taux de migration ; UNHCR (2005) pour les réfugiés et la population sous statut HCR.

TABLEAU A.14. – INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT (ÉCONOMIE, DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET PAUVRETÉ)

Sous-régions et pays	% de population urbaine en 2003 ^(a)	PIB/hab. en 2002 ^(b) \$ PPA	% d'analphabètes à 15 ans ou plus en 2000	Taux (%) net de scolarisation primaire en 2000	Indicateur de développement humain ^(c)			Indice de pauvreté humaine en 2002 ^(e)	Indicateur sexo-spécifique du développement humain en 2002 ^(f)
					1980	2002	Rang mondial en 2002 ^(d)		
Afrique du Nord									
Algérie	59	5 150	33	98	0,554	0,704	108	22	0,688
Égypte	42	3 790	45	93	0,487	0,653	120	31	0,634
Libye	86	—	20	—	—	0,794	58	15	—
Maroc	58	3 690	51	78	0,474	0,620	125	35	0,604
Tunisie	64	6 450	29	99	0,574	0,745	92	19	0,734
Péninsule Arabique									
Arabie saoudite	88	11 390	24	58	0,656	0,768	77	16	0,739
Bahreïn	90	—	12	96	0,746	0,843	40	—	0,832
Émirats arabes unis	85	—	24	87	0,777	0,824	49	—	—
Koweït	96	18 690	18	83	0,776	0,838	44	—	0,827
Oman	78	—	28	65	0,546	0,770	74	32	0,747
Qatar	92	—	19	—	—	0,833	47	—	—
Yémen	26	770	54	67	—	0,482	149	40	0,436
Moyen-Orient									
Iran	67	6 230	24	74	0,569	0,732	101	31	0,713
Irak	67	—	61	93	—	—	—	—	—
Israël	92	19 530	5	100	0,818	0,908	22	—	0,906
Jordanie	79	4 080	10	94	0,639	0,750	90	7	0,734
Liban	88	4 640	14	87	—	0,758	80	10	0,755
Palestine	71	—	—	97	—	0,726	102	—	—
Syrie	50	3 440	26	96	0,576	0,710	106	14	0,689
Turquie	66	6 640	15	—	0,614	0,751	88	12	0,746

(a) Calculs des Nations unies (2004c) basés sur les définitions nationales ; (b) Produit intérieur brut par habitant calculé par la Banque mondiale en termes de parités de pouvoir d'achat (PPA) ; (c) Indicateur synthétique de mesure du développement (IDH), intégrant l'espérance de vie, les taux d'alphabetisation adulte et de scolarisation et le PIB par habitant. Plus il est proche de l'unité, meilleure est la situation ; il va dans le monde en 2002 de 0,956 (Norvège) à 0,243 (Sierra Leone) ; d) Sur 177 pays au total ; (e) Indicateur de synthèse de mesure (IPH) des carences ou insuffisances en matière de santé (mortalité de 0 à 40 ans), d'éducation (analphabétisme des adultes) et de niveau de vie (disponibilité d'eau et malnutrition à moins de 5 ans). Plus il est proche de 0, meilleure est la situation ; en 2002, il va dans le monde de 2,5 (Barbade) à 61 (Niger) ; (f) Indicateur basé sur les mêmes critères et type de mesure que l'IDH, mais intégrant les inégalités entre hommes et femmes. En 2002, il varie de 0,278 (Niger) à 0,955 (Norvège).

Sources : Unesco (2003) pour l'éducation ; PNUD (2004) pour les indices de développement et de pauvreté ; Nations unies (2004c) pour l'urbanisation.

(a) Calculs des Nations unies (2004c) basés sur les définitions nationales ; (b) Produit intérieur brut par habitant calculé par la Banque mondiale en termes de parités de pouvoir d'achat (PPA) ; (c) Indicateur synthétique de mesure du développement (IDH), intégrant l'espérance de vie, les taux d'alphabétisation adulte et de scolarisation et le PIB par habitant. Plus il est proche de l'unité, meilleure est la situation ; il va dans le monde en 2002 de 0,956 (Norvège) à 0,243 (Sierra Leone) ; d) Sur 177 pays au total ; (e) Indicateur de synthèse de mesure (IPH) des carences ou insuffisances en matière de santé (mortalité de 0 à 40 ans), d'éducation (analphabétisme des adultes) et de niveau de vie (disponibilité d'eau et malnutrition à moins de 5 ans). Plus il est proche de 0, meilleure est la situation ; en 2002, il va dans le monde de 2,5 (Barbade) à 61 (Niger) ; (f) Indicateur basé sur les mêmes critères et type de mesure que l'IDH, mais intégrant les inégalités entre hommes et femmes. En 2002, il varie de 0,278 (Niger) à 0,955 (Norvège).

Sources : Unesco (2003) pour l'éducation ; PNUD (2004) pour les indices de développement et de pauvreté ; Nations unies (2004c) pour l'urbanisation.

RÉFÉRENCES

Cette bibliographie reprend les auteurs cités dans le texte mais inclut aussi un certain nombre d'articles ou d'ouvrages représentatifs des travaux menés récemment sur la démographie de la région.

- ABBASI-SHAVAZI M. J., 2001, « La fécondité en Iran : l'autre révolution », *Population et Sociétés*, n° 373, 4 p.
- ABBASI-SHAVAZI M. J., 2004, « Unintended pregnancies of the Islamic Republic of Iran », *Asia-Pacific Population Journal*, vol. 19, n° 1, p. 27-38.
- AJBILOU A., 1998, *Analyse de la variabilité spatio-temporelle de la primo-nuptialité au Maghreb (1970-1980)*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 343 p.
- AJBILOU A., 1999, « Crise et montée du célibat en Afrique du Nord », in D. Tabutin, C. Gourbin, G. Masuy-Stroobant, B. Schoumaker (éd.), *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Chaire Quetelet 1997, Louvain-la-Neuve/Paris, Academia/L'Harmattan, p. 641-660.
- AJBILOU A., FAZOUANE A., 2002, « Les personnes âgées face à la pauvreté au Maroc », in F. Gendreau, D. Tabutin, M. Poupard (éd.), *Jeunes, vieilles, démographies et sociétés*, Chaire Quetelet 2001/Réseau démographie de l'AUF, Louvain-la-Neuve/Paris, Academia-Bruylant/L'Harmattan, p. 243-253.
- ATTANE I., COURBAGE Y., 2001, *La démographie en Méditerranée*, Les fascicules du Plan Bleu, n° 1, Paris, Economica, 249 p.
- AYAD M., JEMA IH., 2001, « Les déterminants de la fécondité », in J. Vallin, T. Locoh (éd.), *Population et développement en Tunisie. La métamorphose*, Tunis, Editions Cérès, p. 171-201.
- BAHRAIN GOVERNMENT, 2003, *Bahrain Statistical Abstract 2003*, Manama, Bahrain Government.
- BAKASS F., 2003, *Fécondité et santé reproductive au Maroc. Approche offre-demande de la dynamique de la pratique contraceptive*, Louvain-la-neuve, Academia-Bruylant, 350 p.
- BAKASS F., FAZOUANE A., 2004, *La pratique de l'avortement au Maroc*, Communication à la Chaire Quetelet 2004 consacrée à la santé de la reproduction (sous presse), Louvain-la-Neuve, 16 p.
- BALENCIE J.-M., DE LA GRANGE A. (éd.), 1996, *Mondes rebelles. Acteurs, conflits et violences politiques*, Paris, Editions Michalon, 825 p.
- BALENCIE J.-M., DE LA GRANGE A. (éd.), 2005, *Les nouveaux mondes rebelles. Conflits, terrorisme et contestations*, Paris, Editions Michalon, 505 p.
- BEHAR C., 2002, « Une transition démographique presque achevée : la Turquie », in J.-C. Chasteland, J.-C. Chesnais (éd.), *La population du monde*, Les cahiers de l'Ined, n° 149, Paris, Ined, p. 405-416.
- BEHAR C., COURBAGE Y., GURSOY A., 1999, « La mortalité des enfants en Turquie : pourquoi est-elle si élevée ? » in D. Tabutin, C. Gourbin, G. Masuy-Stroobant, B. Schoumaker (éd.), *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Chaire Quetelet 1997, Louvain-la-Neuve/Paris, Academia/L'Harmattan, p. 461-489.
- BEN SALEM L., LOCOH T., 2001, « Les transformations du mariage et de la famille », in J. Vallin, T. Locoh (éd.), *Population et développement en Tunisie. La métamorphose*, Tunis, Editions Cérès, p. 143-169.
- BENOIT G., COMEAU A., 2005, *Méditerranée. Les perspectives du Plan Bleu sur l'environnement et le développement*, Paris, Editions de l'Aube, 428 p.
- BERTHOMIÈRE W., 1996, « De l'Aliya à l'immigration, ou la lecture d'un continuum migratoire », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 12, n° 3, p. 33-60.
- BERTHOMIÈRE W., 2003, « Le 'retour du nombre' : permanences et limites de la stratégie territoriale israélienne », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 19, n° 3, p. 73-93.
- BIRABEN J.-N., 1975, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Paris, Mouton, 2 volumes, 455 p. et 416 p.
- BIRABEN J.-N., 1979, « Essai sur l'évolution du nombre des hommes », *Population*, vol. 34, n° 1, p. 13-25.
- BLOOM D., CANNING D., SEVILLA J., 2003, *The Demographic Dividend. A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*, Population Matters, Santa Monica, Rand, 106 p.

- BOROWSKI A., YANAY U., 1997, « Temporary and illegal labour migration: The Israeli experience », *International Migration*, vol. 35, n° 4, p. 495-511.
- BOSWORTH C.E., VAN DONZEL E., HEINRICHS W.P., PELLAT CH. (éd.), 1993, *Encyclopédie de l'islam*, Leiden, Academic Publishers Brill, tome 7.
- BOUSTANI R., FARGUES P., 1990, *Atlas du monde Arabe*, Paris, Bordas, 144 p.
- CAIRO DEMOGRAPHIC CENTRE, 1993, *Population Issues in the Middle East, Africa and Asia*, CDC Research Monograph Series, n° 22, Cairo, 775 p.
- CASTERLINE J., EL-ZANATY F., EL-ZEINI L. O., 2003, « Unmet need and unintended fertility: Longitudinal evidence from Upper Egypt », *International Family Planning Perspectives*, vol. 29, n° 4, p. 158-166.
- CASTERLINE J., ROUSHDY R., 2005, *Fertility Decline in Egypt: The Challenge of Achieving Replacement-Level Fertility*, Cairo, Population Council.
- CAWTAR, 2003, *Arab Adolescent Girl: Reality and Prospect*, Tunis, Center of Arab Women for Training and Research, 43 p.
- CENTRAL BUREAU OF STATISTICS, 2004, *Statistical Abstract of Israel 2004*, n° 55, Jerusalem, Central Bureau of Statistics.
- CERED, 1997, *Populations vulnérables : profil socio-démographique et répartition spatiale*, Études démographiques, Rabat, CERED, 314 p.
- CERED, 1998, *Santé de la reproduction au Maroc : facteurs démographiques et socio-culturels*, Études démographiques, Rabat, CERED, 338 p.
- CERED, 2003, *Noyau de la pauvreté monétaire et humaine : les populations et les espaces cibles*, Cahiers de recherche, n° 2, Rabat, CERED, 28 p.
- CERED, 2004, *Population et développement au Maroc. Dix ans après la conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire 1994)*, Série Rapports, Rabat, CERED, 117 p.
- COURBAGE Y., 1994a, « La population de Palestine », *Population*, vol. 49, n° 1, p. 232-248.
- COURBAGE Y., 1994b, « Évolution démographique et attitudes politiques en Syrie », *Population*, vol. 49, n° 3, p. 725-750.
- COURBAGE Y., 1996, « Nouvelles pistes pour la démographie au Moyen-Orient », *Population*, vol. 51, n° 1, p. 207-210.
- COURBAGE Y., 1997a, « La fécondité palestinienne des lendemains d'Intifada », *Population*, vol. 52, n° 1, p. 223-233.
- COURBAGE Y., 1997b, « La transition démographique en Iran et dans les pays voisins », *Population et Sociétés*, n° 328, 4 p.
- COURBAGE Y., 1999, *Nouveaux horizons démographiques en Méditerranée*, Travaux et Documents de l'Ined, n° 142, Paris, Ined, 200 p.
- COURBAGE Y., 2000, « Israël et Palestine : combien d'hommes demain ? », *Population et Sociétés*, n° 362, 4 p.
- COURBAGE Y., 2005, « L'enjeu démographique en Palestine à l'aube du XXI^e siècle », in B. Khader (éd.), *Palestine : mémoire et perspectives*, Alternatives Sud, Paris, Éditions Syllepse, p. 41-70.
- COURBAGE Y., FARGUES P., 1992, *Chrétiens et juifs dans l'islam arabe et turc*, Paris, Fayard, 342 p.
- DALE HORNE A., 1992, « Fertility-inhibiting indices in the Arab World », *Population Bulletin of ESCWA*, n° 40, p. 5-35.
- DELLA PERGOLA S., 1996, « Le système mondial de migration juive en perspective historique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 12, n° 3, p. 9-31.
- DEJONG J., SHEPARD B., MORTAGI I., JAWAD R., 2005, *The Reproductive Health of Young People in the Middle East and North Africa*, Conférence de l'UIESP, Tours, 23 p.
- ELTIGANI E., 2000, « Changes in family building patterns in Egypt and Morocco: a comparative analysis », *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, n° 2, p. 73-78.
- ELTIGANI E., 2001, *Levels and Trends of Fertility in Oman and Yemen*, Workshop on Prospects for fertility decline in high fertility countries, Division de la population des Nations unies, New York, 17 p.
- FAFO, 2005, *Palestinian Refugees: Information for Policy*, Borgata, Fafo, 172 p.
- FAO, 2004, *FAO Statistical Yearbook 2004*, vol. 1, Rome, FAO, 318 p.
- FAOUR M., 1989, « Fertility and family planning in the Arab countries », *Studies in Family Planning*, vol. 20, n° 5, p. 254-263.
- FARGUES P., 1986, « Un siècle de transition démographique en Afrique méditerranéenne, 1885-1985 », *Population*, vol. 41, n° 2, p. 205-231.

- FARGUES P., 1988, « La baisse de la fécondité arabe », *Population*, vol. 43, n° 6, p. 975-1004.
- FARGUES P., 1989, « Le monde arabe : la citadelle domestique », in A. Burguière et al. (éd.), *Histoire de la famille*, Tome 3, Paris, Armand Colin, p. 443-484.
- FARGUES P., 1990, « Algérie, Maroc, Tunisie : vers la famille restreinte ? » *Population et Sociétés*, n° 248, 4 p.
- FARGUES P., 1992, « Démographie et politique dans le monde arabe », *Population*, vol. 47, n° 2, p. 305-326.
- FARGUES P., 1995, « L'urbanisation du monde arabe : un éclairage démographique », *Égypte/Monde Arabe*, n° 22, p. 43-62.
- FARGUES P., 1997, « State policies and the birth rate in Egypt: From socialism to liberalism », *Population and Development Review*, vol. 23, n° 1, p. 115-138.
- FARGUES P., 2000, « Protracted national conflict and fertility change among Palestinians and Israelis », *Population and Development Review*, vol. 26, n° 3, p. 441-482.
- FARGUES P., 2002, « La population de l'Égypte au XX^e siècle : une évolution déconcertante », in J.-C. Chasteland, J.-C. Chesnais (éd.), *La population du monde*, Cahiers de l'Ined, n° 149, Paris, Ined, p. 171-196.
- FARGUES P., 2003, « La femme dans les pays arabes : vers une remise en cause du système patriarcal ? », *Population et Sociétés*, n° 387, 4 p.
- FARGUES P., 2004, « Arab migration to Europe: Trends and policies », *International Migration Review*, vol. 38, n° 4, p. 1348-1371.
- FARID S., 1987, « A review of the fertility situation in the Arab countries of Western Asia and Northern Africa », in Nations unies (éd.), *Fertility Behaviour in the Context of Development. Evidence from the World Fertility Survey*, New York, Nations unies, p. 340-354.
- FORTNEY J. A., 2002, « Méthodes de mesure et niveaux de la mortalité maternelle », in G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (éd.), *Démographie : analyse et synthèse. Les déterminants de la mortalité*, Vol. 3, Paris, Ined, p. 109-127.
- GASTINEAU B., SANDRON F., 2004, « Famille et développement économique et social en Tunisie. Une politique de planification familiale intégrée », in A. Gautier (éd.), *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, Paris, Cerpos, p. 165-194.
- GILBAR G. G., 1997, *Population Dilemmas in the Middle East: Essays in Political Demography and Economy*, London, Frank Cass, 141 p.
- GOLDSCHIEDER C., 1996, *Israel's Changing Society: Population, Ethnicity and Development*, Boulder, Westview Press, 271 p.
- GRENON M., BATISSE M. (éd.), 1988, *Le Plan Bleu. Avenirs du bassin méditerranéen*, Paris, Economica, 442 p.
- GUILLAUME A., 2003, *L'avortement en Afrique. Une revue de la littérature des années 1990 à nos jours*, CD-Rom, Paris, CEPEd.
- HACETEPPE UNIVERSITY INSTITUTE OF POPULATION STUDIES, MACRO INTERNATIONAL, 1997, *Fertility Trends, Women's Status, and Reproductive Expectations in Turkey: Results of Further Analysis of the 1993 Turkish Demographic and Health Survey*, Calverton, HIPS/MI, 127 p.
- HAMMER J., 2005, *Palestinians Born in Exile. Diaspora and the Search for a Homeland*, Austin, University of Texas Press, 287 p.
- HUMPHREY M., 1993, « Migrants, workers and refugees. The political economy of population movements in the Middle East », *Middle East Report*, n° 181, p. 2-7.
- HUSSEINI J., RABAH J., DANEELS I., BRUNNER M., BOCCO R., LAPEYRE F., 2005, « La population palestinienne des territoires occupés face aux stratégies israéliennes d'insécurité », in B. Khader (éd.), *Palestine : mémoire et perspectives*, Paris, Éditions Syllepse, p. 135-162.
- ILKKARACAN P., 1998, « Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey », *Reproductive Health Matters*, vol. 6, n° 12, p. 66-75.
- INED, 2004, *Statistiques des flux d'immigration en France, année 2002*, Paris, Ined, 46 p.
- IOM, 2002, *Moroccan Migration Dynamics. Prospects for the Future*, IOM Migration Research Series, n° 10, Genève, International Organization for Migration, 105 p.
- JENKINS C., ROBALINO D., 2003, *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa. The Costs of Inaction*, Washington D.C., Banque mondiale, 175 p.
- JOHNSTON H. B., HILL K., 1996, « Induced abortion in the developing world: Indirect estimates », *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, n° 3, p. 108-114.
- JONES G., KARIM M. S. (éd.), 2005, *Islam, the State and Population Policy*, London, Hurst and Co., 286 p.

- KAPISZEWSKI A., 2001, *Nationals and Expatriates. Population and Labour Dilemma of the Gulf Cooperation Council States*, Reading, Ithaca Press, 290 p.
- KAPISZEWSKI A., 2004, « Arab labour migration to the GCC states », in IOM/League of Arab States (éd.), *Arab Migration in a Globalized World*, Genève, International Organization for Migration, p. 115-133.
- KATEB K., 1998, « L'espérance de vie à la naissance et la surmortalité féminine en Algérie en 1954 », *Population*, vol. 53, n° 6, p. 1209-1226.
- KATEB K., 2001, *Européens, « indigènes » et juifs en Algérie (1830-1962)*, Travaux et documents de l'Ined, n° 145, Paris, Ined, 386 p.
- KEMP A., RAIJMAN R., 2004, « 'Tel Aviv is not foreign to you': Urban incorporation policy on labor migrants in Israel », *International Migration Review*, vol. 38, n° 1, p. 26-51.
- KHADER B., 2004, « Expansion to the East and the migratory impact on Arab and Mediterranean countries », in IOM / League of Arab States (éd.), *Arab Migration in a Globalized World*, Genève, IOM/League of Arab States, p. 155-178.
- KHADER B. (éd.), 2005, *Palestine : mémoire et perspectives*, Alternatives Sud, Paris, Éditions Syllepse, 193 p.
- KHAWAJA M., 2000, « The recent rise in Palestinian fertility: Permanent or transient? », *Population Studies*, vol. 54, n° 3, p. 331-346.
- KHAWAJA M., 2003, « La fécondité des palestiniens à Gaza, en Cisjordanie, en Jordanie et au Liban », *Population*, vol. 58, n° 3, p. 309-341.
- KHAWAJA M., TILTNES A., 2002, *On the Margins: Migration and Living Conditions of Palestinian Camp Refugees in Jordan*, Borgata, Fafo, 210 p.
- KIM J. Y., 2002, « HIV/AIDS in the Eastern Mediterranean: A false immunity? », *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 8, n° 6.
- KOUAOUCI A., 1983, *Normes familiales islamiques et fécondité en Jordanie, en Indonésie et au Pakistan*, Recherches démographiques, Cahier n° 5, Louvain-la-Neuve, Cabay, 236 p.
- KOUAOUCI A., 1992, « Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986 », *Population*, vol. 47, n° 2, p. 327-352.
- KOUAOUCI A., 1993, « Essai de reconstitution de la pratique contraceptive en Algérie durant la période 1967-87 », *Population*, vol. 48, n° 4, p. 859-883.
- LADIER-FOULADI M., 2002, « La famille en Iran entre l'inflexion démographique et la naissance de l'État providence », *Population*, vol. 57, n° 2, p. 391-400.
- LADIER-FOULADI M., 2003, *Population et politique en Iran. De la monarchie à la République islamique*, Les Cahiers de l'Ined, n° 150, Paris, Ined, 355 p.
- LEAGUE OF ARAB STATES, 2004, *International Migration in the Arab Region and Suggestions for Key Actions*, Third Coordination Meeting on International Migration, Division de la population des Nations unies, New York, 12 p.
- LEFRANC C., 1998, *La société algérienne entre population et développement*, Les Documents et Manuels du Ceped, n° 8, Paris, Ceped, 116 p.
- LERIDON H., TOULEMON L., 1997, *Démographie. Approche statistique et dynamique des populations*, Paris, Economica, 440 p.
- MAHRAN M., EL-ZANATY F., WAY A., 1995, *Perspectives on Fertility and Family Planning in Egypt: Results of Further Analysis of the 1992 Egypt Demographic and Health Survey*, Cairo/Calverton, National Population Council (Egypt)/Macro International, 182 p.
- MAHRAN M., EL-ZANATY F., WAY A., 1998, *Perspectives on the Population and Health Situation in Egypt*, Cairo/Calverton, National Population Council (Egypt)/Macro International, 127 p.
- MATHIEU P., TABUTIN D., 1996, « Démographie, crise et environnement dans le monde rural africain », in J. Coussy, J. Vallin (éd.), *Crise et population en Afrique*, Paris, Ceped, Les Études du Ceped, n° 13, p. 123-159.
- McMURRAY D., 1999, « Recent trends in Middle Eastern migration », *Middle East Report*, n° 211, p. 16-19.
- NADEYA SAYED ALI M., 2003, *Population and Development of the Arab Gulf States: The Case of Bahrain, Oman and Kuwait*, Hampshire, Ashgate, 181 p.
- NATIONS UNIES, 1984, *Tables types de mortalité pour les pays en développement*, Études démographiques, n° 77, New York, Nations unies, 352 p.
- NATIONS UNIES, 1988, « Sex differentials in survivorship in the developing world: Levels, regional patterns and demographic determinants », *Population Bulletin*, n° 25, p. 51-64.
- NATIONS UNIES, 2001, *World Population Prospects. The 2000 Revision*, New York, Division de la population des Nations unies, vol. 1, 744 p.

- NATIONS UNIES, 2002, *Abortion Policies. A Global Review*, New York, Nations unies, 183 p.
- NATIONS UNIES, 2003, *Levels and Trends of International Migration to Selected Countries in Asia*, New York, Nations unies, 122 p.
- NATIONS UNIES, 2004a, *Trends in Total Migrant Stock: the 2003 Revision*, Données sur disquette, Division de la population des Nations unies.
- NATIONS UNIES, 2004b, *World Fertility Report: 2003*, New York, Division de la population des Nations unies, 372 p.
- NATIONS UNIES, 2004c, *World Urbanization Prospects. The 2003 Revision*, New York, Division de la population des Nations unies, 323 p.
- NATIONS UNIES, 2005, *World Population Prospects. The 2004 Revision*, New York, Division de la population des Nations unies (base de données en ligne à l'adresse esa.un.org/unpp).
- OBERMEYER C.M. (éd.), 1995, *Family, Gender, and Population in the Middle East. Policies in Context*, Cairo, The American University in Cairo Press, 260 p.
- OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES (ONS), 2005, *Rétrospective statistique, 1970-2002*, Alger, ONS, 238 p.
- OMS, 2003, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 39 p.
- ONUSIDA, 2004a, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, Onusida, 215 p.
- ONUSIDA, 2004b, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 4^e rapport mondial*, Genève, Onusida, 20 p.
- OSHEBA I., 1993, *Fertility in Egypt: An Analysis of the Proximate and Socio-Economic Determinants*, Cairo, Cairo Demographic Centre, 34 p.
- OUADAH-BEDIDI Z., VALLIN J., 2000, « Maghreb : la chute irrésistible de la fécondité », *Population et Sociétés*, n° 359, 4 p.
- OUADAH-BEDIDI Z., 2004, *Baisse de la fécondité en Algérie : transition de développement ou transition de crise ?*, Thèse de doctorat, Paris, IEP, 710 p.
- OUADAH-BEDIDI Z., LEBUGLE-MOJDEHI A., 2005, *Algérie-Iran : deux visages d'une même transition de fécondité*, Conférence générale de l'UIESP, Tours, 23 p.
- PALESTINIAN CENTRAL BUREAU OF STATISTICS, 2003, *Statistical Abstracts of Palestine*, n° 4, Ramallah, Palestinian Central Bureau of Statistics, 518 p.
- PALESTINIAN CENTRAL BUREAU OF STATISTICS, 2004, *Jerusalem Statistical Yearbook*, n° 6, Ramallah, Palestinian Central Bureau of Statistics, 484 p.
- PNUD, 1990, *Rapport mondial sur le développement humain 1990*, Paris, Economica, 230 p.
- PNUD, 2003, *Rapport du développement humain dans le monde arabe. Vers une société du savoir*, New York, PNUD, 184 p.
- PNUD, 2004, *Rapport mondial sur le développement humain 2004*, Paris, Economica, 285 p.
- RABAH J., LAPEYRE F., HUSSEINI J., DANEELS I., BRUNNER M., BOCCO R., 2005, *Palestinian Public Perception of their Living Conditions – The Role of International and Local Aid during the Second Intifada*, Ramallah, IUED/UNDP, 299 p.
- RASHAD H., KHADR Z., 2002a, « Demographic Transition in Arab Countries: A New Perspective », *Journal of Population Research*, vol. 17, n° 1, p. 83-101.
- RASHAD H., KHADR Z., 2002b, « The demography of the Arab region: New challenges and opportunities », in L. Sirageldin (éd.), *Human Capital, Population Economic Forum in the Middle East. An Economic Research Forum Edition*, Cairo, The American University in Cairo Press, p. 37-61.
- RASHAD H., OSMAN M., 2001, « Nuptiality in the Arab countries: Changes and implications », in N.S. Hopkins (éd.), *The New Arab Family*, Cairo Paper in Social Science, vol. 24, n° 1-2, Cairo, The American University in Cairo Press, p. 20-50.
- REINHARD M., ARMENGAUD A., DUPÂQUIER J., 1968, *Histoire de la population mondiale*, Paris, Montchrestien, 708 p.
- ROUDI-FAHIMI F., 2003, *Women's Reproductive Health in the Middle East and North Africa*, Washington D.C., Population Reference Bureau, 8 p.
- RUSSELL S., 1992, « International migration and political turmoil in the Middle East », *Population and Development Review*, vol. 18, n° 4, p. 719-727.
- SANDRON F., 1998, *La baisse de la fécondité en Tunisie*, Les Dossiers du Ceped, n° 49, Paris, Ceped, 58 p.
- SECCOMBE I., LAWLESS R.I., 1986, « Foreign worker dependence in the Gulf, and the international oil companies: 1910-50 », *International Migration Review*, vol. 20, n° 3, p. 548-574.

- SHAH N.M., 2004, « Arab migration patterns in the Gulf », in IOM/League of Arab States (éd.), *Arab Migration in a Globalized World*, Genève, International Organization for Migration, p. 91-113.
- STEVENSON T., 1993, « Yemeni workers come home. Reabsorbing one million migrants », *Middle East Report*, n° 181, p. 15-20.
- TABUTIN D., 1976, *Mortalité infantile et juvénile en Algérie*, Cahiers de l'Ined, n° 77, Paris, Ined/Puf, 275 p.
- TABUTIN D., 1978, « La surmortalité féminine en Europe avant 1940 », *Population*, vol. 33, n° 1, p. 121-148.
- TABUTIN D., 1982, « Nuptiality and fertility in Maghreb », in L.T. Ruzicka (éd.), *Nuptiality and Fertility*, Liège, Ordina Éditions, p. 101-122.
- TABUTIN D., 1991, « La surmortalité féminine en Afrique du Nord de 1965 à nos jours : aspects descriptifs », *Population*, vol. 46, n° 4, p. 833-854.
- TABUTIN D., 1993, « Évolution comparée de la mortalité en Afrique du Nord de 1960 à nos jours », *Social Science and Medicine*, vol. 36, n° 10, p. 1257-1265.
- TABUTIN D., WILLEMS M., 1995, « Excess female child mortality in the developing world during the 1970s and 1980s », *Population Bulletin*, New York, Nations unies, n° 39, p. 45-78.
- TABUTIN D., GOURBIN C., 1997, « Mortalité et santé des enfants en Afrique du Nord depuis les années 1960, une synthèse comparative », in E. Crognier, A. Baali (éd.), *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Les cahiers de l'IREMAM, n° 9-10, Aix-en-Provence, p. 9-29.
- TABUTIN D., VILQUIN É., BIRABEN J.-N., 2002, *L'histoire de la population de l'Afrique du Nord pendant le deuxième millénaire*, Document de travail, n° 15, Louvain-la-Neuve, Département des sciences de la population et du développement, 26 p.
- TABUTIN D., SCHOUMAKER B., 2004, « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population-F*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-622.
- THE EMIRATES CENTER FOR STRATEGIC STUDIES AND RESEARCH, 1999, *Education and the Arab World. Challenges for the Next Millenium*, Abu Dhabi, 399 p.
- THIERRY X., 2004, « Évolution récente de l'immigration en France et éléments de comparaison avec le Royaume-Uni », *Population-F*, vol. 59, n° 5, p. 725-764.
- TILLION G., 1982, *Le Harem et les cousins*, Paris, Seuil, 218 p.
- UNESCWA, 2004, *Ageing in the Arab Countries: Regional Variations, Policies and Programmes*, Beyrouth, UNESCWA, 28 p.
- UNESCO, 2003, *Genre et éducation. Le pari de l'égalité*, Paris, UNESCO, 432 p.
- UNHCR, 2005, *Global Refugee Trends. Overview of Refugee Populations, New Arrivals, Durable Solutions, Asylum-seekers, Stateless and Other Persons of Concern to UNHCR*, Genève, UNHCR, 91 p.
- UNICEF, 2002, *The State of the Arab Child*, Amman, UNICEF Regional Office for the Middle East and North Africa, 69 p.
- VALLIN J., 2002, « Mortalité, sexe et genre », in G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (éd.), *Démographie : analyse et synthèse. Les déterminants de la mortalité*, Vol. III, Paris, Ined, p. 319-350.
- VALLIN J., LOCOH T. (éd.), 2001, *Population et développement en Tunisie. La métamorphose*, Tunis, Éditions Cérès, 801 p.
- VAN HAER N., 1995, « The impact of the involuntary mass return to Jordan in the wake of the Gulf crisis », *International Migration Review*, vol. 29, n° 2, p. 352-374.
- WALDRON I., 1998, « Sex differences in infant and early childhood mortality: Major causes of death and possible biological causes », in Nations unies (éd.), *Too Young to Die: Genes or Gender*, New York, Nations unies, p. 64-83.
- WALTISPERGER D., VALLIN J., BEN M'RAD A., 2001, « La dynamique naturelle de la population depuis l'indépendance », in J. Vallin, T. Locoh (éd.), *Population et développement en Tunisie. La métamorphose*, Tunis, Éditions Cérès, p. 53-88.
- WINCKLER O., 2005, *Arab Political Demography, Volume One: Population Growth and Natalist Policies*, Brighton, Sussex Academic Press, 215 p.
- YAAKOUBD A.I., 1989, *Mortalité des enfants et inégalités sociales. Le Maroc des années 1970*, Thèse de doctorat, Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain, 290 p.
- YAAKOUBD A.I., 1997, « La transition de fécondité au Maroc : faits et facteurs », *Genus*, vol. 53, n° 1-2, p. 189-202.
- YOUSIF H., GOIJON A., LUTZ W., 1996, *Future Population and Education Trends in the Countries of North Africa*, Laxenburg, IIASA, 89 p.

PRINCIPAUX SITES INTERNET CONSULTÉS

Instituts nationaux de statistique ou institutions voisines

Algérie	www.ons.dz (Office national des statistiques)
	www.onds.dz (Ministère de la Santé et de la Population)
Arabie saoudite	www.saudinfo.com (<i>Saudi Arabia Information Resource</i>)
Bahreïn	www.bahrain.gov.bh (<i>Bahrain Government</i>)
Égypte	www.capmas.gov.eg (<i>Central Agency for Public Mobilization and Statistics</i>)
	www.cdc.eun.eg (<i>Cairo Demographic Center</i>)
Émirats arabes unis	www.uae.gov.ae/mop (<i>Ministry of Planning</i>)
Iran	www.sci.or.ir (<i>Statistical Centre for Iran</i>)
Jordanie	www.dos.gov.jo (<i>Department of Statistics</i>)
Koweït	www.mop.gov.kw (<i>Ministry of Planning</i>)
Liban	www.cas.gov.lb (<i>Central Administration for Statistics</i>)
Maroc	www.statistics-hcp.ma (Direction de la statistique) www.cered.hcp.ma (Centre d'études et de recherches démographiques)
Oman	www.moneoman.gov.om (<i>Ministry of National Economy</i>)
Palestine	www.pcbs.org (<i>Palestinian Central Bureau of Statistics</i>)
Qatar	www.planning.gov.qa (<i>The Planning Council</i>)
Syrie	www.cbssyr.org (<i>Central Bureau of Statistics</i>)
Tunisie	www.ins.nat.tn (Institut national de la statistique)
Turquie	www.die.gov.tr (<i>State Institute of Statistics</i>)

Organismes régionaux ou internationaux

Banque mondiale	www.worldbank.org
Division de la population (Nations unies)	www.un.org/esa/population/unpop.htm
FAO	www.fao.org
OMS	www.who.int
Onusida	www.unaids.org
PNUD	www.undp.org
Unesco	www.unesco.org
UNESCWA	www.escwa.org.lb
HCR	www.unhcr.ch
Unicef	www.unicef.org
Unicef-MICS	www.childinfo.org

Autres organismes

CAWTAR	www.cawtar.org.tn (<i>Centre of Arab Women for Training and Research</i>)
ECSSR	www.ecssr.ac.ae (<i>Emirates Centre for Strategic Studies and Research</i>)
Ined	www.ined.fr
Macro International	www.measuredhs.com (enquêtes EDS)
Migration Policy Institute	www.migrationinformation.org
The Arab WWW Directory	www.arabinfoseek.com

TABUTIN Dominique, SCHOUMAKER Bruno.— **La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique**

Consacrée à l'Afrique du Nord, à la péninsule Arabique et au Moyen-Orient (20 pays, 420 millions d'habitants), cette chronique propose à la fois une synthèse des grands changements sociodémographiques et sanitaires depuis les années 1950 et un bilan statistique rassemblant les données récentes les plus fiables sur chaque pays. Y sont notamment examinés les effectifs et les structures de la population, la fécondité et ses variables intermédiaires, la nuptialité, la mortalité, la santé des enfants, les migrations et déplacements de population, l'urbanisation et l'accès à l'éducation. Si les transitions sociodémographiques et sanitaires de la région ont démarré plus tardivement qu'ailleurs, elles y ont été dans l'ensemble assez rapides. La grande majorité des pays sont déjà entrés dans un système de reproduction associant une mortalité assez faible, une fécondité de plus en plus contrôlée et un mariage tardif. Les changements sont radicaux dans les trois pays du Maghreb ou encore en Iran ; ils sont plus lents en Arabie saoudite ou en Égypte, et certains pays, comme le Yémen, restent à la marge de ces changements. Cette diversification des systèmes démographiques nationaux s'accompagne de grandes inégalités sociales ou géographiques à l'intérieur même des pays. Les migrations internationales constituent également un phénomène majeur de l'histoire récente de cette partie du monde. Les migrations vers les pays du Golfe et vers Israël ainsi que l'émigration vers l'Europe en sont les points saillants. L'urbanisation se poursuit, à des rythmes toutefois très variables selon les pays. En dépit de progrès importants dans la région, l'accès à l'éducation et l'analphabétisme demeurent des problèmes dans de nombreux pays.

TABUTIN Dominique, SCHOUMAKER Bruno.— **The Demography of the Arab World and the Middle East from the 1950s to the 2000s. A Survey of Changes and a Statistical Assessment**

Focusing on North Africa, the Arabian Peninsula and the Middle East (20 countries, 420 million inhabitants), this chronicle examines the major socio-demographic and health transformations in the region since the 1950s and provides a statistical summary of the most reliable recent data for each country. It includes data on population size and structure, fertility and its intermediate variables, nuptiality, mortality, child health, migration and population displacements. Though the region's socio-demographic and health transitions began later than elsewhere, they have generally been quite rapid. Most countries have already entered a reproduction system characterized by relatively low mortality, increasingly controlled fertility and late marriage. The changes are radical in the three Maghreb countries and Iran; they are slower in Saudi Arabia and Egypt for example, and still very limited in other countries such as Yemen. This diversification of national demographic systems is accompanied by large social or geographical disparities within countries. International migration is another major phenomenon that has shaped the region's recent history, with migration to the Gulf states and Israel and emigration towards Europe in particular. Urbanization is continuing, though at a pace which varies between countries. Despite major progress in the region, access to education and illiteracy still pose problems in many countries.

TABUTIN Dominique, SCHOUMAKER Bruno.— **La demografía del mundo árabe y de Oriente. Medio desde los años cincuenta al 2000**

Esta crónica resume los principales cambios socio-demográficos y de salud en África del Norte, la península árabe y Oriente Medio (20 países, 420 millones de habitantes) desde los años cincuenta y hace una síntesis estadística a partir de los datos recientes más fiables de cada país. Se describen los totales y las estructuras de población, la fecundidad y sus variables intermedias, la nupcialidad, la mortalidad, la salud infantil, las migraciones y los desplazamientos de población, la urbanización y el acceso a la educación. Aunque las transiciones socio-demográficas y de salud se iniciaron más tarde que en otras regiones, en conjunto han sido bastante rápidas. La mayoría de países han entrado en un sistema reproductivo que asocia niveles relativamente bajos de mortalidad con una fecundidad bastante baja y un matrimonio tardío. Los cambios han sido radicales en los tres países del Magreb y en Irán, y más lentos en Arabia Saudí o en Egipto, mientras que ciertos países, como Yemen, se han quedado al margen de estos cambios. Esta diversificación de sistemas demográficos nacionales se acompaña de grandes desigualdades sociales o geográficas en el interior de un mismo país. Las migraciones internacionales también constituyen un fenómeno de mayor importancia en la historia reciente de la región. Las migraciones hacia los países del Golfo y la emigración hacia Europa son las dos corrientes fundamentales. El proceso de urbanización continúa, aunque a ritmos muy variables según el país. A pesar de que hay progresos importantes, el acceso a la educación y el analfabetismo todavía constituyen un problema en numerosos países.