

SUREZ LA SANTÉ
Centre de Santé pour la Planification

النّوّب. النّوّا. دنّ بایان لاکنڈیا. لاگاندا. الّوّدّوا. لايستان. الّوّدّوا. دنّ نوّقنو.



SÉMINAIRE ORGANISÉ PAR LE CICRED ET L'IISUNAM AVEC L'APPUI DU FNUAP
SEMINAR ORGANIZED BY THE CICRED AND IISUNAM WITH THE SUPPORT OF THE UNFPA

POVERTY,
FERTILITY
AND FAMILY
PLANNING PAUVRETÉ,
FÉCONDITÉ
ET PLANIFICATION
FAMILIALE

**POVERTY, FERTILITY
AND FAMILY PLANNING**

***PAUVRETÉ, FÉCONDITÉ
ET PLANIFICATION FAMILIALE***

Seminar held in Mexico City, June 2-4, 1998
Séminaire organisé à Mexico, du 2 au 4 juin 1998

Coordinator/*Coordinatrice*
Maria Eugenia COSIO-ZAVALA

Editor on behalf of CICRED/*Éditeur au titre du CICRED*
Éric VILQUIN

Committee for International Cooperation
in National Research in Demography (CICRED)
*Comité International de Coopération
dans les Recherches Nationales en Démographie (CICRED)*
Instituto de Investigaciones Sociales - Universidad Nacional
Autónoma de México (IISUNAM)
United Nations Population Fund (UNFPA)
Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

2003

CICRED
133 Boulevard Davout
75980 PARIS Cedex 20
(France)

Tel: (00 33) 1 56 06 20 19
Fax: (00 33) 1 56 06 21 65
E-Mail: cicred@cicred.org
Website: <http://www.cicred.org>

SUMMARY / SOMMAIRE

Introduction (in English)	5
Introduction (en français)	11
Maria Eugenia COSIO-ZAVALA	
Demographic transition, life course and poverty in Mexico	17
Rodolfo TUIRÁN	
Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud. État des connaissances, méthodologie et illustrations	63
Bruno SCHOUMAKER, Dominique TABUTIN	
Contextes, institutions et acteurs. Pour une approche multiple des relations entre conditions de vie et comportements reproduction	115
Susana LERNER, André QUESNEL	
Teenage pregnancy, poverty and the welfare debate in Europe and the United States	139
Peter SELMAN	
Adolescent reproductive health in Latin America among low-income groups	167
Fatima JUAREZ	
Family well-being and fertility in transition to market economy: The case of Lithuania	191
Vlada STANKUNIENE	

Fewer children, but earlier. The relationship between reproduction and poverty in the metropolitan area of Buenos Aires	215
Elsa LÓPEZ	
Pauvreté, attitudes et pratiques des hommes en matière de planning familial : le cas du quartier de Randoulène Nord (Thiès, Sénégal)	237
Mbaye Diouf NDIAYE	
Crise et changements de comportement de fécondité et de planification familiale en milieu rural ivoirien	255
Agnès ADJAMAGBO	
Poverty and contraceptive use in rural Mexico	293
José GÓMEZ de LEÓN, Daniel HERNÁNDEZ	
Socioeconomic correlates of female sterilization in Brazil	311
Ignez Helena Oliva PERPETUO, Simone WAJNMAN	
Poverty, family planning and fertility vis-à-vis management of family planning services in India. A case study	335
Devendra KOTHARI, S. KRISHNASWAMY	

INTRODUCTION

Maria Eugenia COSIO-ZAVALA

*Centre de Recherches et de Documentation sur l'Amérique Latine (CREDAL),
Paris, France*

For three or four decades now, while the majority of Latin American and Asian countries have experienced accelerated fertility declines, most of them having launched family planning programmes and population policies aimed at reducing population growth and spreading family planning methods, the high fertility levels of the poorest countries, including many African ones, have not shown significant changes, if it is not increase. Similarly, the most deprived social layers of developing as well as developed countries have kept fertility levels well above national means.

On the other hand, in the last decade, tangible signs of the beginning of fertility decline have been observed everywhere, in all social sectors; moreover, most countries have officially adopted population policies. Countries whose fertility levels are deemed too high by their own governments and those where fertility depleting policies have been set up, are more and more numerous in all regions of the world. This book analyses relations between fertility change and family planning in environments of economic and social poverty. Many concrete examples are presented and analysed.

With hindsight, it becomes possible to think that fertility changes among the poor are likely to have occurred earlier than was usually believed, and that the drop in the demand for children is probably more ancient than it seems. But, whereas fertility transition started first among the most well-off and educated layers of society, changes were

hindered by obstacles among populations living in harsh precariousness, with poor access to education and health and family planning services. Moreover, in many cases, attitudes remained overall in favour of large offsprings.

However, in view of the recent fertility declines, extremely rapid in the poorest sectors of different societies, it can certainly be assumed that a so-called "malthusianism of poverty" is developing in Africa, as well as in Latin America and Asia, inasmuch as the limitation of family size can derive from the difficulty of providing many children with health care and education. The costs of child rearing are amplified by new needs, particularly in urban settings and in contexts of crisis, and resources provided by child labour are strongly limited at present. This rise in child costs can lead gradually to family planning and the use of modern methods of contraception when easily accessible. Fertility decline recently spread to all environments, urban and rural, to all social circles and to all continents (Africa, Asia, Latin America).

Whereas many theoretical frameworks, notably the demographic transition one, suggest explanations for fertility declines in relation with economic and social development, we sorely miss studies and concepts allowing for the explanation of the speed and extent of fertility decline in other less favourable cases, particularly in contexts of persistent poverty. Similarly, we know little about the emergence of a demand for family planning, as well as the meeting of it, in relation with the economic, social and political situation of the most deprived populations.

Therefore, CICRED offered to organize a seminar in 1998, in order to take stock of researches developed in its member centres by examining the following topics:

- a) trends and explanations of fertility decline in contexts of poverty or economic crisis, among the most deprived social strata; emergence of a "Malthusianism of poverty";
- b) proximate determinants of fertility and poverty: changes in the process of entering into procreation, maternal health, contraception, post-partum infertility, breast-feeding, abortion – all in relation with poverty, economic crises and political crises (refugees for instance);
- c) family planning and poverty: explaining factors of the extension of the demand for family planning, and of the knowledge and practice of different contraceptive methods among the most deprived layers of society;

d) conditions of access to family planning and poverty: supply of and demand for family planning services, quality of services, institutional aspects of the supply of such services to social classes living in poverty.

The seminar "Poverty, fertility, family planning" was organized by CICRED and IISUNAM in Mexico City from 2nd to 4th June 1998. It gathered together participants from research centres in Africa, Asia, America, Eastern and Western Europe, selected on the basis of answers to a survey on research projects on these topics, conducted by CICRED among all its members. 121 projects from 58 centres were listed, dealing with the themes included in the seminar programme. Besides, Mexican institutions were invited to participate: IISUNAM, El Colegio de México, FLACSO, CONAPO, CRIM, SOMEDE, PROGRESA, etc., and they answered the invitation by taking an active part in the three study days. This book includes contributions selected from those that were presented and discussed during the seminar.

First, Rodolfo Tuirán's analysis of the links between poverty, fertility and life cycles in Mexico highlights the significant role of family dynamics and intergenerational evolution in fertility change, as well as the importance of shifts between poor and non-poor statuses. Social disparities maintain large fertility differences in spite of a general decreasing trend, and that is undoubtedly associated with social differences in access to health services. The Mexican population programme should take such social disparities into account in order to cope with their consequences.

Theoretical and methodological aspects are dealt with by D. Tabutin and B. Schoumaker, who review, thanks to a large number of cases from all regions of the world, associations between poverty and fertility. Their analysis leads to paradoxical results that closely depend on the index selected to measure poverty. One must aim at improving tools for the analysis of relations between fertility and poverty. Susana Lerner and André Quesnel, for their part, highlight the role of the paths to marital union and first maternity in explaining observed changes in the fertility level of the most deprived social categories. All over Mexico, pregnancies have come to rely on medical assistance, and this implies that various levels of analysis (society, family, institutions) have to be taken into consideration.

In fact, the topic of family formation in contexts of poverty is crucial and is widely dealt with in this book. In developed countries, this is echoed by the large number of adolescent pregnancies, a most

obvious but reproved sign, often related with the lack of other options for young girls, victims of social exclusion, poor education, unemployment, precarious living conditions. Access to health services refers to issues of self-esteem, life course projects and social and personal opportunities. In the transitional economies of Eastern Europe, the steep degradation of standards of living has led families to fertility limitation and abortion, and there is evidence of chronic pessimism regarding the future, as can be observed in the case of Lithuania. Similarly, in the poor districts of Buenos Aires, the same situation leads to a fertility decline among young women, whereas problems of access to family planning and health services, as well as the prohibition of abortion, hinder the effective recourse to contraceptive methods. In spite of these difficulties, young girls will have less children than their mothers.

On the other hand, in a poor urban environment in Senegal, male practices and aspirations as regards fertility planning are limited by social and cultural factors making for high fertility levels. Changes could be made possible by an increase in the supply of contraceptives (action of a few NGOs), but this is still very limited for the moment. Other examples, rural ones this time (Nepal, Ivory Coast), also show little fertility change in contexts of crisis and social and economic precariousness, the rise in poverty being paralleled by a deterioration of the health services provided to the population, including family planning, while the conditions of access to land and the deterioration of the environment would make fertility decline necessary in order to slow down population growth. In Ivory Coast, young people remain single for a long time for want of work as well as of the means to get married, but the supply of family planning is very insufficient and very few families currently use contraceptives.

In other instances such as Mexico, Brazil and two Indian regions, the situation is quite different. The supply of family planning is abundant, fertility is rapidly declining and sterilization is spreading, especially among the poor in Brazil. The plentiful supply of contraceptives and the quality of family planning programmes are directly linked with this accelerated fertility decline in all social classes, including the most deprived ones.

Finally, the examples presented in this book show that the concept of poverty is very heterogeneous and multidimensional. Furthermore, the relations between poverty, fertility and family planning are complex and divergent, depending upon the economic, social and cultural con-

texts. Moreover, many methodological issues remain unsolved for the time being, especially the problem of the relations between the different levels of analysis.

On the other hand, the seminar sessions clearly showed that poor social classes experience rapid changes, that their fertility and family planning change as much as those of other classes, that education as well as gender relations are crucial. Similar attention is also to be given to the demand for children (in view of family support), that can diminish as the value of children decreases, and to the supply of family planning in the framework of good quality programmes, adequately designed to meet the needs of individuals and families.

Fertility is a process on which poverty has bearing together with other factors, and it is essential to analyse in depth the relations between fertility and poverty in various settings. For that, we must take into account a number of conclusions of the seminar that would shed light on the issue through an examination of the following variables:

- The role of and access to institutional structures. For instance, abortion is a sign of the difficulties of access to family planning services and gives some indication of unmet needs in this respect;
- The role of economic structures and the organization of production. A review has been made of the way people get round the effects of economic crises and adapt their fertility behaviour to deteriorating economic contexts;
- The effects of poverty on the processes of entry into marital union, family formation, access to adulthood and autonomy for youth;
- It has been demonstrated that the poorest of the poor start demographic transition in great numbers. So, there is indeed, at least in some regions, a "Malthusianism of poverty";
- The quality of the supply of health care and family planning services is very important to meet the needs of populations as soon as they have been clearly asserted;

The specificity of the processes of fertility change in the poorest settings, offers a possibility of perceiving the emergence of new models, unforeseen by classical demographic transition theories – proof, if need be, of the complexity and variety of family dynamics, notably as regards gender and intergenerational relations, as well as of the capacities and possibilities of adaptation to modern times. This book marks the first step in a new direction that might lead to an enlarged under-

standing of the issues involved and to the emergence of new knowledge which will help fight poverty, injustice and social disparity.

INTRODUCTION

Maria Eugenia COSIO-ZAVALA

*Centre de Recherches et de Documentation sur l'Amérique Latine (CREDAL),
Paris, France*

Depuis deux ou trois décennies, tandis que la majorité des pays latino-américains et asiatiques connaissaient des réductions accélérées de leur fécondité, que la plupart avaient adopté des programmes de planification familiale et des politiques de population pour infléchir leur croissance démographique et diffuser les méthodes de limitation des naissances, les niveaux élevés de fécondité des pays les plus pauvres du monde, dont beaucoup de pays africains, ne semblaient pas beaucoup évoluer, si ce n'est à la hausse. De même, les secteurs sociaux les plus défavorisés des pays en développement ainsi que des pays développés avaient gardé une fécondité bien supérieure aux moyennes nationales.

Par contre, dans la dernière décennie, des signes tangibles de début d'une baisse de la fécondité ont été observés partout, dans tous les milieux sociaux, et, de plus, la plupart des pays ont officiellement adopté des politiques de population. Les pays dont les taux sont considérés comme trop élevés par leurs gouvernements, et ceux où des interventions pour les diminuer sont en place, sont de plus en plus nombreux dans toutes les régions géographiques du monde. L'ouvrage présenté ici analyse les relations entre l'évolution de la fécondité et de la planification familiale, dans les contextes de pauvreté économique et sociale. De nombreux exemples concrets sont ainsi présentés et analysés. Avec un certain recul, on peut commencer à penser que les changements de fécondité chez les pauvres se sont sans doute produits plus

tôt qu'on ne le pensait et que la réduction de la demande d'enfants est probablement plus ancienne qu'il n'y paraît. Mais alors que la transition de la fécondité s'engageait dans les secteurs sociaux les plus favorisés, avant tous les autres, et aussi les plus éduqués, les changements ont rencontré plus d'obstacles dans les populations qui vivaient dans une grande précarité et qui ont eu difficilement accès à l'éducation et aux services de santé et de planification familiale. De plus, dans de nombreux cas, les attitudes restaient globalement favorables à une descendance élevée.

Cependant, au vu des réductions récentes de la fécondité, extrêmement rapides dans les couches les plus pauvres des différentes sociétés, on peut sans doute faire l'hypothèse qu'il se développe en Afrique, comme en Amérique latine et en Asie, un « malthusianisme de la pauvreté », dans la mesure où la limitation de la taille des familles peut provenir des difficultés qu'il y a à fournir des soins de santé et à scolariser de très nombreux enfants. Les coûts des enfants sont multipliés par de nouveaux besoins, notamment en ville et dans les situations de crise, et les ressources issues du travail infantile se trouvent à présent fortement limitées. Cet accroissement du coût des enfants peut conduire peu à peu à la limitation des naissances et à l'utilisation de moyens modernes de contraception, là où ils sont le plus accessibles. La baisse de la fécondité s'est étendue récemment à tous les contextes, villes et campagnes, à tous les milieux sociaux et à tous les continents (Afrique, Asie, Amérique latine).

Alors que de nombreux cadres théoriques, notamment celui de la transition démographique, proposent des explications des baisses de fécondité en relation avec le développement économique et social, nous manquons cruellement de travaux et de concepts permettant d'expliquer la rapidité et l'étendue de la baisse de la fécondité dans d'autres cas moins favorables, notamment dans les contextes de persistance de la pauvreté. De même, nous savons peu de choses sur l'émergence d'une demande, mais aussi sur l'offre de planification familiale, en relation avec la situation économique, sociale et politique des populations les plus défavorisées.

Le CICRED a donc proposé d'organiser en 1998 un séminaire pour faire le point sur les recherches menées dans les centres qui sont membres du réseau, en abordant les questions suivantes :

- a) tendances et explications de la baisse de la fécondité dans les contextes de pauvreté, de crise économique, chez les catégories so-

- ciales les plus défavorisées, émergence du « malthusianisme de pauvreté » ;
- b) variables intermédiaires de la fécondité et pauvreté : évolutions des modalités de l'entrée en vie féconde, de la santé maternelle, de la contraception, de l'infécondité post-partum, de l'allaitement, de l'avortement en relation avec la pauvreté, les crises économiques, les crises politiques (réfugiés) ;
 - c) planification familiale et pauvreté : facteurs explicatifs de la progression de la demande de planification familiale, des connaissances et de la pratique des différentes méthodes contraceptives dans les milieux les plus défavorisés ;
 - d) modalités d'accès à la planification familiale et pauvreté : offre et demande de services, qualité des services de planification familiale, aspects institutionnels de l'offre de services de planification familiale pour les catégories sociales vivant en situation de pauvreté.

Le séminaire « Pauvreté, fécondité, planification familiale » a été organisé par le CICRED et l'IISUNAM à Mexico, du 2 au 4 juin 1998, réunissant des participants de centres de recherche d'Afrique, d'Asie, d'Amérique, d'Europe de l'Est et d'Europe de l'Ouest, sélectionnés sur la base des réponses à l'enquête du CICRED envoyée à tous ses membres et concernant les projets de recherche sur ce thème. 121 projets de 58 centres ont été répertoriés, qui abordaient les thématiques à partir desquelles le programme du séminaire a été construit. De plus, des institutions mexicaines ont été invitées à participer : l'IISUNAM, El Colegio de México, FLACSO, CONAPO, CRIM, SOMEDE, PROGRESA, etc., qui ont bien répondu à cette invitation en collaborant activement aux trois journées du séminaire. Cet ouvrage comprend des communications sélectionnées parmi celles qui ont été présentées au séminaire et qui ont toutes fait l'objet d'exposés et de discussions.

Pour commencer, l'analyse par Rodolfo Tuirán des liens entre la pauvreté, la fécondité et les cycles de vie au Mexique, souligne l'importance du rôle des dynamiques familiales et des changements entre les générations dans l'évolution de la fécondité, ainsi que des passages entre les statuts de pauvre et non-pauvre. Les inégalités sociales maintiennent de grandes différences de fécondité malgré une tendance générale à la baisse, ce qui est incontournablement lié à l'accès différentiel aux services de santé pour les différentes couches sociales. Le programme de population au Mexique doit tenir compte de ces inégalités sociales pour en aplatiser les conséquences.

Les aspects théoriques et méthodologiques sont abordés par D. Tabutin et B. Schoumaker, qui passent en revue, sur un nombre important de cas du monde entier, les associations entre pauvreté et fécondité. Celles-ci aboutissent à des résultats paradoxaux, étroitement dépendants des indicateurs de mesure de la pauvreté. Il faut travailler à améliorer les outils d'analyse des relations entre fécondité et pauvreté. De leur côté, Susana Lerner et André Quesnel ont souligné le rôle des trajectoires d'entrée en union et d'entrée en vie féconde pour les changements observés dans le niveau de fécondité des couches sociales les plus défavorisées. La grossesse s'est médicalisée partout au Mexique, ce qui implique la prise en compte des différents niveaux d'analyse sociaux, familiaux, institutionnels.

De fait, le thème de la formation des familles dans les contextes de pauvreté est fondamental et abondamment traité dans cet ouvrage. Dans les pays développés, le nombre important de grossesses d'adolescentes en est le signe le plus visible et le plus réprouvé, souvent lié à l'absence d'autres alternatives pour les jeunes filles victimes de l'exclusion sociale, d'une faible scolarité, du chômage, de conditions de vie précaires. L'accès aux services de santé renvoie à la question de l'estime de soi, des projets de vie et des opportunités sociales et personnelles. Dans les économies en transition d'Europe de l'Est, la forte détérioration des niveaux de vie a conduit les familles à limiter leurs naissances, à recourir à l'avortement, et on observe un pessimisme chronique face au futur, comme on peut l'appréhender dans le cas de la Lituanie. De même, dans les secteurs pauvres de Buenos Aires, on trouve une situation similaire qui conduit à une baisse de la fécondité chez les jeunes femmes, alors que les difficultés d'accès à la planification familiale, l'interdiction de l'avortement et l'accès difficile aux services de santé rendent les méthodes de contraception peu efficaces. Malgré ces difficultés, les jeunes filles auront moins d'enfants que leurs mères.

Par contre, dans un contexte urbain pauvre au Sénégal, les pratiques et aspirations des hommes en matière de planification familiale sont limitées par les facteurs sociaux et culturels qui tendent vers une forte fécondité. Des changements seraient rendus possibles par une augmentation de l'offre de moyens contraceptifs (action de quelques ONG), mais, pour le moment, cela reste très limité. D'autres cas, ruraux cette fois-ci (Népal, Côte d'Ivoire), montrent aussi peu de changements de fécondité dans des contextes de crise et de précarité économique et sociale, l'augmentation de la pauvreté étant parallèle à

une détérioration des services de santé offerts à la population, dont la planification familiale, alors que les conditions d'accès à la terre et la détérioration de l'environnement rendraient une baisse de la fécondité nécessaire pour freiner la croissance démographique. En Côte d'Ivoire, les jeunes gens restent longtemps célibataires, faute de travail et de moyens leur permettant de se marier, mais l'offre de planification familiale reste très insuffisante, et très peu de familles utilisent actuellement des moyens de contraception.

Dans d'autres cas, comme au Mexique, au Brésil et dans deux régions de l'Inde, la situation est très différente. L'offre de planification familiale est abondante, la fécondité se réduit rapidement et la stérilisation se développe, notamment au Brésil chez les pauvres. L'abondance de l'offre de moyens contraceptifs et la qualité des programmes sont directement en relation avec cette baisse accélérée de la fécondité dans toutes les couches sociales, y compris les plus défavorisées.

Finalement, les exemples présentés dans cet ouvrage montrent que le concept de pauvreté est très hétérogène et multidimensionnel. De plus, les relations entre pauvreté, fécondité et planification familiale sont complexes et divergentes selon les contextes économiques, sociaux et culturels. Qui plus est, de nombreux problèmes méthodologiques demeurent pour l'instant sans solution satisfaisante, notamment celui des relations entre les différents niveaux d'analyse.

Par contre, il a été clairement établi dans les travaux du séminaire que les secteurs pauvres des sociétés connaissent des transformations rapides, que la fécondité et la planification familiale évoluent autant que dans les autres catégories sociales, que la prise en compte du facteur éducation est essentielle ainsi que les relations de genre. Il faut également prêter autant d'attention à la demande d'enfants pour la survie familiale, qui peut se réduire lorsque la valeur des enfants se modifie, ainsi qu'à l'offre de planification familiale, dans des programmes de bonne qualité prenant en charge correctement les besoins des familles et des individus.

La fécondité est un processus à l'intérieur duquel la pauvreté intervient parmi d'autres facteurs, et il est essentiel d'analyser en profondeur les relations entre la fécondité et la pauvreté, dans des contextes variés. Pour cela, il faut tenir compte de plusieurs conclusions du séminaire qui permettraient d'éclairer la question, en s'attachant aux variables suivantes :

- Le rôle des structures institutionnelles et l'accès à ces structures. L'avortement, par exemple, est un révélateur de problèmes d'accès aux services de planification familiale et donne un indice des besoins insatisfaits dans ce domaine.
- Le rôle des structures économiques et de l'organisation de la production. On a vu comment les populations contournent les effets des crises économiques et les modes d'adaptation des comportements de fécondité aux contextes de dégradation économique.
- Les effets de la pauvreté sur les processus d'entrée en union, de formation des familles, d'entrée dans la vie adulte et d'accès à l'autonomie des jeunes.
- Il est apparu que les plus pauvres sont nombreux à entrer en transition démographique. Il existe donc bien, du moins dans certaines régions, un « malthusianisme de pauvreté ».
- La qualité de l'offre de soins et de services de planification familiale est très importante pour répondre aux besoins des populations, une fois ceux-ci bien affirmés.

L'originalité des processus de changement de la fécondité dans les sociétés les plus pauvres nous donne la possibilité d'assister à l'émergence de nouveaux modèles, non prévus par les théories classiques de la transition démographique, preuve s'il en faut de la richesse et de la diversité des dynamiques familiales, notamment en ce qui concerne les relations entre les femmes et les hommes et entre les différentes générations jeunes et moins jeunes, et des capacités et possibilités d'adaptation au monde moderne. Cet ouvrage marque les premiers pas dans une nouvelle direction, qui conduira peut-être à plus de compréhension et à l'émergence de nouvelles connaissances pouvant aider à combattre la pauvreté, l'injustice et les inégalités sociales.

DEMOGRAPHIC TRANSITION, LIFE COURSE AND POVERTY IN MEXICO

Rodolfo TUIRÁN

National Population Council, Mexico

1 - Introduction

At the beginning of the new millennium Mexico is undergoing a process of change that includes multiple transitions in the fields of economy, society, politics, urban life, demography and epidemiology. The economy is undergoing an intense process of restructuring and modernization and is rapidly changing the relative importance of the different sectors generating the Gross Domestic Product. In politics the federal pact and electoral and party system are in the process of renovation, coupled with profound institutional reforms aimed at perfecting our democracy. In the social sphere, civil society participation is increasing, as reflected in the strengthening of the forms and various options of organization which clearly shows the growing complexity of a society with a greater capacity for formulating and sustaining its demands. A profound and rapid transformation is taking place and society is becoming increasingly urbanized. Finally, the trends in democratic and epidemiological transitions suggest that the population growth rate will continue to change in the future, leading to further ageing and mortality and morbidity rates dominated by chronic and degenerative diseases. There is no doubt that Mexico's future will largely depend on the directions these crucial transitions will take.

The country is in the middle of all these changes and transitions, although it will still take some time before they are concluded. The starting point of the demographic transition is marked by an uninterrupted reduction in mortality since the 30s. As a consequence of this profound change, not only has Mexico's population increased, but it has also become older.¹ At the same time, reduced fertility, which indicates the entry of the Mexican population in the subsequent stage of this process, dates back to the 60s, although it did not start to fall drastically until the middle of the following decade that coincided with the design and implementation of the new population policy.²

Subsequent changes in mortality and fertility rates have brought about important changes in demographic volume and dynamics,³ as well as in the age structure. Initially this created a younger age structure with the population gradually "ageing" later.

In this study it is maintained that the demographic transition, in interaction with many other processes, such as the multiplication of events, dependencies and individual and social relations related to the family life cycle, has led to the formation of new life patterns for individuals. For example, as a result of decreased mortality, people live longer and, consequently, are able to dedicate more time to their roles as sons/daughters, spouses, parents, grandparents, as well as to their many other social and family functions, both simultaneously and successively. The growing life expectancy and longevity have directly or indirectly caused profound changes in family size, structure and or-

1. Due to longer life expectancy, "death" is considered today to be "something pertaining to the elderly." In the family sphere the lower death rate has led to: i) marriages which last considerably longer due to the fact that the partners live longer, ii) a significantly lower probability that one or more children die at an early age, iii) a decrease in the proportion of minors who experience the death of close relatives (parents, brothers, sisters, cousins, etc.), and iv) an increase in "family time", or the potential interaction of different generations, e.g. longer survival of grandparents during their grandchildren's childhood, adolescence and youth.

2. In the second half of the 20th century, most Mexican women understood that they would not be free as long as reproduction was considered an accident by nature, and if they were unable to make decisions regarding such intimate and relevant aspects of their lives. During the last three decades more and more people have adopted contraceptive methods. The number of married women in fertile age who use contraceptives has increased from 10% in 1970, to 70% at present.

3. It should be remembered that the country's population doubled in size in the first half of the 20th century and almost quadrupled in the second half.

ganization, as well as in the activities and interrelations of families composed of two or three persons and social and family type networks of varying complexity. Therefore, the extension of family roles due to prolonged common survival time tends to demand a restructuring of these roles as parents and children live longer and can dedicate more time to these roles in their adult years, thus influencing the redefinition of role contents.

This paper explores the life course of Mexican women. It attempts to identify some of the features of continuity and change in the process of family formation and expansion, as well as specific family roles. It also attempts to show how demographic changes influence the content, structure and organization of the life course and different life histories of women in the transition from early to late fertility.

2 – The simulation model

This paper is based on the use of the simulation model developed by Zeng Yi (1991), which is an extension of Bongaarts' (1987) model to explore how demographic change affects the family life course of Mexican women. The model is a powerful tool used by demographers and has a wide range of applications.⁴ The findings presented in this report are a small, selected example of the enormous quantity of data produced by the simulations carried out by the FAMY programme developed by Zeng Yi (1990) for life course analysis.

The results presented in this paper are based on simulations focusing on fictitious population groups. A comparison has been made of the periods ranging from 1970 to 1974 and from 1990 to 1994 and a projection up to 2005 has been included on the conditions of fertility in young, adult and advanced age. It is not expected that the data referring to these periods be estimates of the experience of a birth cohort, but should be indicative of the demographic conditions prevailing during the above mentioned periods.

4. The Zeng Yi model i) allows to identify the consequences of a series of demographic parameters in the life course of women; ii) gives the possibility of evaluating the effects of various close determinants relevant to family structure and its characteristics; iii) may be used to make future projections on family size, structure and composition.

The selected demographic parameters correspond to the period 1970-1974, while the data for the period 1990-1994 are presented in detail in another document (Tuirán, 1997). Furthermore, for the purpose of this exercise, four scenarios have been elaborated for 2005.⁵ each meeting the goals set by the National Population Programme 1995-2005.⁶ For each of the possible scenarios the following suppositions were made:

- * Post-transition I: From 1992 to 2005, marriage and fertility rates remain similar in structure although not in level (early marriage and fertility).
- * Post-transition II: The marriage rate remains constant, while the fertility structure ages. The mean age and standard deviation for each birth grow constantly without modifying the specific rates of first births (early marriage and later fertility pattern).
- * Post-transition III: The marriage pattern grows old. In this case, it is assumed that the parameter k of Coale and McNeil (1972) registers a linear increase from 0.8114 in 1992 to 1.0 in 2005, with both the proportion of women who eventually marry (0.932) and parameter a_0 (12,492) remaining constant, while fertility rates tend to decline, although in a similar manner as in 1992 (late marriage and early fertility pattern).
- * Post-transition IV: The nuptiality and fertility patterns grow older (late nuptiality and fertility).

In addition to a comparison between the life course patterns resulting from the prevalent demographic conditions in the periods 1970-74 and 1990-94, and those projected for 2005, two are included in this paper as a contrast:

- * Women between 15 and 49 residing in the six states with the highest marginalization and who, from 1990 to 1994, were living in households below the poverty line.
- * Women between 15 and 49 residing in the above mentioned states, but living in households above the poverty line.

5. For each scenario it is assumed that life expectancy will reach 75.8 years, which is also the official projection of the National Population Programme 1995-2000.

6. This programme has set 2.4 and 2.1 children per woman as goals for 2000 and 2005 respectively.

The demographic parameters of these two groups were estimated based on data from the National Survey of Family Planning (1995). It should be pointed out that, due to the transversal nature of this research, a note of precaution is required. The women defined as "poor" and "not poor" do not necessarily maintain that condition all their lives. Therefore, the results presented in this paper should be considered as merely exploratory of the complex situation of demographic transition, life course and poverty.

2.1 - The demographic situation in Mexico

The country's demographic situation confers an unmistakeable identity to the nation. In 1998, Mexico's population slightly exceeded 96.6 million inhabitants. This figure places the country as the eleventh most populated country in the world. It is estimated that in the same year there were 2,218,000 births and 421,000 deaths. This implies an annual increase of about 1,800,000 Mexicans and an annual Natural Increase Rate (NIR = the difference between crude birth rate and crude death rate) of 1.86%. Mexico's external migration figure is negative (-0.31%) and by subtracting this figure from the natural population increase, the total population growth rate is reduced to 1.55%. Nevertheless, the reduction in the population growth rate has not impeded the population from increasing rapidly in absolute terms.⁷

The decrease in the death rate has been occurring for the past six decades although the most marked decline took place between 1943 and 1956. Life expectancy increased to 74.7 years in 1998. This is more than twice the 36 years of life expectancy in 1930. One of the most important elements of the increase in the survival rate is the declining child mortality. Whilst around 180 of every 1,000 children born alive in 1930 died before reaching their first birthday, in 1998 this figure was less than 27 per thousand. A similar pattern is experienced in relation to survival up to adult age: among those born in 1930 less than half (48%) survived up to the age of 60. On the other hand, it is expected

7. This tendency shall undoubtedly prevail in the near future as a result of the so-called demographic inertia, a growth impulse hidden in the age structure of the population. When a train moves rapidly and brakes are applied, the train does not stop immediately but rather continues to advance, driven by the law of inertia. The high demographic growth in the past has caused a similar effect.

that 75% of the persons born in the 60s reach this age and that 90% of those born in 1997 do so.

The decrease in fertility is the main determining factor of demographic change in Mexico over the last decades. Compared to the gradual decrease in mortality, the reduction in fertility is much more recent and accentuated. In 1960, the total fertility rate (TFR) exceeded 7 children per woman. Starting in the second half of the 60s, but especially at the beginning of the 70s, a significant decline in the fertility level was registered, to reach an average of 2.55 children per woman in 1988.

Mortality and fertility trends have determined not only the rhythm of population growth, but also marked changes in the population's age structure. On the one hand, the decrease in mortality leads to a progressive increase in the survival rate, reflected in the population pyramid by an ever-growing number of people reaching adult and advanced age. On the other hand, the decrease in fertility causes the base of the pyramid to shrink because, as the transition proceeds, the number of births becomes smaller. Both processes lead to a gradual ageing of the population, characterized by a smaller proportion of children and youth and a gradual increase in the relative numbers of adults and the elderly.

2.2 - Changes in the intensity and timing of fertility

A more detailed analysis of the recent evolution of fertility shows that this demographic variable may be conceived as the accumulated result of a series of interdependent events of a sequential and temporal nature. The analysis of birth intervals and the way in which women go from one parity to another, are central aspects in the study of fertility levels and trends. By considering the retrospective histories of pregnancies found in the socio-demographic surveys based on measurements of intensity (the proportion of women that eventually move on to the following parity) and timing (the time span in which women complete the transition from one parity to the next), it was found that the decrease in fertility in Mexico was stimulated by women's behaviour at the beginning of the second and subsequent intervals at the end of the 60s, although the most pronounced change occurred for women with greater parity as a result of their increased use of contraceptives.

The transition from marriage to first birth (first interval) was especially rapid for each group and has remained stable for the whole period under consideration: around 95% of women have their first child

during the first five years of marriage. In the transition from the first to the second child, it is observed that the proportion of women closing this interval fluctuates between 92% for those who initiated their interval in 1957, and 74% for those who initiated it in 1989. The variations are greater in the proportion of women completing the transition from the second to the third child (from 91% in 1960 to 59% in 1989). This decrease began in the middle of the 60s. The greatest change in intensity was recorded in the fourth interval with a decrease from 89% in 1969 to 52% in 1989. As a whole, these tendencies show that the rapid decline in fertility in Mexico is the result of a complex combination of different parity tendencies. In general, it may be said that the fertility transition has implied significant decreases in the intensity from the second interval onward, especially among women who initiated their fertility in the middle of the 60s. Even when these reductions involved women of high parity, a few years later they were followed by women with lower parity.

With respect to the duration of the intervals between successive births, it has been found that, in spite of the rapid proportional decrease for women with high parity, there are no significant variations in timing. Only among those women who entered into fertility at the beginning of the 70s could important changes in the temporal patterns of all intervals, except the first, be observed. With regard to the average time in which women complete a transition, it is observed that the duration of the first interval has remained practically constant since the 50s (around 13 months). Starting in the 70s, an increase in the duration of the subsequent intervals could be observed, not restricted to women of high parity. In fact, increases in timing were greater in the lower parities. It has been observed that the average length of the second interval increased from 21.0 to 27.0 months between the beginning of the 60s and the end of the 80s, while the increase was smaller for subsequent intervals.

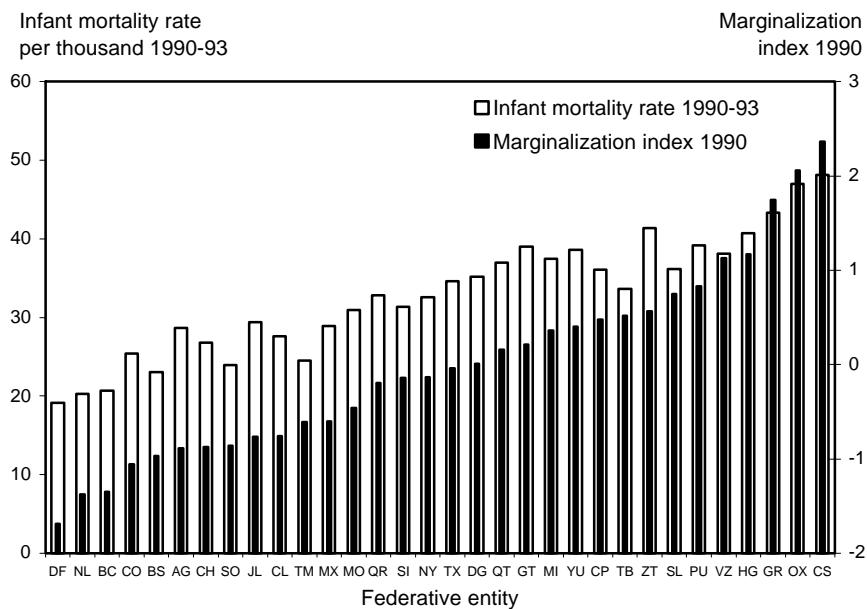
2.3 - Social inequality and demographic transition

The figures presented in this paper summarize some of the most important demographic transformations that have occurred recently. They express the free and responsible participation of Mexicans who, thanks to their practical decisions and individual and family behaviour have, since the 60s, brought about an actual, though silent, demo-

graphic revolution. These figures also reveal the enormous demographic challenges of present times. The inequalities and insufficiencies of development are evident by the fact that the more developed and prosperous segments of the population have reached a more advanced stage in this process, while socially marginalized and ethnic groups are lagging behind. The rapidity of the demographic transition in future years will greatly depend on the dynamics of these marginalized social and ethnic groups.

For example, life expectancy of the population residing in Chiapas and Oaxaca is around 71 years, while in Baja California, the Federal District and Nuevo León it is 75 years. This difference of approximately four years is equivalent to an over-mortality of 30% in the less developed regions from a socio-economic point of view. In a similar manner, infant mortality among marginalized population segments is more than double that observed among relatively more developed groups (Graph 1). This indicator clearly reflects the differences in sanitary conditions of the poor and non-poor. In the rural areas infant mortality among the poor is more than double that of the non-poor population (61 and 29 deaths for every thousand inhabitants respec-

Graph 1. Infant mortality rate and marginalization index in the federative entities of Mexico, 1990-93



tively) (Progres, 1997). The difference between the poor and non-poor is not so evident in urban areas (Table 1).

Table 1
Infant mortality rate (%) by poverty status
and place of residence, 1991-1995

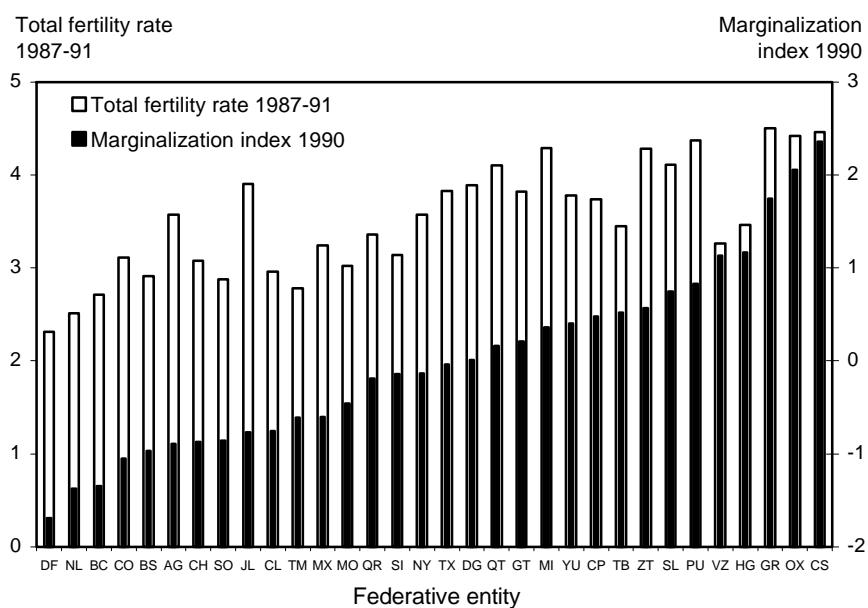
Residence	Poor	Non-poor
Rural	62	28
Urban	35	22
Total	49	24

There are also marked differences in fertility by groups and regions. The fertility rate of non-educated women was 4.1 children in 1994, while that of women with at least one year of secondary school education was 2.4 children. There are also important differences by town size and federative entity. In localities with less than 2,500 inhabitants the average fertility rate in the same year was 1.2 children higher than that observed in urban areas (3.8 and 2.6 children respectively). Likewise, the fertility rate in the period 1987-91 in relatively more developed localities, such as Baja California, the Federal District or Nuevo León, was slightly less (2.5 children), while in more marginalized localities, such as Guerrero, Chiapas, Oaxaca and Puebla, it was more than 4.0 children (Graph 2). It is also estimated that women who lived in extreme poverty in 1994 had a fertility rate of 5.1 children, i.e. 2.5 children more than other women. This level of fertility is similar to the national average of 20 years ago. It should be noted that the data referring to fertility intensity and timing also show that among the residents of rural areas and uneducated women, the proportion of women in transition to higher levels of parity is greater and they have a higher reproduction rate than urban residents and women with a high level of education.

This data has led certain authors to suggest that in Mexico it is possible to identify at least three different demographic regimes: prosperity, middle strata and poverty. Individuals of the privileged social sectors were the pioneers in demographic change, are presently in an advanced

stage of transition and exhibit relatively low levels of mortality. They marry and have their first child later than other population groups. They have introduced contraceptive practices for child spacing and birth limitation. Likewise, family expansion, which begins with the birth of the first child and ends with that of the last one, is usually of short duration for couples belonging to these groups. The same demographic pattern has gradually extended to the middle strata of the society.

Graph 2. Total fertility rate and marginalization index in the federative entities of Mexico, 1987-91



In contrast, poverty and marginalization are usually accompanied by a relatively early mortality and high morbidity and fertility rates, early marriage, and early first births (Table 2). They are also characterized by limited child spacing practices (Table 3), while at the same time family expansion lasts longer. This situation gives rise to a vicious circle that tends to perpetuate contrasts, backwardness and profoundly unequal development. The condition of being poor limits access to development opportunities, social safety nets and participation, and profoundly influences the demographic behaviour of marginalized

groups by delaying the transition from higher to lower levels of mortality and fertility. At the same time, the rapid demographic growth of marginal groups makes it more difficult to combat and eradicate poverty, that is transmitted from one generation to the next.

Table 2
Median age at the birth of the first child in 1995,
by poverty status and place of residence, 1995

Residence	Poor	Non-poor
Rural	19.9	21.7
Urban	19.6	22.6
Total	19.7	22.5

Table 3
Prevalence of contraceptive usage (%),
by poverty status and place of residence, 1994

Residence	Poor	Non-poor
Rural	46.1	62.9
Urban	67.8	72.1
Total	56.3	70.8

3 - Life course perspective

The life course perspective provides important elements for exploring the relations between social and demographic change. This perspective considers time and the temporal dimension to be crucial expressions of social and institutional life and the core of the process of socialization and construction of biographies, adding valuable elements to understanding the interaction of the different “clocks” that govern the movement of individuals and families through life in a changing society. Some of the basic premises of this approach are that: i) it shows that the life course is a process with a complex, yet dynamic, interwoven pattern; ii) it recognizes the reciprocal relationship between

individuals and their social and institutional environment; iii) it identifies personal histories, motives and choices and places them in the centre of the analysis; and iv) it questions static models while emphasizing the enormous “human flexibility” and the capacity of individuals to modify their behaviour.

Perhaps the best synthesis of the research agenda on life course perspectives is that provided by Glen Elder (1985), who emphasizes four types of temporal interdependence:

- * the intersection of paths and transitions during the life course of an individual;
- * the interdependence of the different paths of family members, e.g. spouses, children, parents, grandparents, etc.;
- * the relationships between the path of the individual and the development of the family as a collective; and
- * the complex interaction between the three above mentioned aspects and socio-historical change.

As Tamara Hareven (1977) points out, the life course perspective explores the synchronicity between individual time, family time and historical time, in an attempt to integrate the poles of traditional dichotomies (e.g., structure and action, biography and history and micro- and macro-level processes). This focus offers the potential for connecting individual and family developments to the great macro-social structures and processes, each one operating within its own temporal framework.

The concepts of social roles,⁸ institutional domains, paths and transitions, cohorts,⁹ gender and gender identity¹⁰ are used in this paper

8. The concept of social role is defined here as a pattern of behaviour associated with the position that the individual has in a determined institutional domain of society. This implies personal obligations and rights and dynamic relationships between the person and members of the social or institutional circle to which they belong.

9. The concept of *cohort* (Ryder, 1965) is useful for examining changes in the life course trajectories or patterns of individuals born in different historical periods. This concept suggests that individuals born in the same period go through life in a given historical context and, as they grow older, have a variety of experiences in common that lead them to make similar behavioural decisions. The succession of cohorts provides a mechanism that ties socio-demographic behaviour to social change. As is known, the most recent cohorts differ from previous ones in many ways. The size, composition and characteristics of the cohorts invariably tend to promote social change which, on the other hand, opens new paths and opportunities and leaves a mark in the trajectory followed by the individual from birth to death. It should be

as the main analytical tools. The notion of life course domains refers to an individual's observed institutional sphere, field of activity, group, membership or participation at a given moment. Examples of institutional domains in the life course include school, work, family and home, among other things. This notion is crucial for giving meaning to the idea of transitions in the course of life, which imply movements within, towards or outside specific institutional domains, separation from or integration into particular spheres of activity and rejection, adaptation or acceptance of a new configuration of roles and status.

When a person enters or leaves a specific institutional domain and undergoes a change in status (such as becoming a student or quitting their studies, marriage, divorce, obtaining a full-time job, leaving the job market), they undergo a transition in the course of life. This may be closely related to transitions that the individual brings about in other institutional domains, or sequentially linked to other previous transitions. Likewise, the life course perspective assumes that transitions in a given domain may have immediate consequences for the paths followed in other domains, as well as accumulative effects in people's lives. These transitions may guide people to modify, redirect or reinforce their life paths, either because they generate tensions in the daily routines or affect important aspects of life. Their long-term consequences cannot be evaluated without taking into consideration the nature, timing and order of the transition, as well as the resulting adaptations.

From an individual and family perspective, the transitions are important because, among other things, they involve crucial events in people's lives. But they are more than pure personal or family affairs

remembered that neither the social transformations nor events of a specific period influence the social sectors in the same way. For this reason, keeping in mind the experiences of particular sub-cohorts (by sex, socio-economic strata or social class, level of education, rural or urban residence, etc.) enriches the analysis.

10. The concepts of gender and gender identity are useful for understanding the different male and female roles, as long as the gender relations are based on a sexual division of labour that upholds male dominion over women, i.e. of masculine over feminine. Its strict observance models identities, self-esteem and the way in which women experience and interpret their own lives. Social movements have emphasized the growing importance of women's involvement in, and compromise with, roles that are different from the traditional role of wife-mother-housewife. Today many young women combine various and multiple roles that are different from those played by previous generations. Other women have a more limited range of opportunities.

since they also reflect socially created, recognized and sanctioned movements (Modell and Hareven, 1978; Hagestad and Neugarten, 1985).¹¹ In this sense, biographic time is limited by the historical, cultural, economic and social structures and processes that influence the timing in which various roles, positions and identities defined as the conventional structures of life are “available” to individuals. As Glaser and Straus (1967, p. 85) suggest, the concept of transition between statuses denotes “time in terms of social structure”.¹²

The life course dynamics emerge partially from an interplay between paths and transitions. These two concepts, according to Elder (1985, p. 31), “...represent the long- and short-term analytical reach. The life course dynamics take place over an extended period of time (in the course of work, marriage, etc.) and develop in a brief moment characterized by specific events (marriage, divorce, entering and leaving a home, etc.). The transitions are always connected to paths which give them meaning and a distinctive form.”¹³ It should be noted that the notion of course or path does not necessarily prejudge the sequence or rate at which these transitions take place. As a consequence, the life course perspective recognizes that individuals may avoid some states (such as paternity), leave or return to others (first or second marriage), and remain, for a certain time, a variable time in any of them (such as the duration of the reproductive period).

In any stage in life, a person may be involved in “clusters” or groups with social roles that change in the course of history. These “clusters” can be analyzed in two different ways: as social spaces or as a hierarchical system developed by the individual. The former refers to the number of institutional roles contained in a “cluster” and/or to the number of roles in each institutional domain. The hierarchical system refers to the importance that each person assigns to each role con-

11. In fact, they alter or modify the insertion of individuals and families in social and institutional life.

12. The paths are marked by the occurrence, timing and sequence of the transitions in the life course. Various authors have considered different transitions due to their importance in the orderly and routine functioning of society. In this sense, it can be said that life course transitions represent successive biographic markers on the road taken by individuals from birth to death.

13. The concept of path forces the analysis to move between synchronicity and diachrony, structure and process, scripts and strategic actions, recovering the old idea of dynamic interplay between individuals and institutional projects.

tained in a “cluster”; this can be modified through life as one assumes or abandons a determined role (Lopata, 1992).

This research emphasizes the experiences of individual life courses in a specific dimension: the family. It is assumed that the lives of people and their paths are influenced not only by the number and content of the family roles that are played out, but also by the timing and sequence in which these roles are carried out and for how long. The variety of transitions that individuals experience throughout life offer an ideal scenario for examining the interaction of the different processes that govern the movements of individuals and their families in a constantly changing society. This document intends to examine the life courses of Mexican women, both in relation to themselves as well as to other family members.

The family has a strong influence on the structure of women's life courses. This seems to be one of the most critical institutional domains that greatly influence the life course patterns of women. Events such as marriage and the birth of the first and successive children have considerable impact on women's lives. As Goldani and Pullum (1989, p. 129) point out, many events in the life course of a woman and her family relations are the result of intersections with the lives of other family members. Therefore, a strategy for better understanding family dynamics consists in using women as a point of reference.

3.1 - *Being and becoming a woman*

In all societies women play multiple roles within the family. At birth they begin to play several of them (e.g. as daughters and sisters) and later in life they take on the roles of wives, mothers and grandmothers. These family roles and relations are ruled by gender-based norms, cultural ideals and relationships in a complex social system that defines women's “duties”. For example, in many urban and rural areas women's social models teach them at an early age to care for others and to be altruistic, loving and submissive. Nevertheless, each culture allows for and even stimulates individual diversity within the limits of the predominant model. Not all girls are seen as equals nor is it expected that they evolve into the same types of women. Furthermore, there are racial, ethnic or class differences in the prevailing norms.

In the process of becoming a woman, the girl adopts and adapts to a sequence of family and social roles that change over time, or as a

response to specific historic events. Each role contains in itself various functions and duties that require many different skills. Socio-demographic research has documented the many roles played by women and the many demands on their time, energy, skills and good will. By being excluded from several social spheres, women have frequently paid a high price for these roles.

3.2 - Life paths of adult women

Peter Uhlenberg (1974) offers a methodological strategy for calculating the distribution of women belonging to a cohort or group of cohorts according to the various possible family life course paths between 15 and 50 years of age. He wonders whether a socially prescribed family path exists or not during this phase of their lives and, if so, whether its prevalence has changed during the past century. To answer this question he identifies the patterns observed in a group of cohorts in the USA. Following Uhlenberg, writers such as Young (1982) and Goldani (1989) have used a similar strategy to study the patterns of several generations of women in Australia and Brazil respectively. The typologies proposed by Uhlenberg¹⁴ allow us to explore changes in the family life course and identify some of their main determinants. Each woman is located only in one of the identified paths. The typologies proposed by the above mentioned author are the following:

- * Type I: Early Death. Women of this cohort die between 15 and 50 years of age.
- * Type II: Single Women. Women of this cohort reach the age of 50 but remain single.
- * Type III: Childless. Women of this cohort marry, reach 50, but remain childless.
- * Type IV: Unstable Marriage with Children. a) The first marriage ends with the death of the spouse before the woman reaches 50; or b) the first marriage ends in divorce or separation before the woman reaches 50.
- * Type V: "Preferred" or "Typical". Women of this cohort marry, have children and reach 50 still living in union.

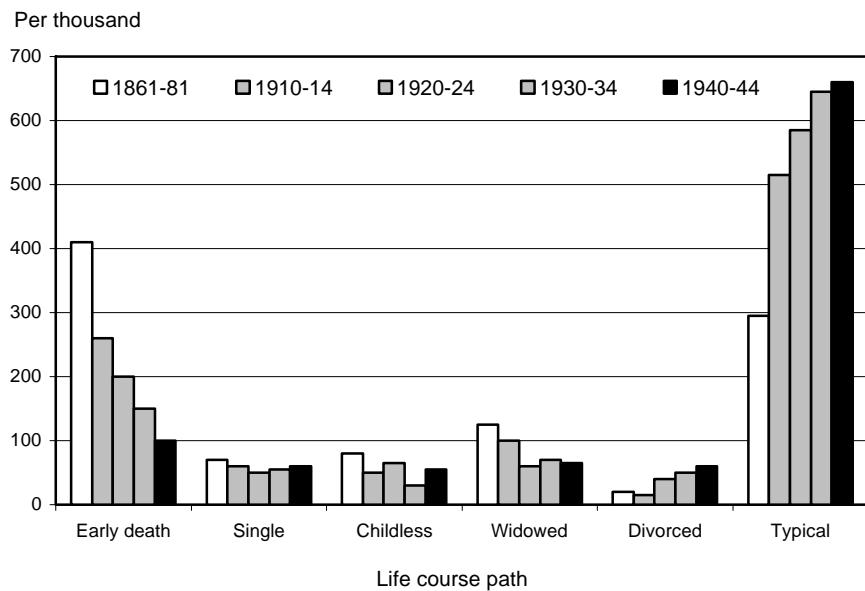
14. For a detailed description of the methodology, information sources and problems of comparability of these sources, cf. Tuirán, 1997.

Graphs 3 to 6 show the results of the analysis using the method proposed by Uhlenberg. The estimates are based on information gathered during the population census, as well as on nationwide socio-demographic surveys. The available data allows us to identify significant changes in the distribution of the members of successive groups of generations according to their life courses. These graphs show that a growing number of women over 15 fell in the "preferred" or "normal" category. Thus, for example, among the women belonging to the 1861-1881 generations, only 293 out of 1,000 belonged to this category. This number increased gradually in the following generations until it reached 688 out of every 1,000 in the most recent cohort.

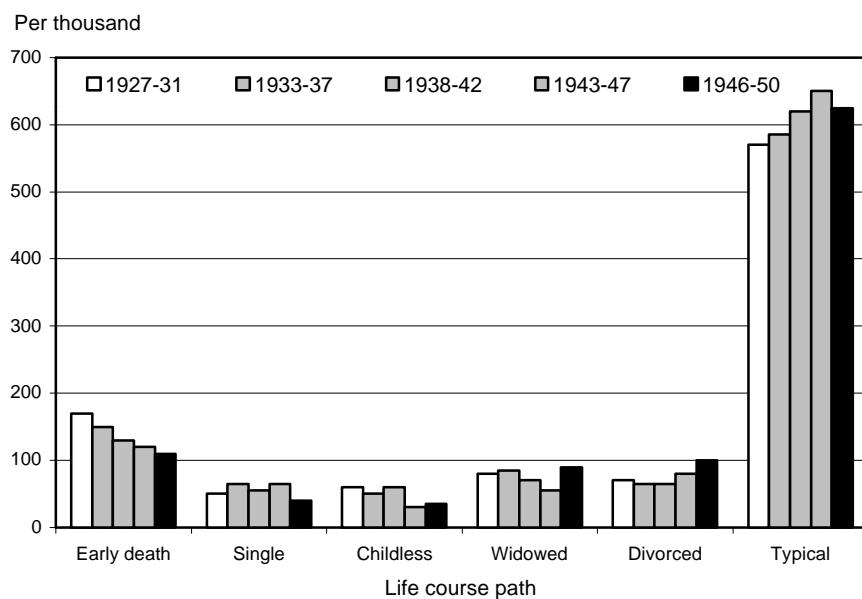
This methodology allows us to calculate the influence of change in demographic behaviour on the prevalence of the different typologies identified. Firstly, it should be pointed out that the decrease in mortality tended to have two different effects: i) a drastic reduction in the proportion of members of each generational group who died before reaching 50 (i.e. a reduction from 415 out of 1,000 in the 1861-1881 generational group, to 95 out of 1,000 in the most recent generational group); therefore a growing number of surviving women had the possibility of following another path, especially the "normal" life course; and ii) a reduction in the proportion of women whose marriages were dissolved by the deaths of their spouses before they reached the end of their reproductive lives (the figure ranges between 140 and 63 out of every 1,000 women).

Among the additional components that influence the distribution of women in each generational group according to their life course patterns are variations in nuptiality pattern (expressed in terms of proportion of women who remain single), voluntary and non-voluntary sterility (i.e., the proportion of childless women) and the breaking-up of marriage due to separation or divorce, all of which give rise to a changing prevalence in non-normal patterns. The influence of these factors is no less than the effects of a decreased mortality rate. Census data indicate that these first two components tend to gradually decrease over time. The first one declined for successive generational groups from 109 to 72 per 1,000 women surviving the age of 50, while the second component passed (with some sharp fluctuations possibly due to comparison quality and problems with census information) from 130 to 50 per 1,000 women surviving age 50. It is probable that

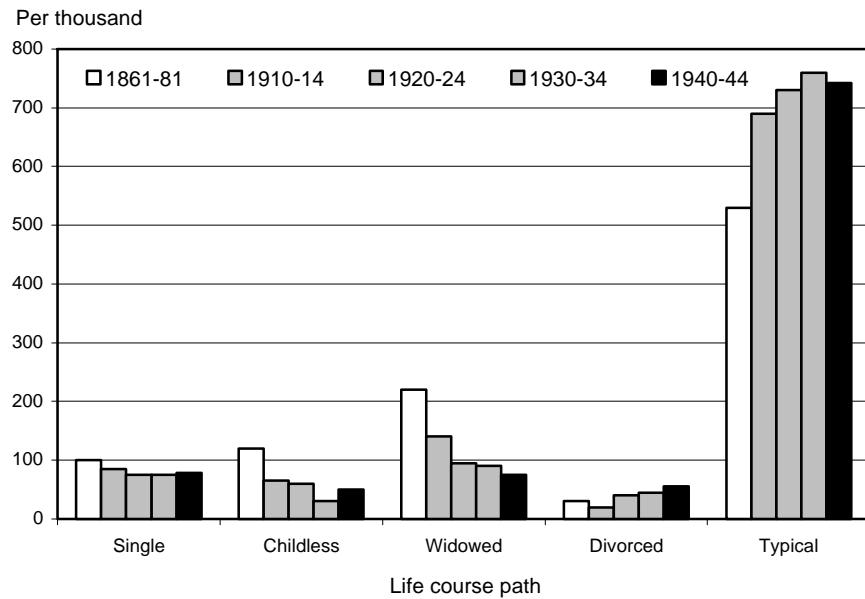
Graph 3. Distribution of women between 15 and 50 years of age by life course path
Cohorts from 1861-1881 to 1940-1944 (census data)



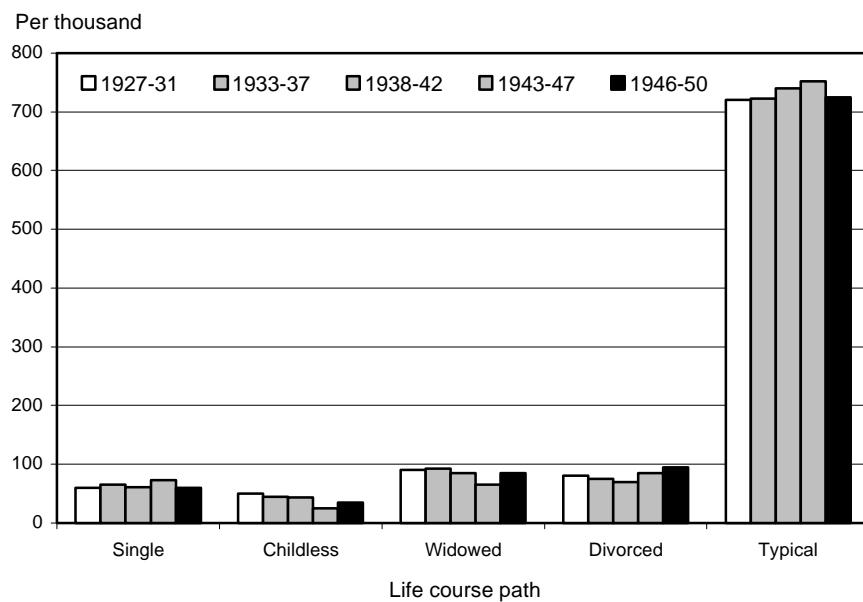
Graph 4. Distribution of women between 15 and 50 years of age by life course path
Cohorts from 1927-31 to 1946-50 (survey data)



Graph 5. Distribution of surviving women at 50 years of age by life course path
Cohorts from 1861-1881 to 1940-1944 (census data)



Graph 6. Distribution of surviving women at 50 years of age by life course path
Cohorts from 1927-31 to 1946-50 (survey data)



improvements in nutrition and sanitary conditions have contributed to a reduction of the involuntary (physiological) sterility rate.

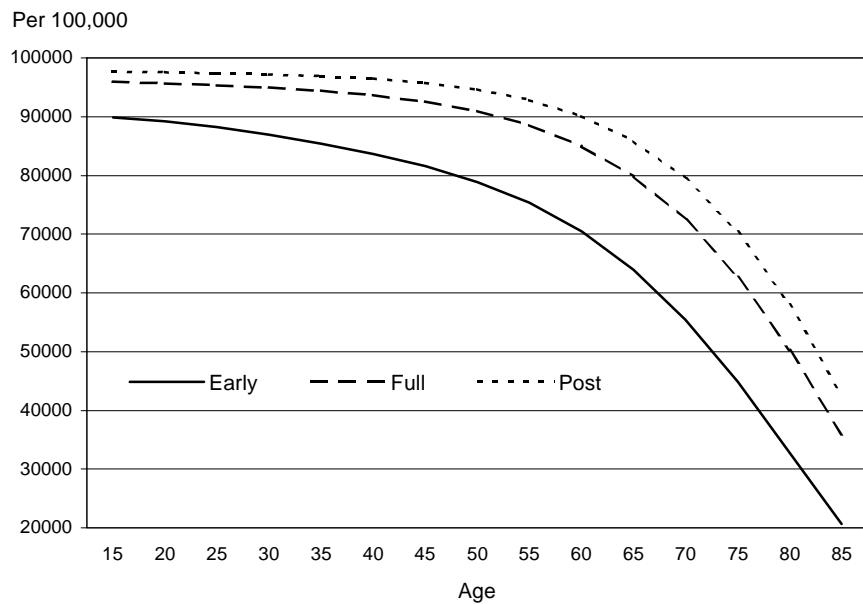
The last component deals with levels and trends of separation and divorce. In this century, there is a slight but continuous increase in the proportion of women of successive cohorts who experience a marital rupture from voluntary causes (according to the census, these women represent 21 to 48 per 1,000 women reaching age 50, although survey data indicate a higher, though relatively stable, level). To summarize, the observed demographic trends in the generations from 1881 to 1964 favour - except for separation and divorce - a greater prevalence of the so-called "normal" category of adult women.

3.3 - Mortality conditions

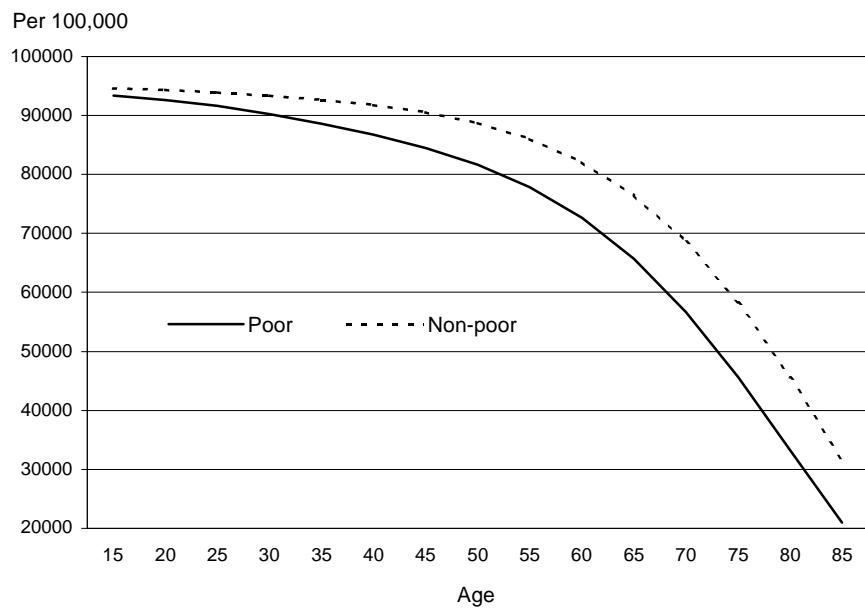
The data presented in the previous section clearly indicates the increasing importance of decreased mortality in the 20th century in shaping the changes in the life course typologies of Mexican women. This decrease has dramatically increased the probability that a newborn child live to reach old age. A lower mortality rate means that more women survive to adult age and have a greater possibility to spend more years of their lives as members of a family. While more people survive to an advanced age, the family system tends to benefit from longer periods of coexistence of three, four and even five generations. Watkins *et al.* (1987, p. 346) maintain that "a longer life alters the demographic basis of family roles" in all life stages, because people can spend more time in their roles as children, parents and spouses or in a combination of these roles. To further explore these topics, the proportion of women in each synthetic cohort who survive to a given age will be analyzed. A table showing mortality by periods is used to investigate the implications of the mortality conditions prevailing at a given moment for each hypothetical cohort of women.

* The number of women surviving to a given age in early, full and advanced transition is given in Graph 7. The prevailing mortality rate for the first category indicates that nearly 90%, 79% and 64% of a hypothetical cohort reach the age of 15, 50 and 65 respectively. In contrast, under existing mortality conditions the corresponding figures increase to 96, 91 and 80 percent for the category of advanced transition.

Graph 7. Number of surviving women in early, full and post transition by age, per 100,000



Graph 8. Number of surviving women according to poverty status by age, per 100,000, 1990-94



* A comparison of women of a fictitious cohort belonging to households situated below and above the poverty line, shows that in the first case 93%, 81% and 65% reach the indicated age, while the proportions rise to 95%, 89% and 76% in the second case (Graph 8).

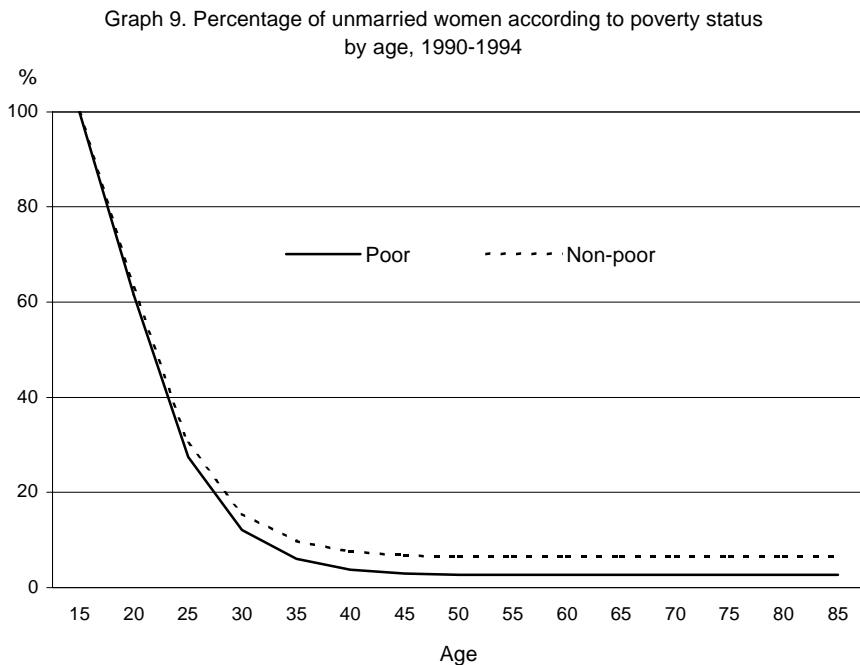
The notably higher probability of surviving up to old age has important implications, although with significant differences, for the structure of family relations and roles. In fact, the decline in mortality has given rise to an unprecedented increase in the potential number of years that individuals survive as family members under different conditions or with a different status. But how much of this potential is effectively put to use? As Watkins *et al.* (1987, p. 346) point out: "if the only change were mortality, the answer would be simple: a longer duration of all states. However, the reductions in mortality have been accompanied by changes in fertility and nuptiality." The following question is relevant: "What consequences have these changes had for the structure and organization of the family life course of Mexican women?" To answer this and other questions, the model mentioned by Zeng Yi will be used.

3.4 - Marital status

The distribution of the members of a cohort of a given age by marital status is determined by past marital experience (marriage, divorce, widowhood or remarriage), as well as by the survival differences of its members according to marital status. Due to the fact that the age patterns of each of these events have greatly changed in these last decades, the marital histories of women belonging to more recent cohorts are quite different from those of older cohorts. Moreover, the generations that will reach old age in the next decades will be different from those who are currently old.

The percentage distribution by marital status for selected age groups of women belonging to identified synthetic cohorts, shows that:

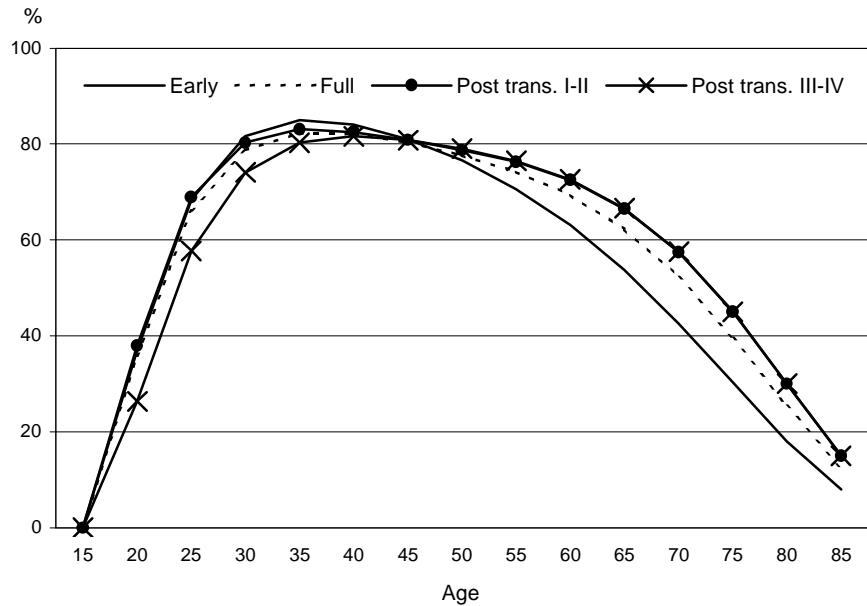
* The regime of almost universal marriage seems to resist change. In the prevailing demographic conditions, only 3% of women in early transition are single at the age of 50 while later, in full and advanced transition the figure rises to 6% and 7% respectively. It should be noted that the poor show a marked universal nuptiality (2.6% of women remain single at 50 versus 6.4% of those situated above the poverty line) (Graph 9).



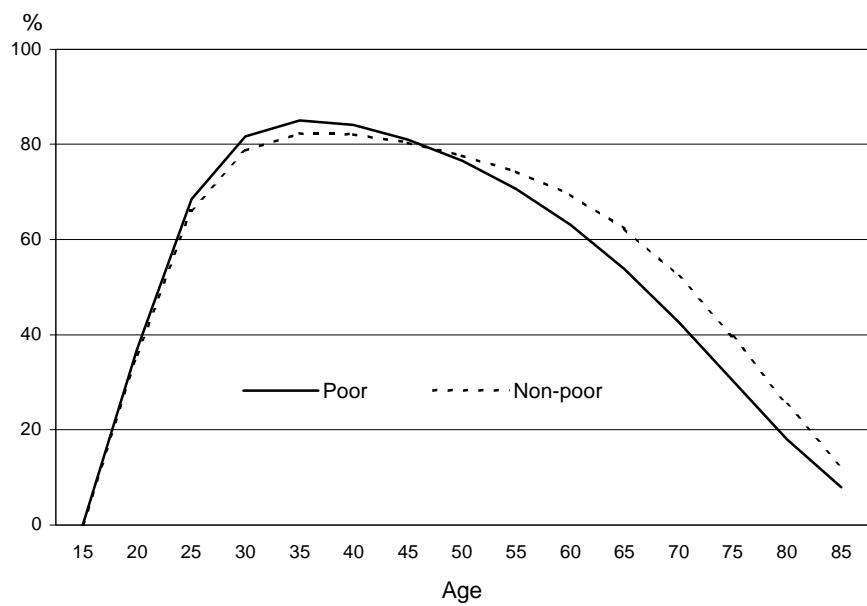
* Early marriage is still the norm, although it is possible that in the next few years the effects of the gradual postponement of the marriage age by marital status (Graphs 10 and 11) will begin to be seen. Under the prevailing rates in cases of early and full transition, approximately 61-63% of Mexican women are single at the age of 20. It should be pointed out that the differences observed between poor and non-poor are not very significant. In contrast, the corresponding proportion of women in advanced transition (hypotheses III and IV) rises to 73%.

* The proportion of widows tends to decrease with lower mortality. Members of cohorts who have reached adulthood and old age in recent years tend to have lower mortality rates than those belonging to older cohorts. In the context of low mortality, as well as reduced divorce and remarriage rates, a smaller proportion of each cohort reaches advanced age without experiencing the spouse's death, while a growing proportion remains married. The available data shows that the corresponding proportions are higher for women of all ages in early transition than for those in the other two phases. For example, at age 50, almost 13% of the women in the first category will be widows, while among women in the

Graph 10. Percentage of married women in early, full and post transition by age



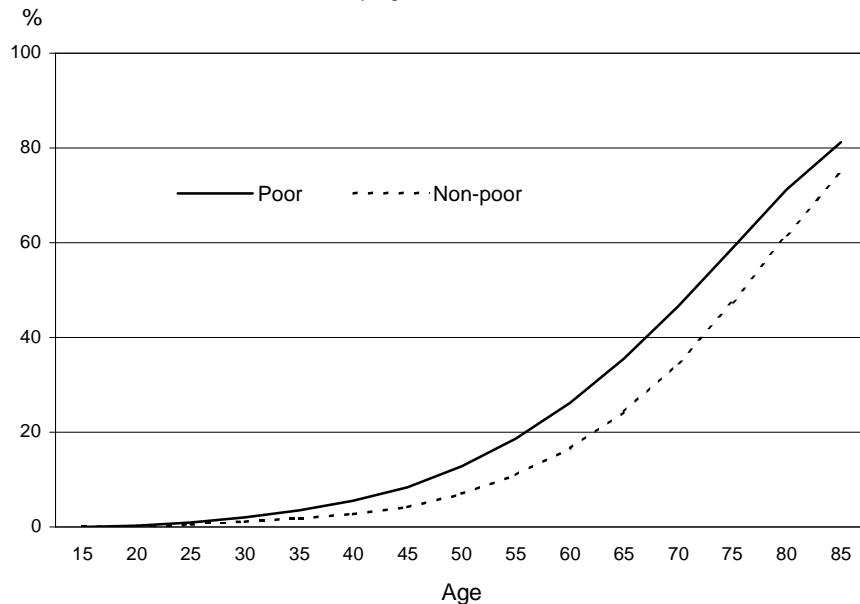
Graph 11. Percentage of currently married women according to poverty status by age, 1990-1994



second and third category only 7% and 5% respectively are in the same condition. The differences between poor and non-poor are not very significant from this age onward (Graph 12).

* The proportion of separated and divorced women increases only slightly between the first two phases of transition. This suggests that marital stability is an important feature of the marriage system in Mexico. The percentage of separated and divorced women tends to increase for women between 20 and 50 years of age in the studied cohorts. According to the prevalent rates in the early transition regime, 8% of 50-year old women would be divorced or separated, while the figure increases to 9% in the course of early transition. There are no significant differences between poor and non-poor.

Graph 12. Percentage of widows according to poverty status
by age, 1990-1994



Next, an attempt shall be made to respond to such questions as "How long, on average, do women belonging to a synthetic cohort live in a single, married, divorced/separated or widowed state?" "What proportions of each cohort play the roles of daughters, wives or mothers at a given age?" "How long are they expected to remain in these conditions?" "Will the most recent cohorts dedicate more or less time

of their adult lives to being daughters, wives or mothers than the older cohorts?" These questions are answered in two ways:

- * The number or proportion of survivors of a cohort whose family state or condition is s at age x , where s may be a combination of family states.
- * The number of years expected to be spent in a particular family condition after age x .

These tools offer a preliminary empirical basis for the construction of what Watkins *et al.* (1987) call "the essential skeleton" of the family history, its long-term evolution and demographic bases.

3.5 - Being a wife

The roles associated with being a wife are crucial in the lives of Mexican women. Even when the proportion of women from the upper and middle class who marry later increases, with some women completely rejecting the traditional roles associated with this condition, it should be pointed out that almost all adult women eventually marry. Entering into marriage is a complex process. Mexican women commonly select their partners from a group of potential candidates, usually of the same social class (Ojeda, 1987). The preliminary stage is a process which includes several steps, to which cohabitation has recently been added (Salles and Tuirán, 1996). As an important transition in women's lives, marriage modifies their existing relationships and redefines a new social circle. The marriage age and previous roles are important factors for determining the degree to which the formation of a union changes the relationship circles of a woman and her self-definition (Lopata, 1992).

The family role played by women as spouses tends to change historically and vary with their age, social class, place of residence and education. If a woman only plays the role of housewife, her life and identity will be more and more differentiated from those of her husband, who generally remains linked to the public sphere. Nevertheless, in the last decades women have confronted this situation by questioning the stereotype of the submissive, patient and suffering woman. In many senses the recent changes in gender identity experienced by men may be attributed to women's initiatives. Nevertheless, this has not brought about profound changes in the division of domestic labour. Women continue to carry out the great majority of household chores

(cooking, cleaning, washing, ironing, shopping, etc.). In fact, more and more women claim that they have a double workload since the participation of men in household chores is scarce, inconsistent and, at times, non-existent.

But little by little the gender relationships within a family are changing. Some field studies realized in urban areas report that at present the men of various social groups are taking more responsibility for household chores than in the past. Younger men frequently speak of inter-generational change and usually declare that they take responsibility for more household chores, compared with their fathers. The explanation that the men living in the suburbs of Mexico City frequently give to this behaviour is relatively simple: out of necessity, i.e., they simply must do it. What they usually mean is that the added income earned by the woman is absolutely necessary for a large family although this means that at times the husband must carry out some household chores. But the expression used by almost all of the men to describe their activity at home is "helping their wives". This indicates that the active cultural values still maintain masculine supremacy in the domestic division of labour. The term help is also used frequently by women to describe their contribution to maintaining the family through paid labour. Indeed, when couples are asked who makes the main decisions at home, the women tend to answer that it is the man. We should recognize, however, that women have ways, open and surreptitious, of questioning men and demanding that they assume new responsibilities.

The greater involvement of women in income-earning activities is producing tensions between the traditional roles of men and women in marriage and at home. The chain of events in emerging cultural practices, such as the greater involvement of men in domestic chores, is very consistent. Usually, it is the women who initiate these changes. At the beginning, men resist, a matter that has not been solved yet. The matter often becomes a source of tension in the marriage and at home. There is evidence that many women who enter the labour market often face conflicts and intra-family violence when they attempt to modify domestic labour division and the traditional behavioural patterns of their partners. A study of Mexican households in the 80s concluded that "masculine dignity has been struck in such a way by the lack of employment and the need to depend on the additional income of the woman for subsistence that men take it out on the women and provoke an increase in domestic violence" (Selby *et al.*, 1990).

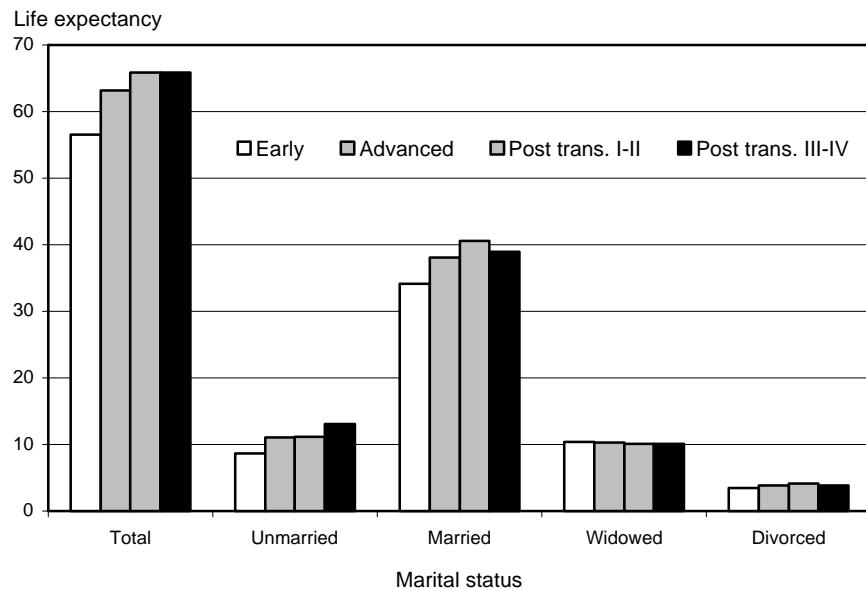
With separation and divorce, women experience a change in their different roles, which in turn affects various aspects of their daily lives. Divorced women tend to suffer a sort of stigma; they lose valuable social support, their circle of interaction is reduced and, frequently, they are obliged to reconstruct the system of support networks in the absence of a husband (Lopata, 1992). Marriage is also dissolved by death. Widowhood strikes the vast majority of families in the advanced stages of the cycle. This forces the survivors to adapt their lives, often leading them to dramatic situations. Divorce and widowhood have in common the fact that they are events that may affect family life situations, as well as social support systems and individual well-being. But they may represent for many women the opportunity to begin a new life, depending on how popular a second or third marriage and the reconstitution of a family are.

3.6 - Adult years as a wife

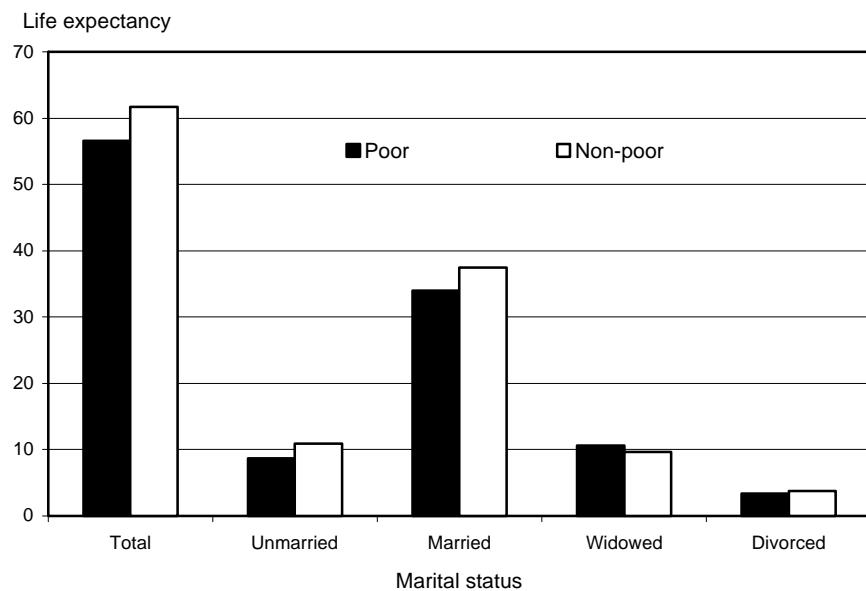
The increases in life expectancy have forced women to decide between a long union or marriage, multiple marriages or longer time as a single woman. How many years, on the average, may we expect a Mexican woman to live unmarried, married, widowed, separated or divorced? Should the adult years spent in each of these conditions be interpreted as an indication of a priority assigned by women in their lives? Graphs 13 through 16 show how much time it is expected that women in certain age groups spend in the various marital states, and the percentage distribution of time spent in the condition of prevalent mortality and nuptiality in early, full and advanced transitions. For this analysis a measurement has been used that is very familiar to demographers, i.e. life expectancy at age 15. The following question can be formulated "How many years, on the average, will she remain in the state of marriage during the rest of her lifetime?" The graphs indicate that:

* A Mexican woman who reaches the age of 15 in early transition, may expect to live a total of 57 years, of which she will remain single for 9 (15%), married for 34 (60%) and divorced or widowed for 14 (25%) (Graphs 13 and 15). Under the prevalent conditions in the full transition phase, life expectancy increases to 63 years, of which 11, 38 and 14 years respectively will be spent in the indicated states (i.e. 61%, 17% and 22% respectively). Finally, in advanced transition, women's life expectancy at age 15 will increase to 66 years. This figure may be

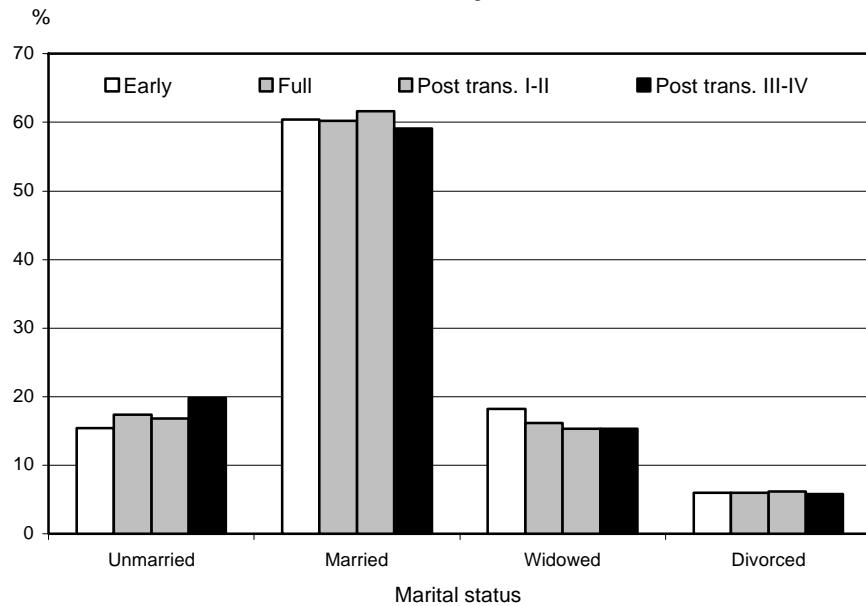
Graph 13. Decomposition of life expectancy at 15 years of age according to marital status at each stage of the transition



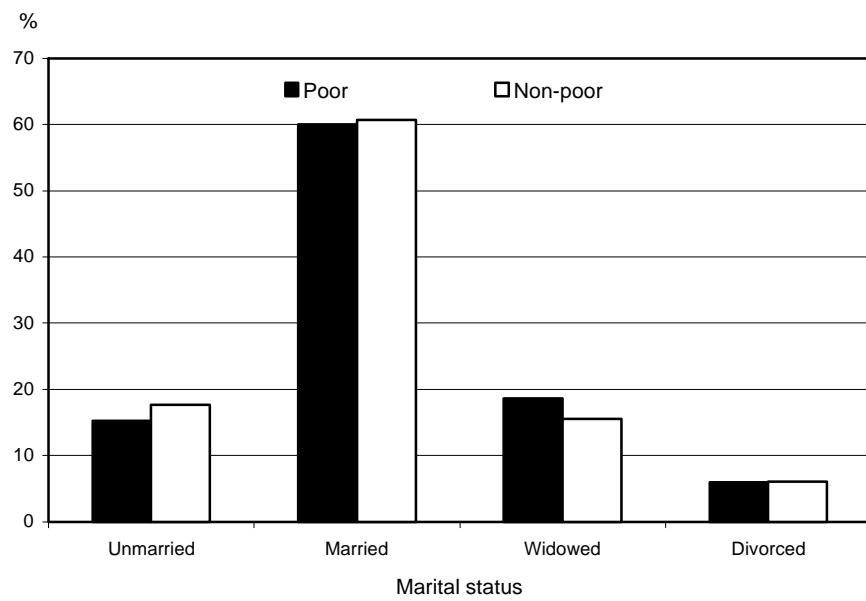
Graph 14. Decomposition of life expectancy at 15 years of age according to marital status and poverty status, 1990-1994



Graph 15. Percentage distribution of women's life expectancy at 15 years of age by marital status at each stage of the transition



Graph 16. Percentage distribution of women's life expectancy at 15 years of age according to marital status and poverty status, 1990-94



broken down as follows: 13 years as a single (20%), 39 years married (59%) and 14 years widowed or divorced (21%). It should be noted that the difference between the poor and non-poor is similar to that observed between the early and full transition phase (Graphs 14 and 16).

A comparison between the three demographic categories confirms that the cohorts of women who survive the age of 15 increase their life expectancy by 9 years and remain married at least 5 more years. The reasons for this are the relatively low divorce and separation rates in all scenarios in spite of the fact that those living under the demographic condition of advanced transition, on the average, marry somewhat later. It should be noted that due to the important decrease in mortality, a growing number of couples survive to adult and advanced ages with their marriages intact, a fact that suggests that the institution of marriage in Mexico continues to be solid and strong. This situation is similar to that observed in China and is in contrast with the trends observed in the United States, Belgium, The Netherlands and Brazil, where the time a woman dedicates to the role of a married woman is much less than the potential offered by longer life expectancy.

3.7 - *Being a mother*

The rights and responsibilities associated with motherhood vary from one society to another. They depend on women's position with respect to men, age, social class, ethnic group, marital status and sources of support. They also depend on the characteristics of each child (sex, age, order of birth, health, etc.) (Lopata, 1992). Indeed, the responsibilities and rights of a mother change as she grows older and her children grow up, she develops new skills, acquires new knowledge and social roles and modifies her social circles. In different cultures, women's gender identity is mainly constructed by exercising their roles as wives and mothers. In fact, in these contexts maternity has often been described as the destiny of every woman, her principal goal in life and the only way she can achieve realization as a human being. The mother's role in the Mexican family is still linked to the ideal image of the "perfect" family with a clear-cut sexual division of labour consisting of a husband/father/provider and a wife/mother/housewife in charge of the children.

Mexican culture consecrates and idealizes maternity to the point of ridiculousness ("sacred maternity", "the angel of the household"). The

cult of domesticity and the doctrine of separate spheres (private vs. public) are accompanied by an exaltation of feminine nature which turns the woman into the recipient of all that is decent, gentle, devout and virtuous. Maternity has also been represented as a great responsibility derived from the privilege of being a woman. At home mothers are responsible for most daily decisions concerning children's health and education, while men, in general, do not assume responsibility for their upbringing. The children, especially the younger ones, are usually the responsibility of the mother, with both spouses considering this activity as a strictly domestic task. Men usually see themselves as the economic providers for the family and women as responsible for taking care of the house and bringing up the children.

It is taken for granted that couples have children once they are married. In fact, very few people decide not to have children. There are many reasons why Mexicans desire to have children. To men and women of different social backgrounds, children provide the opportunity to show "what one is worth". In fact, children are considered as a gift and a way of strengthening the parents' union. Nevertheless, today Mexican couples have fewer children than previous generations. The availability of contraceptive methods has favoured family planning. In fact, legal restrictions against contraception are rapidly being relaxed. Different social and cultural transformations (for example, better access to education, increased participation by women, less identification of sexual relations with reproduction, the fact that women's identity is not so closely related to maternity, etc.) have led to a profound re-evaluation of gender identities and relationships in present-day Mexico. The availability of safe and efficient contraceptive methods has allowed women to avoid undesired pregnancies. This has led to a considerable decrease in the number of years a woman dedicates, on the average, to reproduction and the up-bringing of children. However, for the majority of women living in poverty this change has been slow and they have constantly had to face discriminatory social structures and practices.

In this section an attempt is being made to respond to questions such as: "How does the change in fertility affect the number and distribution of women in different age or parity groups?" "What is the proportion of women of different age groups who remain childless if the demographic conditions of 1970-74, 1990-94 and 2005 were to continue throughout their lives?" "How does the proportion of women of high parity at age 50 change during the demographic transi-

tion?" "What are the implications of the present policy of parity distribution?"

Evidence indicates that the reproductive behaviour of Mexican couples has recorded an impressive change:

* At age 25, almost 17% of ever-married or cohabiting women, in the stage of early transition, will not have children; while 31% will have three children or more. The corresponding figures during full and advanced transition are 16% and 15%, and 22% and 3% respectively.

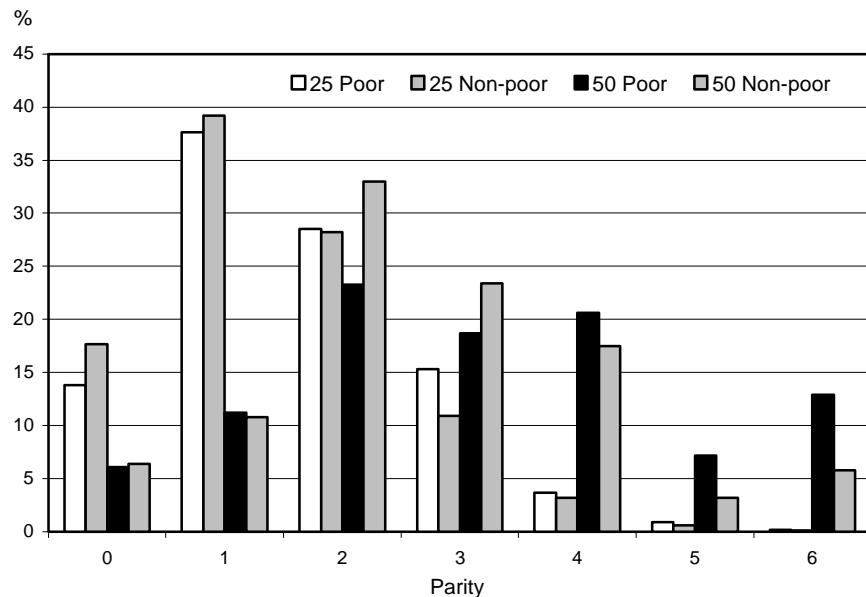
* At age 50, in an early transition regime, 7% of ever-married or cohabiting women will not have children and 59% will have four children or more. In the demographic conditions of full and advanced transition, the figures will be 5% and 27%, and 6% and 4% respectively.

Demographic transition in Mexico has brought about important reductions in fertility, starting with the higher parity groups (five children or more) and gradually filtering to the lower parity groups. This is also evident among the poor and non-poor, although among the former the process is clearly declining (Table 4 and Graph 17).

Table 4
Percentage distribution of ever-married women at selected ages
according to parity and poverty status, 1990-94

Parity	Poor	Non-poor	Poor	Non-poor	Poor	Non-poor		
Age 25			Age 30			Age 35		
0	13.8	17.7	8.4	6.3	5.1	8.8		
1	37.6	39.2	11.3	15.6	15.3	12.7		
2	28.5	28.2	13.2	31.2	24.7	36.3		
3	15.3	10.9	16.9	27.0	25.5	25.5		
4	3.7	3.2	15.1	12.5	15.9	9.9		
5	0.9	0.6	12.3	4.3	6.6	3.6		
6	0.2	0.1	22.8	3.1	6.8	3.2		
Age 40			Age 45			Age 50		
0	5.5	6.3	6.0	6.3	6.1	6.4		
1	13.2	10.7	11.7	10.8	11.2	10.8		
2	23.2	33.6	23.5	33.1	23.3	33.0		
3	21.3	28.5	18.5	26.3	18.7	23.4		
4	19.7	12.1	20.6	14.7	20.6	17.5		
5	6.8	3.8	7.3	3.1	7.2	3.2		
6	10.3	4.9	12.5	5.7	12.9	5.8		

Graph 17. Distribution of ever-married women at 25 and 50 years of age according to parity and poverty status, 1990-94

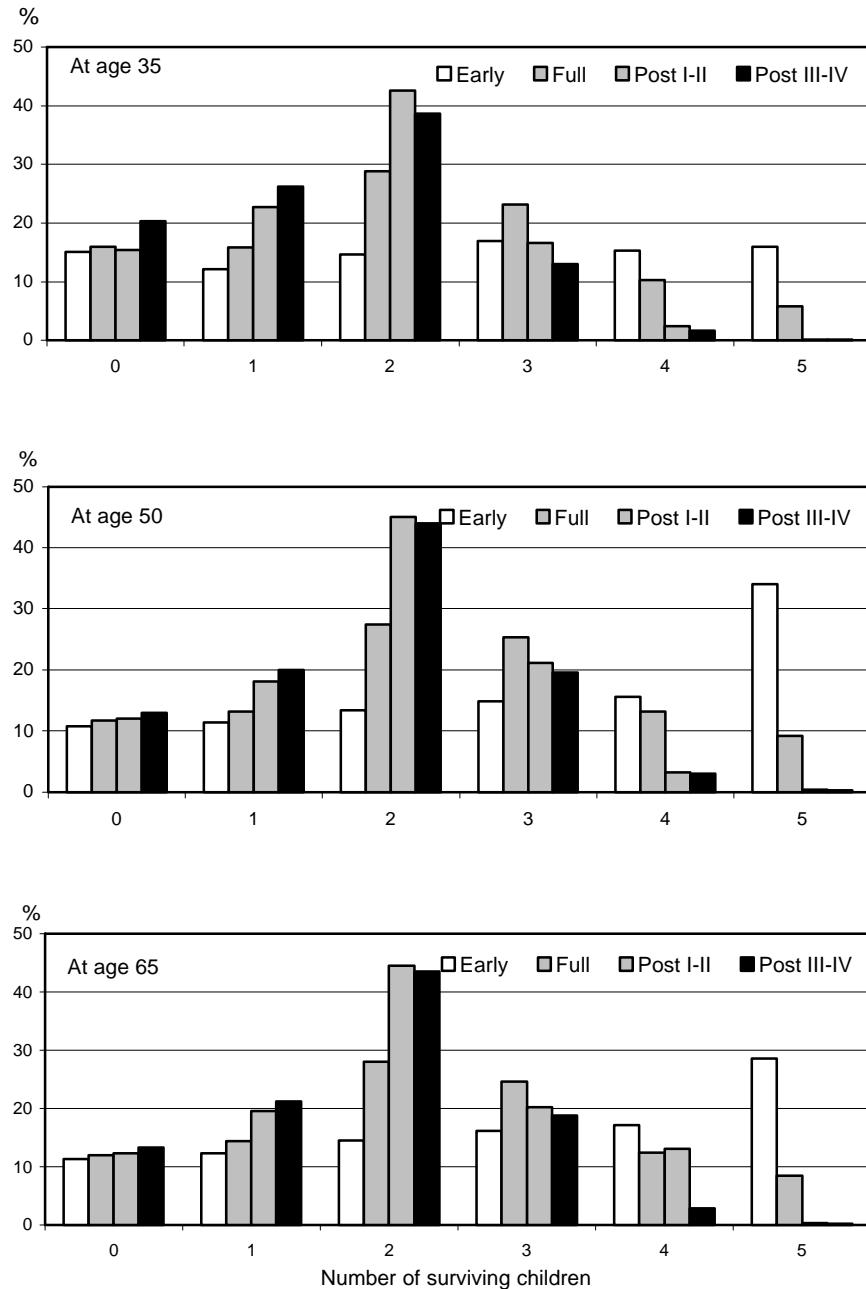


Since the number of children born alive is not equivalent to the number of surviving children, the percentage distribution of ever-married or cohabiting women by parity group and the corresponding survival status of their children are given in Graphs 18 and 19. This information reminds us that parents continue to be parents as long as their children are alive. In this section the relevant questions are the following: "How does the decline in fertility and mortality interact?" "How does the decrease in mortality affect the number and proportion of surviving children with respect to women's parity?" "What is the proportion of ever-married or cohabiting women with children surviving the age and parity groups of each phase of transition?"

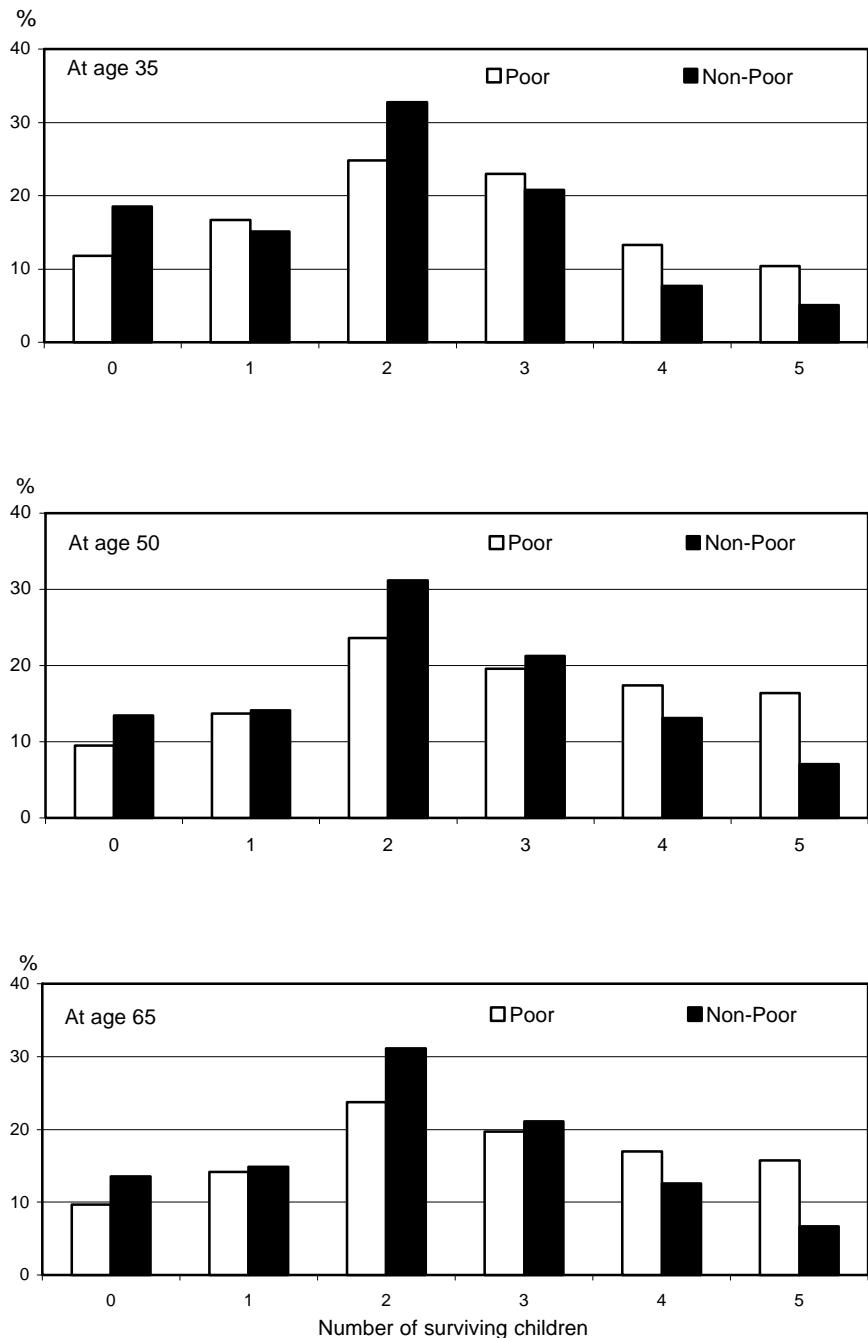
The available information shows that the mortality conditions are clearly unfavourable during the early stages of demographic transition. In contrast, it is uncommon that a minor child dies before the mother in the advanced stage of transition.

* Under the conditions of mortality and fertility prevalent in early transition, 9% of ever-married or cohabiting women who give birth to only one child, will not survive to the age of 35. This figure is reduced to 4% and 2% respectively under full and advanced transition.

Graph 18. Percentage distribution of ever-married women at ages 35, 50 and 65 by number of surviving children at each stage of the transition



Graph 19. Percentage distribution of ever-married women at ages 35, 50 and 65 by number of surviving children and poverty status



Evidence shows a notable decline in fertility and child mortality. These elements may be summarized in the following manner:

- * During the course of demographic transition, a greater number and a growing proportion of women become mothers, although at present they have fewer children.
- * Mothers and children have a greater probability of surviving at each age and of living longer.

These considerations are valid for both the poor and non-poor, although there are marked differences between the two groups.

In the next section the responses to questions such as the following, will be explored: "What are the social and economic implications of the change in mortality and fertility?" "What are the effects of the decline in mortality on the structure of dependencies and duration of family ties between mother and child?" "How do changes in mortality affect the perspectives of family interaction during the various stages of the life course?" "What does this mean for older mothers and adult children?" "How do mothers and children 'adjust' or 'adapt' to the new demographic conditions?"

The different scenarios reveal that the decline in mortality tends to significantly increase the proportion of ever-married or cohabiting women with surviving children:

- * Under the prevailing demographic conditions in the early fertility regime, 84% of ever-married or cohabiting women with parity one will still have one child alive before they reach the age of 65. In contrast, during the next two transition phases, the corresponding proportion increases to 93% and 96% respectively.
- * The proportion of women of parity two who would still have both children alive at age 65 rises to 62% in the early transition regime, while, if the demographic characteristics of full and advanced transition prevail, the corresponding proportion reaches 85% and 91% respectively.
- * The proportion of women of parity three who do not experience the death of any children will reach 57%, 78% and 86% respectively if the conditions of early, full and advanced transition are maintained.

All the estimates presented illustrate the changing conditions of ever-married or cohabiting women of varying parities, if they reach age 65 and have surviving children under different conditions of mortality. In the past, the death of one child was not exceptional for those surviving to old age. Nevertheless, in a regime of low mortality it is not necessary to give birth to more than two children to be relatively sure

that the couple will have at least one surviving child when it reaches old age.

3.8 - Adult years as a mother

In different societies women have the responsibility of supporting their descendants in their growth, until they become economically independent. As a result, women dedicate an important part of their adult lives to providing emotional support and care. The duration of family ties is influenced by the combined effects of fertility and mortality. With the objective of exploring this topic, the expected number of years that ever-married or cohabiting women dedicate to their roles as mothers will be analyzed. In this paper, a specific segment in the life course of women, during which they might exceed in their responsibilities, will be emphasized. This corresponds to the ages when the children are most demanding (less than 5 and less than 18 years).

The effects of mortality and fertility on the number of years that a woman expects to dedicate to bringing up her children are complex. The change in the mortality rate tends to increase the number of years spent with surviving children, while the change in fertility and spacing practices tends to counter part of this potential. The combined effects of the decrease in fertility and mortality are ultimately reflected on family interaction and the duration of family ties. Building on this idea, the paper explores the following questions: "How many years does a Mexican woman of a given age range expect to dedicate, on the average, to the role of mother?" "How many years does she expect to spend as mother of children under 5 and youth under 18 in the demographic conditions of each period?" "How is the mother's life expectancy affected by changes in the mortality and fertility patterns?"

Simulations indicate that, under the new demographic conditions, Mexican women will dedicate more and more time to their roles as mothers (5-7 years more than in the past). Therefore, in spite of the decline in fertility during the transition, the gain in life expectancy will tend to be reflected in an increased number of years spent as mothers (Table 5 and Graph 20).

* At the age of 15, ever-married or cohabiting women can expect to spend around 42.5 years with surviving children of any age, under the demographic conditions of early transition. In the next two phases this figure would increase to between 48 and 50 years.

Table 5
Adult years of ever-married women spent with surviving children
of various ages at each stage of the transition

Transition stage	Surviving children		
	any age	under 18	under 5
Early	42.5	22.5	9.9
Full	47.8	22.0	8.2
Post I-II	50.2	20.3	6.7
Post III-IV	47.9	20.2	6.5

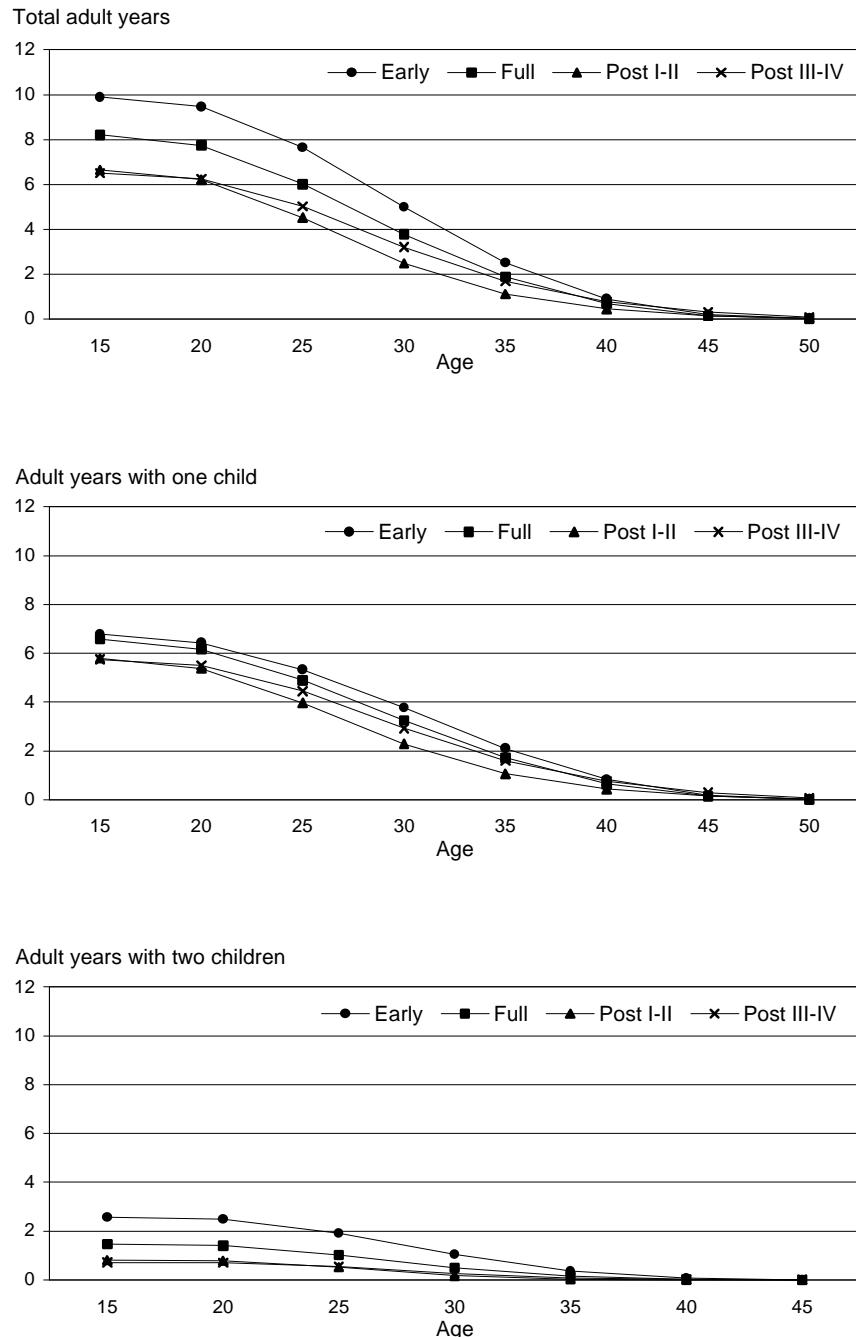
* Nearly 55% of the life expectancy at age 15 of ever-married or cohabiting women in the early transition phase would be dedicated to living as the mother of more than three surviving children, while in the next two phases the corresponding proportion is reduced to 20% and 3% respectively.

With regard to life expectancy (starting at the age of 15) as the mother of at least one surviving child under 5 years of age, it is possible to observe that not only the time women would remain in this status is less than for the more advanced demographic regimes, but that the number of years they would dedicate to the upbringing and care of two or more surviving children in this age is also reduced. This is the result of lower fertility levels and changing spacing practices in the full and advanced transition phases. Women tend to delay their first pregnancy and space the intervals between children, while the process of family formation ends earlier. In this way, by limiting the number of children that mothers raise, the shift in fertility tends to reduce the burden of caring for children in dependent age.

* A woman living under the demographic condition of early transition dedicates 10 years of her life to the upbringing and care for children under 5. Nearly 31% of this time must be invested simultaneously in two children of this age. In the following stages, life expectancy in this situation decreases to 8.2 and 6.5 years and the proportion of time dedicated to caring simultaneously for two or more children in this age amounts to 20% and 12% respectively.

Likewise, the life expectancy (at age 15) of an ever-married or cohabiting woman dedicated to caring for children under 18 does not

Graph 20. Adult years of ever-married women spent with children under 5 years of age at each stage of the transition



change much during the course of demographic transition (from 22 to 20 years), although it is evident that the proportion of time invested in caring for two children or more in this age decreases markedly (from 67% to 43%).

3.9 - Being a daughter

Today the condition of being a daughter is the female role that lasts the longest. The longer life expectancy is reflected in an increase in adult lifetime as a daughter. The rights and responsibilities of daughters, the flow of relationships and the content of the social circle of participation change with time. Daughters have obligations towards their parents, although each society and social class have their own norms regarding the responsibilities of daughters. Frequently, these responsibilities are not the same as the rights and responsibilities of sons. The responsibilities of daughters towards their parents are emotional and geared to providing material assistance and tend to change and even increase as they grow older.

The quantity and type of assistance provided by daughters depend on many factors, including the social context: the timing of events in the life course of both generations, the fact that the daughter takes on roles conflicting with the demands of her parents, the facility with which she may offer help and support, and inter-generational necessities and resources (Lopata, 1992). The aspects that have been most frequently studied, emphasize a stage in which parents no longer completely take care of themselves. Without the protection of social security and social aid programmes the burden of caring for old and/or sick parents rests with the children or other relatives. In many societies of Latin America, responsibility for caring for the family generally falls upon the women/daughters because they are the most important providers of assistance to their parents when the latter reach old age, especially widows. Even daughters living away from their parents maintain strong economical and emotional ties with them. Usually sons provide less help and tend to be segregated in the division of labour by gender that extends throughout life. In other contexts, daughters provide less help to parents in comparison with sons because they marry, leave home and live with their husbands' families.

The majority of adult daughters are prepared to attend to their parents when they reach an advanced age and view this task as a type of

reciprocity for the care they received as children. But taking care of their parents is also a heavy burden, often occupying part of their adult lives. In fact, caring for the elderly usually lasts several decades, which places in danger the future and economic security of the daughter. Therefore, it is proposed to answer questions such as the following: "What is the proportion of women with surviving parents in each phase of the transition?" "How long will they live as daughters of still living parents and how long will they remain daughters of elderly parents?"

The proportion of children with at least one surviving parent has grown enormously, especially in old age, although the most common phenomenon is to have a surviving mother, rather than father. The changes are notable:

* Under the demographic conditions of early transition, nearly 94%, 76% and 12% of all women aged 15, 35 and 65 respectively can expect their mothers still to be alive. These proportions rise to 98%, 86% and 20% for women in the second phase and 99%, 90% and 24-27% in the last phase.

Available information confirms Menken's (1985) statement that "It is actually a new experience for a large majority of women (in the age of 15, 35 and 65) that their mothers are still alive. The diminished mortality rate means that parents live longer with their children and grandchildren. Even when daughters delay having descendants, many of them still have hopes that their children may grow up with active grandparents." This statement is valid for the poor and non-poor, in spite of the differences in prevailing mortality, fertility and nuptiality rates.

3.10 - Years of adult life as a daughter

An important part of the life expectancy of an adult woman (at age 15) is dedicated to playing the role of daughter to a surviving mother. This expectancy tends to grow as transition advances, going from an average of 29.4 years in the early phase, to 36 years in the full transition, and 39 years in the advanced transition phase. Among the poor and non-poor the respective indicators are 25 and 32 years (Table 6).

By combining the survival rates of fathers and mothers, it is possible to calculate the life expectancy of women surviving the age of 15 with one parent (father or mother), or both parents surviving any age, or with at least one surviving parent of 65 or more. The available data indicates that in every stage there is a significant difference between the

number of years that a daughter expects to live with both parents or at least with one of them.

Table 6
Adult life expectancy (at age 15) as daughter
of surviving parent(s) of any age, by poverty status

Surviving parent(s)	Poor	Non-poor
Mother	25.40	31.48
Father or mother	31.89	37.91
Both	14.98	18.85

* The number of years a woman of 15 can expect to live with at least one of her parents (of any age) is 35.8, 41.3 and 44 in each phase of transition. This means an increase between 8 and 9 years. Among the poor and non-poor the indicators are 33 and 38 years respectively.

* The life expectancy of women age 15 with both parents alive would be 19.3, 25.1 and 28-29 years in the early, full and advanced phases respectively. Again the difference is between 9 and 10 years. Among the poor and non-poor the respective indicators are 15 and 19 years.

As life expectancy increases there are changes in the health care requirements of the elderly, with a consequent increase in the time during which they are ill or incapacitated and, therefore, need more attention, care and support. This gives rise to profound changes. Men and women of all ages must adapt to the new rhythms of life imposed by the emerging social norms and expectations related to age, changes in the health status, new opportunities and problems of adaptation that accompany a longer life. The increased longevity of parents influences the life paths of their daughters and, therefore, demands that more time be dedicated to inter-generational responsibilities.

* The average number of years that daughters can expect to live with at least one surviving parent aged 65 or more ranges from 15.9 to 21 and 23.1 years in the three phases of transition. Among the poor and non-poor the indicators are 12 and 18 years respectively.

* The average number of years that daughters can expect to live with both surviving parents, aged 65 or more, is 2.8, 4.9 and 6.6 years in the early, full and advanced phases. Among the poor and non-poor the indicators are 2 and 4 years respectively.

* This data suggests that the decline in fertility and mortality could endanger, in the long run, the capacity of families to continue to provide assistance to the elderly. The economically active adults in the household could be faced with a double challenge: for some it would mean guaranteeing the subsistence of minor children and the elderly, while for others it would imply taking care of their elderly during their own retirement. The following question is therefore justified: "How many years can a 15-year old woman expect to live with her elderly parents and dependent children?"

* Life expectancy with the responsibility to care for parents or children will increase from 29.5 to 33 and 35 years in the three phases of transition. Among the poor and non-poor the indicators are 27 and 31 years respectively.

* Life expectancy with the responsibility to care for parents and children is expected to increase from 8 to 10 years between the old (1970-74) and new demographic regimes (2005), while among the poor and non-poor the indicators are 6.5 and 9 years respectively.

To summarize, the results of the analysis in this paper show that life expectancy with responsibility for parents tends to increase during the demographic transition, while responsibility for children decreases. In this way, the demographic transition contributes to profound changes in women's life paths. This conclusion is valid both for the poor and non-poor segments, although it is evident that the stated process is more rapid and intense in the second group.

References

- BONGAARTS, John (1987), "The Projection of Family Composition over the Life Course with Family Status Life-Tables", in: J. Bongaarts *et al.* (eds.), *Family Demography: Methods and Applications*, Oxford, Oxford University Press, pp. 189-212.
- COALE, A., and D. McNEIL (1972), "The Distribution by Age of First Marriage in a Female Cohort", *Journal of the American Statistical Association*, vol. 67, pp. 743-749.
- ELDER, G. (1985), *Life Course Dynamics. Trajectories and Transitions*, Cornell University Press, Ithaca.
- GLASER, B., and A. STRAUS (1967), "Temporal Aspects of Dying as a Non-Scheduled Status Passage", *American Journal of Sociology*, vol. 71.

- GOLDANI, A. (1989), *Women's Transitions. The Intersection of Female Life Course, Family and Demographic Transition in Twentieth-Century Brazil*, Ph.D. dissertation, University of Texas at Austin, Austin.
- GOLDANI, Ana Maria, and T. PULLUM (1989), "Changes in the Life Course of Brazilian Women", in: *Proceedings of the XXIst International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population* (IUSSP), New Delhi, India.
- HAGESTAD, G. O., and Bernice L. NEUGARTEN (1985), "Age and the Life Course", in: R. Binstock and E. Shanas (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, New York, Van Nostrand Reinhold.
- HAREVEN, T. (1977), "Family Time and Historical Time", *Daedalus*, vol. 106, pp. 57-70.
- LOPATA, H. (1992), "Women's Family Roles in Life Course Perspective", in: *Gendered Worlds*.
- MODELL, J., and Tamara HAREVEN (1978), "Transitions: Patterns of Timing", in: Tamara K. Hareven (ed.), *Transitions: The Family and Life Course in Historical Perspective*, New York, Academic Press.
- OJEDA, N. (1987), *Family Life Cycle and Social Class in Mexico*, Ph.D. dissertation, University of Texas at Austin, Austin.
- RYDER, N. B. (1965), "The Cohort as a Concept in the Study of Social Change", *American Sociological Review*, vol. 30, pp. 843-861.
- SALLES, V., and R. TUIRÁN (1996), "Mitos y creencias sobre la vida familiar", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 58.
- SELBY, H., A. MURPHY and S. LORENZEN (1990), *The Mexican Urban Household. Organizing for Self-Defense*, University of Texas Press, Austin.
- TUIRÁN, R. (1997), *Demographic Change and Family and Non-Family Related Life Course Patterns in Contemporary Mexico*, Ph.D. dissertation, University of Texas at Austin, Austin.
- UHLENBERG, P. (1969), "A Study of Cohort Life Cycles: Cohorts of Native Born Massachusetts Women, 1830-1920", *Population Studies*, vol. 23, pp. 407-420.
- UHLENBERG, P. (1974), "Cohort Variations in the Family Life Cycle Experiences of US Females", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 36, pp. 284-292.
- UHLENBERG, P. (1978), "Changing Configurations of the Life Course", in: T. K. Hareven (ed.), *Transitions: The Family and the Life Course in Historical Perspective*, New York, Academic Press, pp. 65-97.
- UHLENBERG, P. (1980), "Death and the Family", *Journal of Family History*, vol. 5, pp. 313-320.
- UHLENBERG, P. (1996), "Mutual Attraction: Demography and Life Course Analysis", *The Gerontologist*, vol. 36, no. 2, pp. 226-229.

- WATKINS, Susan, Jane MENKEN and John BONGAARTS (1987), "Demographic Foundations of Family Change", *American Sociological Review*, vol. 52, pp. 346-358.
- YOUNG, C. (1982), "Mortality and the Family Life Cycle in Australia", in: Federal Institute of Population Research and World Health Organization, *Health and the Family Life Cycle*, Geneva, pp. 431-480.
- ZENG YI (1990), *FAMY. A PC Computer Program for Family Status Life Table Analysis*, ProGAMMA, The Netherlands.
- ZENG YI (1991), *Family Dynamics in China. A Life Table Analysis*, The University of Wisconsin Press, Madison.

RELATIONS ENTRE PAUVRETÉ ET FECONDITÉ DANS LES PAYS DU SUD. ÉTAT DES CONNAISSANCES, METHODOLOGIE ET ILLUSTRATIONS

Bruno SCHOUmaker et Dominique TABUTIN

*Institut de Démographie, Université catholique de Louvain
Louvain-la-Neuve, Belgique*

Depuis une dizaine d'années, la problématique de la pauvreté revient à l'honneur dans nombre de sciences sociales, et la démographie n'y échappe pas ou ne devrait pas y échapper. Ce n'est pas un simple phénomène de mode, car le problème est là et sans doute pour longtemps. La proportion de pauvres¹ sur cette terre a peut-être légèrement reculé depuis 20 ans, mais elle serait encore à près de 30 % pour l'ensemble des pays du Sud, elle atteindrait 40 % en Afrique Noire et en Asie du Sud (contre 20 à 25 % ailleurs). Le nombre de pauvres, lui, augmente constamment : la plupart des estimations tournent aujourd'hui autour de 1,3 milliard, et dans le meilleur des cas (World Bank, 1996), leur effectif ne se stabiliserait guère avant quelques années. Il baisserait peut-être en Asie, mais continuerait à augmenter en Afrique sub-saharienne. Petite pauvreté, grande pauvreté et misère sont le lot de nombreuses sociétés, classes sociales et communautés, non seulement rurales mais aussi urbaines².

1. Définie classiquement par la Banque Mondiale comme la proportion d'individus, dans un pays ou une société, qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté (365 \$/an).

2. Même si la pauvreté est souvent plus répandue et sévère dans les campagnes.

La pauvreté, qui est un état et un processus multidimensionnel (relevant du culturel, de l'économique, du social et du politique), est souvent considérée comme un frein au développement, comme un des facteurs clés à l'origine des fortes croissances démographiques et des fécondités élevées, comme un des éléments qui bloquent ou ralentissent les transitions démographiques. Notre propos ici ne sera pas de discuter au niveau macro de ces relations entre pauvreté des sociétés et fécondité, il se placera d'emblée au niveau micro, celui des familles et des femmes, avec comme grande problématique de base l'étude des relations entre le niveau de vie des ménages et le niveau de fécondité des femmes. En nous focalisant sur les pays du Sud³, nous l'aborderons en examinant l'état de la littérature depuis 40 ans, en discutant de certains problèmes méthodologiques qui se posent tant dans la collecte que dans la mesure des indicateurs de pauvreté et de fécondité, en montrant aussi que ces relations varient avec le milieu d'habitat et l'instruction. Nous illustrerons certains de nos propos avec des données récentes sur l'Afrique du Sud et le Maroc.

1 - L'état de la littérature

1.1 - Des connaissances encore partielles et contradictoires

Nous avons procédé à une large revue de la littérature des 30 à 40 dernières années sur les relations entre niveau de pauvreté et niveau de fécondité. Nous avons à ce jour rassemblé 32 études, en excluant toutes celles, beaucoup plus nombreuses, qui utilisent l'instruction des femmes (ou parfois des conjoints) comme indicateur de la classe sociale ou du niveau économique. On doit y ajouter les résultats de 7 enquêtes du Center for Disease Control (CDC, Atlanta) sur la fécondité et la planification familiale qui, toutes, présentent la fécondité selon un indicateur composite de niveau de vie. Nous aboutissons ainsi à 39 relations, sans pour autant prétendre encore à l'exhaustivité⁴. Le ta-

3. Nous intégrerons dans un autre travail l'état des connaissances sur le passé européen.

4. Nous poursuivrons cette recherche documentaire, tant dans la littérature démographique que dans la littérature économique ou sociologique, en l'axant particulièrement sur les travaux effectués et publiés en Amérique Latine et en Asie du Sud.

bleau qui figure en annexe présente chacune de ces études : année de publication, pays et période, source de données, type et taille d'échantillon, indicateurs utilisés pour la mesure de la fécondité et de la pauvreté et enfin, synthétisée, la (ou les) relation(s) observée(s), plus certaines observations. Le tableau 1 est une synthèse des caractéristiques des études dépouillées.

Nous ne prétendons pas, encore une fois, à l'exhaustivité, mais nous sommes néanmoins surpris du *peu d'études* (32) qui ont spécifiquement travaillé sur la problématique, ou encore du peu d'enquêtes qui publient des résultats selon le niveau de vie⁵. Il n'y a pratiquement rien avant 1970, le mouvement s'amorce dans les années 1980 (une à deux études par an), il s'accélérera beaucoup depuis cinq ou six ans (21 publications depuis 1991, 8 en 1996 et 1997). Il est à l'image de l'intérêt que portent enfin à ce problème mondial les organismes internationaux et la recherche scientifique en sciences sociales, même si, à notre sens, cet intérêt reste encore bien timide.

Ce caractère récent de la problématique se reflète tout autant dans les *périodes étudiées* par ces études : presque toutes concernent les années de crise 1980 et 1990, la moitié portent sur les années 1991-1997. Donc très peu de perspective historique. Quant aux *régions concernées*, ce sont essentiellement l'Asie de l'Ouest et du Sud (avec notamment l'Inde, sept études à elle seule), l'Amérique Latine et Centrale (avec en particulier les données des enquêtes du CDC). L'Afrique subsaharienne, la région pourtant la plus touchée par la pauvreté, est très en recul (six études, dont deux seulement sur l'Afrique francophone), l'Afrique du Nord est pratiquement absente (en dehors d'une grosse recherche sur le Maroc).

À l'exception d'une étude basée sur le recensement (Brésil), *tous les résultats proviennent d'enquêtes, mais de couverture géographique et de type très variables*. Plus de la moitié sont des enquêtes nationales, essentiellement sur les ménages et sur la fécondité et la planification familiale⁶, dont, pour certaines, nous pouvons extraire des résultats par milieu d'habitat.

5. Il est, par exemple, étonnant de ne rien trouver dans les Enquêtes Mondiales ou les enquêtes plus récentes de Démographie et de Santé (EDS). Même si elles incluent peu de variables directes sur le niveau de vie ou de revenu, nous verrons que l'on peut néanmoins en sortir un indicateur composite.

6. Avec surtout les enquêtes CDC sur l'Amérique Latine, car inversement les EDS sont encore peu utilisées (trois études seulement sur l'Afrique), problème sur lequel nous reviendrons rapidement.

Tableau 1
 Pays, périodes, sources de données et types d'indicateurs utilisés
 dans les études sur les relations entre pauvreté et fécondité
 dans les pays du Sud depuis 1960

Régions étudiées	Nombre d'études	Périodes étudiées	Nombre d'études
Afrique sub-saharienne	6	Années 1950 et 1960	2
Afrique du Nord	1	Années 1970	3
Amérique Latine	7	1980-1985	6
Amérique Centrale	7	1986-1991	9
Asie de l'Ouest et du Sud	13	1991-1997	19
Asie de l'Est et du Sud-Est	5		
Ensemble	39	Ensemble	39
Périodes de publication	Nb d'ét.	Sources de données	Nb d'ét.
Avant 1970	1	Enquête nationale ménages	9
1970-1979	4	Enquête nationale budgets-revenus	2
1980-1985	7	Enq. nationale fécondité/famille	11
1986-1991	6	Enquête régionale ménages	2
1991-1997	21	Enquête ménages sur ville(s)	4
		Enquête ménages sur village(s)	9
		Recensement	1
		Non précisé	1
Ensemble	39	Ensemble	39
Mesure de la fécondité ^a	Nb d'ét.	Mesure de la pauvreté ^a	Nb d'ét.
Indice synth. de fécondité	17	Revenu du ménage (ou du chef)	12
Taux global de fécondité	2	Revenu par personne	5
Parité par groupe d'âges	11	Dépenses par tête	3
Parité moy. standardisée	4	Groupe économique, classe sociale	5
Parité moy. (15-49 ans ou 20-49 ans)	2	Un indicateur composite	11
Indicateur individuel de fécondité (IIF)	1	Différents indicateurs de niveau de vie	2
Non précisé	2	Non précisé	1
Ensemble	39	Ensemble	39

Source des données : tableau annexe.

a. Quand un auteur utilise plusieurs indices à la fois, nous retenons celui qui nous semble le plus pertinent.

Peu, deux ou trois seulement, sont des enquêtes classiques de budgets-revenus, une source potentielle pourtant intéressante (quand, bien sûr, la fécondité y est saisie)⁷. En définitive, nombre de ces études (une quinzaine au total) demeurent très locales, portant sur une petite région, une ville, un ou plusieurs villages, avec des échantillons de taille relativement faible (souvent de 200 à 800 ménages ou femmes). Cela a des avantages (enquêtes ciblées et normalement de bonne qualité), mais aussi des inconvénients dont il faut être conscient (non-représentativité d'une société ou d'un pays et erreurs aléatoires, rarement discutées).

Cette variété des sources de données s'allie à *une grande diversité des indicateurs utilisés*. Pour *la fécondité*, on trouve d'abord l'indice synthétique de fécondité (17 études, dont les 7 enquêtes CDC) et la parité par âge (11), la parité moyenne standardisée (4), mais aussi, étrangement, dans quelques cas, la simple parité moyenne (15-49 ans) ou le taux global de fécondité, tout à fait inadéquats pour mesurer des inégalités. L'indice individuel de fécondité qu'est le DRAT n'a été utilisé qu'une fois dans une étude récente sur le Cameroun. La mesure de *la pauvreté* est tout aussi diversifiée : cela va d'indices basés sur le revenu ou les dépenses (20 études) à la constitution, plus ou moins claire, de groupes socio-économiques (5) ou à la création d'indicateurs composites, plus ou moins élaborés, de niveau de vie (11). Nous verrons qu'utiliser l'un ou l'autre type d'indicateur, ou encore travailler avec le revenu total du ménage, par exemple, ou son revenu par tête, conduit à des relations parfois assez différentes ou d'intensité variable.

Cela dit, et avec toute la prudence requise face à cette diversité à la fois dans les sources et les mesures, *quelles sont les relations entre la fécondité et la pauvreté* que l'on peut déduire de cet ensemble d'études ?

1.2 - Des résultats diversifiés

L'examen des 47 relations disponibles entre fécondité et pauvreté⁸ nous conduit à un regroupement en cinq grandes catégories. Le tableau 2 classe aussi les sociétés ou pays en fonction de leur fécondité :

7. On peut sans doute y voir, de la part du démographe, à la fois sa méconnaissance et sa « peur » des sources non typiquement démographiques.

8. Obtenues à partir de nos 39 études sous examen, en distinguant les résultats par milieu d'habitat (urbain, rural) pour 8 pays.

Tableau 2
Relations entre niveau de vie et fécondité selon le niveau de fécondité du pays ou de la zone d'étude

Relation	Niveau de fécondité (ISF, nombre d'enfants par femme)				Nombre d'études
	< 3,5	3,5-4,5	4,5-5,7	> 5,7	
1. Peu ou pas de relation 			Maroc rural 1990	Botswana rural 1970	2
2. Relation plutôt positive 				Inde rurale 1980 Inde 1950 et 1960 Inde rurale 1970 Inde rurale 1960 Bangladesh rural 1960 Indonésie rurale 1970 Sierra Leone 1970 Pakistan rural 1970	8
3. Relation légèrement négative 	Maroc urbain 1990 Maurice 1990			Costa Rica urbain 1960 Costa Rica rural 1960 Soudan urbain 1980 Iran 1970 Burkina Faso 1990 Pakistan rural 1970 Inde urbaine 1950 Philippines rurales 1970	10
4. Relation en <i>U</i> ou <i>J</i> inversé 			Thaïlande urbaine 1960	Cameroun rural 1980 Inde rurale 1980 Pakistan urbain 1970 Brésil rural 1970 Thaïlande rurale 1960	6 .../...

Tableau 2 (suite)

Relation	Niveau de fécondité (ISF, nombre d'enfants par femme)				Nombre d'études
	< 3,5	3,5-4,5	4,5-5,7	> 5,7	
5. Relation fortement négative	Paraguay urbain 1980 Afrique du Sud urb. 1990 Viêt-nam 1990 Costa Rica 1990	Mexique 1980 Inde rurale 1980 Afrique du Sud rurale 1980 Brésil 1970 et 1980 Brésil urbain 1980 El Salvador 1990 Équateur 1980 Équateur 1990 Paraguay 1990	Guatemala 1980 Cameroun urbain 1980 Inde (Calcutta) 1970 Bolivie 1980 Brésil urbain 1970 Brésil rural 1980 Belize 1990	Inde rurale 1960	21
Ensemble					47

Source : tableau annexe.

Dans les études nationales, nous avons repris les données par milieu d'habitat quand elles sont disponibles (8 études).

- *une absence de relation* : un cas peu fréquent, avec deux pays seulement (milieu rural) ;
- *une relation plutôt positive* : les cas où la fécondité augmente un peu avec le niveau de vie sont beaucoup plus nombreux (huit pays et sociétés rurales des années 1960 et 1970, à très forte fécondité) ;
- *une relation légèrement négative* : dix cas au total, regroupant deux situations opposées ; d'un côté, on trouve huit situations, urbaines et rurales, sans transition de fécondité ; de l'autre, deux situations récentes (Maurice et Maroc urbain) où la fécondité est relativement faible ;
- *une relation en J inversé* : celle où la fécondité commence par augmenter des classes pauvres aux classes un peu mieux loties, avant de reculer sensiblement dans les groupes les plus riches ; six cas, tous à forte fécondité ;
- *une relation fortement négative* : là, la fécondité augmente sensiblement et assez régulièrement avec le recul du niveau de vie ; c'est de loin la situation la plus fréquente, avec vingt et un cas, qui concernent surtout les années 1980 et 1990 et des pays⁹ qui ont amorcé leur transition de fécondité ou y sont déjà bien avancés.

En définitive, que tirer de tout cela ? On a bien une diversité de résultats. À des niveaux très élevés de fécondité (5,7 enfants et plus en moyenne), donc dans les sociétés qui globalement n'ont pas amorcé la transition, les relations sont soit légèrement positives, soit légèrement négatives, soit parfois même en *J inversé*. Rien de bien clair, donc. En revanche, les sociétés en changement de fécondité (qui en sont en moyenne autour de 4,5 enfants) présentent toutes une relation très négative : la fécondité baisse clairement des plus pauvres aux plus riches ; l'intensité du contrôle de la fécondité, dans un premier temps, est liée au niveau de vie (et sans doute au niveau d'instruction, nous y reviendrons). Dans les situations de faible fécondité, il y a soit un maintien, soit un recul de ces inégalités. En définitive, en dehors de situations anciennes (années 1960 et 1970) où la relation est plutôt positive et de quelques cas en *J inversé*, la pauvreté semble bien conduire à une plus forte fécondité.

9. À l'exception de l'Inde rurale des années 1960 (!)

2 - Les tentatives d'explication : une brève synthèse

Au vu des résultats précédents, certes synchroniques, relativisons d'abord l'idée d'une relation générale en *J inversé* souvent évoquée (Birdsall, 1980 ; Merwyn, 1986 ; Lipton, 1996), une sorte de loi qui, à l'image du modèle classique de la transition démographique, positionnerait chaque pays à une étape bien particulière en relation avec son niveau de vie : dans les pays très pauvres, la relation serait positive ; dans les pays un peu plus avancés, la relation passerait en *J inversé* ; dans les plus riches et inégalitaires, la relation serait fortement négative. On a vu qu'au moins dans les situations de très forte fécondité et de pauvreté relative comparable, presque toutes les relations sont possibles, en dehors du très négatif¹⁰. Dès lors, bien des explications ont été avancées dans les vingt dernières années pour comprendre telle ou telle relation, tel ou tel résultat.

Dans le cas des *relations positives*, celles où la fécondité augmente légèrement avec le niveau de vie, on trouve avancées diverses explications de la capacité de reproduction plus réduite des pauvres¹¹ : un âge à la puberté plus tardif et une ménopause plus précoce, deux facteurs physiologiques liés à l'état nutritionnel dont le rôle ne peut être que faible¹², des stérilités primaire et secondaire plus intenses, des ruptures d'union (veuvage, divorce) plus fréquentes, une mortalité intra-utérine plus élevée, des relations sexuelles moins régulières, une période d'insusceptibilité post-partum plus longue en raison d'un allaitement et

10. Pour bien démontrer cela, il faudrait pouvoir effectuer un classement de ces différentes relations en fonction du niveau de vie général et de la distribution des revenus de ces 47 sociétés ou pays ; un travail que nous tenterons peut-être, mais difficile a priori, compte tenu notamment de l'hétérogénéité des données et indicateurs disponibles sur le niveau de vie.

11. Sur certains de ces éléments, voir Hull et Hull (1977), Lipton (1983), Krishnaji (1992), Sathar et Kazi (1987), Basu (2000).

12. L'hypothèse d'un âge à la puberté plus élevé parmi les pauvres repose essentiellement sur des données agrégées (Bongaarts, 1980 ; Frisch, 1978). Par ailleurs, une différence de 2 ans pour l'âge à la puberté (13 ans ou 15 ans, par exemple) n'a au plus qu'un impact de l'ordre de 4 % sur la fécondité, si l'âge au mariage est lié à celui de la puberté. En réalité, l'impact possible d'une différence d'âge à la puberté est probablement annulé, dans la plupart des cas, par l'influence de l'âge d'entrée en union. L'âge à la ménopause semble également n'avoir qu'un impact limité sur la fécondité (Bongaarts, 1980).

d'une abstinence prolongée¹³. Ces divers éléments, relevant tant du biologique que du comportemental, sont en fait plus souvent cités que réellement étudiés. Ils montrent néanmoins la diversité des « chemins » d'influence possible de la pauvreté sur « la fécondité naturelle » et le danger des généralisations rapides.

Un mot sur *l'âge d'entrée en union*, dont l'influence sur la fécondité n'est plus à démontrer. Le schéma le plus simple est celui où l'âge au mariage est plus bas chez les pauvres, ce qui, toutes choses égales par ailleurs, favoriserait leur fécondité. C'est bien ce que l'on observe dans nombre de situations. Bien des facteurs favorisent le mariage précoce des filles chez les familles démunies : une moindre scolarisation, l'absence de capital ou d'héritage, le respect des traditions, la nécessité d'alliances, parfois la compensation matrimoniale que la famille du garçon doit verser à celle de la fille... Mais on trouve aussi des éléments favorisant un âge au mariage plus tardif chez les pauvres, quand, par exemple, la dot est à verser par la famille de la fille, quand l'homme doit déjà avoir des terres pour se marier¹⁴, quand la migration masculine déséquilibre le marché matrimonial... Dans une étude de synthèse déjà ancienne, Lipton (1983) signale que, lorsqu'on contrôle le niveau d'instruction, la pauvreté est souvent associée à un mariage plus tardif et à des ruptures d'union plus fréquentes. Donc, là non plus, pas de généralisations hâtives.

Dans le cas des *relations en J inversé*, la croissance plus ou moins importante de la fécondité du niveau économique le plus bas à un niveau un peu meilleur provient du recul de certains des facteurs négatifs discutés précédemment : un peu moins de stérilité et de mortalité intra-utérine, un peu plus de stabilité des unions, un peu moins d'abstinence sexuelle... En l'absence de contraception, cela conduit à des intervalles entre naissances un peu plus courts et donc à un peu plus de fécondité. Une autre idée (Lipton, 1983) part du principe que, dans des sociétés rurales et agraires, les enfants sont, par leur travail, une aide importante dans la lutte contre la pauvreté ; dès lors, les femmes et les familles ayant eu peu ou moins d'enfants ont plus de risques de devenir pauvres. Enfin, on évoque parfois (Merwyn, 1986) la possibilité d'une moindre

13. La durée d'allaitement est souvent plus longue dans les familles pauvres. Par ailleurs, à durée d'allaitement semblable, la durée d'aménorrhée serait plus longue parmi les malnutris.

14. Cela peut aussi conduire simplement à un accroissement de l'écart d'âge entre époux.

demande d'enfants parmi les plus déshérités, comme cela a été suggéré pour expliquer la plus faible fécondité des paysans sans terre au Bangladesh, ceux-ci ne pouvant bénéficier du travail de leurs enfants (Egerö, 1996).

Quant aux *relations négatives*, les plus nombreuses, *le courant explicatif le plus fréquent passe par la demande d'enfants (survivants)*. Celle-ci serait beaucoup plus élevée chez les démunis et reculerait avec l'élévation du niveau de vie et avec le changement culturel qui y est lié (aspirations, attentes...). Cela conduit à deux types d'explications, l'une reposant sur le culturel, l'autre sur l'économique, que l'on retrouve dans les grands courants théoriques en matière de fécondité.

L'approche culturaliste considère la fécondité élevée des pauvres comme le résultat de leur ignorance, de leur soumission à des règles et coutumes de vie traditionnelles, voire à des autorités religieuses, de leur irrationalité ou encore de leur appartenance à une « culture de pauvreté », caractérisée notamment par l'absence de vision à long terme (Robinson, 1986) et par des relations sexuelles « débridées ». Cette fécondité élevée n'est pas perçue comme rationnelle au sens économique du terme (Arguellö, 1983). On est parfois proche de ce que Malthus disait des causes et conséquences de la misère pour l'Angleterre du XVIII^e siècle.

L'approche économique, au contraire, considère les comportements de fécondité comme « génériquement rationnels », selon l'expression de Schneider et Schneider (1995, p. 181), c'est-à-dire gouvernés par les intérêts calculés et conscients des acteurs. Lockwood, dans un article récent (1997), la qualifie de « vision conventionnelle », car probablement la plus répandue aujourd'hui dans la littérature traitant des relations entre pauvreté et fécondité. L'idée de base est simple : les enfants génèrent pour les parents (ou l'un des parents) des bénéfices supérieurs à leurs coûts. Les bénéfices peuvent prendre plusieurs formes et peuvent être immédiats ou espérés. On évoque traditionnellement ceux qui, provenant du travail des enfants, libèrent les parents de corvées ménagères ou de travaux agricoles et peuvent également être une source de revenu supplémentaire pour le ménage. L'objectif est soit d'augmenter le revenu total, soit de diversifier les sources de revenu, afin d'assurer une certaine sécurité au ménage. C'est l'un des éléments des stratégies de survie des ménages (Simancas *et al.*, 1989). Les enfants sont également souvent présentés comme source de sécurité physique (Mamdani, 1972), ou encore comme source de sécurité pour la vieil-

lesse. L'effet de la mortalité conduirait par ailleurs à se « sur-assurer » pour ses vieux jours, en ayant plus d'enfants que nécessaire, mais en s'assurant une probabilité suffisante qu'au moins un survive. D'autres approches font encore référence aux possibilités réduites de mobilité sociale des enfants et supposent que moins il y a de possibilités de mobilité, plus les parents auront d'enfants afin d'augmenter les chances que l'un d'eux réussisse (Epstein et Jackson, 1975). L'idée est toujours que les coûts des enfants sont faibles par rapport aux bénéfices potentiels qu'ils peuvent procurer. Le fait que les décideurs en matière de fécondité « n'internalisent » pas tous les coûts liés à une fécondité élevée, en comptant sur le confiage des enfants, le transfert intergénérationnel des coûts, etc., expliquerait que les coûts d'une fécondité élevée puissent rester faibles (Birdsall, 1994). Les éléments de cette rationalité « traditionnelle » changent bien sûr avec l'élévation du niveau de vie, avec la modification des systèmes et modes de production et des coûts d'opportunité (travail des femmes), et avec les changements culturels qui y sont liés (éducation, « qualité » de l'enfant...). Ce processus conduit à une demande d'enfants plus faible et à un contrôle de la fécondité parmi les groupes les plus favorisés.

Un autre grand courant explicatif soutient que la demande d'enfants n'est pas plus élevée parmi les pauvres que parmi les autres, en d'autres termes, qu'elle ne dépend guère du niveau de vie et des modes de production. La fécondité élevée n'est pas désirée, recherchée en soi par les pauvres, et elle s'expliquerait essentiellement par un manque de connaissance et d'accès à la contraception. D'un problème de demande, on passe à un problème d'offre, de besoins non satisfaits (*unmet needs*), un paradigme à la mode, parfois avancé pour expliquer des déclins de fécondité importants dans les classes sociales les plus pauvres.

Nous ne discuterons pas davantage de tous ces courants explicatifs, examinés récemment par Schoumaker (1998b). Simplement quelques remarques. La rationalité des comportements reproductifs est fréquemment admise, presque entrée dans « la culture démographique populaire », mais on manque encore de confirmations empiriques de sa validité. Comme, d'ailleurs, certains de ses arguments peuvent avoir des poids différents selon le contexte ou la période. Par exemple, l'idée que le travail des enfants est bénéfique pour les parents et favorise une fécondité élevée, dépend certainement des possibilités que les enfants ont de travailler (marché du travail, disponibilité de terres) et du salaire

potentiel en cas d'emploi rémunéré (Cain et Mozumder, 1981). Quant à l'argument de sécurité pour la vieillesse, sa pertinence dépend notamment des alternatives disponibles (système de sécurité sociale, structures familiales...). Enfin, n'oublions pas non plus le rôle essentiel des deux variables liées au statut de la femme : le niveau d'instruction ou d'éducation et le degré/type d'activité économique. Nous y reviendrons.

3 - Quelques questions cruciales de méthodologie

L'étude de la relation entre niveau de vie et fécondité est exposée à certains problèmes méthodologiques qui, dans l'ensemble, sont peu ou mal abordés dans la littérature. Nous en dresserons ici un bref panorama, qui n'est bien sûr pas exhaustif, avant d'approfondir deux d'entre eux, celui des indicateurs de fécondité et de niveau de vie et celui du contrôle d'autres variables.

3.1 - Le niveau d'analyse

D'une manière générale, dans la mesure des relations entre niveau de vie et fécondité, *les mesures au niveau micro (individus et ménages) sont préférables aux mesures au niveau macro*. Le niveau micro est celui où sont subies les contraintes, où sont prises les décisions. Les naissances étant avant tout des événements « individuels », le niveau micro semble aussi plus approprié d'un point de vue théorique. Par ailleurs, les dangers de l'approche agrégée sont bien connus (Loriaux, 1995), le plus sérieux étant probablement l'inférence écologique fallacieuse : les relations observées au niveau agrégé ne sont pas nécessairement identiques au niveau micro, c'est-à-dire de même intensité, voire de même sens. Les approches macro disent le plus souvent simplement que l'incidence de la pauvreté est liée à la fécondité au niveau national ou régional, « pas que ce sont les pauvres qui sont plus féconds, et encore moins que la pauvreté conduit à une forte fécondité » (Lipton, 1996, p. 12). Pour certains auteurs, cette confusion de niveaux d'analyse expliquerait que l'idée selon laquelle les pauvres ont une fécondité plus élevée semble si fréquemment « acceptée » dans la littérature (Krishnaji, 1980), alors que les contre-exemples sont nombreux au niveau micro. Un exemple de ce type de confusion se retrouve notamment dans des travaux ré-

cents de Dasgupta, qui présente au niveau agrégé (entre pays) « une relation largement inverse entre les indices de fécondité et le revenu par personne » (Dasgupta, 1993, p. 209), et partant de là développe des arguments pour expliquer la relation entre pauvreté et fécondité au niveau des ménages.

3.2 - Les données

Les enquêtes sont probablement le meilleur outil pour aborder la question des relations entre niveau de vie et fécondité au niveau micro. En dehors du fait que les données « optimales » ne sont pas toujours disponibles, elles peuvent toutefois poser certains problèmes de *représentativité* dont il importera de tenir compte dans les relations entre niveau de vie et fécondité¹⁵. Un problème des enquêtes par sondage « classiques » est que les pauvres ne sont pas toujours bien représentés, notamment lorsqu'ils vivent dans des endroits isolés ou n'ont pas de domicile fixe (Ravallion, 1996 ; Turner, 1995). Ceci est problématique dans l'évaluation de l'étendue de la pauvreté et des facteurs qui lui sont associés, telle la fécondité, et dans l'extrapolation des résultats à l'ensemble des pauvres. D'autre part, certaines enquêtes ou analyses sont délibérément limitées à des sous-populations, telles les femmes mariées (dans certaines enquêtes EDS) ou les femmes actives (Arguellò, 1983), et il est nécessaire de savoir dans quelle mesure cette sélection peut influencer les résultats. Enfin, ces enquêtes classiques ne permettent pas toujours de disposer d'un échantillon « suffisant » de pauvres (Turner, 1995), lorsqu'on s'intéresse, par exemple, aux différences de fécondité selon divers degrés de pauvreté.

Malgré le fait qu'elles soient relativement peu utilisées dans cette problématique, les enquêtes réalisées dans le cadre de programmes internationaux sont néanmoins une source d'informations riche qu'il conviendrait de mettre davantage à profit. Elles sont, par ailleurs, généralement bien documentées et facilement accessibles. Une autre source de données potentiellement importante sont les enquêtes ménages, à objectifs multiples, fréquentes dans les pays du Sud (Tabutin, 1996),

15. Nous abordons cette question des données dans une optique quantitative, dont l'objectif est de mesurer les relations entre niveau de vie et fécondité dans une population. Il va de soi que les approches plus qualitatives sont également pertinentes dans cette problématique, en particulier pour l'explication.

sans oublier certaines sources parfois plus localisées (dans des ONG, par exemple), malheureusement souvent difficiles d'accès et pas toujours archivées lorsqu'il s'agit d'enquêtes anciennes.

Le type d'enquête (rétrrospective, prospective...) et le type de données sont bien entendu des éléments importants. Les enquêtes démographiques et les enquêtes sur le niveau de vie sont généralement à passage unique, donnant ainsi des informations sur le niveau de vie actuel, mais rarement sur le passé. Beaucoup de mesures de la fécondité sont toutefois basées sur la parité, c'est-à-dire sur un indicateur de comportements passés. Comment alors considérer le niveau de vie actuel comme un déterminant de la fécondité ? Le même problème se pose lorsque l'on cherche à reconstituer les tendances de la fécondité dans les différents groupes de niveau de vie sur la base d'une histoire générésique. La fécondité des femmes de 15-19 ans il y a trente ans sera obtenue à partir de l'histoire générésique des femmes de 45-49 ans au moment de l'enquête. Il est donc nécessaire de poser comme hypothèse que les femmes avaient, il y a 30 ans, le niveau de vie (relatif) d'aujourd'hui, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de mobilité entre niveaux de vie. Un problème se pose donc dans l'interprétation causale d'une relation observée et dans la mesure des changements de fécondité parmi les pauvres, problème sur lequel nous reviendrons brièvement.

Une source de données particulièrement intéressante dans une telle optique sont *les enquêtes de panel ou de suivi* et, à un niveau plus local et dans une perspective à plus long terme, les observatoires de population. Ces approches permettent de collecter des informations sur la démographie, la santé et le niveau de vie des mêmes ménages sur plusieurs années, voire plusieurs décennies. De telles données doivent permettre de mieux comprendre les dynamiques familiales et leurs relations avec la pauvreté, comme l'effet d'une amélioration ou d'une détérioration du niveau de vie sur les comportements démographiques (fécondité, contraception, désir d'enfants...), qu'il est difficile d'aborder dans une enquête à passage unique. Il est certain que de telles enquêtes sont coûteuses par rapport aux enquêtes à un seul passage, et sont exposées à divers problèmes concernant le suivi des individus au cours du temps, mais, comme le soulignait Tabutin (1996), c'est à ce

prix que l'on avancerait un peu plus vite dans la compréhension des réalités et des changements¹⁶.

Les *enquêtes nationales* utilisées (ou susceptibles de l'être) dans l'étude des relations entre niveau de vie et fécondité ont, par ailleurs, des objectifs variés, qui incluent rarement l'analyse des relations entre niveaux de vie et fécondité, et il en résulte généralement certaines limites dans les données relatives à l'un des deux aspects de la relation pauvreté-fécondité. Par exemple, les enquêtes démographiques de type EMF, EDS, CDC, PAPCHILD... sont souvent riches en informations sur la fécondité et ses variables intermédiaires (histoire génésique des femmes, décès des enfants, allaitement, recours à la contraception...), mais elles sont généralement nettement plus limitées pour le niveau de vie et ne contiennent que rarement des informations sur les revenus et les dépenses des ménages. Les indicateurs de niveau de vie doivent alors être construits sur la base d'informations indirectes relatives au logement (sol, toit, eau, électricité...) ou à la possession de biens matériels (radio, TV, vélo, voiture, frigo...) lorsque ces informations sont disponibles¹⁷. En revanche, les enquêtes sur les niveaux de vie de type LSMS (*Living Standard Measurement Study*) sont par nature très riches en informations sur le niveau de vie (dépenses pour différents types de biens, revenus de diverses sources, biens du ménage, terres, bétail...), mais assez pauvres en données démographiques, bien que la plupart contiennent au moins des informations sommaires sur la fécondité¹⁸.

16. De telles données existent dans plusieurs pays (Bangladesh : projet Matlab ; Burkina Faso : un système d'information sanitaire géré par une ONG) ; nous n'avons néanmoins pas connaissance de travaux sur la problématique pauvreté-fécondité basés sur ce type d'informations.

17. Les rapports d'enquêtes du CDC présentent généralement l'ISF selon un indicateur de possession de biens durables, construit comme une somme (éventuellement pondérée) de biens possédés par le ménage (TV, voiture, frigo, WC à chasse, eau du robinet...).

18. Certaines enquêtes ont collecté les histoires générées complètes des femmes, telles l'enquête LSMS de Côte d'Ivoire (1985-1986), l'enquête sur les niveaux de vie au Pakistan (1991), ou encore l'enquête népalaise de 1996. L'enquête sur l'Afrique du Sud (1993) ou celle de l'Équateur (1994) ne donnent, par contre, que le nombre total d'enfants nés vivants. D'autres enquêtes de ce programme (Tanzanie) ne contiennent aucune information sur la fécondité (Grosh et Glewwe, 1995).

3.3 - Les concepts et indicateurs

Une question essentielle est d'abord de savoir ce que l'on entend par niveau de vie et pauvreté, puisque ces concepts sont à la base de la problématique étudiée. Faut-il le rappeler, les débats théoriques et méthodologiques sur les concepts de niveau de vie et de pauvreté sont nombreux, aussi bien en ce qui concerne les pays du Sud que les pays du Nord (Sen, 1985 ; Shaffer, 1996 ; Townsend, 1985), mais ils n'ont pas encore réellement intégré la communauté des démographes.

D'une manière générale, on considère que la pauvreté existe lorsque le niveau de vie est en dessous d'une certaine limite, le « seuil de pauvreté » (Banque Mondiale, 1990). Deux éléments interviennent donc pour identifier les pauvres : la *mesure du niveau de vie* et la *définition d'un niveau de vie minimum* (le seuil de pauvreté). À la fois les indicateurs de niveau de vie et la manière de déterminer les seuils de pauvreté sont variés et répondent à des options parfois très divergentes (Ravallion, 1996). Une approche courante consiste à prendre les dépenses comme indicateur de niveau de vie, et à déterminer un seuil de pauvreté de manière « absolue » ou « relative ». Un *seuil de pauvreté absolue* fait généralement référence à une limite qui ne dépend pas de la distribution du niveau de vie dans la population. Il est souvent, mais pas nécessairement, déterminé en fonction d'un niveau de consommation considéré comme minimum pour subvenir aux besoins jugés essentiels pour la survie. Un avantage de ce type de seuil de pauvreté est qu'il classe « deux personnes ayant le même niveau de vie dans la même catégorie - pauvre ou non pauvre -, quel que soit le moment ou le lieu considéré » (Ravallion, 1996, p. 34). À l'inverse, le *seuil de pauvreté relative* dépend de la distribution du niveau de vie dans la population. Une méthode courante consiste à fixer le seuil de pauvreté comme une proportion de la moyenne ou de la médiane de la distribution des dépenses, ou encore de le situer au premier ou au deuxième décile de la distribution du niveau de vie. Dans les études sur les relations entre niveau de vie et fécondité, l'approche « relative » est la plus courante, les catégories de niveau de vie étant déterminées par des fractiles de la distribution (Irfan, 1989 ; Schoumaker, 1998b) ou comme une fonction du revenu moyen. La catégorie la plus pauvre ne fait donc généralement pas référence à un niveau de vie minimum pour la survie, ce qu'il importe de garder à l'esprit lors de l'interprétation. Les catégories construites sur la base de la possession d'un nombre fixé de biens de

consommation, comme dans les rapports des enquêtes CDC, peuvent, par contre, être interprétées comme des catégories « absolues », bien qu’elles ne fassent pas non plus explicitement référence à un niveau de vie minimum pour la survie.

Le choix des indicateurs est, bien entendu, essentiel dans la mesure des relations. Toutefois, la diversité des indicateurs retenus dans les différents travaux passés en revue laisse quelque peu perplexe quant à leur comparabilité, sans parler du fait qu’ils sont mesurés dans des contextes très différents. Comme nous le verrons avec des résultats sur l’Afrique du Sud, l’intensité et l’interprétation des relations peuvent en effet dépendre sérieusement de l’indicateur utilisé.

3.4 - La construction des catégories de niveau de vie

Le type de classement de la population en catégories de niveau de vie peut avoir plusieurs incidences. Par exemple, la mise en évidence d’une relation en *J* inversé pourra dépendre des limites entre groupes de niveau de vie. Une plus faible fécondité parmi les très pauvres peut être masquée si une seule catégorie de pauvres « mélange » les très pauvres (sous-féconds) et les moins pauvres (un peu plus féconds). Un problème parfois difficile à éviter, étant donné les tailles des échantillons dont on dispose.

Le choix du découpage intervient également dans les comparaisons, qu’il s’agisse de comparaisons entre régions ou entre différentes périodes pour un même pays. Un problème de ce type concerne le *seuil de pauvreté*: cette limite doit-elle être absolue ou relative¹⁹? Comme nous l’avons souligné, une limite absolue permet de comparer les populations à niveaux de vie équivalents. Une différence de fécondité entre populations sous le seuil de pauvreté absolue ou un changement observé au cours du temps dans la population sous le seuil de pauvreté absolue ne peuvent donc pas être dus à une augmentation du niveau de vie. À l’inverse, dans une approche relative, dans laquelle le seuil de pauvreté varie avec le niveau de vie de l’ensemble de la population, le niveau de vie des pauvres peut varier d’une région à l’autre ou d’une

19. Un seuil de pauvreté absolue est ici considéré comme « un seuil constant en termes de niveau de vie » (Ravallion, 1996, p. 34), tandis qu’un seuil de pauvreté relative varie avec le niveau de vie moyen de la population.

période à l'autre et expliquer en partie les différences ou les changements de fécondité.

3.5 - L'interprétation causale

Les relations entre pauvreté et fécondité sont généralement interprétées en termes de causalité : la pauvreté *cause* une fécondité élevée ou une fécondité élevée *cause* la pauvreté. De telles interprétations reposent rarement sur une attention particulière portée aux indicateurs et aux méthodes de mesure des relations, qui ont pourtant leur importance dans l'interprétation causale de la relation.

Les mesures de fécondité basées sur la parité rendent particulièrement délicates les interprétations causales. La parité fait en effet référence à une période passée, alors que la plupart des mesures de niveau de vie se rapportent au présent (Rodgers, 1989)²⁰. Le problème d'interprétation est donc notamment lié au fait que le niveau de vie des femmes dans le passé est souvent inconnu, et qu'elles peuvent avoir eu leurs enfants alors qu'elles étaient dans une autre « strate » économique (Boltvinik, 1996)²¹. Leridon (1982) suggère qu'il y a probablement une « assez forte corrélation entre le statut socio-économique à 25 ans et le statut socio-économique à 45 ans » (p. 272). Ceci est fort possible, mais si la probabilité qu'une femme ne soit pas dans la même strate en début et en fin de vie génératrice est liée à sa fécondité, une telle approche aura de fortes chances d'être biaisée si l'on veut en déduire une interprétation causale.

Prenons un exemple simple pour illustrer notre propos. Il concerne de nouveau l'interprétation d'une relation entre le niveau de vie et la parité en forme de *J* inversé, dans laquelle les femmes les plus démunies ont une fécondité plus faible que les femmes un peu moins pauvres. Une interprétation possible, si l'on fait l'hypothèse qu'il n'y a pas de mobilité entre strates de niveau de vie, est que les très pauvres, qui l'étaient déjà en début de vie génératrice, ont eu en moyenne moins

20. Un indicateur de fécondité du moment a, par contre, l'avantage de faire référence à une période quasi contemporaine de celle de la mesure du niveau de vie. On peut raisonnablement penser que, si la fécondité récente est plus élevée parmi les pauvres, ceux-ci ont eu leurs enfants lorsqu'ils étaient pauvres.

21. Boltvinik (1996) propose de travailler sur les rapports de parité entre pauvres et riches aux différents âges pour évaluer l'importance de la mobilité entre strates de niveau de vie.

d'enfants. La pauvreté est alors une cause possible de cette fécondité un peu moins élevée, par l'intermédiaire de variables liées à la santé, à la malnutrition ou encore à l'allaitement. Néanmoins, une autre interprétation possible est qu'il y a eu une mobilité entre strates de niveau de vie, en fonction notamment du nombre d'enfants mis au monde. Par exemple, les femmes qui avaient un niveau de vie relativement faible en début de vie génésique et qui n'ont pas (ou peu) eu d'enfants ont un risque de destitution plus grand, et se retrouvent dans la strate des plus pauvres du fait de leur faible fécondité. Même l'observation de la distribution des femmes en fonction du nombre d'enfants n'indiquerait pas le sens de la causalité : une proportion de femmes sans enfant plus grande parmi les plus pauvres pourrait provenir des deux hypothèses à la fois. Cet exemple illustre la difficulté d'interpréter des différences de parité en fonction du niveau de vie.

On peut essayer d'adapter les indicateurs de niveau de vie pour refléter les conditions de vie passées. Arguellö (1983) suggère, par exemple, d'avoir recours au revenu du chef de ménage, qui est « plus proche du revenu de la famille au moment de concevoir les enfants » (p. 29) que ne l'est le revenu total du ménage. Schoemaker (1987) propose de mesurer le niveau de vie par le revenu moyen des adultes actifs. Enfin, Rodgers (1984) suggère d'utiliser des indicateurs anthropométriques de pauvreté à long terme, tel l'indice taille-pour-âge. De telles approches ne restent toutefois que des approximations. Une autre possibilité est bien entendu de travailler sur des catégories plus stables dans le temps (Krishnaji, 1980). Ce serait un des avantages du niveau d'instruction, qui évolue généralement peu après un certain âge, mais cela change toutefois la problématique.

3.6 - La mesure des changements de fécondité selon le niveau de vie

Une question importante à l'heure actuelle, où l'on parle de plus en plus de transition de pauvreté, de malthusianisme de pauvreté (Cosio-Zavala, 1995), ou encore de transition induite par la pauvreté (Basu, 1986), est notamment de mesurer les changements de fécondité parmi les classes pauvres, de plus en plus fréquemment cités. Ce point est l'occasion de discuter de plusieurs éléments.

Nous avons mentionné le problème du découpage de la population en groupes de niveau de vie dans les comparaisons inter-

temporelles. Dans une situation où l'on dispose de plusieurs enquêtes ou recensements à différentes dates, une méthode possible consiste à comparer la fécondité des classes pauvres à plusieurs moments. Une question alors, dont nous venons de parler, est celle du caractère absolu ou relatif des limites de niveau de vie. Une autre question concerne les variables « non observées » liées à la pauvreté et à la fécondité. On peut avoir constance du niveau de vie matériel, mais parallèlement augmentation de la scolarisation, de l'accès à des services de santé ou de planification familiale... Ces changements ne se traduisent pas nécessairement en termes de niveau de vie²², mais peuvent influencer la fécondité à la baisse. Ce point nous amènera à la question du contrôle des autres variables liées à la fécondité.

Nous avons déjà signalé quelques écueils concernant l'utilisation d'une histoire générésique pour la mesure des changements de fécondité par niveau de vie. L'hypothèse à la base d'une telle approche est en effet qu'il n'y a pas (ou peu) de mobilité d'un niveau de vie à l'autre. Par ailleurs, la méthode est exposée aux mêmes problèmes que l'approche discutée ci-dessus. Le niveau de vie « absolu » a probablement évolué au cours du temps ; le niveau de vie actuel est peut-être une approximation du niveau de vie « relatif » passé, mais certainement pas du niveau de vie absolu. Par ailleurs, d'autres variables « non observées » peuvent également intervenir dans les changements. Les conclusions que l'on peut tirer de ce type d'approche sont donc a priori limitées, disons délicates.

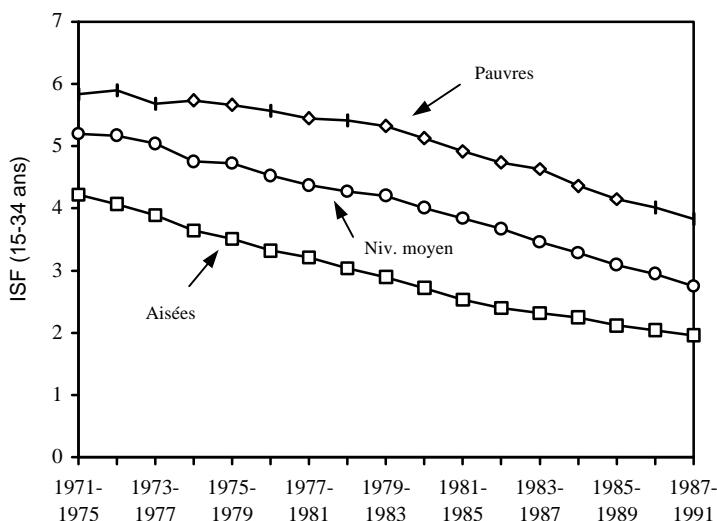
L'exemple du Maroc (enquête ENPS-II, 1992) nous montre cependant qu'une telle approche peut apporter certaines informations. On voit, par exemple (figure 1), qu'à tout moment, depuis le début des années 1970, la fécondité des femmes actuellement dans le groupe de niveau de vie le plus faible²³ a été plus élevée que celle des autres fem-

22. Quoique certains d'entre eux pourraient raisonnablement être intégrés dans le *concept* de niveau de vie, mais ne sont généralement pas mesurés par l'indicateur, notamment du fait des difficultés qu'il y a à intégrer ces diverses dimensions dans un indicateur.

23. Nous avons construit les groupes de niveau de vie selon une approche semblable à celle utilisée dans les enquêtes CDC, en construisant un indice de disponibilité de biens (électricité, radio, TV, réfrigérateur, eau potable, WC à chasse, plus de 4 chambres dans le logement, voiture). Les femmes qui ont aucun, un seul ou deux de ces biens sont considérées comme « pauvres », celles qui en ont de 3 à 5 sont dans la catégorie « niveau moyen », et celles qui en ont plus de 5 sont considérées comme « aisées ».

mes. Cela signifie, concrètement, qu'au début des années 1970, les femmes qui sont actuellement pauvres avaient déjà une fécondité un peu plus forte que les autres. Si l'on postule l'absence de mobilité entre les niveaux de vie, ceci indique que la baisse de la fécondité s'est produite à tous les niveaux de vie (relatifs), mais avec un décalage dans le début du déclin.

Figure 1
Maroc. Évolution de 1971 à 1991 de l'indice synthétique de fécondité (15-34 ans) selon trois groupes de niveau de vie au moment de l'enquête



Source des données : fichiers de l'enquête ENPS-II, Maroc, 1992.

Dès le début des années 1970, le groupe le plus aisé adopte peu à peu le contrôle de la fécondité (et de la nuptialité) et passe de 4,2 à 2 enfants (à 35 ans) en une vingtaine d'années. Le groupe de niveau moyen suivra assez rapidement, mais, partant de plus haut et n'allant guère plus vite, il a encore près de 3 enfants par femme à 35 ans vers 1989. Quant au groupe des pauvres, il faut attendre la fin des années 1970 ou le début des années 1980 pour le voir commencer à contrôler sa fécondité ; il est encore à 4,5 enfants, presque au même niveau que

le groupe aisé il y a 20 ans. Mais comment interpréter davantage sans le contrôle de variables structurelles comme l'instruction ou le milieu d'habitat, dont le poids change dans le temps à l'intérieur même de nos trois grands groupes sociaux ?

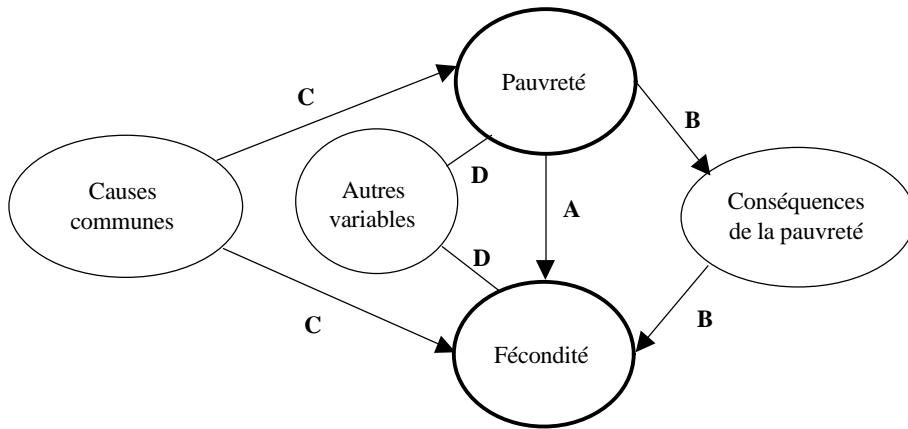
3.7 - La diversité des chemins reliant pauvreté et fécondité

Nous avons jusqu'à présent raisonné essentiellement en termes de relations bivariées entre niveau de vie et fécondité. Elles sont, dans un premier temps, essentielles pour *décrire* ce que l'on observe, par exemple que les pauvres ont en moyenne une fécondité plus ou moins élevée que les autres. C'est toutefois insuffisant, et cela peut conduire à des résultats différents de ceux que l'on observerait en désagrégeant quelque peu. Par exemple, il est possible d'observer une relation négative entre niveau de vie et fécondité au niveau national sans que cette relation apparaisse lorsque l'on d sagr ge selon le milieu d'habitat ou selon l'instruction et le type d'emploi. Ce problème est essentiel pour l'interprétation et pose la question de savoir si c'est la pauvreté en tant que telle qui influence la fécondité, ou d'autres variables qui sont liées à la fois à la fécondité et à la pauvreté. Il s'agit là d'un problème classique de l'explication en sciences sociales, que l'on peut résumer par le schéma de la figure 2.

Ce schéma distingue divers chemins à travers lesquels on peut obtenir une relation entre pauvreté et fécondité. La pauvreté peut être une cause directe (chemin A) ou indirecte (chemin B) des niveaux de fécondité. Elle peut g galement partager des « causes communes » avec la fécondité, comme le niveau d'instruction, le type d'emploi... (chemin C) et être liée à des variables elles-mêmes en relation avec la fécondité et qui ne sont pas pour autant « causes » de l'un ou l'autre élément (le milieu d'habitat, par exemple, chemin D).

Tel quel, notre schéma reste quelque peu simpliste, certains éléments pouvant être considérés à la fois comme des causes et des conséquences de la pauvreté. Il clarifie toutefois un tant soit peu les relations et met en évidence leur caractère plus ou moins direct ou « fallacieux ». Il montre l'intérêt qu'il y a à contrôler certaines variables dans l'explication de la relation. Il indique aussi que les relations bivariées souvent utilisées (voir notre revue de littérature) ne traduisent pas nécessairement un « effet pur » de la pauvreté sur la fécondité, mais bien l'effet d'un ensemble de variables corrélées entre elles.

Figure 2
Différents « chemins » reliant pauvreté et fécondité



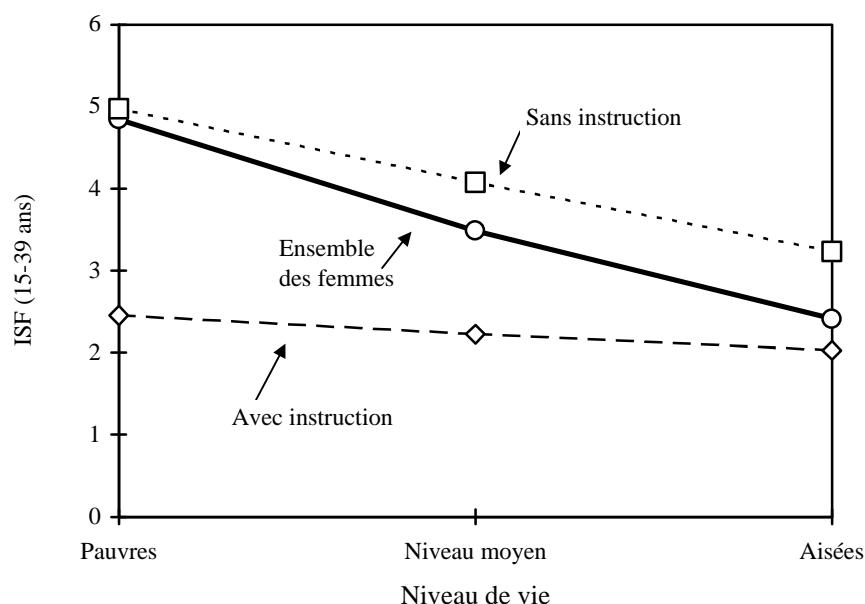
De ce type de schéma pourraient découler des modèles plus ou moins complexes d'équations structurelles, visant à mettre en évidence les poids des différentes variables. Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans de telles applications. Nous illustrerons seulement, avec un exemple simple mais parlant sur le Maroc, l'influence du contrôle d'une variable, *l'instruction de la femme*, sur la relation entre niveau de vie et fécondité. L'instruction est, en effet, certainement une de ces variables qui sont liées directement et au niveau de vie et à la fécondité.

Partant de l'enquête nationale de fécondité (ENPS-II) du Maroc de 1992, nous avons calculé les indices synthétiques de fécondité 15-39 ans en distinguant trois catégories de niveau de vie (les mêmes qu'à la figure 1) et deux catégories de niveau d'instruction : avec et sans instruction²⁴. La figure 3 présente les résultats.

Pour l'ensemble du Maroc, il y a une relation claire et nettement négative entre le niveau de vie et la fécondité : on passe de près de 5 enfants dans les ménages pauvres à 3,5 dans le groupe intermédiaire pour tomber à 2,6 chez les aisés. Cela va presque du simple au double.

24. Nous n'avons pu faire plus, malgré qu'il y ait eu 9 260 femmes enquêtées ! De même, nous avons arrêté l'ISF à 39 ans en raison de fluctuations aléatoires trop grandes au-delà. C'est une illustration du problème d'effectifs qui se pose fréquemment avec l'utilisation d'enquêtes classiques de fécondité.

Figure 3
Relations entre niveau de vie et ISF (15-39 ans)
pour l'ensemble des femmes et selon l'instruction (Maroc, 1987-1991)



Source des données : fichiers de l'enquête ENPS-II, Maroc, 1992.

Mais la prise en compte de l'instruction relativise fortement ces résultats : chez les femmes sans instruction, l'effet positif du degré de pauvreté sur la fécondité est toujours là, mais moins intense (on va de 3,4 à 5 enfants), tandis que chez les instruites (un groupe pourtant très large), il disparaît quasiment. Ce simple exemple montre la difficulté et la nécessité d'être prudent dans l'interprétation de relations entre fécondité et niveau de vie établies sans autre contrôle. Ce qui est vrai dans un groupe (éducatif, régional, urbain ou rural) peut ne plus l'être ou être d'intensité variable dans un autre.

Venons-en enfin au problème clé du rôle des indicateurs utilisés.

4 - Illustration de l'influence des indicateurs sur la relation

Nous l'avons déjà dit, la mesure de la relation entre niveau de vie et fécondité et son interprétation reposent sur une série de choix qui ne sont pas toujours clairement précisés, et dont les conséquences restent souvent mal connues. Ceux qui concernent les indicateurs de fécondité et de niveau de vie sont essentiels.

4.1 - Indicateurs de fécondité

L'indicateur de fécondité est, bien entendu, souvent lié aux données disponibles. On peut distinguer trois situations selon le type d'informations : parité des femmes, naissances au cours d'une période récente (un à cinq ans), ou histoire génésique complète. Les possibilités d'analyse sont diverses, et nous ne les aborderons pas ici. Illustrons simplement quelques différences d'intensité de la relation pour trois indicateurs de fécondité basés sur la parité.

Le plus « simple » de ces indicateurs, mais probablement aussi le moins satisfaisant, est la *parité moyenne*, c'est-à-dire le rapport du nombre total d'enfants nés vivants parmi les femmes de 15-49 ans au nombre total de ces femmes. Comme tout indicateur non standardisé en fonction de l'âge, il est sensible aux différences de structure par âge des groupes de femmes qui sont comparés. Les données que nous avons calculées avec l'enquête LSMS d'Afrique du Sud (tableau 3) indiquent que les structures par âge peuvent varier sensiblement entre intervalles interquartiles de niveau de vie : plus de 25 % des femmes en âge de procréer de l'intervalle interquartile le plus riche ont plus de 40 ans, contre à peine 15 % des femmes du premier intervalle. La parité non standardisée donnera donc un poids plus important aux femmes âgées parmi les riches, réduisant ainsi les écarts entre pauvres et riches par rapport à la parité standardisée.

Deux types d'indicateurs standardisés basés sur la parité ont parfois été utilisés : la *parité moyenne standardisée*, qui est simplement la moyenne arithmétique des parités des différents groupes d'âge, et un *indicateur individuel de fécondité* (IIF) standardisé (Noumbissi et Sanderson, 1998), qui est la moyenne, pour l'ensemble des femmes, du rapport de leur parité à la parité moyenne de leur groupe d'âge dans la population. L'IIF donnera plus de poids aux jeunes âges que la parité standardisée. Lorsque l'on travaille sur la fécondité générale, où les

différences de fécondité entre niveaux de vie dues à un mariage plus ou moins précoce sont importantes, et lorsque les pauvres ont une fécondité plus élevée, l'IIF conduira à des écarts relatifs entre pauvres et riches plus importants que la parité standardisée. C'est ce que l'on obtient sur nos données d'Afrique du Sud (tableau 3).

Tableau 3
Comparaison des structures par âge, des proportions de femmes non célibataires, des parités par âge et de trois indicateurs de fécondité basés sur la parité pour les femmes des premier et cinquième intervalles interquintiles de dépenses ajustées (Afrique du Sud, 1993)

Groupes d'âges	Toutes femmes (15-49 ans)				Femmes non-célibataires (15-49 ans)			
	1 ^{er} intervalle interquintile		5 ^e intervalle interquintile		1 ^{er} intervalle interquintile		5 ^e intervalle interquintile	
	Struct. par âge (%)	Parité	Struct. par âge (%)	Parité	% ^a	Parité	% ^a	Parité
15-19 ans	25,4	0,19	11,3	0,01	10,4	0,77	2,8	0,00
20-24	20,2	0,94	16,0	0,32	44,1	1,30	33,2	0,73
25-29	14,7	2,23	15,3	1,02	62,6	2,57	73,7	1,20
30-34	12,8	3,47	17,0	1,69	74,6	3,78	91,5	1,77
35-39	11,6	4,40	14,7	2,37	83,6	4,69	94,1	2,45
40-44	8,3	5,48	13,1	2,64	93,2	5,66	92,2	2,75
45-49	7,1	6,29	12,6	2,72	93,6	6,51	92,7	2,81
Total	100,0		100,0					
Parité moyenne	-	2,42	-	1,53	-	3,78	-	2,07
Parité standardisée	-	3,29	-	1,54	-	3,61	-	1,67
IIF	-	1,31	-	0,55	-	1,70	-	0,72

Source des données : fichiers de l'enquête LSMS, Afrique du Sud, 1993.

a. Proportion de femmes non célibataires dans chaque groupe d'âge.

Ces quelques comparaisons indiquent que, même basé sur les seules parités, le type de mesure de la fécondité peut influencer l'intensité

de la relation. Rien de très nouveau, peut-être, dans une telle observation, mais les ordres de grandeur des différences de fécondité entre intervalles interquintiles²⁵ selon l'indicateur montrent que leur choix mérite une attention particulière.

4.2 - Indicateurs de niveau de vie

Comme pour la fécondité, l'indicateur de niveau de vie utilisé dépend des données disponibles. Toutefois, il n'y a pas de consensus sur les concepts de niveau de vie et de pauvreté, ni sur la manière de les mesurer.

L'une des méthodes les plus fréquentes pour mesurer le niveau de vie consiste à prendre *le revenu ou les dépenses du ménage*, ajustés ou non en fonction de la taille et de la composition du ménage. Une autre est de construire un *indicateur composite* à partir des biens possédés par le ménage, du type de logement, du mode de transport, etc. Ces deux approches (revenu/dépenses et indicateur composite) sont les plus fréquentes dans la littérature qui nous intéresse ici.

Les différences entre indicateurs peuvent être substantielles pour le classement des individus selon le niveau de vie (Glewwe et Van der Gaag, 1990 ; Schoumaker, 1998) et pour la mesure de relations avec des variables démographiques. L'importance du choix de l'indicateur de niveau de vie a bien été mise en évidence dans plusieurs travaux relatifs à l'identification des pauvres (Glewwe et Van der Gaag, 1990) et à la mesure de la relation entre pauvreté et taille du ménage (Anand et Morduch, 1999 ; Lachaud, 1997 ; Lanjouw et Ravallion, 1995 ; Visaria, 1980). Mais peu d'auteurs se sont intéressés à l'influence de l'indicateur de niveau de vie sur la mesure de la relation entre niveau de vie et fécondité (Krishnaji, 1980). Au vu de la diversité des indicateurs utilisés dans la littérature, une telle question apparaît pourtant comme essentielle.

Les données de l'*enquête LSMS d'Afrique du Sud* (réalisée en 1993) nous permettent de comparer les relations entre le niveau de vie et la parité à 40-49 ans selon différents indicateurs de niveau de vie. La méthode utilisée ici consiste à mesurer la valeur de différents indicateurs

25. Le rapport de la parité moyenne non standardisée du premier intervalle interquartile à celle du cinquième est égal à 1,58, il vaut 2,14 dans le cas de la parité standardisée et 2,38 dans le cas de l'indicateur individuel de fécondité (tableau 3).

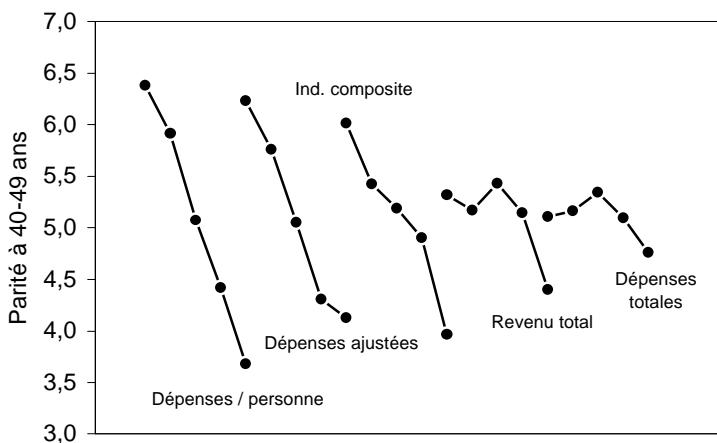
de niveau de vie pour chaque femme, à classer les femmes en intervalles interquintiles, et à calculer la parité moyenne de chaque intervalle. Nous présentons ici les résultats en milieu rural pour cinq indicateurs, choisis notamment en fonction de leur usage dans la littérature et de la disponibilité des données. Quatre sont basés sur le revenu ou les dépenses : les *dépenses totales*, qui comprennent l'ensemble des dépenses du ménage estimées au cours du mois précédent l'enquête ; les *dépenses par personne*, rapport des dépenses totales au nombre de membres du ménage ; les *dépenses ajustées*, qui ont comme dénominateur le nombre de membres du ménage élevé à la puissance $a = 0,7$ ²⁶ ; et le *revenu total* du ménage, qui totalise l'ensemble des revenus du ménage, y compris les revenus estimés de la possession du logement, les transferts monétaires, etc. Nous utilisons également un *indicateur composite de niveau de vie*, construit par agrégation de plusieurs variables (possession de biens, accès à des facilités...), le type même d'indicateur que l'on peut construire avec des EDS²⁷.

On voit clairement sur la figure 4 que, selon *l'indicateur considéré, la relation entre niveau de vie et fécondité peut être très différente*. Quand le niveau de vie est mesuré par les dépenses par personne, la relation est fortement négative, de même avec les dépenses ajustées et l'indicateur composite. En revanche, les relations observées avec le revenu total et les dépenses totales sont très différentes, et plutôt de type *J inversé*. Dans les situations où la relation entre dépenses par personne et fécondité est moins marquée que dans notre exemple sur l'Afrique du Sud, l'utilisation des dépenses par ménage aurait même de fortes chances d'aboutir à une relation de *sens différent*.

26. Cette manière d'ajuster en fonction de la taille du ménage permet de prendre en compte la possibilité d'économies d'échelle. La valeur de l'exposant a été choisie ici de manière arbitraire, mais représente une valeur plausible.

27. Il est la somme de sept variables variant entre 0 et 1 (instruction de la femme, type de source d'eau de boisson, distance à la source d'eau potable, électricité, type de WC, indice de possession de biens durables, nombre de pièces occupées dans le logement). Les poids des différentes variables, ici identiques, pourraient être déterminés en fonction de la distribution des variables dans la population. Une possibilité est, en effet, de pondérer les biens par l'inverse de leur fréquence dans la population (CDC, 1994 ; Knodel et Prachuabmoh, 1973), ou par l'inverse de l'opposé de leur fréquence dans la population (Desai et Shah, 1988). Les méthodes de construction des indicateurs composites peuvent donc traduire des options fondamentalement différentes puisque, dans un cas, le poids le plus important va vers les biens rares, alors que, dans l'autre, il va vers les biens les plus courants.

Figure 4
Comparaison des relations entre niveau de vie et parité à 40-49 ans
pour 5 indicateurs de niveau de vie (Afrique du Sud rurale, 1993)



Source des données : fichiers de l'enquête LSMS, Afrique du Sud, 1993.

Un élément important à souligner est que *l'explication de ces différences ne réside pas tant dans le fait que ces indicateurs classent les femmes différemment, que dans la relation entre la fécondité des femmes et la probabilité qu'elles soient classées différemment par deux indicateurs*. Pour mettre ceci en évidence, nous avons construit un indice de dissimilarité (I^{AB}) entre paires de relations, qui est la moyenne des valeurs absolues des différences de fécondité selon deux indicateurs de niveau de vie (A et B) pour les cinq intervalles interquartiles. Cet indice de dissimilarité se note :

$$I^{AB} = \frac{1}{5} \sum_{i=1}^5 |F_i^A - F_i^B|$$

F_i^A est la parité des femmes de l'intervalle i selon l'indicateur A, et F_i^B est la parité des femmes de l'intervalle i selon l'indicateur B. Par ail-

leurs, cet indicateur peut être décomposé en deux parties²⁸ : la proportion moyenne de femmes classées différemment par les deux indicateurs de niveau de vie (M^{AB}) et un terme qui traduit essentiellement la différence de fécondité des femmes classées différemment par les deux indicateurs (Z^{AB}). L'indice de dissimilarité est égal au produit de ces deux éléments :

$$I^{AB} = M^{AB} Z^{AB}$$

Les valeurs de ces éléments et de l'indice de dissimilarité pour les dix paires d'indicateurs considérées sont présentées dans le tableau 4.

Tableau 4

Indices de dissimilarité (I^{AB}), proportions de femmes classées différemment (M^{AB}) et différence de fécondité des femmes classées différemment (Z^{AB}) par paires d'indicateurs de niveau de vie (Afrique du Sud rurale, 1993)

Paires d'indicateurs		M^{AB}	Z^{AB}	I^{AB}
A	B			
Dépenses / pers.	Dépenses ajustées	24 %	0,75	0,18
Dépenses / pers.	Ind. composite	68 %	0,52	0,35
Dépenses / pers.	Revenu total	66 %	1,10	0,72
Dépenses / pers.	Dépenses totales	55 %	1,47	0,81
Dépenses ajustées	Ind. composite	67 %	0,44	0,29
Dépenses ajustées	Revenu total	64 %	0,94	0,60
Dépenses ajustées	Dépenses totales	46 %	1,48	0,69
Ind. composite	Revenu total	68 %	0,55	0,37
Ind. composite	Dépenses totales	70 %	0,65	0,46
Revenu total	Dépenses totales	60 %	0,24	0,14

Source des données : enquête LSMS, Afrique du Sud, 1993.

Que constate-t-on ? D'abord, elles confirment que différents indicateurs de niveau de vie ne classent pas les mêmes femmes de la même manière : plus de la moitié des femmes ne sont pas classées dans le même intervalle interquartile de niveau de vie par deux indicateurs

28. Par souci de simplicité, nous n'exposons pas ici les formules en détail. Voir Schouemaker (1999).

différents. Ensuite, elles soulignent que les proportions de femmes classées différemment par deux indicateurs ne sont pas nécessairement un bon « guide » pour la comparaison d'indicateurs dans la mesure de la relation entre niveau de vie et fécondité. Par exemple, les dépenses par personne et les dépenses totales classent différemment 55 % des femmes. On note également que la proportion de femmes classées différemment est plus élevée (60 %) pour la paire revenu total/dépenses totales, mais que la différence entre relations (I^{AB}) est nettement plus marquée entre les dépenses par personne et les dépenses totales. Dans un cas, les dénominateurs sont identiques pour les deux indicateurs ; dans l'autre, ils sont différents. Un changement de dénominateur induit donc un reclassement des femmes en fonction de leur parité, comme l'indiquent les valeurs de Z^{AB} , très différentes dans ces deux exemples.

Un dernier élément intéressant : la relation obtenue avec l'indicateur composite est plus « proche » de la relation obtenue avec les dépenses ajustées qu'avec les trois autres indicateurs. Cela provient de la plus faible différence de fécondité des femmes classées différemment plutôt que de la proportion de femmes classées différemment. Cela conforte à ce point de vue l'utilisation potentielle d'enquêtes classiques de fécondité, comme les EDS.

En fin de compte, la conclusion de cet exercice est claire : *le type d'indicateur importe dans la mesure de la relation*. Nos observations sont évidemment propres à un contexte particulier et ne peuvent pas être extrapolées telles quelles à toutes les situations. Les résultats dépendent notamment de la distribution du niveau de vie dans la population et de la relation entre la parité et la taille du ménage. Un tel exercice n'indique pas non plus quel indicateur est le plus pertinent. Il montre seulement *la prudence à adopter dans le choix de l'indicateur de niveau de vie pour la mesure de la relation entre niveau de vie et fécondité*, et en fin de compte *la difficulté de comparer des relations obtenues avec différents indicateurs*.

5 – Conclusions

Nous nous sommes intéressés à un aspect de la problématique pauvreté-fécondité, celui du niveau de fécondité par rapport au niveau de vie, et plus particulièrement de l'influence possible de la pauvreté

sur la fécondité. Il est clair que le thème « pauvreté-fécondité » est plus vaste que cela. Une littérature importante traite, par exemple, des effets d'une forte fécondité, en particulier des tailles de ménage élevées et des naissances rapprochées, sur la pauvreté des ménages, des femmes et des enfants (Lipton, 1999 ; Lloyd, 1993), ou encore de problèmes plus spécifiques, comme les causes et conséquences de la fécondité des adolescentes. D'autre part, notre revue comparative de la littérature empirique demande certainement à être complétée et approfondie, de manière systématique, en tenant compte de différents éléments susceptibles d'influencer la relation observée : contexte, niveau de vie de la population étudiée, types d'indicateurs, catégories de niveau de vie...

Brièvement, quelques *pistes ou idées de recherche* sur les plans à la fois empirique et théorique :

Exploiter davantage les données existantes. Pensons aux enquêtes EDS et CDC. Les données sont accessibles et les possibilités d'analyse nombreuses, notamment dans une optique comparative. Pensons également aux enquêtes sur les niveaux de vie de la Banque Mondiale (LSMS), assez peu utilisées par les démographes, et enfin aux recensements, très peu valorisés dans cette problématique. L'exploitation d'enquêtes EDS devrait également *stimuler les recherches sur la construction des indicateurs composites de niveau de vie* qui, jusqu'à présent et à notre connaissance, n'ont pas reçu suffisamment d'attention²⁹.

Par ailleurs, la littérature sur les relations entre pauvreté et fécondité donne l'impression de la coexistence de deux courants parallèles : l'un qui observe et n'explique pas ou fort peu, et l'autre qui tente d'expliquer ce qu'il n'observe pas. *Faire davantage converger le descriptif et l'explicatif* serait bénéfique. Cela consisterait, par exemple, à évaluer la pertinence de différentes approches explicatives (stratégies de survie, accès à la contraception, « culture de pauvreté »...) dans divers contextes. L'application de nouveaux *modèles de comportement de fécondité* (Lesthaeghe et Vanderhoeft, 1997) et des modèles - maintenant classiques - des déterminants proches de la fécondité³⁰ pourrait certainement contribuer à l'explication des différences de fécondité selon le niveau de vie.

29. Voir Noumbissi et Sanderson (1996) et Brockerhoff (1993) pour la construction d'indicateurs de pauvreté à partir de données d'enquêtes EDS.

30. Qui n'ont jamais été utilisés dans une telle optique à notre connaissance.

Élargir la problématique aux régimes démographiques, traitant ensemble fécondité, nuptialité, mortalité, migration, développer la collecte de données sur la problématique pauvreté-démographie, combiner des approches quantitatives et qualitatives, favoriser les approches interdisciplinaires sont aussi des stratégies à développer.

Enfin, à un niveau de réflexion et micro et macro, *le rôle de la pauvreté dans les transitions de fécondité contemporaines* demande à être approfondi. Qu'en est-il des situations de « malthusianisme de pauvreté », de « transition induite par la pauvreté », de « transitions en situation de pauvreté », abordées dans des études de plus en plus fréquentes (Adnan, 1997 ; Amin *et al.*, 1995 ; Basu, 1986 ; Cosio-Zavala, 1995 ; Chesnais, 1997 ; Egerö, 1996) ? Qu'est-ce qui distingue ces transitions du schéma « classique » ? Ces nouvelles formes de transition soulèvent des questions éthiques et politiques essentielles et demandent, par ailleurs, des approches méthodologiques plus élaborées que celles souvent utilisées jusqu'à présent. Dans cette optique, *privilégier les analyses diachroniques* est, bien entendu, essentiel.

Références bibliographiques

- ADNAN, S. (1997), « Baisse de la fécondité en situation de pauvreté absolue : Aspects paradoxaux du changement démographique au Bangladesh », dans : J.-C. Chasteland et J.-C. Chesnais, *La population du monde*, Travaux et Documents de l'INED, Cahier n° 139, Paris, PUF, p. 41-75.
- ADS/CDC (1994), *Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-93). National Family Health Survey. El Salvador*, Asociación Demográfica Salvadoreña/ Center for Disease Control and Prevention, San Salvador/Atlanta.
- AJAMI, I. (1976), « Differential Fertility in Peasant Communities: A Study of Six Iranian Villages », *Population Studies*, vol. 30, n° 3, p. 453-463.
- AMIN, S., CLELAND, J., PHILLIPS, J. F., et KAMAL, G. (1995), « Socio-Economic Change and the Demand for Children in Rural Bangladesh », *The Population Council Research Division Working Paper*, n° 70.

- ANAND, S., et MORDUCH, J. (1999), « Poverty and the 'Population Problem' », dans : M. Livi-Bacci et G. De Santis, éd., *Population and Poverty in Developing Countries*, IUSSP, Oxford, Clarendon Press, p. 9-24.
- ARGUELLÖ, O. (1983), « Pobreza y fecundidad en Costa Rica », *Notas de Población*, vol. 11, n° 32, p. 9-54.
- BANQUE MONDIALE (1990), *Rapport sur le développement dans le monde 1990. La pauvreté*, Banque Mondiale, Washington D.C.
- BASU, A. (1986), « Birth Control by Assetless Workers in Kerala: The Possibility of a Poverty Induced Fertility Transition », *Development and Change*, vol. 17, p. 265-282.
- BASU, A. (2000), « Women, Poverty and Demographic Change: Some Possible Interrelationships over Time and Space », dans : B. García, éd., *Women, Poverty, and Demographic Change*, IUSSP, Oxford, Oxford University Press, p. 21-41.
- BIRDSALL, N. (1980), « Population Growth and Poverty in the Developing World », *Population Bulletin*, vol. 35, n° 5.
- BIRDSALL, N. (1994), « Government, Population and Poverty: A 'Win-Win' Tale », dans : K. Lindahl-Kiessling et H. Landberg, éd., *Population, Economic Development, and the Environment*, Oxford, Oxford University Press, p. 173-198.
- BIRDSALL, N., et GRIFFIN, C. (1988), « Fertility and Poverty in Developing Countries », *Journal of Policy Modeling*, vol. 10, n° 1, p. 29-55.
- BOLTVINIK, J. (1996), « Pobreza y comportamiento demográfico », *DemoS. Carta demográfica sobre Mexico*, p. 20-22.
- BONGAARTS, J. (1980), « Does Malnutrition Affect Fecundity? A Summary of Evidence », *Science*, vol. 208, p. 564-569.
- BROCKERHOFF, M. (1993), « Child Survival in Big Cities: Are the Poor Disadvantaged? », *The Population Council Research Division Working Paper*, n° 58.
- CAIN, M., et MOZUMDER, K. (1981), « Labour Market Structure and Reproductive Behaviour in Rural South Asia », dans : G. Rodgers et G. Standing, éd., *Child Work, Poverty and Underdevelopment*, ILO, Genève, p. 245-287.
- CDC (1992), *Family Planning and Child Survival Survey. Ecuador 1989*, Center for Disease Control, Atlanta.

- CDC (1994), *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993, Costa Rica. Fecundidad y Formación de la Familia*, Programa Salud Reproductiva/Center for Disease Control, San José/Atlanta.
- CEPAR/CDC (1995), *Ecuador : Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 1994*, CEPAR/Center for Disease Control, Quito/Atlanta.
- CEPEP/CDC (1997), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva 1995-96, Paraguay*, Centro Paraguayo de Estudios de Población/Center for Disease Control, Asunción/Atlanta.
- CERED (1997), *Populations vulnérables : profil socio-démographique et répartition spatiale*, CERED, Rabat.
- CHERNICHOVSKY, D. (1984), « Socioeconomic Correlates of Fertility Behavior in Rural Botswana », *Genus*, vol. 40, n° 3-4, p. 129-146.
- CHESNAIS, J.-C. (1997), « Transition de la prospérité et transition de la pauvreté : l'universalisation de la baisse de la fécondité », dans : UIESP, *Congrès international de population, Beijing 1997*, UIESP, Liège, p. 269-285.
- COHEN, B., et HOUSE, W. (1994), « Demographic Behavior and Poverty: Micro-Level Evidence from Southern Sudan », *World Development*, vol. 22, n° 7, p. 1031-1044.
- COSIO-ZAVALA, M. (1995), « Inégalités économiques et sociales et transition de la fécondité en Amérique Latine », dans : D. Tabutin et al., éd., *Transitions démographiques et sociétés. Chaire Quetelet 1992*, Louvain-la-Neuve/ Paris, Academia/L'Harmattan, p. 401-414.
- CSO/BFLA/MH/CDC (1992), *1991 Belize Family Health Survey. Final Report*, Center for Disease Control, Atlanta.
- DASGUPTA, P. (1993), « Poverty, Resources and Fertility: The Household as a Reproductive Partnership », dans : A. Atkinson, éd., *Alternatives to Capitalism. The Economics of Partnership*, New York, St. Martin's Press, p. 207-248.
- DELVECCHIO GOOD, M.-J., GRANT, M. F., et BYRON, J. G. (1980), « Social Status and Fertility: A Study of a Town and Three Villages in Northwestern Iran », *Population Studies*, vol. 34, n° 2, p. 311-319.
- DESAI, M., et SHAH, A. (1988), « An Econometric Approach to the Measurement of Poverty », *Oxford Economic Papers*, n° 40, p. 505-522.

- DE SANTIS, G., et LIVI-BACCI, M. (1999), « Introduction », dans : M. Livi-Bacci et G. De Santis, éd., *Population and Poverty in Developing Countries*, IUSSP, Oxford, Clarendon Press, p. 1-8.
- EGERÖ, B. (1996), « Poverty and Fertility: Reproductive Change under Persistent Poverty », *Yearbook of Population Research in Finland*, n° 33, p. 218-242.
- EPSTEIN, T. S., et JACKSON, D., éd. (1975), *The Paradox of Poverty*, Delhi, McMillan.
- FONG, M. (1985), « Population Dynamics and Rural Poverty », *Genus*, vol. 41, n° 3-4, p. 141-155.
- FRISCH, R. E. (1978), « Population, Food Intake and Fertility », *Science*, vol. 199, p. 22-30.
- GLEWWE, P., et VAN DER GAAG, J. (1990), « Identifying the Poor in Developing Countries: Do Different Definitions Matter? », *World Development*, vol. 18, n° 6, p. 803-814.
- GROSH, M. E., et GLEWWE, P. (1995), « A Guide to Living Standard Measurement Study Surveys and Their Data Sets », *LSMS Working Paper*, n° 120, The World Bank, Washington D.C.
- HULL, T. H., et HULL, V. J. (1977), « The Relation of Economic Class and Fertility: An Analysis of Some Indonesian Data », *Population Studies*, vol. 31, n° 1, p. 43-58.
- IRFAN, M. (1989), « Poverty, Class Structure and Household Demographic Behaviour in Rural Pakistan », dans : G. Rodgers, éd., *Population Growth and Poverty in Rural South Asia*, New Delhi, Sage, p. 76-120.
- KETKAR, S. L. (1979), « Determinants of Fertility in a Developing Society: The Case of Sierra Leone », *Population Studies*, vol. 33, n° 3, p. 479-489.
- KNODEL, J., et PRACHUABMOH, V. (1973), *The Fertility of Thai Women*, Institute of Population Studies, Bangkok.
- KRISHNAJI, N. (1980), « Poverty and Family Size », *Social Scientist*, vol. 9, n° 4, p. 22-35.
- KRISHNAJI, N. (1992), *Pauperising Agriculture: Studies in Agrarian Change and Demographic Structure*, Bombay, Sameeksha Trust/Oxford University Press.
- KRISHNAJI, N. (1995), « Family Size and Wealth - Standing Chayanov on His Head in the Indian Context », *The Journal of Peasant Studies*, vol. 22, n° 2, p. 261-278.

- LACHAUD, J.-P. (1997), « Pauvreté, dimension des ménages et genre au Burkina Faso », *Document de travail*, DT/17/1997, Centre d'économie du développement, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 14 p.
- LANJOUW, Paul, et RAVALLION, Martin (1995), « Poverty and Household Size », *The Economic Journal*, n° 105, p. 1415-1434.
- LAPPE, F., et SCHURMAN, R. (1988), *Taking Population Seriously*, The Institute for Food and Development Policy, San Francisco.
- LERIDON, H. (1982), « The Analysis of Maternity Histories when Data on the Intermediate or Explanatory Variables Refer only to the Situation at the Time of the Survey », dans : A. Hill et W. Brass, éd., *The Analysis of Maternity Histories*, Liège, Derouaux-Ordina, p. 265-284.
- LESTHAEGHE, R., et VANDERHOEFT, C. (1997), « Ready, Willing and Able. A Conceptualization of Transitions to New Behavioral Forms », *IPD-Working Paper 1997-8*, Interface Demography, VUB, Bruxelles.
- LIPTON, M. (1983), « Demography and Poverty », *World Bank Staff Working Paper*, n° 623, World Bank, Washington D.C.
- LIPTON, M. (1996), « Interactions Between Poverty and Population Change, and Some Linkages to Environmental Depletion », document non publié, Poverty Research Unit, University of Sussex, Brighton.
- LIPTON, M. (1999), « Population and Poverty: How Do They Interact? », dans : M. Livi-Bacci et G. De Santis, éd., *Population and Poverty in Developing Countries*, IUSSP, Oxford, Clarendon Press, p. 25-48.
- LLOYD, C. B. (1993), *Fertility, Family Size and Structure: Consequences for Families and Children*, The Population Council, New York.
- LLOYD, C. B., et MARQUETTE, C. M. (1992), *Directory of Surveys in Developing Countries. Data on Families and Households 1975-1992*, The Population Council, New York.
- LOCKWOOD, M. (1997), « Reproduction and Poverty in Sub-Saharan Africa », *IDS Bulletin*, vol. 28, n° 3, p. 91-100.
- LORIAUX, M. (1995), « Les approches méthodologiques en sociologie de la population : bilan et perspectives », dans : H. Gérard et V. Piché, éd., *La sociologie des populations*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 71-113.
- MAMDANI, M. (1972), *The Myth of Population Control*, New York, Monthly Review Press.

- MAURITIUS, Ministry of Health/CDC/University of Mauritius (1993), *Mauritius Contraceptive Prevalence Survey 1991. Survey Report*, Ministry of Health/Center for Disease Control and Prevention/University of Mauritius, Port Louis/Atlanta/Reduit.
- MERWYN, N. (1986), « Level of Living and Fertility Among a Rural Population of the Philippines », *Studies in Comparative International Development*, vol. 20, n° 3, p. 31-46.
- MINK, S. (1993), « Poverty, Population and the Environment », *World Bank Discussion Paper*, n° 189, World Bank, Washington D.C.
- MUELLER, E., et SHORT, K. (1983), « Effects of Income and Wealth on the Demand for Children », dans : R. Bulatao et R. Lee, éd., *Determinants of Fertility in Developing Countries*, New York, Academic Press, vol. 1, p. 590-642.
- NOUMBISSI, A., et SANDERSON, J.-P. (1998), « Pauvreté et comportements démographiques au Cameroun : à la recherche d'un indicateur de pauvreté », dans : F. Gendreau, éd., *Crisis, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, AUPELF-UREF, Paris, Estem, p. 149-163.
- PAKRASI, K., et HOLDER, A. (1988), « Fertility in Contemporary Calcutta: A Biosocial Profile », *Genus*, vol. 37, n° 3-4, p. 201-219.
- PANDA, P. K. (1994), « Household Poverty, Women's Autonomy and Reproductive Behaviour: Linkages in a Rural Setting in Orissa, India », communication au *IUSSP Seminar on Women, Poverty and Demographic Change, Oaxaca, Mexico, October 1994*, 14 p.
- RAO, M. (1997), « Myths of Reproductive Profligacy of Poor. Evidence from Mandya District », *Economic and Political Weekly*, vol. 32, n° 25, p. 1447-1449.
- RAVALLION, M. (1996), « Comparaisons de la pauvreté. Concepts et méthodes », *Document de Travail LSMS*, n° 122.
- ROBINSON, W. C. (1986), « High Fertility as Risk-Insurance », *Population Studies*, vol. 40, p. 289-298.
- RODGERS, G. (1984), *Poverty and Population. Approaches and Evidence*, ILO, Genève.
- RODGERS, G., éd. (1989), *Population Growth and Poverty in Rural South Asia*, New Delhi, Sage.
- RODGERS, G., GUPTA, S., SHARMA, A. N., et SHARMA, B. (1986), « Demography and Poverty at the Micro-Level in Bihar », *Population and Labour Policies Programme Working Paper*, n° 153, ILO, Genève.

- RODGERS, G., GUPTA, S., SHARMA, A. N., et SHARMA, B. (1989), « Demographic Patterns and Poverty among Households in Rural Bihar », dans : G. Rodgers, éd., *Population Growth and Poverty in Rural South Asia*, New Delhi, Sage, p. 27-74.
- SATHAR, Z. A., et KAZI, S. (1987), « Variations in Demographic Behaviour by Levels of Living in Pakistan », *Genus*, vol. 43, n° 3-4, p. 113-136.
- SCHNAIBERG, A., et REED, D. (1972), « Risk, Uncertainty and Family Formation: The Social Context of Poverty Groups », *Population Studies*, vol. 28, n° 3, p. 513-533.
- SCHNEIDER, P., et SCHNEIDER, J. (1995), « High Fertility and Poverty in Sicily: Beyond the Culture vs. Rationality Debate », dans : S. Greenhalgh, éd., *Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 179-201.
- SCHOEMAKER, J. (1987), « Pauvreté et procréation dans les bidonvilles d'Asunción », *Revue internationale d'action communautaire*, 17/57, p. 37-42.
- SCHOEMAKER, J. (1991), « Social Class as a Determinant of Fertility Behaviour: The Case of Bolivia », *Proceedings of the DHS World Conference 1991*, vol. I, p. 73-88.
- SCHOUMAKER, B. (1998a), « L'influence de la mesure du niveau de vie sur la relation pauvreté-fécondité. L'exemple de l'Afrique du Sud », dans : CERED, *Actes du séminaire sur "Population, pauvreté et environnement dans le monde"*, Rabat, Octobre 1997, CERED, Rabat, p. 41-56.
- SCHOUMAKER, B. (1998b), « Pauvreté et fécondité : un aperçu de la littérature des 25 dernières années », dans : F. Gendreau, éd., *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, AUPELF-UREF, Paris, Estem, p. 99-116.
- SCHOUMAKER, B. (1999), « Indicateurs de niveau de vie et mesure de la relation entre pauvreté et fécondité: l'exemple de l'Afrique du Sud », *Population*, vol. 54, n° 6, p. 963-992.
- SEN, A. (1985), « Poor, Relatively Speaking », *Oxford Economic Papers*, vol. 35, p. 153-169.
- SHAFFER, P. (1996), « Beneath the Poverty Debate », *IDS Bulletin*, vol. 27, n° 1, p. 23-35.
- SIMANCAS, L. C., et al. (1989), *Pobreza y Fecundidad en Áreas Marginales de Asunción*, EFACIM-Universidad Nacional de Asunción, Asunción.

- SINGH, S., et MONTEIRO, M. (2000), « Levels of Childbearing, Contraception, and Abortion in Brazil: Differentials by Poverty Status », dans : B. García, éd., *Women, Poverty and Demographic Change*, IUSSP, Oxford, Oxford University Press, p. 113-142.
- SINHA, J. N. (1957), « Differential Fertility and Family Limitation in an Urban Community of Uttar Pradesh », *Population Studies*, vol. 11, n° 2, p. 157-169.
- TABUTIN, D. (1996), « Les systèmes d'information en démographie », dans : G. Caselli, J. Vallin et G. Wunsch, éd., *Démographie : analyse et synthèse. Causes et conséquences des évolutions démographiques*, Materiali di studi di ricerche, DSD/CEPED, Rome/Paris, p. 1-48.
- TABUTIN, D. (1997), « Les transitions démographiques en Afrique sub-saharienne : spécificités, changements... et incertitudes », dans : UIESP, *Congrès international de population, Beijing 1997*, UIESP, Liège, p. 219-247.
- THU, D., GENDREAU, F., et NOZAWA, M. (1998), « Transition vers l'économie de marché, pauvreté et changements démographiques au Viêt Nam », dans : F. Gendreau, éd., *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, AUPELF-UREF, Paris, Estem, p. 51-70.
- TOWNSEND, P. (1985), « A Sociological Approach to the Measurement of Poverty: A Rejoinder to Professor Amarty Sen », *Oxford Economic Papers*, vol. 37, p. 659-668.
- TURNER, A. G. (1995), *Reproductive Health Surveys: Selected Issues in Sampling and Survey Methodology*, United Nations Statistics Division, Technical Notes.
- VISARIA, P. (1980), « Poverty and Living Standard in Asia », *Population and Development Review*, vol. 6, n° 2, p. 189-223.
- WOOD, C. H., et DE CARVALHO, J. A. (1988), *The Demography of Inequality in Brazil*, Cambridge, Cambridge University Press.
- WORLD BANK (1996), *Poverty Reduction and The World Bank. Progresses and Challenges in the 1990s*, The World Bank, Washington D.C.

Annexe
Synthèse des sources, mesures et résultats sur les relations entre pauvreté et fécondité dans 39 études sur les pays du Sud

Auteur(s), Année de public. Contexte et période	Source des données	Mesure de la fécondité	Mesure de la pauvreté	Relation observée entre la fécondité et la pauvreté	Observations
Ajami 1976 Iran rural Début des années 1970	Enquête ménages dans 6 villages, 1974 205 couples	Parité moyenne et parité par durée de mariage (deux groupes : moins de 15 ans et plus de 15 ans)	Indicateur de possession de biens durables et indicateur composite de statut socio- économique	Fécondité plus faible (4,0) dans le groupe à faible niveau de vie (biens durables) que dans les niveaux de vie moyen (5,0) et élevé (5,0). Avec l'autre indicateur, les pauvres ont également la fécondité la plus faible (3,8) et les "riches" la plus élevée (5,4)	Les résultats sont similaires lorsque la durée de mariage est contrôlée
Argüello 1983 Costa Rica Années 1960	Enquête ménages 1966-1967 9 200 ménages	Parité moyenne (femmes de 20 à 49 ans)	Revenu mensuel du chef de ménage	Fécondité plus élevée parmi les pauvres. Mais pas de relation claire en milieu rural, sauf pour la minorité la plus riche à fécondité plus faible. Après contrôle de l'instruction, pas de relation en milieu rural et faible relation en milieu urbain	Les relations sont mesurées uniquement pour les femmes inactives. Le nombre d'observations est insuffisant pour mesurer la fécondité des femmes les plus riches par niveau d'instruction et milieu de résidence
Boltvinik 1996 Mexique Fin des années 1980	Enquête nationale de revenus et dépenses, 1989	Parité par âge et parité moyenne stan- dardisée	Revenu par personne	Fécondité qui diminue assez régulièrement avec l'augmentation du niveau de vie (de 4,9 à 2,8 enfants)	Six groupes économiques : indigents, très pauvres, pauvres... riches. Présence de planification familiale

CEPAL , cité dans De Santis et Livi-Bacci (1999) 1993 Guatemala Années 1980	Pas précisé	Indice synthétique de fécondité	Pas précisé	Fécondité plus élevée parmi les très pauvres (6,7 enfants contre 4,1 pour les autres)	
CERED 1997 Maroc Début des années 1990	Enquête nationale sur la famille, 1995 5 052 ménages	Indice synthétique de fécondité	Groupe socio-économique	Fécondité un peu plus élevée chez les pauvres (3,9 enfants contre 3,6 au total), notamment en ville (3,1 contre 2,5)	Trois groupes de niveau de vie des ménages (défavorisé, moyen, aisé), construits par regroupement de catégories socio-économiques selon leur niveau de vie dans l'enquête sur les niveaux de vie de 1991. Relations inverses pour les ruraux ayant une certaine instruction
Chernichovsky 1984 Botswana rural Début des années 1970	Enquête sur les revenus en milieu rural, 1974 858 mères de plus de 15 ans	Parité par âge et parité moyenne (15-49 ans)	Revenu du ménage avec classement en 3 groupes (30 %, 40 %, 30 %)	Pas de relation entre le niveau de pauvreté et la parité moyenne. Relations variables selon le groupe d'âge	Les parités standardisées (que nous avons calculées) indiquent que les pauvres ont une plus faible fécondité
Cohen et House 1994 Sud Soudan urbain Début des années 1980	Enquête ménages dans une ville, 1983 630 ménages	Parité par âge	Indicateur composite de pauvreté	Fécondité légèrement plus élevée chez les pauvres	

Delvecchio Good et al. 1980 Iran, région N.-E. Début des années 1970	Enquête ménages dans 3 villages et 1 ville, 1973 470 femmes	Parité moyenne standardisée	Revenu du ménage et indicateur de possession de biens modernes	La fécondité diminue légèrement avec l'augmentation du niveau de vie	En ville, la relation est plus marquée avec l'indicateur de possession de biens modernes
Divers auteurs cités par Robinson (1986) 1986 Bangladesh rural Années 1960 et 1970	Diverses enquêtes ménages	Pas précisé	Classe socio-économique, superficie des terres possédées, groupes socio-professionnels	Fécondité plus faible parmi les plus pauvres	Travail de synthèse. Les cinq travaux cités indiquent que les pauvres ont une plus faible fécondité. Un seul indique que la fécondité n'augmente pas uniformément avec le niveau de vie, et qu'elle est maximale aux niveaux de vie intermédiaires
Hull et Hull 1977 Indonésie, Java Central Début des années 1970	Enquête ménages dans un village, 1972-1973 800 ménages	Taux de fécondité par âge, indice synthétique, parité par âge	Revenu du ménage	Fécondité (ISF) qui augmente avec le revenu : de 5,0 pour le niveau le plus bas à 5,4 et 6,2 aux niveaux moyen et supérieur	Fécondité des pauvres plus basse à pratiquement tout âge. Différences dues à l'allaitement et à la stérilité secondaire
Irfan 1989 Pakistan rural Années 1970	Enquête nationale population-travail-migration (PLFMS), 1979 10 288 ménages	Parité par âge et parité moyenne standardisée	Revenu du ménage, classement en octiles	Fécondité en moyenne plus faible parmi les plus pauvres, mais relation variable selon le groupe d'âges (en J inversé au-delà de 35 ans)	Absence de contraception dans la société. Avec les dépenses par personne, on trouve une fécondité plus élevée chez les pauvres (voir Sathar et Kazi ci-dessous)

Ketkar 1979 Sierra Leone occidentale Début des années 1970	Enquête ménages, 1972 2 328 ménages	Parité par âge	Revenu du ménage, revenu de la femme	Relation légèrement positive entre le revenu du ménage et la fécondité, et légèrement négative entre le revenu de la femme et la fécondité	
Knodel et Prachuabmoh 1973 Thá lande Fin des années 1960	Enquête ménages, 1969-1970 environ 3 000 ménages	Parité par âge	Indicateur de possession de biens durables (5 groupes)	Relation en J-inversé aux différents âges, en milieu urbain comme en milieu rural	
Krishnaji 1980 Inde rurale Années 1960	National Sample Survey (NSS), 1964-1965	Taux globaux de fécondité générale et légitime (15-44 ans)	Dépenses par personne	Fécondité nettement plus élevée parmi les pauvres	Mortalité infantile nettement moins forte chez les pauvres (!)
Krishnaji 1992 Inde Années 1950 et 1960	National Sample Survey (NSS)	Pas précisé	Revenu total du ménage, capital	Peu de relation, fécondité un peu plus faible parmi les pauvres	Ouvrage de synthèse rassemblant divers écrits de l'auteur
Langani , cité par Tabutin (1997) 1997 Burkina Faso Début des années 1990	EDS, 1993 5 143 ménages	Indice synthétique de fécondité, parité à 45 ans	Groupes socio-professionnels (7 groupes)	Faible fécondité chez les plus riches (les cadres avec 3,1 enfants), forte fécondité dans les classes "moyennes" (autour de 6,0), très forte fécondité chez les agriculteurs (plus de 7,5) qu'ils soient pauvres ou un peu plus riches	Constitution de deux groupes d'agriculteurs (les "aisés" et les pauvres) basée sur les biens possédés

Lipton 1983 Inde rurale Années 1960	Enquêtes ménages villages	Taux global de fécondité générale (15-44 ans) et parité à 45-49 ans	Possession de terres et type d'occupation	Fécondité plus faible parmi les plus pauvres	Travail de synthèse
Merwyn 1986 Philippines rurales Prov. d'Iloilo Fin des années 1970	Enquête ménages, 1978-1979 766 femmes mariées de moins de 50 ans	Parité moyenne légitime	Revenu par personne (2 groupes)	Fécondité légèrement plus élevée parmi les pauvres (5,8) que parmi les autres (5,3)	l'échantillon ne comprend que les femmes mariées (dans leur premier mariage) ayant au moins un enfant en âge d'aller à l'école ou plus âgé
Noumbissi et Sanderson 1998 Cameroun Fin des années 1980	EDS, 1991 3 538 ménages	Indice synthétique de fécondité et DRAT	Indicateur composite (instruction, biens possédés, eau, électricité...)	En milieu urbain, fécondité qui augmente avec le niveau de pauvreté. En milieu rural, courbe en J-inversé	Quatre groupes : riches, pauvres et deux groupes intermédiaires. Travail effectué par milieu d'habitat. Peu de contraception
Pakrasi et Holder 1988 Inde, Calcutta Années 1970	Enquête sur la planification familiale, 1973-1974 1 534 femmes mariées	Parité par durée de mariage	Dépenses par personne	Fécondité qui augmente assez régulièrement avec le niveau de pauvreté (de 4,5 à 7,9 pour les durées de mariage supérieures à 22 ans)	En déçà de 6 ans de mariage, relation irrégulière et faible
Panda 1994 Orissa rural (Inde) Fin des années 1980	Enquête ménages dans 5 villages, 1989-1990 1 100 femmes mariées	Parité moyenne légitime (15-49 ans)	Revenu annuel du ménage	Parité moyenne qui baisse avec l'augmentation du revenu (de 3,8 à 2,2). Effet du degré d'autonomie de la femme beaucoup plus important parmi les groupes riches et moyens que chez les pauvres	Trois catégories de revenus (low, middle, high). Analyse multi-variée effectuée en contrôlant l'âge

Rao 1997 Inde rurale agricole Années 1980	Enquête ménages dans 3 villages, 1985-1987 670 ménages	Parité par âge	Sept catégories de paysans selon leur statut par rapport à la terre	Fécondité qui au total augmente légèrement de la classe des paysans les plus pauvres à celle des plus riches	Catégories qui vont du gros propriétaire, du paysan riche... au paysan pauvre et à celui sans terre. Étude surtout consacrée à la taille de la famille
Rodgers et al. 1989 Bihar rural (Inde) Début des années 1980	Enquête ménages dans 12 villages, 1981-1983 564 ménages	Parités à 45-49 ans extrapolées sur la base des parités atteintes	Indicateur composite et divers indicateurs de niveau de vie	Selon le type d'indicateur, pas de relation, ou une fécondité légèrement moins élevée parmi les pauvres et plus forte parmi les riches	
Sathar et Kazi 1987 Pakistan Années 1970	Enquête nationale population-travail-migration (PLFMS), 1979 10 288 ménages	Parité par âge et indice synthétique de fécondité	Dépenses par personne avec classement en déciles	En ville comme dans les campagnes, la fécondité augmente avec la pauvreté, mais les écarts entre les 4 ou 5 premiers groupes interdéciles sont très petits	Travail effectué par milieu d'habitat
Schoemaker 1987 Paraguay, Asunción Années 1980	Enquête ménages dans des bidonvilles	Indice synthétique de fécondité	Revenu moyen par adulte actif	Fécondité des bidonvilles nettement plus élevée que celle de la ville entière (5,3 enfants contre 2,9). Dans les bidonvilles, même, plus le revenu est faible, plus la fécondité est forte	Résultats obtenus après contrôle de la scolarité des femmes
Schoemaker 1991 Bolivie Fin des années 1980	EDS, 1989 5 470 femmes mariées ou l'ayant été	Indice synthétique de fécondité	Classe sociale	Fécondité qui baisse régulièrement de la classe la plus pauvre (les agriculteurs avec 7,9 enfants) à la plus élevée et riche (4,2 enfants). Modèle qui demeure dans les deux groupes d'instruction distingués, mais à des niveaux de fécondité différents. Niveau de vie et éducation jouent ensemble	Constitution de 4 classes sociales (agriculteurs, basse, moyenne et élevée) à partir de la profession et du niveau d'instruction du conjoint. Travail effectué en contrôlant le niveau d'instruction. Une analyse MCA

Schoumaker 1998 Afrique du Sud Début des années 1990	South Africa Integrated Household Survey, 1993-1994 9 000 ménages	Parité moyenne standardisée	10 indicateurs différents avec classement en octiles (revenu du ménage, revenu par personne...)	Dans l'ensemble, plus la pauvreté est grande, plus la fécondité est élevée. Mais selon l'indicateur, les inégalités sont plus ou moins grandes. À un niveau de fécondité plus bas, relations très nettes en milieu urbain	Étude cherchant surtout à tester l'influence de la mesure du niveau de vie utilisée sur la relation pauvreté-fécondité. Travail fait au niveau national et par milieu d'habitat
Singh et Monteiro 2000 Brésil Années 1970 et 1980	Recensement de 1970 et enquêtes nationales PNAD, 1977 et 1986	Parité par âge	Revenu par personne	Fécondité très nettement plus élevée chez les pauvres pour les 3 périodes. La parité à 45 ans des plus pauvres est de 6,7 au recensement de 1970, 7,3 à l'enquête PNAD de 1977 et 6,7 à l'enquête de 1986. La parité des riches est de 2,2, 2,8 et 2,8	Contraception présente et variable selon le groupe social
Sinha 1957 Inde urbaine Années 1950	Enquête ménages dans 2 villes d'Uttar Pradesh, 1954 1 018 femmes mariées	Parité par âge et par génération	Revenu de la famille	Parité légèrement plus élevée parmi les pauvres	Les indices synthétiques de fécondité des femmes de 15-44 ans (calculés par nous) indiquent que les pauvres ont 7,3 enfants et les plus riches 5,4 enfants par femme
Thu et al. 1998 Viêt Nam Début des années 1990	Enquête dans 17 villages typiques, 1992-1995	Indice synthétique de fécondité	Revenu annuel par habitant	Aucune relation entre le niveau de vie des villages et l'ISF. Parmi les plus pauvres, on va de 1,8 à 7 enfants, parmi les plus riches de 3,5 à 6	17 villages dont les revenus annuels par tête vont de 30 à 400 dollars. Données agrégées par village difficilement comparables aux autres travaux

Wood et De Carvalho 1988 Brésil 1970 et 1980	Recensements	Indice synthétique de fécondité	Revenu du ménage	Fécondité nationale qui augmente avec le niveau de pauvreté (de 3,3 à 7,5 en 1970, de 2,9 à 6,1 en 1980). De 1970 à 1980, la fécondité reculera le plus parmi les groupes les plus pauvres en ville, les plus riches en milieu rural	Résultats qui font partie d'une vaste étude sur "The demography of inequality" au Brésil. Données par milieu d'habitat. Quatre groupes de revenus
World Bank, cité par Thu et al. (1998) 1995 Viêt Nam Début des années 1990	Enquête démographique nationale, 1994	Indice synthétique de fécondité	Dépenses par personne, classement en quintiles	Fécondité qui diminue régulièrement des plus pauvres (4,9 enfants) aux plus riches (1,8 enfants)	

Résultats des enquêtes "Santé familiale et reproductive" du CDC (Center for Disease Control and Prevention)

1992 Béliez Début des années 1990	Enquête sur la santé familiale 1991 2 656 femmes de 15-44 ans	Indice synthétique de fécondité	Indicateur composite de possession de biens durables (3 groupes)	Fécondité nettement plus élevée parmi les pauvres (6,7) que parmi les niveaux de vie moyen (4,3) et aisé (2,7)	Résultats issus, pour chaque pays, d'un tableau de données sur la fécon- dité différentielle présenté dans le rapport général d'enquête, sans autre commentaire ou analyse
1994 El Salvador Début des années 1990	Enquête sur la santé familiale 1990 6 207 femmes de 15-49 ans	Indice synthétique de fécondité	Indicateur composite de niveau socio- économique (3 grou- pes)	Fécondité nettement plus élevée parmi les pauvres (5,6) que parmi les niveaux de vie moyen (3,4) et aisé (2,4)	
1992 Équateur Fin des années 1980	Enquête sur la planification familiale et la survie des enfants 1989 7 981 femmes de 15-49 ans	Indice synthétique de fécondité	Indicateur composite de possession de biens durables (3 groupes)	Fécondité nettement plus élevée parmi les pauvres (6,0) que parmi les niveaux de vie moyen (3,9) et aisé (2,4)	
1995 Équateur Début des années 1990	Enquête démographique et de santé maternelle et infantile 1994 13 582 femmes de 15-49 ans	Indice synthétique de fécondité	Indicateur composite de possession de biens durables (3 groupes)	Fécondité nettement plus élevée parmi les pauvres (5,7) que parmi les niveaux de vie moyen (3,9) et aisé (2,4)	
1994 Costa Rica Début des années 1990	Enquête nationale de santé reproductive 1993 3 618 femmes de 15-49 ans	Parité des âges et indice synthétique de fécondité (3 groupes)	Indicateur composite de possession de biens durables	Fécondité (ISF) nettement plus élevée parmi les pauvres (4,2) que parmi les niveaux de vie moyen (3,0) et aisé (2,2)	

1993 Île Maurice Début des années 1990	Enquête de prévalence contraceptive 1991 5 362 femmes de 15-44 ans	Parité des âges et indice synthétique de fécondité (3 groupes)	Indicateur composite de niveau socio-économique	Fécondité légèrement plus élevée parmi les pauvres (2,7) que parmi les niveaux de vie moyens (1,9) et aisés (2,1)	
1997 Paraguay Début des années 1990	Enquête nationale de démographie et de santé reproductive 1995-1996 6 465 femmes de 15-49 ans	Parité des âges et indice synthétique de fécondité (3 groupes)	Indicateur composite de niveau socio-économique	Fécondité nettement plus élevée parmi les pauvres (6,7) que parmi les niveaux de vie moyen (4,2) et aisés (2,6)	

CONTEXTES INSTITUTIONS ET ACTEURS POUR UNE APPROCHE MULTIPLE DES RELATIONS ENTRE CONDITIONS DE VIE ET COMPORTEMENTS REPRODUCTIFS

Susana LERNER

El Colegio de México, México, Mexique

André QUESNEL

Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Paris, France

1 - Introduction : un cheminement problématique et méthodologique

Le débat *population-développement* a changé de registre au cours des dernières années. Au départ du champ économique, il s'est fragmenté et s'est placé, d'une part, autour de la problématique *population-environnement* et, plus largement, du *développement durable*, et, d'autre part, autour de la problématique *population-santé de la reproduction*. La santé de la reproduction, concept élaboré par l'OMS (WHO, 1976 ; Fathala, 1992), s'est constituée rapidement en un champ de référence de la définition des actions du FNUAP en matière de régulation de la fécondité, mais aussi de nombre d'ONG, en matière de droits des femmes et plus particulièrement de leurs droits reproductifs. La conférence du Caire (1995) a consacré l'extension des domaines en matière de santé de la reproduction qui doivent faire l'objet de recommandations des instances internationales, sinon d'une juridiction internationale, dès lors

qu'elle touche aux droits des individus. Toutefois, c'est la mobilisation de la recherche autour de cette problématique qui a conduit à un élargissement des domaines qu'elle recouvre. Le concept récupère des dimensions qui étaient contenues dans les programmes de planification familiale (le droit des individus à décider du nombre de leurs enfants, la responsabilité du couple, le droit d'accès aux services, le bien-être familial) et en intègre d'autres, comme les relations de genre, la sexualité, les droits reproductifs, autant de dimensions nouvelles qui conduisent à réviser la notion même de santé.

Dans cet environnement, la relation entre *pauvreté-fécondité* et *planification familiale* reste cependant abordée en termes macro-économiques et macro-démographiques, comme l'est encore la relation entre *pauvreté et croissance de la population*, même si le discours et surtout l'intervention des pouvoirs publics sont élaborés au niveau des familles, des individus et plus particulièrement des femmes.

Au Mexique, un débat idéologique sur le sens de la relation entre développement et croissance démographique s'est situé à ces niveaux macro-économique et individuel. Il a opposé les partisans du développement économique aux partisans du contrôle de la croissance démographique. Ces derniers, largement représentés par le secteur médical, en prenant position pour une réduction de la fécondité comme un préalable et une nécessité du développement économique et social du pays, ont d'autant mieux emporté le débat qu'ils ont préconisé de considérer la planification familiale comme partie des activités du secteur santé, autrement dit, présenter leurs activités dans le champ plus large du développement sanitaire et social de la population (Brachet Márquez, 1985). L'État mexicain a alors modifié sa position quant à la régulation de la croissance démographique, avec la promulgation de la Loi de population de 1973, qui rompt avec la première loi de 1940, d'idéologie très populationniste, et avec la mise en place du Programme de planification familiale (PPF) de 1976. L'ensemble des services et des agents a été mobilisé pour la mise en œuvre de la politique de population et du PPF. En 1982, contre toute attente, l'enquête nationale de fécondité révélait l'efficacité de ce programme. La baisse était d'autant plus spectaculaire qu'elle concernait, depuis 1976 et surtout 1979, les classes sociales les plus pauvres (DGPF, 1987). Par la suite, on a pu croire à un ralentissement de cette baisse dans les classes les plus pauvres ; il s'agissait en fait d'une modification très forte du calendrier : les générations des groupes d'âges 15-25 ans continuaient d'avoir une fé-

condité précoce, constituant rapidement leur descendance et interrompant leur vie générésique par le biais de la stérilisation (ligature des trompes) (Zavala de Cosio, 1992). Ces changements brutaux de l'intensité et du calendrier de la fécondité des classes sociales les plus défavorisées sont liés à l'intervention des services de santé et de leurs agents dans la mise en œuvre et la diffusion des méthodes contraceptives (Potter *et al.*, 1986), soulignant ainsi de manière plus générale l'importance du rôle que les institutions sociales jouent dans la régulation de la fécondité¹.

Dès lors, il apparaissait insuffisant, pour alimenter le débat *pauvreté-développement-fécondité*, de se satisfaire de corrélations peu significatives entre de simples données économiques - soit au niveau collectif ou individuel agrégé - et les évolutions de la fécondité et de l'intensité de la pratique contraceptive. Par ailleurs, on constatait, dans des contextes que l'on avait identifiés comme homogènes selon un nombre important de critères, que se dessinait une forte différenciation vis-à-vis du recours aux moyens de contraception de la part des individus, indiquant par là une différenciation des comportements reproductifs. De plus, en se situant au niveau des acteurs, si une grande majorité de femmes, même les plus pauvres, avaient recours à la contraception, il restait que les modalités étaient fort différencierées et surtout qu'un certain nombre d'entre elles semblaient rester en marge, non seulement du PPF, mais aussi (et en même temps) du système de santé.

Il était alors important, nous semblait-il, de s'intéresser aux institutions de santé, non seulement du point de vue de leurs pratiques quant à la mise en œuvre du programme de planification familiale, mais également du point de vue de leur rôle comme instances de médiation auprès des familles et auprès des femmes, et plus encore de les considérer comme espace de socialisation, de contrôle, d'intervention et de négociation entre leurs agents et les femmes.

Il convenait enfin de se demander si, lors des transactions entre les agents de la santé et les femmes, s'opérait une *actualisation*² des rapports

¹. L'indice conjoncturel de fécondité baisse de 6,0 en 1974 à 5,0 en 1979, pour atteindre 2,5 enfants par femme en 1994 (CONAPO, 1999). En milieu rural, cet indice varie respectivement, aux mêmes dates, de 7,6 à 7,0 et 3,8 enfants par femme. Le pourcentage d'utilisatrices en milieu rural passe de 14,1 % des femmes en 1976, à 32,3 % en 1987, pour atteindre 52,7 % en 1995, contre respectivement 43,1 %, 61,8 % et 71,3 % en milieu urbain.

². Nous reprenons le sens économique du terme – l'évaluation de la valeur actuelle d'un bien matériel, d'un prix, etc. – mais nous l'entendons comme un processus

sociaux qu'elles avaient entretenus auparavant avec les autres acteurs des instances sociales, prises comme autant d'espaces de socialisation (la famille d'origine, la communauté, l'école, l'unité de production, et enfin le couple), bref, s'il s'opérait une *actualisation* de leur trajectoire reproductive. On était donc amené de nouveau à étudier les trajectoires individuelles de certains groupes sociaux en les replaçant dans les différents contextes de socialisation et de reproduction où ils avaient vécu.

Nous venons d'évoquer le cheminement problématique et méthodologique que nous avons suivi ces dernières années lors des recherches menées sur les transformations de la dynamique démographique et des comportements reproductifs dans différents contextes agraires du Mexique³. Aussi, plutôt que d'entrer directement dans le débat théorique « transition démographique et pauvreté » ou « pauvreté et fécondité », proposons-nous ici de rendre compte des différentes étapes de ce cheminement. En considérant à grands traits les différentes approches – contextuelle, institutionnelle, transactionnelle et biographique – des comportements reproductifs⁴, nous aborderons des dimensions particulières du débat auquel nous convie ce séminaire. Nous nous efforcerons enfin de rendre compte des modalités qu'implique chacune des approches considérées, et où se combinent des enquêtes (histoire du groupe familial, histoire matrimoniale du couple, histoire des grossesses, histoire contraceptive des femmes et des hommes) et des entrevues auprès d'un échantillon de femmes et d'hommes tiré des enquêtes selon la spécificité de leur trajectoire reproductive, ainsi que des entrevues auprès des agents des services de santé.

et l'élargissons au sens d'évaluation par les femmes de la situation vécue à l'aune des expériences passées dans ce domaine, comme l'accouchement par rapport aux accouchements antérieurs, ou bien plus largement encore à l'aune de l'*habitus* et de l'*histoire* de l'individu.

³. Les études ont eu lieu dans la Valle del Yaqui (État du Sonora), dans la zone sucrière de l'État du Morelos et dans la zone de l'henequen (sisal) de l'État du Yucatan.

⁴. Il s'agit du niveau d'approche – le contexte, l'institution, l'individu – et non pas d'analyse formalisée dans le cadre d'une discipline, comme l'analyse contextuelle (ou multi-niveaux) ou l'analyse biographique dans le cas de la statistique.

2 - L'approche au niveau des contextes ou approche contextuelle

Dès la fin des années 1960, le débat *population-développement* en Amérique latine, au sein de CLACSO⁵, devait conduire à souligner la nécessité de prendre en compte les conditions de formation du contexte économique et social (la dimension historico-structurelle) propre à chaque pays – mais aussi à chaque région de l'espace national – dans le cadre de la division internationale du travail. Aussi nombre d'études ont-elles été menées dans ce sens à partir du milieu des années 1970 (Miró et Rodríguez, 1981 ; Montali et López Pattara, 1982). Toutes ces études ont apporté une contribution importante à la compréhension des comportements reproductifs, et plus particulièrement des comportements migratoires, en les référant à des contextes spécifiés, même si l'on peut critiquer, dans de nombreux cas, la schématisation du cadre théorique qui a souvent été faite au niveau de l'analyse régionale. La démarche consistait à considérer les individus comme partie prenante de classes sociales et de leurs rapports, et dans chacune d'elles à considérer la famille comme instance médiatrice entre le niveau macro et le niveau micro. On retiendra donc cette leçon pour questionner les schémas analytiques de la relation *développement (pauvreté)-accroissement de la population* selon lesquels on invoque aujourd'hui la crise économique au niveau général et on se situe au niveau des individus pour expliquer leur attitude quant au recours aux moyens contraceptifs afin de réguler leur fécondité. Cependant, on doit reconnaître qu'aujourd'hui, en Amérique latine, le plus grand nombre d'études insistent sur la nécessité de contextualiser les comportements reproductifs et de les étudier au niveau des instances sociales - au premier rang la famille - qui médiatisent cette relation⁶.

L'autre critique formulée par CLACSO et par d'autres instances de coordination, comme PISPAL, et à laquelle nous avons essayé d'échapper, a porté sur les indicateurs habituellement utilisés pour rendre compte des phénomènes démographiques, comme la nuptialité et la

^{5.} CLACSO, Commission latino-américaine des sciences sociales.

^{6.} On retrouve là une préoccupation ancienne des travaux réalisés par la *Comisión de Población y Desarrollo, 1981-1986* devant l'insuffisance ou l'insatisfaction des cadres théoriques, pour expliquer les comportements reproductifs ou la dynamique de population, la famille étant considérée comme l'instance médiatrice entre l'individu et la société.

fécondité des pays en développement. Ces indicateurs, s'ils sont indispensables à l'analyse de l'évolution du calendrier et de l'intensité de ces phénomènes, ne peuvent plus, de par les référents de leur construction (les populations européennes du XIX^e et du début du XX^e siècle), expliquer en même temps la nature et le sens de leur changement (Lerner et Quesnel, 1986 ; Samuel *et al.*, 1994).

Nos études ont été réalisées en choisissant des contextes agraires considérés comme homogènes selon un certain nombre de critères agro-économiques et démographiques. Après restitution de ces contextes, de leur hétérogénéité cachée et de leur composition selon différents groupes sociaux, l'analyse pouvait se situer au niveau des unités de production et des unités familiales. L'idée sous-jacente restait que l'on devait pouvoir restituer la valeur des indicateurs démographiques dans le temps et dans les différents groupes sociaux du contexte considéré. L'objectif de notre recherche à ce niveau était d'examiner d'abord l'effet des changements dans le secteur agricole, en ce qui concerne les arrangements familiaux et la redistribution des rôles à l'intérieur de la famille : ces recompositions étant susceptibles de favoriser l'émergence de nouveaux idéaux et comportements en matière de fécondité. Ainsi, à la suite de la crise économique des années 1980 et plus particulièrement du secteur agricole, on pouvait constater une forte détérioration des capacités de subsistance des unités familiales, accompagnée d'une moindre nécessité de recourir à la main-d'œuvre familiale. Il en résultait, en conséquence, une moindre absorption de cette dernière au sein de ces unités et le développement de la pluriactivité des membres les plus jeunes, hommes et femmes, voire du responsable de l'unité de production agricole, à l'extérieur de cette unité. Les revenus extérieurs tirés des activités salariées des différents membres constituaient peu à peu dans ces familles la principale sinon l'unique voie pour garantir sa survie ; en conséquence, l'unité de production agricole n'avait plus qu'un rôle de redistribution de la force de travail à l'extérieur. Aussi les lieux d'exercice des activités à l'extérieur de l'unité domestique constituent-ils les nouveaux espaces de socialisation des jeunes femmes et jeunes hommes, espaces où les idéaux de taille de la famille et de constitution de la descendance, en vigueur dans la communauté d'origine, vont être problématisés. D'autres éléments économiques viennent accentuer l'appauvrissement de la famille en ayant un impact important sur l'élaboration de ces idéaux : l'accroissement des coûts en matière d'alimentation, de santé et surtout d'éducation se fait sentir de manière

d'autant plus aiguë que s'accroissent les difficultés d'insertion des plus jeunes sur le marché du travail, cela ayant pour effet de mettre la nécessité d'une scolarisation prolongée des enfants, garçons et filles, en exergue des demandes et stratégies familiales (Lerner et Quesnel, 1989).

Ces transformations de l'économie domestique accompagnent celles de la composition et de la structure démographiques des unités domestiques, dues aux effets de la baisse de la mortalité et du maintien de la fécondité à des niveaux élevés jusqu'au début des années 1980, effets qui se traduisent par une coexistence prolongée entre les générations et entre les membres du groupe domestique, retardant ainsi la transmission des biens matériels, en particulier la terre, et des pouvoirs au sein de la parentèle, et questionnant plus généralement les relations sociales de production au sein du groupe domestique (Lerner et Quesnel, 1985 ; Quesnel et Lerner, 1989). En conséquence, ces nouvelles conditions de fonctionnement et de reproduction des unités domestiques ne peuvent manquer de favoriser de nouvelles représentations de la valeur des enfants et de leur place au sein du groupe domestique, représentations qui vont se différencier selon les couples, mais aussi selon l'homme et la femme à l'intérieur du couple. Les couples ont de plus en plus tendance à considérer qu'une nombreuse descendance n'est plus nécessaire à l'organisation économique du groupe domestique, et que l'aide de leurs enfants lors de la vieillesse ne leur est plus assurée ; d'ailleurs, nombre d'entre eux ne l'attendent pas. Les femmes, cependant, valorisent, bien plus que les hommes, l'aide ponctuelle qu'elles reçoivent de la part de leurs enfants, et ne sont pas sans évoquer, certes de manière ambiguë, l'aide probable que ceux-ci pourront leur apporter plus tard. Il faut aussi mentionner que cette ambiguïté semble devoir beaucoup au fait qu'en deçà de ces changements d'idéaux générés par les transformations de l'économie domestique, la valorisation de la maternité et de la paternité reste très prégnante dans l'ensemble des représentations des femmes et des hommes de ces sociétés paysannes au moment de l'union ; elle va peser très lourd sur les circonstances entourant la première grossesse, comme on le verra plus loin. Il reste qu'une demande de régulation de la fécondité et de diminution de la descendance se fait jour parmi les individus, mais elle s'exprime de manière fort différenciée selon les familles, les couples, les générations, les hommes et les femmes, et selon les contextes agraires (Lerner et Quesnel, 1989 ; Gautier et Quesnel, 1993).

Le fait d'avoir privilégié la référence au contexte agricole et familial, comme plus tard à la notion d'institution de santé, nous a conduits à considérer l'individu dans les différents espaces sociaux où il vit et où il a vécu. Ceci nous a alors amenés à prendre en compte la trajectoire d'un individu, de la femme plus particulièrement, en essayant de la référer à différents contextes et moments de son existence, tels que la famille d'origine, la formation de l'union, les premières années du couple, les conditions socio-familiales et les conditions d'accès aux institutions de santé lors de la première grossesse et lors des grossesses ultérieures, les conditions de scolarisation et de travail des enfants, etc. Nous reviendrons sur la méthode que nous avons suivie pour cela, nous voulons souligner pour le moment qu'il s'agissait d'aborder ces contextes comme des espaces de socialisation plus ou moins normatifs, où les individus, en relation avec d'autres acteurs, définissent leur attitude et leurs pratiques quant à la constitution de leur descendance. Cependant, notre approche, que nous qualifions d'institutionnelle, devait se centrer auparavant sur des institutions formalisées, comme les institutions de santé, pour le rôle qu'elles ont joué en tant que responsables de la mise en place et du fonctionnement du PPF et pour leur influence quant à la diffusion des idéaux de fécondité.

3 - L'approche au niveau des institutions ou approche institutionnelle

Au milieu des années 1980, on se trouvait dans l'incapacité d'expliquer le maintien ou la baisse de la fécondité dans les catégories les plus pauvres, dans la mesure où les éléments comme le recul de la mortalité infantile, le moindre recours à la main-d'œuvre infantile et/ou la plus ou moins grande solidarité dans le cadre de stratégies familiales de survie n'avaient pas les mêmes implications ni le même sens dans tous ces groupes sociaux. En particulier dans ces différents contextes agraires caractérisés par un faible niveau de développement infrastructurel, des conditions de vie précaires, un faible niveau de scolarisation, et plus encore quand ces conditions se trouvaient accentuées parmi certaines catégories sociales comme les *ejidatarios*, les résultats de nos études soulignent que les nécessités en main-d'œuvre familiale, l'exigence d'une meilleure formation de cette main-d'œuvre, la plus grande valorisation de la scolarisation des enfants, les coûts liés à leur élevage et leur éducation, ou encore les attentes quant à l'aide au cours de la vieillesse,

cation, ou encore les attentes quant à l'aide au cours de la vieillesse, empêchent d'envisager une nombreuse descendance. D'autre part, dans la plupart de ces groupes sociaux, les référents des comportements reproductifs semblaient avoir changé, en même temps qu'apparaissait l'indication d'un recours accru des femmes aux moyens contraceptifs, quel que soit leur groupe social d'appartenance et, dans une moindre mesure, quel que soit leur niveau d'éducation. De tels résultats exigeaient de prendre en compte le rôle des institutions en charge des politiques sociales et de planification familiale auprès des familles, et plus particulièrement des femmes (Lerner et Quesnel, 1994).

Il convient de souligner à nouveau que certains groupes sociaux appartenant au secteur politique, au secteur de la santé et à diverses organisations gouvernementales se sont assigné, dans les différents pays d'Amérique latine, comme une priorité nationale la conduite d'actions en vue de réduire et réguler la fécondité. Cela se traduit par la mise en place d'un programme de planification familiale dans le cadre de la politique publique de population, comme au Mexique, ou en l'absence de celle-ci, comme au Brésil, en laissant faire toutes sortes d'associations (Zavala de Cosio, 1992 ; Martine, 1996). Dans le cas du Mexique, à partir de 1976, avec le PPF qui s'inscrit dans la Loi de population de 1973, c'est à la fois le cadre matériel et le cadre idéologique de la procréation qui vont passer sous la responsabilité – et le contrôle – des institutions de santé et de leurs agents au détriment des autres instances et acteurs, comme les instances communautaires, la famille élargie, le conjoint, les matrones et les Églises, même si l'influence de ces derniers s'exerce encore fortement, en particulier durant la première grossesse de la femme, dans certaines régions et parmi certains groupes sociaux.

Face à l'institutionnalisation et à l'extension massive du PPF, qui s'exprime par la mobilisation de l'ensemble du personnel de santé, l'intégration des matrones (*parteras*) aux services d'assistance à la grossesse et à l'accouchement, l'orientation de nombreuses actions de santé materno-infantile vers le contrôle de la fécondité, l'accroissement des ressources financières dans le domaine de la santé reproductive, on ne peut s'étonner des changements des niveaux de fécondité dans les groupes les plus défavorisés, qui sont attribués pour 80 % à une intensification de l'usage des contraceptifs (Juárez *et al.*, 1989 ; Gómez de León, 1996). Cependant, on doit reconnaître que ces programmes furent implantés quand les conditions étaient favorables à une modifica-

tion des comportements reproductifs, transformations qui se seraient réalisées probablement suivant d'autres modalités et d'autres rythmes, le PPF contribuant finalement à une accélération du changement.

Autrement dit, il nous semblait intéressant de confronter les processus de demande et d'offre de régulation de la fécondité (Lerner et Quesnel, 1994). Du côté de la demande, nous avons vu que nous nous sommes efforcés d'identifier les facteurs qui, au sein des familles appartenant à des contextes agraires en pleine déstructuration économique, pouvaient la générer de la part des femmes, ou pour le moins, comment la formulation d'une demande - ou d'une pratique contraceptive - est possible au sein de ces sociétés paysannes⁷. Du côté de l'offre, nous nous sommes intéressés à la position des agents des institutions de santé et aux modalités de leur intervention dans le domaine de la régulation de la fécondité. D'un côté comme d'un autre, qu'il s'agisse des unités familiales et des institutions de santé ou d'autres institutions comme les Églises, les fiançailles, le mariage, etc., nous les avons considérées comme autant de lieux de socialisation, de négociation, de décision et d'action des individus en face de la santé et de la régulation de la fécondité. Ces institutions sont bien souvent le siège de logiques antagonistes, d'inégalité sociale et de pouvoir entre les genres et les différents acteurs qui y interviennent.

Ainsi cette ligne de recherche nous conduit-elle à examiner les effets qu'imprime l'action de l'État à travers ses institutions et par le biais des relations que ses agents établissent avec les femmes en matière de procréation, en essayant de dépasser l'approche conventionnelle qui se limite à une évaluation de l'offre en termes de moyens mis à disposition des individus, des familles, par les centres de santé et à une évaluation de la demande en termes de « demande insatisfaite » ou de réponse à travers l'intensité du recours aux divers contraceptifs, et en particulier du recours à la ligature des trompes.

4 - L'approche au niveau des acteurs

⁷. Au Yucatán, en 1987, lors d'entretiens auprès des femmes appartenant à l'échantillon de notre enquête réalisée en 1980, on a pu constater que les femmes étaient en mesure de parler de leur pratique contraceptive, celle-là même qu'elles avaient occultée à l'enquête ; fait significatif de l'ouverture idéologique que provoque en quelques années le PPF, en légitimant par ses différentes interventions l'idée de régulation de la fécondité (Gautier et Quesnel, 1993).

ou approche transactionnelle

Considérant chacune des institutions comme productrice de normes, nous sommes amenés à l'analyse des rapports qu'entretiennent les femmes avec les autres acteurs dans les différents espaces de transaction⁸ où elles vivent ou ont vécu : famille d'origine, espace conjugal et familial, et espace des institutions de santé.

Les institutions de santé sont considérées comme des espaces de socialisation et de négociation, autour des comportements reproductifs, entre médecins et femmes, mais elles sont surtout, à travers leurs agents, des organes d'intervention se donnant des objectifs à réaliser et ayant une logique propre. Ces institutions s'interposent entre les autres institutions, comme la communauté et la famille, et diffusent des normes biomédicales de la procréation (âge au mariage, âge au premier et dernier enfant, espacement entre naissances, nombre idéal d'enfants, modalités de l'accouchement, etc.), qui viennent interférer avec celles qui sont en vigueur dans la société ou communauté considérée. La diffusion de nouveaux schémas de procréation se réalise tout au long de la vie reproductive des femmes, et principalement au moment de l'accouchement, celui-ci ayant lieu aujourd'hui dans plus de 80 % des cas en clinique ou en hôpital, dans les zones rurales considérées. Le médecin s'interpose entre le mari et la femme, quant aux décisions à prendre en matière de constitution de la descendance, en se situant, de manière générale, autant sur le terrain de l'économie domestique (soulignant les difficultés d'élevage des enfants, par exemple) que sur le terrain des risques sanitaires de grossesses supplémentaires. Si cette relation conduit à une individuation des femmes en ce qui concerne leur santé et leur vie reproductive, et à une marginalisation du mari, qui pourraient amener les femmes à prendre la décision de contrôler leur fécondité, soulignons que c'est par une logique interventionniste, basée

⁸. La notion de transaction a été utilisée par différentes approches disciplinaires, et en particulier économique. Dans notre travail, cette notion renvoie à des processus plus complexes (idéologique, symbolique, économique) d'échanges et de relations sociales entre les individus au sein des différentes arènes sociales où ils sont amenés à se confronter. La nature et les conditions de la transaction dépendent de la position des individus dans la structure sociale et de l'asymétrie des rôles et des pouvoirs qui sont identifiés entre les acteurs et les institutions.

sur une logique obstétrique⁹, que l'institution de santé amène les femmes à interrompre leur vie reproductive après le troisième enfant (Lerner *et al.*, 1994). Soulignons que c'est encore au moment du premier accouchement en clinique que se joue, selon les conditions de sa réalisation, l'intégration au système biomédical, et qu'à chacun des accouchements subséquents, celle-ci est soumise à une actualisation de la part de la femme et est susceptible d'être remise en cause.

Aussi, afin d'évaluer le niveau d'intégration des femmes au système de santé, convient-il d'évaluer l'intensité des relations établies avec les agents des institutions de santé, relations qui sont susceptibles d'influencer et d'infléchir la vie reproductive de chacune de ces femmes. Il faut cependant situer cette prédominance croissante des médecins par rapport aux autres acteurs, autrement dit, il s'agit d'appréhender sous quel jeu d'influences se prennent les décisions concernant le suivi prénatal, les modalités d'accouchement, et surtout d'espacement et de contraception. Pour ce faire, au cours de nos entrevues, nous avons considéré les acteurs qui interviennent à chacune des étapes de la première grossesse, puis lors de chacune des grossesses ultérieures.

Nous traiterons plus loin de l'approche en termes de trajectoire, mais disons déjà que nous avons pris le parti méthodologique de distinguer les femmes selon des catégories qui expriment la spécificité de leurs trajectoires familiale, conjugale, générative et contraceptive, afin de mieux rendre compte de l'intensité et de la nature des transactions qui s'opèrent entre les femmes et les différents acteurs, les médecins plus particulièrement. L'analyse est donc menée autour des événements de la procréation constitutifs de la trajectoire reproductive – grossesse, accouchement, planification familiale – à partir des entrevues auprès des femmes distinguées selon leur trajectoire contraceptive. Cette catégorie analytique, que nous avons appelée TRACON (trajectoire contraceptive), est définie selon un nombre limité de variables dichotomiques : l'utilisation de moyens contraceptifs modernes avant le troisième enfant, l'absence de naissance due à l'échec d'utilisation d'une

⁹. Il est admis sans remise en question qu'après trois césariennes, les risques d'une nouvelle grossesse exigent la ligature des trompes. Or en milieu rural, les accouchements sont réalisés par de jeunes médecins effectuant leur service social (les *pasantes*), qui, pour éviter toute complication lors du premier accouchement de la jeune femme, ont tendance à réaliser systématiquement une césarienne, cette première césarienne induisant la deuxième, puis la troisième (Gautier et Quesnel, 1993).

méthode, l'arrêt volontaire de la contraception entre les grossesses successives. Nous avons ensuite cherché à comprendre à quel moment et dans quelles conditions de leur histoire reproductive les femmes se sont acheminées vers une situation plutôt qu'une autre. Quelles sont les influences qui se jouent autour de la conception, de la grossesse et de l'accouchement, et qui s'expriment en synthèse dans chaque catégorie de trajectoire reproductive ? (Lerner *et al.*, 1994). C'est la synthèse de ce jeu d'influence des différents acteurs autour de la première grossesse et de ses conséquences sur les grossesses suivantes que nous avons cherché à représenter dans le schéma en annexe.

5 - L'approche des trajectoires reproductives ou approche biographique de la vie reproductive

Enfin, nous avons voulu privilégier une quatrième approche, que l'on pourrait aussi considérer comme une approche au niveau des acteurs, mais qui s'en distingue dans la mesure où il ne s'agit plus d'appréhender la relation qui s'établit entre des individus selon leur position dans l'arène sociale, mais plutôt de suivre la trajectoire d'un individu - ici les femmes - lorsqu'il traverse différents espaces de socialisation au cours de son existence.

L'idée qui soutient notre démarche analytique est, du point de vue des comportements reproductifs, de chercher l'hétérogénéité cachée des contextes agraires. Plus précisément, il convient, dans un même contexte agraire, et malgré la massification des services de la planification familiale, de savoir pourquoi et comment, d'une part, des femmes qui partagent des situations socialement proches (contexte rural, niveau des infrastructures de santé, éducatives, etc.) et des caractéristiques similaires en termes de niveau éducatif, d'insertion de leur conjoint dans la structure productive, présentent un comportement reproductif différencié, et d'autre part, des femmes qui ont des caractéristiques différencierées présentent le même comportement reproductif, quand celui-ci est considéré en termes de nombre d'enfants, d'utilisation de la contraception, etc.

La démarche consiste à distinguer les différentes trajectoires des femmes, non seulement celles qui sont directement liées à la vie génésique et aux pratiques contraceptives suivies, mais aussi celles qui rendent compte de différentes étapes de leur histoire familiale, conjugale,

etc. D'une manière générale, les trajectoires reproductives sont problématisées et se différencient à chaque étape de l'existence, et plus particulièrement lors de la constitution de la descendance, dans les rapports entretenus dans les différentes instances sociales. Les trajectoires sont alors modelées selon le poids de ces instances sociales. C'est ainsi que se génèrent les processus d'intégration ou d'exclusion de certaines catégories de la population.

Il s'agit donc d'identifier à partir de quel événement, de quelle relation, avec quel acteur, dans quelles conditions, etc., ces trajectoires se constituent. Il s'agit en quelque sorte de dégager les éléments qui expriment le mieux la singularité des trajectoires de certaines femmes par rapport aux autres, éléments synthétiques qui rendent compte, entre autres, de processus de marginalisation ou au contraire d'intégration à l'institution considérée, qu'il s'agisse de la famille, de la communauté ou de l'institution de santé. De plus, il nous est possible de recourir à ces trajectoires, différencier les unes des autres, en tant que catégories analytiques pour mieux analyser ces processus de socialisation, intégration ou marginalisation, comme nous l'avons indiqué dans la section précédente.

De cette manière, nous avons pu montrer les modalités de la médicalisation croissante de la procréation et, en même temps, montrer que, dans un contexte de pauvreté, celle-ci ne se faisait pas sans marginalisation des femmes et remise en cause de cette médicalisation de leur part. On rencontre des femmes qui demeurent en marge des services de santé et qui, d'une certaine façon, s'excluent d'elles-mêmes de ce système biomédical, alors que d'autres, au contraire, l'intègrent et en adoptent la logique, les normes et les pratiques en matière de régulation de la fécondité.

6 - Conditions de vie, pauvreté et planification familiale

L'analyse des contextes agraires et familiaux, l'analyse des trajectoires reproductives des femmes, l'analyse de la transaction entre les agents de la santé, la famille et le couple, ainsi que l'analyse de l'intégration au système de santé à travers les modalités de la constitution de la descendance, en particulier celles qui concernent l'assistance prénatale et à l'accouchement, etc., toutes ces analyses nous ont conduits à privilégier la trajectoire sociale de la femme selon les différents contextes de

socialisation qu'elle a connus au cours de son existence. De ces analyses, que l'on a tenté schématiquement de présenter selon quatre modes d'approche, on peut retenir un certain nombre de points de discussion quant à la relation entre pauvreté et régulation de la fécondité.

Les considérations antérieures impliquent de reconSIDérer les trois éléments qui, nous semble-t-il, sont centraux dans l'analyse du comportement reproductif en relation avec les conditions matérielles d'existence et le contexte institutionnel. Le premier a trait à l'exclusion ou à l'intégration de la population dans ces différents contextes. Le deuxième concerne les trajectoires de vie des individus et les situations qui révèlent qu'il s'opère une discrimination entre les individus à un moment donné. Et enfin, le troisième se rapporte à la confrontation de deux systèmes de santé et à la problématique de la diffusion de nouvelles normes de procréation par les différentes institutions. Cette dernière question, très présente dans la littérature depuis longtemps, a été abordée tant du point de vue de l'idéologie des institutions et de leurs agents que du point de vue de l'intensité et la nature des relations entre ces agents et les autres acteurs sociaux. Comme nous l'avons dit, le contexte institutionnel, représenté par les institutions de santé, n'est pas simplement un espace normatif, il est aussi un espace de négociation, de contrôle et d'intervention. Ce sont les pourvoyeurs de services sanitaires, et en particulier les médecins, qui s'interposent entre le couple et la communauté pour infléchir, et le plus souvent contraindre, les décisions et pratiques reproductive des femmes. À ce niveau, le concept que nous avons essayé d'introduire lors de l'analyse des trajectoires est celui de transaction avec les institutions ; il renvoie, dans notre étude, à l'interaction entre, d'une part, les agents des institutions de santé et, d'autre part, les femmes et les hommes. Nous avons repris ce concept analytique au niveau du couple et des membres de la famille d'origine de la femme et de son conjoint.

6.1 - *Intégration et exclusion de la population du système moderne de santé*

Les contextes agraires concernés par notre étude sont caractérisés par un appauvrissement important, néanmoins, nous avons constaté une médicalisation croissante de la procréation, et plus particulièrement de l'accouchement, et cela dès la première grossesse, confirmant par là le rôle d'espace de socialisation qu'ont joué les institutions de santé. Il

est clair ainsi que l'intervention de l'État a été déterminante pour transformer les comportements et les pratiques en matière de santé, sans que les conditions matérielles et économiques d'existence des populations soient profondément changées.

La différenciation des comportements reproductifs des femmes et, comme partie prenante de ceux-ci, la différenciation de leur degré d'intégration au système de santé qui les conduit à une vie reproductive planifiée et maîtrisée, obéissent en grande partie au fait que les femmes se trouvent au confluent de plusieurs référents tout au long de leur vie reproductive : la communauté, la famille d'origine, le couple, mais aussi les Églises et les institutions de santé. Ces dernières présentent la particularité d'être disjointes des autres espaces de socialisation et d'être, en même temps, fortement productrices de normes en matière de procréation. De plus, animées d'une logique interventionniste, les institutions de santé se sont interposées de l'extérieur ; elles ont déplacé les instances sociales des communautés qui, jusqu'à présent, produisaient les normes et contrôlaient la vie reproductive des femmes. Il en a résulté, dans de nombreux cas, un fort coût psychologique, social et sanitaire pour les femmes, certaines se plaçant d'elles mêmes hors de ce système en ce qui concerne l'accouchement et la planification familiale.

6.2 - Facteurs de discrimination entre les femmes quant à leur intégration au système de santé

Parmi les facteurs de discrimination qui opèrent dans les différents contextes où les femmes ont vécu, on peut mentionner :

- Un effet de génération qui distingue les femmes selon qu'elles avaient ou non commencé leur vie reproductive au moment de la mise en place du PPF. Les générations nées après 1950, et qui achèveront leur vie féconde avant l'an 2000, ont connu plus que toute autre ce processus d'institutionnalisation de la planification familiale ; elles ont dû problématiser autrement la constitution de leur descendance, en même temps qu'elles devaient se confronter à une médicalisation radicale de la procréation.
- Les conditions d'existence dans leur famille d'origine, autrement dit, le processus de socialisation dans l'enfance et l'adolescence, en prenant en compte les conditions favorables ou défavorables à la scolarisation des jeunes filles, les conditions d'exploitation du travail des

enfants, les situations régulières de violence domestique, la soumission au sens du devoir envers les parents, etc. Cet ensemble d'éléments de l'environnement familial, qui est, d'une certaine manière, l'expression même de la situation de pauvreté, se répercute sur les modalités de conclusion de l'union et du choix du conjoint, et finalement conditionne les premières années de la vie reproductive.

- La vie conjugale va se trouver définie par la structure égalitaire ou non des pouvoirs au sein du couple tout au long de la vie reproductive de la femme ; autrement dit, les conditions d'autorité, de soumission, de consensus ou de conflit au sein du couple seront décisives quant aux pratiques contraceptives de la femme et à son intégration au système biomédical. Dès la première grossesse, le contexte de la vie conjugale s'avère déterminant dans le jeu de la confrontation des normes et valeurs en vigueur dans les familles d'origine du couple, et en particulier quand celui-ci réside dans la famille du mari au début de sa vie conjugale, avec les normes, valeurs et pratiques qui sont présentées par les médecins des institutions de santé.
- Cependant, dans l'ensemble, ces facteurs vont se révéler plus ou moins des facteurs de discrimination de l'attitude des femmes vis-à-vis des services de santé, et de discrimination de leur vie reproductive en fonction de la qualité même de l'offre de régulation de la fécondité liée au service d'assistance à l'accouchement de ces institutions. Ainsi, en dépit des conditions de pauvreté matérielle et sociale dans lesquelles ont vécu les femmes, d'une part, et des faibles efforts des institutions de santé pour comprendre le système socio-sanitaire de la population, d'autre part, la grande majorité d'entre elles s'intègrent au système de santé, certaines à une étape précoce de leur vie reproductive, d'autres à une étape plus tardive. Dans le cas de ces femmes, l'intégration se réalise avec un coût social, économique et sanitaire très élevé ; il en va ainsi pour les femmes que nous avons représentées dans notre schéma au centre du jeu des influences du couple, de la communauté et des agents des institutions de santé (catégorie 3) ; ces femmes présentent une trajectoire reproductive chaotique, caractérisée par le recours à diverses méthodes contraceptives, l'échec quant à leur usage et le désir d'y mettre fin par la stérilisation à un âge encore jeune faute de s'être vu proposer d'autres options de la part des médecins.

6.3 - La confrontation du système de santé au système social local

La multiplication des unités médicales en milieu rural à partir des années 1970, la prise en charge du PPF par les institutions de santé et la volonté d'atteindre les populations les plus marginalisées à travers les programmes d'assistance médicale et sociale de ces mêmes institutions (IMSS-Coplamar et IMSS-Solidaridad) sont autant de facteurs qui ont conduit à la médicalisation de la vie reproductive des femmes du milieu rural en un peu moins de vingt ans.

Aujourd'hui, la majorité des femmes du milieu rural font l'objet d'un suivi médicalisé de leurs grossesses ; et dès la première grossesse, elles accouchent à la clinique ou à l'hôpital. Toutefois, si la médicalisation de la première grossesse est un élément déterminant d'une médicalisation de l'ensemble de la trajectoire reproductive, ce sont les conditions de l'accouchement qui vont venir renforcer, affaiblir ou provoquer une rupture quant au recours à l'assistance biomédicale (Lerner *et al.*, 1997). Toute expérience négative se révèle être un facteur de remise en question de l'adhésion des femmes au système de santé. C'est tout au long de la transaction avec les médecins lors du suivi pré-natal et lors de l'accouchement que la légitimité du médecin se trouve questionnée, surtout quand il enferme la femme dans une logique obstétrique avec une pratique généralisée et souvent injustifiée de la césarienne¹⁰, qui, se répétant aux grossesses suivantes, amène la femme à la ligature des trompes à l'issue de la troisième. Notre étude, avec d'autres, montre, d'ailleurs, que la peur de la césarienne conduit certaines femmes à avoir recours à la matrone au moment de l'accouchement.

Les coûts des transactions des femmes avec leur conjoint et leur famille, d'une part, et les agents des institutions de santé, d'autre part, sont finalement très élevés, car ils résultent de la confrontation de deux systèmes : d'une part, un système social que l'on appellera par commodité traditionnel, où la procréation s'inscrit dans un processus de reproduction sociale, et où les matrones qui font partie de la communauté respectent la spécificité et les pratiques des femmes, et, d'autre part, un système de santé - le biomédical - rationnel, insensible et en apparence indifférent à la situation individuelle des femmes, mais qui

¹⁰. Selon des estimations réalisées en 1995, le taux de césariennes (28,5 % pour le pays) peut varier entre 19,8 % et 42,2 % (Cárdenas, sous presse).

va se révéler particulièrement efficace et sûr au moment de l'accouchement. La position asymétrique entre les médecins et les femmes, en termes de position sociale et de genre, est un obstacle additionnel, plus encore quand, dans le cadre de la transaction au moment de l'accouchement ou de leur discours dispensé aux femmes au moment des différentes visites, certains agents choisissent d'imposer leur choix sans autre effort d'explicitation ou de justification des différentes méthodes contraceptives. Cela se traduit par l'usage de méthodes contre-indiquées, une absence de suivi des services les plus adéquats, en bref, par une insuffisante qualité des services proposés, tant à l'étape pré-natale qu'au moment de l'accouchement. Soulignons que cette relation asymétrique de pouvoir existe aussi à l'intérieur des institutions de santé (pression sur les agents pour qu'ils atteignent les objectifs fixés, charge excessive de travail, etc.) et qu'elle pourrait expliquer en partie leur attitude vis-à-vis des femmes et des populations¹¹.

7 - Conclusion

Cette confrontation se réalise selon une diversité de situations où sont mises en jeu les histoires singulières (familiale, matrimoniale et reproductive) des femmes, qu'il faut néanmoins essayer de prendre en compte si l'on veut développer un véritable système de santé dont les objectifs et les pratiques respectent les choix reproductifs des individus, tout en leur apportant un meilleur bien-être sanitaire. Autrement dit, le bon fonctionnement des programmes de santé et de planification familiale exige de mieux identifier la population et surtout les processus et les facteurs qui différencient les trajectoires reproductives de cette population. Ceci pose donc la question de la production de critères de différenciation de la population quant aux conditions matérielles, familiales, conjugales, sociales et culturelles qui entourent la procréation, qu'il s'agisse de son accès aux services de santé ou de la qualité de ces services fournis par les institutions de santé. Il s'agit en quelque sorte de mieux discriminer pour mieux intégrer la population au système de santé. La question est à la fois politique et méthodologique ; elle est d'actualité quand la politique suivie aujourd'hui est essayer de mettre en place des programmes de « discrimination positive » qui tentent d'aller

¹¹. On pourrait parler de « pauvreté culturelle » des institutions de santé.

directement vers les familles les plus défavorisées, comme le préconisent les instances internationales et comme le fait au Mexique le programme Progresa¹².

Plutôt que de faire référence à la situation générale de pauvreté quant à la régulation de la fécondité, il vaudrait mieux considérer les pratiques en direction des pauvres et les actions qui sont conduites pour réguler leur fécondité, et savoir si elles ne risquent pas de renforcer les facteurs de discrimination à l'intérieur de la population que l'on s'efforce d'éliminer. Encore faut-il les connaître auparavant, et une approche multiple des conditions de vie et des comportements reproductivest, nous semble-t-il, nécessaire.

Références bibliographiques¹³

- BRACHET MARQUEZ, V. (1985), « Le planning familial au Mexique. Processus de formation d'une politique publique », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 1, p. 9-34.
- BRONFMAN, M., LERNER, S., et TUIRAN, R. (1986), « Socioeconomic Consequences of Mortality Change in Peasant Societies », dans : United Nations, *Population Studies* n° 95, p. 43-51.
- CÁRDENAS, R. (sous presse), « La práctica de la cesárea en las áreas urbanas en México », México, El Colegio de México.
- CONAPO (1997), *La situación demográfica de Mexico*, Mexico, Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (1999), *Ejecución del programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo*, México, Consejo Nacional de Población.
- DGPF (Dirección General de Planificación Familiar) (1987), *Encuesta nacional sobre fecundidad y salud*, México, Secretaría de Salud.

¹². Progresa (Programme « éducation, santé, alimentation »). Voir, à propos de ce programme, la communication de José Gómez de León et Daniel Hernández à ce séminaire.

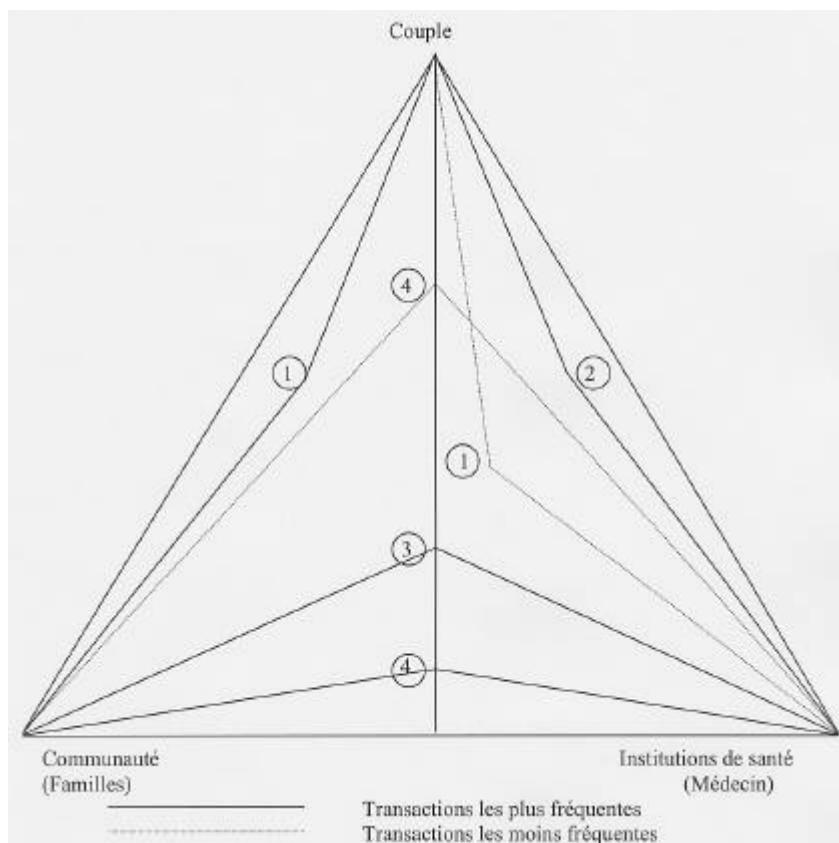
¹³. Étant donné que la communication se réfère au chemin parcouru durant notre recherche, la bibliographie renvoie essentiellement aux articles publiés qui nous ont servi à chacune des étapes, sans prendre en compte l'ensemble de la littérature considérée dans chacun de ces articles.

- FATHALA, M. F. (1992), « Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead », dans : J. Khanna, P. F. A. Vanhook et P. D. Griffind (éd.), *Reproductive Health: A Key to a Brighter Future. Biennal Report 1990-1991*, numéro spécial du 20^e anniversaire, OMS/ WHO, Genève.
- GAUTIER, A., et QUESNEL, A. (1993), *Politique de population, médiateurs institutionnels et fécondité au Yucatán (Mexique)*, ORSTOM, collection Études et Thèses, Paris.
- GÓMEZ DE LEÓN, J. (1996), « Fecundidad y anticoncepción », dans : *Demos, carta demográfica de México*, México, IISUNAM, p. 8-10.
- JUAREZ, F., et al. (1989), *Les tendances récentes de la fécondité au Mexique*, Paris, Centre de Recherche et de Documentation sur l'Amérique Latine, Institut des Hautes Études de l'Amérique Latine.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1985), « La estructura familiar como expresión de condiciones de reproducción social y demográfica. El caso de la zona henequenera de Yucatán », *Reproducción de la población y desarrollo*, n° 5, CLACSO (Argentine), p. 157-212.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1986), « Problemas de interpretación de la dinámica demográfica y de su integración a los procesos sociales », dans : *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, PISPAL/El Colegio de México, p. 127-147.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1989), « Transformation de l'espace familial, social et économique au Yucatán. L'émergence des conditions d'une nouvelle pratique de la reproduction », dans : *Actes du Congrès international de la population*, New Delhi, UIESP, vol. 11, p. 329-341.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1992), « La dimensión institucional en la regulación de la fecundidad en México », dans : *Actas. El poblamiento de las Américas*, IUSSP, p. 97-117.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1994), « Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación de la regulación de la fecundidad en México », dans : F. Alba F. et G. Cabrera (éd.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, p. 85-118.
- LERNER, S., QUESNEL, A., et YAÑEZ, M. (1994), « La pluralidad de las trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales », *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, n° 3, p. 543-578.
- LERNER, S., QUESNEL, A., et SAMUEL, O. (1997), *Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude*

- de cas en milieu rural mexicain*, ORSTOM, Document de recherche n° 4, Paris.
- LIVENAIS, P., et QUESNEL, A. (1985), « La fécondité au Mexique : émergence et modalités de règlement d'un problème de population », *Espace-Populations-Sociétés. « Les mutations démographiques du Tiers-Monde »*, n° 3, p. 581-596.
- MARTINE, George (1996), « Brazil's Fertility Decline, 1965-95 », *Population and Development Review*, vol. 22, n° 1, p. 47-72.
- MIRÓ, C., et RODRÍGUEZ, D. (1981), *Capitalismo y población en el agro latinoamericano*, México, PISPAL/El Colegio de México.
- MONTALI, L. T., et LÓPEZ PATARRA, N. (1982) « Estudo de reprodução: anotações críticas sobre sua evolução e encaminhamento de propostas alternativas », dans : *Reproducción de la población y desarrollo 2*, Comisión de Población y Desarrollo, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, p. 7-42.
- POTTER, L., MOJARRO, O., et HERNÁNDEZ, D. (1986), « Influencia de los servicios de salud en la anticoncepción rural de México », dans : *Memorias de la Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, UNAM/SOMEDE, t. 1, p. 261-281.
- QUESNEL, A., et LERNER, S. (1989), « El espacio familiar en la reproducción social: Grupos domésticos residenciales y grupos de interacción », dans : O. Oliveira *et al.*, (éd.), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, UNAM/El Colegio de México/Porrúa, p. 39-79.
- RODRÍGUEZ, D., et YOCELEVZKY, R. (1986), *Política y población en América Latina*, México, PISPAL/El Colegio de México.
- SAMUEL, O., QUESNEL, A., et LERNER, S. (1994), « Hacia un enfoque demo-antropológico de la nupcialidad y su relación con nuevos esquemas de procreación. Reflexiones a partir de un estudio de caso en Morelos », *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, n° 1, p. 71-104.
- UNITED NATIONS (1994), *Population and Development Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo*, New York, UN Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, E.95.XIII.7.
- UNITED NATIONS (1995), *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo 5-13, September 1994. Population and Development*, vol. 1, New York, UN Department for Economic and Social Information and Policy Analysis.

- WHO (1976), « Constitution of the World Health Organization »,
World Health Organization: Basic Documents, 26^e éd., Genève.
- ZAVALA DE COSIO, M. E. (1992), *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, México, El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica.

Annexe



Numéro de TRACON :

- 1 Trajectoire « traditionnelle » (femmes qui n'ont jamais utilisé de méthodes modernes de contraception).
- 2 Trajetoire moderne « continue » (femmes qui ont commencé à contrôler leur fécondité avant la naissance du premier, deuxième ou troisième enfant et de manière continue).
- 3 Trajettoires modernes « irrégulières » (femmes qui ont essayé de contrôler leur fécondité seulement avant le quatrième enfant ou bien qui présente une pratique irrégulière de l'usage de méthodes de contraception).
- 4 Trajettoire moderne tardive (femmes qui ont eu recours tardivement – après le quatrième enfant – à une méthode contraceptive).

NOTE: Les différentes trajectoires placées topographiquement dans ce schéma illustrent la distance proportionnelle à l'intensité de la transaction et à l'influence des trois principales institutions que nous avons privilégiées (la communauté-famille, le couple, et les institutions de santé). Au croisement de ces interrelations se définit la trajectoire sociale des femmes, qui bien qu'appartenant à une même catégorie, sont conduites à établir différentes modalités de transactions avec chacune des institutions, et leurs agents, tout au long du processus de constitution de la descendance. Pour plus de détails et l'analyse de ces trajectoires, voir : Lerner, Quesnel y Yanes, 1994.

TEENAGE PREGNANCY, POVERTY AND THE WELFARE DEBATE IN EUROPE AND THE UNITED STATES

Peter SELMAN

*University of Newcastle upon Tyne
United Kingdom*

1 - Preface¹

After a period of decline in the 1970s, teenage birth rates in Britain and the United States increased in the 1980s and are now higher than in any mainland Western European countries, most of which have experienced a fall in the number of births to under twenties since 1980 (see Tables 1 and 2). In both countries young mothers have been the focus of a concern that links teenage pregnancy to a decline in morality and family life and teenage births to the availability of welfare and state housing. A central feature of this hostility has been the growing cost of welfare payments to lone parents in both countries. Cuts in benefits to unmarried teenage mothers have been proposed and justified as both reducing public expenditure and removing perverse incentives to extramarital childbearing. Yet the evidence that young women get pregnant to obtain state benefits or housing is hard to find and countries with more generous welfare systems have much lower teenage fertility rates. Most countries of Western Europe have experienced significant declines in teenage births during the last twenty years (Tables 1 and 2)

¹. This paper was presented in 1998. Some tables and details of policy and legislation have been updated in 2001, and a few references have been added.

and there has been little sign of the high profile concern about teenage pregnancy as a major social problem and certainly none of the condemnation found in the Anglo-Saxon countries.

Table 1
Teenage fertility rates: USA, England and Wales
and other European countries, 1971-1996

Country	1971	1977	1980	1983	1990	1993	1996 ^a
United States	66.1	53.9	54.2	52.4	61.7	61.1	55.6 ^b
England and Wales	50.8	29.8	30.9	26.9	33.3	31.0	29.8
Sweden	34.6	22.1	15.8	11.7	12.7	11.2	7.7
Denmark	29.3	22.1	16.8	10.6	9.8	9.9	8.8
France	27.7	22.1	17.8	13.9	9.1	7.9	7.9
Netherlands	22.2	10.1	9.2	7.7	6.4	7.2	5.6

Sources: US Dept of Health and Human Services (revised data for 1971-1999; from Alan Guttmacher Institute); UN Demographic Year Books (1975; 1980; 1986; 1992; 1994; 1997); Eurostat Demographic Statistics.

a. 1996 or latest available year.

b. US rates continued to decline to 50.5 in 1999.

Table 2
Teenage fertility rates: Selected countries
of Southern and Eastern Europe, 1960-1996

Country	1960	1970	1980	1983	1988	1993	1996 ^a
Bulgaria	34.3	71.5	81.0	81.1	73.9	70.5	54.0
Romania	25.5	66.0	73.0	58.2	60.0	47.6	40.5
Hungary	25.8	50.5	69.0	53.9	41.2	34.5	29.9
Poland	17.9	30.0	46.0	34.9	31.6	31.0	21.1
England and Wales	34.0	49.1	30.9	26.9	33.3	31.0	29.8
Portugal	26.6	29.8	41.0	37.5	26.4	22.7	20.9
Greece	17.4	36.2	52.6	43.7	26.3	15.2	13.0
Spain	9.6	13.8	25.6	18.3	16.7	11.0	7.8
Italy	19.1	27.1	15.4	9.8	9.6	8.0	6.8

Sources: UN Demographic Year Books (1965; 1975; 1986; 1992; 1994; 1997); Eurostat Demographic Statistics.

a. 1996 or latest available year.

This paper examines the relationship between teenage pregnancy and poverty in developed countries and the arguments in Britain and America that teenage parenthood is a symptom of social malaise and that young single mothers are the product of a welfare system that encourages irresponsible behaviour. I shall argue that this focus on teenage motherhood as a major social problem is counter-productive in that it distracts both from the need to come to terms with long term changes in the family and the immediate problem of unwanted teenage births which requires solutions that are focused on preventing teenage pregnancy and supporting young single mothers rather than penalising young parents who are not married (Phoenix, 1991).

I shall argue that the high levels of teenage pregnancy in Britain and America are attributable to the continuing social inequalities in those countries: an explanation which fits in with much wider evidence of an association in developed countries between early child-bearing and poverty (Askham, 1975 ; Rainwater and Weinstein, 1960). Such an association has a long history in demography, but was previously seen as problematic in that it led to higher lifetime fertility (Selman, 1977). Today, with a marked decline in large families in all social classes, the focus is on teenage out-of-wedlock fertility rather than early marriage and excess fertility.

2 - Poverty, fertility and family planning in Britain

The history of fertility decline and the spread of contraception in Britain has been well documented (Banks, 1954; Leathard, 1980). It is widely acknowledged that the decline started and proceeded most rapidly in higher socio-economic groups so that by the beginning of the 20th century there were wide socio-economic differentials in completed fertility (Haines, 1989; Selman, 1977). By the 1930s eugenic concerns were being expressed about these differentials and as late as the 1950s and 1960s large families were being blamed for working class poverty and in turn attributed to the financial incentives provided by family allowances alongside the fatalistic orientation of lower working class groups, trapped in a sub-culture of poverty. Large families were blamed for producing delinquent children and the wage stop was introduced to make sure that unemployed fathers of many children did not have any disincentive to work. The main reasons for higher fertility

in working class women in the 1960s were the inadequate access to abortion, contraception and sterilisation, compounded by problems of motivation associated with situations of poverty from which no easy escape could be seen (Selman, 1977). Early pregnancy outside marriage often led to a "shot-gun" marriage and such women could have 3 or 4 children by their early twenties. Doctors were reluctant to sterilise younger women so that a tubal tie was more likely to be offered only to mothers in their thirties who already had five or more children.

3 - Public hostility towards young single mothers in Britain and America

During the last term of Conservative government in the UK, ministers were involved in an orchestration of public hostility towards young single mothers, much of which was focused on their abuse of welfare (Selman, 1997a; Selman and Glendinning, 1996; Sinclair, 1994). At the 1992 Conservative Party Conference, the Social Security Minister attacked "young ladies who get pregnant just to jump the housing list" and in November 1992 the Minister of Housing asked "how do we explain to the young couple who wait for a home before they start a family that they cannot be rehoused ahead of the unmarried teenager expecting her first, probably unplanned child?"

This was accompanied by a hostile press campaign culminating in 1995 with reports linking teenage mothers to the collapse of family life in Britain.

The *Daily Express* of August 23 1995 carried the following headlines on its front page:

**"Scandal of teenage mothers as divorces hit a record level.
End of family life in Britain."**

Babies were said to be a "passport to better life". Other papers took up a similar theme. The *Sunday Times* of 24 September 1995 carried a story of a woman with five children by three fathers who was pregnant with twins by a fifth and lived on state welfare:

**"Mother trouble.
She has five children by three fathers.
She is now pregnant with twins.
What should society do with single parents like Sue Simcoe?"**

All these articles focused on young mothers receiving state benefits and on British television a documentary entitled *Babies on Benefit* looked at the relationship between welfare payments and single parents through the example of a woman in her early twenties with four children by two different fathers and pregnant for a fifth time, who would not marry the father because she would be worse off and was living at state expense in a large house!

Though less virulent, the focus on young single parents did not go away with the election in 1997 of the new Labour government. Home Secretary Jack Straw was quoted as facing the dilemma of how to deal humanely with the pregnant teenager while "...at the same time making the environment that creates teenage pregnancy a less friendly one". (*Sunday Observer*, Feb. 1st 1998). Six months earlier, just after his election victory, Prime Minister Tony Blair had called for stronger policies to get single parents on welfare back to work:

**"Now Blair gets tough on single mothers.
Unemployed parents will be hauled in
and interviewed about their job prospects."**
(*Observer*, 1st June 1997)

A year later in a speech to the Labour Party Conference Blair promised action on teenage pregnancies in "the first government Paper on the Family", which would emphasise responsibilities, "like the belief that if you father a child, that child's got something to do with you, and the child's mother has every right to expect support" (*Times*, 30 Sept. 1998).

In the United States concerns about young mothers were widespread by 1975 when Congress began its hearings on teenage pregnancy - seen as the source of many social evils from school drop-out to family disruption and economic dependency. Teenage pregnancy was described as an "epidemic" (Alan Guttmacher Institute, 1976) and "the most serious and complex problem facing the nation" (Vinovskis, 1988). By the late 1980s welfare bills for young mothers were growing rapidly and teenagers themselves were seen as deliberately having children to get welfare payments. This interpretation gained increasing favour in the 1990s, culminating in the Republican Party proposals to prohibit welfare payments to unmarried mothers under eighteen and permit withholding AFDC (Aid for Families with Dependent Children) for those under 21 (see Luker, 1996; Rhode, 1993). A modified version of these proposals became law as part of the Clinton welfare reforms

in the 1996 *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* which replaced AFDC with TANF (Temporary Assistance for Needy Families) (see Selman, 1998).

In contrast, attitudes to young single mothers in mainland Europe seem not to carry the same attitude of condemnation. Klett-Davies (1996) has noted that in Germany lone mothers are viewed rather as "helpless and innocent victims who are justified in receiving welfare states' assistance as long as the child requires this." In Denmark and Sweden there is concern over teenage pregnancy, but no targeting of young mothers for criticism or withdrawal of state support (Gress-Wright, 1993; Knudsen, 1997). Although this may in part be a consequence of the lower levels of teenage fertility, these lower levels are also the outcome of a much healthier attitude towards teenage sexuality and the problems of young pregnant women.

4 - The demography of teenage pregnancy in Britain and the USA

4.1 - Levels and trends

Concern about teenage births in both Britain and the USA reached a peak at a time when numbers were substantially lower than in Britain in the 1960s (Selman and Glendinning, 1996) or the USA in the 1950s (Luker, 1996). The differences in level and outcome of teenage pregnancies in England and Wales in the 1960s and 1980s (Table 4) are examined in detail by Selman (1996a). The number and rates of teenage births peaked in the 1960s and early 1970s (Table 3) and then fell until 1980 since when levels have fluctuated until a new, more rapid decline: numbers have been falling since 1988 and rates which peaked in 1991 at 33.1 had fallen to 28.5 by 1995. In 1995 there were just under 42,000 teenage births, less than half the total recorded thirty years earlier in 1966 (Table 5). There has been a steady growth in the proportion of these births which occur outside marriage (from 20% in 1961 to 88% in 1996 - the highest proportion in any country). The high levels of teenage births in the late 1960s and early 1970s caused less concern, because half the births were to women who were married before conceiving and single pregnant teenagers either had a back street abortion, married before the birth or had their child adopted (Selman, 1996a).

Over thirty years the number of teenage births in England and Wales has more than halved and the number of births to young single mothers registering the birth alone has fallen by nearly a third (Table 5).

The situation in the USA is similar: the overall birth rate for teenagers fell from 91.0 in 1960 to 51.0 in 1985 and even after the rise to 61.7 in 1990, was still less than 70 per cent of the level thirty years earlier (Luker, 1996).

Table 3
Live births to women under age 20:
England and Wales, selected years, 1951-1998

Years	Total births		Births inside marriage		Births outside marriage		
	Number	Rate ^a	Number	Rate ^b	Number	Rate ^c	Ratio ^d
1951	29,082	21.3	24,299	427	4,783	3.7	164
1961	59,786	37.3	47,890	449	11,896	8.0	199
1966	86,746	47.7	66,164	489	20,582	12.3	237
1971	82,641	50.6	61,086	434	21,555	14.6	261
1977	54,477	29.4	34,426	305	20,051	11.7	368
1981	56,570	28.1	30,140	325	26,430	13.7	467
1986	57,406	30.1	17,793	361	39,613	21.3	690
1991	52,396	33.1	8,948	277	43,448	28.0	829
1995	41,938	28.5	5,623	444	36,315	25.0	866
1996	44,667	29.8	5,365	445	39,302	26.4	880
1998	48,285	30.7	5,278	463	43,007	27.7	891

Source: ONS/OPCS Birth Statistics - Series FM1.

a. per 1,000 women aged 15-19.

b. per 1,000 married women aged 16-19.

c. per 1,000 single, widowed or divorced women aged 15-19.

d. per 1,000 live births.

In Western Europe levels of teenage births are lower than in Britain and the USA and declines over the past thirty years have been greater and more consistent (Table 1). Changes have been most striking - and best documented - in Northern Europe, where the Dutch and Scandinavian experience has been cited as evidence of the impact of open attitudes towards sex education and the provision of contraception (David, 1990; Ketting, 1994; Selman and Glendinning, 1996). In Sweden and Denmark the overall proportion of births outside

Table 4
Outcome of teenage conceptions:
England and Wales, selected years, 1969-1998

Years	Number of conceptions (1,000s)				Rate (per 1,000 women aged 15-19)	
	Inside marriage	Outside marriage		Abor- tions		
		maternity inside marriage	maternity outside marriage			
1969	43.4	43.5	25.3	11.3	123.4	75.0
1971	43.9	39.9	25.7	23.3	132.7	81.3
1975	34.7	23.8	23.7	29.7	111.9	64.1
1980	28.5	20.1	32.2	36.4	117.1	58.7
1986	15.6	11.3	52.3	39.6	118.8	62.3
1990	10.7	5.9	57.5	41.0	115.1	69.0
1994	6.8	2.7	45.5	30.0	85.0	58.6
1996	6.5	2.6	51.7	35.0	94.9	63.3
1998	6.7	2.5	54.5	38.0	101.6	64.9

Sources: ONS/OPCS Birth Statistics - Series FM1; ONS/OPCS Monitors: Conceptions in England and Wales.

Table 5
Teenage fertility, England and Wales, 1966 and 1995

Years	1966	1995
Total births	86,746	41,938
<i>Birth rate</i>	47.7	28.5
Births inside marriage	66,164	5,623
<i>Premarital conceptions</i>	36,761	1,600
Births outside marriage	20,582	36,315
<i>Sole registration</i>	16,600	11,880
<i>Joint registration</i>	4,000	24,435
Rate	12.3	25.0
Ratio	237	866
Births conceived outside marriage	57,343	37,915

Sources: ONS/OPCS Birth Statistics - Series FM1;
ONS/OPCS Monitors: Conceptions in England and Wales.

marriage is greater than in either Britain or the USA but there is little evident concern over this. In contrast the low teenage birth rates in Italy, Portugal and Greece and the high birth rates of Eastern and Central Europe (Table 2) are associated predominantly with births within marriage - although often with conceptions outside!

4.2 - Illegitimacy and teenage births

In most Western countries the proportion of births outside wedlock is highest amongst teenagers; but the teenage birth rate tends to be lower than in other age groups and rising teenage "illegitimacy" ratios have accompanied falling rates. American commentator Charles Murray (1990; 1994) has identified illegitimacy as the most important single factor in the emerging British underclass and has argued the need to act while the proportion of births outside wedlock, though high, is - unlike Sweden - still a minority. In England and Wales, this stage was passed in relation to teenage births in the early 1980s and by 1996 the proportion of teenage births outside marriage had reached 88% (Table 3). This proportion has risen steadily over the last twenty years - as is true of births to mothers of all ages - but such births represent only a small and diminishing proportion of all non-marital births. In 1996 teenage births accounted for 17% of all out-of-wedlock births, half the proportion found in 1976, when 37% of births outside marriage were to women under 20.

In the USA in 1995, nearly 70% of teenage births occurred outside marriage (Alan Guttmacher Institute, 1995). In 1990 teenage non-marital births accounted for 31% of all births outside marriage, less than in 1970 when half of such births were to women under 20. Over the same period non-marital fertility rates rose from 22.4 to 42.5. Rates for Black teenage mothers fell from 96.9 in 1970 to 89.3 in 1985, but rose again to 110.1 in 1990; rates for White teenagers rose throughout the period from 10.9 in 1970 to 29.5 in 1990 (Luker, 1996).

Elsewhere, the growth in out-of-wedlock births has not been associated with high teenage birth rates. Countries like Sweden and Denmark with very high overall levels of non-marital fertility have low teenage birth rates. The Danish teenage birth rate is now less than 10% (Table 1). Most of these births occur outside marriage, but one in five are to married teenagers, although less than one per cent of women under age 20 are married. In Greece and Portugal, where birth rates are higher but

falling (Table 2), more teenagers are married and a majority of births under 20 occur within marriage. This is also true of many countries in Eastern and Central Europe (Table 2) where teenage birth rates remain high, but concerns have a different focus than those current in Britain: the implications of premature marriage and childbearing followed by high rates of marriage breakdown (Alesina, 1996; Vornick and Govorun, 1996). In contrast, the reduction in teenage births in most of Western Europe has occurred predominantly in births within marriage and especially those resulting from extra-marital conceptions.

5 - Teenage pregnancy and poverty

In most developed countries teenage pregnancy rates are highest in poorer and more deprived sectors of society (Alan Guttmacher Institute, 1995; Babb, 1994; Botting, 1998; Kiernan, 1980). Families headed by young single mothers are amongst the poorest in both Britain and the USA. In England and Wales there are also wide geographical variations in the incidence of teenage births (see Table 6) which point to a strong association with poverty. In Scotland a study on Tayside (Smith, 1993) showed that the teenage pregnancy rate for girls living in poor neighbourhoods was six times that for those in more affluent areas and that girls in poor areas were more likely to reject abortion. In Denmark, Knudsen (1997) estimates that approximately 25% of all births in 1993-1995 to women under the age of 20 were to ethnic minorities.

One reason for the poverty of young single mothers is their dependence on state benefits as their sole or major income source. In the next section I look in more detail at the welfare debate in Britain and the USA and argue that this has distracted from the real causes of persisting high rates of teenage fertility. I shall then examine the influence on the wider debate on teenage pregnancy of concerns about teenage sexuality and abortion and "solutions" in the form of child adoption. Finally I shall argue that poverty should be seen as a cause rather than a consequence of teenage pregnancy and that success in reducing current rates will depend on attention to the life prospects of young people in poorer areas and the provision of improved access to contraception and abortion rather than a reduction in welfare provision which will only have the effect of increasing poverty amongst an already disadvantaged sector of society.

Table 6
Teenage fertility and deprivation: Under 20 birth rates for 1997
and two previous years in North East England and other areas

Local authority area	Under 20 birth rate 1995	Under 20 birth rate 1996	Under 20 birth rate 1997	Index of deprivation ^a
North East Region				
Easington	48.81	66.67	58.89	4
Wansbeck	46.11	58.94	54.48	18
Middlesborough	49.42	49.26	52.58	45
Hartlepool	57.56	59.74	51.00	10
South Tyneside	41.92	37.91	49.50	14
Wear Valley	52.96	47.76	49.04	15
Darlington	46.81	43.96	48.64	104
Sedgefield	38.51	45.97	47.97	40
Derwentside	34.77	43.40	44.97	38
Sunderland	41.02	46.22	40.59	17
England and Wales	28.5	29.8	30.2	[177]
Teesdale	25.72	25.93	25.48	193
Durham City	12.78	13.59	19.80	155
Tynedale	11.60	13.21	15.70	197
HIGH DEPRIVATION AREAS OUTSIDE LONDON				
Hull	52.93	57.68	54.54	13
Sandwell	54.26	44.87	51.23	11
Barnsley	50.26	48.09	44.73	16
Manchester	44.70	49.66	40.07	7
Liverpool	35.28	36.48	32.63	5
Least deprived area				
Hart (nr Basingstoke)	7.73	6.29	12.63	353

Source: Selman and Clarke, 2000.

a. Index of Local Deprivation, produced for Government in January 2000: all 353 areas listed by level of deprivation (1= highest deprivation).

6 - Teenage parenthood and the welfare debate

The most manifest demonstration of the association between teenage motherhood and poverty in Britain and the USA is the high and growing number of teenage mothers dependent on means-tested state benefits (Botting, 1998). In both countries there is concern over

the rising cost of welfare payments to single parents and in particular to young single mothers. Sinclair (1994) concludes that a major factor in public hostility towards young single mothers lies in the fact that they do not work and are held to be culpable for their non-employment.

In Britain most unmarried teenage mothers are dependent on state benefits and many continue to be for many years after they leave their teens (Burghes and Brown, 1995). The number of single mothers dependent on welfare is greater today than in the 1960s. Lone parents who have never married are most likely to be in receipt of state benefits and it is this group which is currently the fastest growing category incorporating as it does those who become single parents following the breakdown of cohabitation (Haskey, 1993). Most never-married lone mothers are not teenagers, but Burghes and Brown (1995) have shown that about half of such mothers had their first child before the age of 20.

However, what has given the welfare debate a particularly problematic twist in both Britain and the USA has been the assertion that young women are deliberately getting pregnant in order to get benefits or subsidised housing and that the progressive reduction in benefits to this group will both reduce the costs to the taxpayer directly and have a significant impact on the number of births to unmarried teenagers. Charles Murray (1990; 1992) has suggested that any "solution" to the rising number of extramarital births must acknowledge that a key factor in the increase in such births has been the welfare state and the implicit approval of non-marital fertility. In a short article in the *Sunday Times* of 11 July 1993, he floated the idea that the whole pattern of demographic change might be reversed by restricting welfare and reintroducing stigma: "Turn back the clock, restoring the benefit system for single mothers that Britain had in the mid-1960s, and there is every reason to think that you will turn back the proportion of babies born to single women as well" (Murray, 1993).

In 1998 a similar message came from former Prime Minister Margaret Thatcher who hit the headlines with her call for young unmarried mothers to be sent to convents:

"Outcry as Thatcher says: Send single mothers to convents"
(*The Express*, Wednesday October 21st 1998)

Her comments, made during a speaking tour in the United States, noted the rising number of children born to never married women and included the admission that:

“Some would say that we took the wrong steps many years ago when there were only a few such children... We wanted to do our best for them. Our best was to see that the young mother had a flat of her own... and also had an income to look after the child.”

She now conceded that this had been wrong and that:

“...in tackling the situation in that way we were unwittingly multiplying the number of people who had illegitimate children.”

Yet the assumption that pregnant teenagers are cynically seeking a council house or welfare payments remains unsubstantiated and most studies show teenagers to be amazed at such suggestions or to be largely unaware of such possibilities (Phoenix, 1991). Preliminary findings of research carried out under the ESRC Household and Change Programme (Allen *et al.*, 1998; Berthould *et al.*, 1998) show no evidence to suggest that teenagers become pregnant to get council housing or additional social security benefits. The reality is that young single mothers who are re-housed ahead of “more deserving” cases are likely to be placed in poor accommodation on sink estates. In Britain, lone parents aged under 18 receive reduced rates of income support and those under age 16 have no entitlement to claim means-tested assistance (Selman and Glendinning, 1996), so that the idea that state benefits act as incentives to early parenthood is inherently implausible.

The association of illegitimacy with welfare provision is not a new idea. Thirty years ago an article in the American journal *Social Forces* entitled “The amazing rise of illegitimacy in England” (Hartley, 1996) charted the rising proportion of births occurring outside marriage in the early 1960s and saw the rise as encouraged by the availability of social assistance for unmarried mothers, which might “reduce motivation to prevent conception”.

6.1 - The welfare debate in America

Similar debates have been raging in the USA for many years (Luker, 1996; Wilcox *et al.*, 1996), fuelled by arguments tied to a belief that the benefits system is thus contributing to the creation of a dependent underclass. It has been estimated that half of all families re-

ceiving AFDC (Aid for Families with Dependent Children) began with a teenage birth, although teenagers account for less than 10% of those on welfare at any time. Families on AFDC account for about 3% of the annual federal budget (Alan Guttmacher Institute, 1995), but numbers on welfare have increased as a result of the growth in lone parent families so that it is perhaps not surprising that they have become a focus of concern despite the very low level of payments.

The welfare system is seen as perpetuating the very problem it was set up to solve, encouraging an increase in the number of single mothers and poor families. Pragmatic concerns blend with moral concerns. AFDC is said to encourage young unmarried women to have babies they would not otherwise have had. As in Britain the evidence to support these ideas is wanting (Wilcox *et al.*, 1996). If welfare benefits encourage teenage births, we should expect more young single mothers in Sweden where the welfare system is generous rather than in the USA which provides less support for single mothers than any other industrialised country (Luker, 1996).

Most recent reviews of research on welfare and fertility (Duncan and Hoffman, 1990; Moffit, 1992; Wilcox *et al.*, 1996) conclude that there is no evidence that welfare is a major influence on adolescent childbearing. There appears to be no clear correlation between the level of benefit and the level of teenage pregnancy in individual states (Wilcox *et al.*, 1996), although one study by Lundberg and Plotnick (1995) concluded that welfare generosity was "significantly associated with non-marital childbearing but not pregnancy", for White teenagers. It has also been pointed out (Moffit, 1992) that the real value of AFDC payments and food stamps declined throughout the period during which non-marital births to teenagers has been rising.

However, Conservative claims, despite all findings to the contrary, appeal to "a public worried about two different things - the cost of welfare and changing family structures - in a way that knits these two concerns together" (Luker, 1996, p. 180). The rhetoric is winning and many Americans are saying that "It's time to change the incentives and make responsible parenthood the norm not the exception." This quote is from the Republican Party's 1994 *Contract with America*, which proposed eliminating all welfare payments to children whose mothers were unwed teenagers as well as denying them access to food stamps and public housing. Earlier legislation had allowed states to require underage mothers to live with their parents as a condition of receiving

AFDC and then assess eligibility on the basis of household rather than individual income (Pearce, 1993; Selman and Glendinning, 1996).

Meanwhile, Senate has passed the *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act*, which was signed by President Clinton on August 22 1996. This gives states increased discretion over their welfare programmes and encourages action to reduce teenage and other out of wedlock births, as long as such action does not involve an increase in the number of abortions. States are allowed to "cap" benefits for a woman who has an additional child while in receipt of welfare and to deny benefits to unmarried parents until they reach the age of 18 (Wilcox et al., 1996). Several states have already limited benefits to a maximum of 24 months or introduced "family cap" proposals and requirements for young parents to live at home and enrol for high school.

6.2 - The welfare debate in Britain today

In Britain, the criticisms of young single mothers described earlier became increasingly evident in the later years of the last Tory government, culminating in the decision to freeze lone parent premium and one parent benefit, a proposal implemented by the new Labour government. In a speech in 1998 Home Secretary, Jack Straw, argued that:

"There is not much doubt in the minds of a lot of us that a combination of the collapse of unskilled and semi-skilled male employment, the availability of housing for single people from the age of 16 (...) and the benefit system has created an environment in which the natural checks that existed before on teenagers having children and keeping them has gone in some areas." (*The Observer*, Feb. 1st 1998).

In Germany where there have been no proposals to cut or withdraw benefits, 61% of never-married lone mothers are in employment, twice the level recorded in Britain (Klett-Davies, 1996). The wider availability of good child care in Scandinavia is a key factor in the higher proportion of lone mothers who work there.

The real test for new Labour is whether the encouragement of single mothers to work can be achieved through positive measures which make it financially worthwhile by providing affordable child-care. For younger mothers the issue will be more about providing positive chances to resume education. If denial of benefit becomes a major tool, it will be a sign of the failure of this wider policy and is likely to cause considerable suffering. In December 1997 the Prime Minister

announced the setting up of the *Social Exclusion Unit* (SEU) to work on specific projects aimed at reducing social exclusion by producing "joined up solutions to joined up problems". The issue of teenage pregnancy was referred to the Unit which produced a long and detailed report in June 1999 (SEU, 1999), which has led to the development of a well-funded teenage pregnancy strategy to cut rates of teenage parenthood and propose better solutions "to combat the risk of social exclusion for vulnerable teenage parents and their children". The Report (p. 17) notes that poverty is a key risk factor for teenage conceptions, but finds the assertion that pregnant teenagers choose to keep their baby so that they can claim benefit and housing both improbable and unprovable (p. 31).

7 - Teenage pregnancy and teenage sexuality

I have argued that there is no convincing evidence that welfare provision in Britain and the USA has been a major factor in the rise in non-marital births to teenagers and that the increased proportion of births occurring outside marriage is not primarily about teenagers. The public concerns have been fuelled by the welfare debate but also reflect the difficulties both countries face in coming to terms with teenage sexuality. Adolescent pregnancy is seen as the outcome of inappropriate sexual behaviour, so that a decline in teenage birth rates will not diminish these concerns, unless accompanied by a reduction in levels of teenage sexual activity. This concern is strongest in respect of younger teenagers for whom the welfare arguments have least relevance. In Britain the *Sun Newspaper* of 4 July 1997 carried the following headlines:

**"Sex at 11, Mum at 12.
A story to shock Britain."**

Luker (1996) argues that the increased sexual activity of American teenagers during the last two decades should put some context on the failure of US teenage pregnancy rates to fall. However, such an increase in teenage sexual activity is not unique to the USA. In Britain the median age of first sexual experience has fallen sharply in the last forty years (Wellings, 1994) and this appears to be equally true of those countries cited earlier which experienced even greater declines in birth

rates. In all industrialised countries the highest rates of teenage births occurred when the number of sexually active teenagers was much lower than today.

The Netherlands is frequently cited as a country with a unique pattern of low teenage birth rates achieved with less recourse to abortion than in most other countries (Ketting, 1994). Dutch commentators attribute this to the highly effective use of contraception by sexually active teenagers and this is in turn associated with early sex education and continuing media provision of information, such as the TV programme *Sex with Angela*. It is also argued that this approach has deferred age of first intercourse - a view supported by the widespread review of effects of sex-education on young people's sexual behaviour carried out by Grunseit and Kippax (1994).

Yet Luker (1996) shows that the progress towards improved contraceptive service for young people in America was threatened by the rising concern over teenage pregnancy as people argued that sex education and contraceptive availability encouraged teenage sex and so was counterproductive.

Despite evidence of the effectiveness of public service contraception clinics and major advances in sex education, funding for federal contraceptive services was halved in the early 1990s and there was growing opposition to sex education that incorporated contraceptive advice, as activists called for their replacement by abstinence-based programmes (Brindis, 1993; Luker, 1996), a policy adopted in a Republican amendment to the *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act*, which has been pursued with enthusiasm by new American president George Bush (Williams, 2001).

Britain too has not been immune from such controversy. Contraceptive provision to young teenagers was set back for many years by the Gillick judgement (Durham, 1991). Even after the House of Lords had endorsed the right of doctors to give confidential advice to girls under 16, uncertainty prevailed (Francome, 1993). It was not until the 1990s and the publication of the Department of Health's *Health of the Nation* (1992) with its target of halving the under 16s pregnancy rate by 2000, that serious attention was paid to improving contraceptive services for the younger teenager and even then controversy dogged implementation. Sex education has also been a matter of controversy: in March 1994 the Health Education Authority proposed to publish *Your Pocket Guide to Sex*, described by critics as an "explicit sex guide for

teenagers". On 24 March 1994 the London *Evening Standard* carried the following headlines on its front page:

**"Advisers kept in dark on explicit handbook.
Outrage over sex guide for children."**

The guide was withdrawn after the Health Minister had described it as "smutty", but was later published commercially as a paperback.

Elisa Jones' study of teenage pregnancy in industrialised societies (Jones *et al.*, 1986) identified an open attitude to sex as a key correlate of low teenage birth rates. The confused handling of sex education issues in Britain and the USA suggests that such an attitude is still not present in either country and that explicit sex education will continue to be viewed with suspicion. Furstenberg (1998) has argued that "the inability of Americans to accept teenage sexuality as normal remains a barrier to lowering rates of teenage fertility". This is not to say that the early onset of sexual activity in younger teenagers should be treated as unproblematic. Several studies have shown how few such young girls enjoy such early sexual activity, how they are subject to double standards (Lees, 1993) and how many have been subjected to forced sex with older men (Taylor *et al.*, 1995).

8 - Teenage pregnancy and the abortion debate

Opposition to liberal sex education in the USA has been associated with the pro-Life movement and for such groups abortion is the worst manifestation of teenage pregnancy. Restriction on public funding of abortions since the Hyde amendment has had an effect on access to termination for poor women (Alan Guttmacher Institute, 1995) and Lundberg and Plotnick (1995) report a significant relationship between abortion funding and the teen abortion rate in American states. Fewer pregnant teenagers in the USA resorted to abortion in the 1990s than twenty years earlier (Alan Guttmacher Institute, 1995). In England and Wales, the number of legal abortions to women conceiving under age 20 rose from 11,000 in 1969 to 42,000 in 1989, but teenage abortions account for only a small and declining proportion of all abortions. A majority of teenage pregnancies end in maternities and the proportion is highest in regions with higher overall pregnancy rates (Table 6).

Table 7
Abortions, births and ratios: Women aged 15-19 and under 15,
selected European countries, 1991

Country	Under 20s			Under 15s		
	Legal abortions	Live births	Ratio ^a	Legal abortions	Live births	Ratio ^a
Denmark	2,892	1,615	179	52	2	2600
Sweden	5,994	3,557	169	158	7	2143
Romania	48,642	45,896	106	2,046	630	325
Hungary	13,028	15,396	86	412	212	194
Bulgaria	14,028	22,015	64	503	316	159
UK	36,171	59,453	61	964	264	365
Italy	12,252	21,270	58	103	21	490

Source: UN Demographic Year Book 1994.

a. Legal abortions per 100 live births.

Legal abortion can contribute to reductions in teenage births. In Denmark a clear majority of teenage pregnancies end in abortion (see Table 7). In 1991 there were 179 abortions for every 100 births to young women aged 15-19 - and only 2 births were recorded to girls under 15. Similar high levels of abortions are found in Sweden, but not in Holland (David and Rademakers, 1996; Ketting, 1994). The country where abortion might seem least likely to affect teenage birth rates is Ireland where abortion is illegal and proscribed by the Constitution. However, the steady move of women "across the sea to England" (Francome, 1991) means that the abortion rate in Irish women may well be similar to that of the Dutch!

9 - Alternative solutions to the welfare costs of young single mothers

Jack Straw's comments on the disappearance of checks on single teenagers having children "and keeping them" reminds us that until the 1970s adoption was an accepted solution to birth outside marriage and that one "logical" follow on to the withdrawal of welfare benefits from teenage mothers is the removal of their children and the provision of alternate care or parenting. If abortion is not acceptable, adoption offers a low cost alternative.

In America, Republican Newt Gingrich has proposed that orphanages be established for children whose mothers cannot take care of them and in Britain Conservative Minister Virginia Bottomley proposed that young mothers should no longer be offered their own housing:

"Put single parents in hostels, says Bottomley."

(*Observer*, Sunday 23rd Jan. 1994)

These ideas were picked up in the call from Margaret Thatcher for single mothers to be sent to convents, which was mentioned earlier (section 6). Both are similar to arguments put forward in the USA in favour of "*second-chance*" homes (see e.g. writings of Sylvester, 1994; 1995). They survive in a modified form in the proposal of the SEU Report (p. 102) that by 2003 all under 18 teenage lone parents who cannot live with family or partner should be placed in supervised semi-independent housing with support, not in an independent tenancy, an idea summed up in the *Daily Mail* of 30th January 1999 as:

"LONE MOTHERS HOSTEL PLAN"

and launched by Prime Minister Tony Blair in a later edition of the same paper under the headline:

"Why we should stop giving lone mothers council homes"

(*Daily Mail*, Monday Feb. 1st 1999)

Some of these ideas are reminiscent of those presented many years earlier for "*mother and baby*" homes in England in the 1960s, where many single mothers were pressured into relinquishing their babies for adoption – the preferred solution for more than 1 in 5 "illegitimate" births in England before the 1967 *Abortion Act* (Selman, 1976).

Such placements have almost ceased in mainland Europe and are rare in Britain, although there has been a rise in the number of placements of older children, often against the wishes of their mother (Mason and Selman, 1997), and some of these may have been born years earlier to a young single woman. A similar pattern is described in the United States by Bachrach (1986). There have recently been specific calls in both countries for a greater use of adoption to place babies of young single mothers in stable two-parent families (Morgan, 1998). In England a draft Adoption Bill, with a wide range of clauses covering all aspects of domestic and inter-country adoption, was seen by some

Tory spokespersons as an opportunity to encourage adoption as a solution both to the costs of teenage births and the need for children to have two parents. In America those seeking to restrict abortions to unmarried teenagers argue that this will encourage them to give up their child for adoption, thus giving hope to infertile couples and a second chance to themselves, but it is now clear that the price paid by birth mothers who have relinquished their children in the past has often been a lifetime of regret (Howe *et al.*, 1992).

10 - Alternative perspectives on the relationship between poverty and teenage pregnancy

Much of the discussion of teenage pregnancy in Britain and the USA has focused on welfare as a cause of the rise in births out of wedlock and this in turn as a cause of family poverty, school dropout, child neglect and rising crime. However, Stern (1997) has pointed out that "the fact that early pregnancy is often associated with poverty does not imply that it is a phenomenon that *leads* to poverty, nor that per se it tends to perpetuate it". Many girls who become mothers in their teens have a prior experience of poverty, school dropout and educational failure and for these deferred childbearing may have only a marginal effect on future life chances (Furstenberg *et al.*, 1987). If this is so, the question we should be asking is why so many young women seem to see early motherhood as an attractive option (Zabin and Hayward, 1993). In their study of Black adolescents, Duncan and Hoffman (1990) concluded that decisions about childbearing were much more likely to be influenced by career opportunities than the availability of AFDC benefits and that the best way to affect key decisions would be to find ways of increasing economic opportunities for young people. If high rates of teenage births are a consequence rather than a cause of poverty, further reductions in teenage birth rates in Britain will depend on New Labour's success in improving child care facilities, spreading educational and job opportunities and developing contraceptive services, rather than any changes in the welfare system.

In the United States, Plotnick (1993) has argued that policies to improve educational and job opportunities for teenagers could contribute indirectly to reducing teenage pregnancy and childbearing and Kristin Luker (1996) has written forcibly that:

"Society should worry not about some epidemic of 'teenage pregnancy' but about the hopeless, discouraged and empty lives that early childbearing denotes. (...) Making the United States the kind of country in which - as in most European countries - early childbearing is rare would entail profound changes in public policy and perhaps even in American society as a whole."

The obsession with the welfare costs of teenage mothers and the view that it is welfare which explains the high levels of teenage pregnancy is at best unhelpful and at worst a distraction from the real issues. The emphasis on welfare has carried with it the assumption of perverse incentives and cynically planned pregnancy and ignored the fact that most pregnancies to younger teenagers are unplanned, that many are unwanted and that some are clearly the result of sexual violence (Taylor *et al.*, 1995). Concentration on the removal of perverse incentives from welfare - and the introduction of clear disincentives to not seeking work - have led to a neglect of other barriers to independence such as the high cost and limited availability of good quality child care. For schoolgirl mothers the challenge is to ensure that pregnancy does not mean an end to education - as evidenced by the success of special schools, which allow mothers to bring their children to classes - but also to tackle the reality that it is school failure and drop-out which precedes pregnancy in many cases.

11 - Conclusion

If we accept that the high rates of teenage pregnancy found in Britain and the USA are maintained by the social inequalities which have increasingly characterised those countries in the past fifteen years, it is clear that much of the discussion of teenage pregnancy in the UK has been very damaging and runs counter to a rational solution. In Britain Health of the Nation initiatives were threatened by opposition to explicit sex education and the emphasis on teenage women deliberately seeking a birth to get welfare distracted from the majority who had not wanted to be pregnant. Even if we see teenage births as a symptom of the underclass it would seem that a twin attack on social deprivation and improved contraception holds out more hope for young mothers than a withdrawal of benefits. The success of the Scandinavian countries in achieving both a more just society and much

lower levels of teenage births, despite high welfare payments and high non-marital fertility, shows the narrowness of the focus of much of the recent British and American debates. This is a reminder that we must see family policy as needing to move on a broad front - tackling child poverty and embracing the rights of all to reproductive freedom and sexual health - and not narrowly focused on bolstering the traditional family.

References

- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1976), *11 Million Teenagers*, Washington, AGI.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1995), "Teenage Pregnancy and the Welfare Reform Debate", *Issues in Brief*, Washington, AGI.
- ALESINA, I. (1996), "Adolescent Sexual Health Initiative in Russia", *Choices*, vol. 25, no. 2, pp. 16-17.
- ALLEN, I., DOWLING, S., and ROLFE, H. (1998), "Teenage Mothers: Housing and Household Change", *ESRC Research Results* [Population and Household Change Research Programme], no. 10.
- ASKHAM, J. (1975), *Fertility and Deprivation*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BABB, P. (1994), "Teenage Conceptions and Fertility in England and Wales, 1971-1991", *Population Trends*, no. 74, pp. 12-17.
- BACHRACH, C. (1986), "Adoption Plans, Adopted Children and Adoptive Mothers", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 48, no. 2, pp. 243-253.
- BANKS, J. (1954), *Prosperity and Parenthood*, London, Routledge.
- BERTHOUD, R., ROWLINGSON, K., and MCKAY, S. (1998), "The Growth of Lone Parenthood: Diversity and Dynamics", *ESRC Research Results* [Population and Household Change Research Programme], no. 9.
- BOTTING, B. (1998), "Teenage Mothers and the Health of Their Children", *Population Trends*, no. 93, pp. 19-28.
- BRINDIS, C. (1993), "Antecedents and Consequences: The Need for Diverse Strategies in Adolescent Pregnancy Prevention", in: A. Lawson and D. Rhode, eds., *The Politics of Pregnancy: Adolescent Sexuality and Public Policy*, New Haven, Yale University Press.

- BURGHES, L. (1994), *Lone Parenthood and Family Disruption*, London, Family Policy Studies Centre.
- BURGHES, L., and BROWN, M. (1995), *Single Lone Mothers: Problems, Prospects and Policies*, London, Family Policy Studies Centre.
- DAVID, H. P. (1990), "United States and Denmark: Different Approaches to Health Care and Family Planning", *Studies in Family Planning*, vol. 21, no. 1, pp. 1-22.
- DAVID, H., and RADEMAKERS, J. (1996), "Lessons from the Dutch Abortion Experience", *Studies in Family Planning*, vol. 27, no. 6, pp. 341-343.
- DENNIS, N., and ERDOS, G. (1991), *Families without Fatherhood*, London, IEA.
- DUNCAN, G. T., and HOFFMAN, S. D. (1990), "Welfare Benefits, Economic Opportunities and Out-of-Wedlock Births among Black Teenage Girls", *Demography*, vol. 27, pp. 519-535.
- DURHAM, M. (1991), *Sex and Politics: The Family and Morality in the Thatcher Years*, London, MacMillan.
- FRANCOME, C. (1993), *Children Who Have Children*, London, FPA.
- FRANCOME, C. (1991), *If You Ever Go Across the Sea to England*, Enfield, Middlesex Polytechnic.
- FURSTENBERG, F., BROOKS-GUNN, J., and MORGAN, S. P. (1987), *Adolescent Mothers in Later Life*, New York, Cambridge University Press.
- FURSTENBERG, F. (1998), "When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries", *Studies in Family Planning*, vol. 29, no. 2, pp. 246-253.
- GRESS-WRIGHT, J. (1993), "The Contraceptive Paradox", *The Public Interest*, vol. 113, pp. 15-25.
- GRUNSEIT, A., and KIPPAX, S. (1994), *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behaviour*, Geneva, WHO.
- HAINES, M. (1989), "Social Class Differences during Fertility Decline: England and Wales Revisited", *Population Studies*, no. 43-2, pp. 305-323.
- HARTLEY, S. F. (1966), "The Amazing Rise of Illegitimacy in England", *Social Forces*, vol. 44, no. 4, pp. 533-545.
- HASKEY, J. (1993), "Trends in the Numbers of One-Parent Families in Great Britain", *Population Trends*, no. 71, Spring, pp. 26-33.

- HOWE, D., SAWBRIDGE, P., and HININGS, D. (1992), *Half a Million Women: Mothers Who Lose Their Children by Adoption*, London, Penguin.
- JONES, E. F., et al. (1986), *Teenage Pregnancy in Industrialised Countries*, New Haven, Yale University Press.
- KETTING, E. (1994), "Is the Dutch Abortion Rate That Low?", *Planned Parenthood in Europe*, vol. 23, no. 3, pp. 29-32.
- KIERNAN, K. (1980), "Teenage Motherhood - Associated Factors and Consequences - The Experiences of British Birth Cohorts", *Journal of Biosocial Science*, vol. 12, no. 4, pp. 393-405.
- KIERNAN, K., and ESTAUGH, V. (1993), *Cohabitation: Extra-Marital Childbearing and Social Policy*, London, Family Policy Studies Centre.
- KLETT-DAVIES, M. (1996), "Single Mothers in Britain and Germany: An Underclass or Escaping Patriarchy", paper presented at SPA annual conference, *Social Policy in Europe: Convergence or Diversity*, University of Sheffield, 16-18 July.
- KNUDSEN, L. (1997), "Birth Control and Pregnancies among Teenagers in Denmark", paper presented at EAPS International Conference, Cracow, Poland, 11-13 June.
- LAWSON, A., and RHODE, D., eds. (1993), *The Politics of Pregnancy: Adolescent Sexuality and Public Policy*, New Haven, Yale University Press.
- LEATHARD, A. (1980), *The Fight for Family Planning*, London, MacMillan.
- LEES, S. (1993), *Sugar and Spice. Sexuality and Adolescent Girls*, London, Penguin Books.
- LUKER, K. (1996), *Dubious Conceptions: The Politics of Teenage Pregnancy*, London, Harvard University Press.
- LUNDBERG, S., and PLOTNICK, R. D. (1995), "Adolescent Pre-Marital Childbearing: Do Economic Incentives Matter?", *Journal of Labour Economics*, vol. 13, no. 2, pp. 177-200.
- MASON, K., and SELMAN, P. (1997), "Birth Parents' Experience of Contested Adoption", *Adoption and Fostering*, vol. 21, no. 1, pp. 21-28.
- MOFFIT, R. (1992), "Incentive Effects in the U.S. Welfare System: A Review", *Journal of Economic Literature*, vol. 30, pp. 1-61.
- MORGAN, P. (1998), *Adoption and the Care of Children: the British and American Experience*, London, IEA.
- MURRAY, C. (1990), *The Emerging British Underclass*, London, IEA.

- MURRAY, C. (1992), "Welfare and the Family: The U.S. Experience", *Journal of Labor Economics*, vol. 11, pp. 224-262.
- MURRAY, C. (1993), "No Point Fiddling with Welfare at the Margin", *The Sunday Times*, 11 July.
- MURRAY, C. (1994), *Underclass: The Crisis Deepens*, London, IEA.
- PEARCE, D. M. (1993), "Children Having Children: Teenage Pregnancy and Public Policy from the Woman's Perspective", in: A. Lawson and D. Rhode, eds., *The Politics of Pregnancy: Adolescent Sexuality and Public Policy*, New Haven, Yale University Press.
- PHOENIX, A. (1991), *Young Mothers?*, Cambridge, Polity Press.
- PLOTNICK, R. D. (1990), "Welfare and Out-of-Wedlock Childbearing: Evidence from the 1980s", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 52, pp. 735-746.
- PLOTNICK, R. D. (1993), "The Effect of Social Policies on Teenage Pregnancy and Childbearing", *Families in Society*, June, pp. 324-328.
- RAINWATER, L., and WEINSTEIN, K. (1960), *And the Poor Get Children*, Chicago, Quadrangle.
- RHODE, D. L. (1993), "Adolescent Pregnancy and Public Policy", in: A. Lawson and D. Rhode, eds., *The Politics of Pregnancy: Adolescent Sexuality and Public Policy*, New Haven, Yale University Press.
- SELMAN, P. (1976), "Patterns of Adoption in England and Wales since 1959", *Social Work Today*, vol. 7, no. 7, pp. 194-197.
- SELMAN, P. (1977), *Differential Fertility in Working Class Women in Newcastle upon Tyne*, unpublished PhD Thesis, University of Newcastle.
- SELMAN, P. (1996a), "Teenage Motherhood Then and Now: A Comparison of the Pattern and Outcome of Teenage Pregnancy in England and Wales in the 1960s and 1980s", in: H. Jones and J. Milner, eds., *The Politics of the Family*, Aldershot, Avebury.
- SELMAN, P. (1996b), "The Relationship Revolution: Is the Family Collapsing or Adjusting to a New World of Equal Opportunities?", in: R. Humphrey, ed., *Families behind the Headlines*, Department of Social Policy, University of Newcastle upon Tyne.
- SELMAN, P. (1997a), "Scapegoating and Moral Panics: International Lessons from Teenage Pregnancy", paper presented at ISSI conference, *Families and the State: Conflicts and Contradictions*, University of Edinburgh, 23-24 May.
- SELMAN, P. (1997b), "Teenage Fertility and Social Policy in Europe", paper presented at EAPS International Conference, Cracow, Poland, 11-13 June.

- SELMAN, P. (1998), "Teenage Pregnancy and Welfare Reform in Britain and the USA", paper presented at ESRC seminar *Young People: Sex and Relationships in the 1990s*, London, November 30th 1998.
- SELMAN, P., and GLENDINNING, C. (1996), "Teenage Pregnancy: Do Social Policies Make a Difference?", in: J. Brannen and M. O'Brien, eds., *Children and Families: Research and Social Policy*, London, Falmer.
- SELMAN, P., and CLARKE, L. (2000), *Teenage Pregnancy in Northumberland. A Statistical Analysis*, Department of Sociology and Social Policy, University of Newcastle.
- SEU (Social Exclusion Unit) (1999), *Teenage Pregnancy*, London, The Stationery Office.
- SINCLAIR, S. P. (1994), "Public Hostility Towards Young Single Mothers", paper presented at SPA annual conference, University of Liverpool, 12- 14 July.
- SMITH, T. (1993), "Influence of Socio-Economic Factors in Attaining Targets for Reducing Teenage Pregnancies", *British Medical Journal*, no. 6887.
- STERN, C. (1997), "Teenage Pregnancy as a Social Problem: A Critical Perspective", paper presented at XXIII General Population Conference, Beijing, 11-17 October.
- SYLVESTER, K. (1994), *Preventable Calamity: Rolling Back Teen Pregnancy*, Washington, Progressive Policy Institute.
- SYLVESTER, K. (1995), *Second-Chance Homes: Breaking the Cycle of Teen Pregnancy*, Washington, Progressive Policy Institute.
- TAYLOR, J. M., GILLIGAN, C., and SULLIVAN, A. M. (1995), *Between Voice and Silence: Women and Girls, Race and Relationship*, Harvard University Press.
- UK, DEPARTMENT OF HEALTH (1992), *The Health of the Nation: A Strategy for Health in England*, London, HMSO (Cm 1986).
- VAN DE KAA, D. (1987), "Europe's Second Demographic Transition", *Population Bulletin*, no. 42, pp. 1-59.
- VINOVSKIS, M. (1988), *An "Epidemic" of Adolescent Pregnancy? Some Historical and Policy Considerations*, New York, Oxford University Press.
- VORNICK, B., and GOVORUN, T. (1996), "Challenges in the Ukraine", *Choices*, vol. 25, no. 2, pp. 13-15.
- WELLINGS, K. (1994), *Sexual Behaviour in Britain*, London, Penguin Books.

- WILCOX, B., ROBBENNOLT, J., O'KEEFE, J., and PYNCHON, M. (1996), "Teen Nonmarital Childbearing and Welfare: The Gap between Research and Political Discourse", *Journal of Social Issues*, vol. 52, no. 3, pp. 71-90.
- WILLIAMS, Z. (2001), "Faith, Hope and Chastity", *The Guardian*, 20th October 2001, "Weekend" supplement, pp. 62-72.
- YOUNG, F., and SELMAN, P. (1996), *An Evaluation of the Streetwise Project*, University of Newcastle, Department of Social Policy.
- ZABIN, L. S., and HAYWARD, S. C. (1993), *Adolescent Sexual Behaviour and Childbearing*, London, Sage.

ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH IN LATIN AMERICA AMONG LOW-INCOME GROUPS

Fatima JUAREZ

*Centre for Population Studies
London School of Hygiene and Tropical Medicine
University of London, United Kingdom*

1 - Introduction

Commitment to the health and development of adolescents has come a long way in recent years. It has become increasingly clear that what happens in the formative years of adolescence will be crucial to the rest of their youth, will impact their health and their future personal, economic and social development, and furthermore it will affect the next generation of children (their offspring).

Despite the fact that adolescent reproductive health has become a research priority, the field is still new and challenging. Current scientific knowledge on adolescent sexual and reproductive health is patchy in the developed world and almost non existent in less developed countries. Several factors have contributed to the scanty evidence on the topic of adolescent reproductive health. Among them: lack of available data on adolescent reproductive and sexual health; little exploitation of existing sources that could improve our understanding of young populations; lack of scientific rigour, which may lead to unreliable or biased conclusions; and no or narrow theoretical or conceptual focus (i.e. medical or social) which miss the broader dimensions of sexual behaviour and may result in inadequate policies.

Field experiences in programmes to improve adolescent sexual and reproductive health have not been fruitful. The only conclusion that can be drawn from the current evidence is the desire, from NGO's and government actions, to improve adolescents health and well-being, but they do not know how to achieve these goals. Most of their strategies are not substantiated by scientific evaluations, and their actions are more like blind trials (*dar palos a ciegas*), hoping that their strategies and efforts are on the right track. To resolve these problems, I would propose a cooperative approach of scientists and field partners, in order to arrive at the best strategy of action to improve the sexual and reproductive health and well-being of adolescents.

The objective of this paper is to incorporate into the study of adolescent reproductive health different inputs from various disciplines and perspectives. These include analytical, theoretical, and research findings. This document is divided in five sections. Following this introduction, I present what we know about adolescents reproductive health in Latin America through a descriptive analysis of the information available. Sexual and reproductive health behaviour is hindered by the lack of theories. The third part presents what we know about theories of social psychology specially developed to understand sexual practices and risk related behaviour among adolescents. In the fourth section, the optimal research strategy and actions to promote sexual and reproductive health is illustrated with a case study from Brazil. The investigation presented incorporates one of the theories mentioned in the previous section. In the final section, some concluding remarks on how to increase knowledge and reduce the sexual and reproductive health risks of adolescents are presented.

2 – Adolescent reproductive health in Latin America

In Latin America, sexual activity, pregnancy and childbearing among young people is not a new phenomenon. Cultural norms have traditionally encouraged early entry into marriage and reproduction. It was not until the 1960s and 1970s that the concept of smaller families became widespread and consequently neither early marriage nor reproduction was promoted after that time. However, estimates for the period between the 1970s and the 1990s indicate that age at marriage has only been slightly increased, around 1 year during the 20 years (Rosero-Bixby, 1996; UN,

1990). Age at first birth has remained relatively constant but changes in reproduction have occurred at older ages (Juarez and Llera, 1996). Though, one can argue that in Latin America the interlude from childhood to adulthood has only slightly lengthened, what is important is that the social context of early reproduction behaviour has changed remarkably mainly due to the AIDS pandemic¹ and the breaking of traditional norms, which encourage celibacy for girls until marriage, resulting in an increasing tendency for premarital sexual activity in a context where young people (compared to adults) are often less knowledgeable about the means of avoiding unwanted sexual outcomes such as pregnancy or STDs/AIDS.

2.1 - HIV/AIDS in Latin America

The advent of AIDS has given a sense of urgency to improving our understanding of sexual and reproductive behaviour; in particular for the young population. It is estimated that in 1997 approximately 30 million individuals were living with HIV/AIDS (UNAIDS, 1998). About half of all HIV infection affect individuals under 25 years (WHO, 1989), around 50% of HIV infected people progress to AIDS within 10-12 years of initial infection, and death occurs within 2 years of AIDS diagnosis (Mindel and Tenant-Flower, 1997). In more than 75% of cases the transmission is heterosexual, around 7% homosexual, 7% through injecting drug use and 4% blood transfusions (UNAIDS, 1998).

In Latin America, 1.7 million people had been diagnosed as living with HIV/AIDS (UNAIDS, 1998) by the end of 1997. At present, Brazil occupies the 9th place worldwide, and the first place in Latin America for the number diagnosed HIV/AIDS cases. This country accounts for 75% of all reported AIDS cases in the region. Incidence of HIV/AIDS (i.e. rate of new infected cases) is biggest in Brazil, followed by Haiti and Mexico (in absolute numbers, Mexico has the second place).

The trend of HIV infection in Latin America is rising and most infection occurs among young people, mainly among males but rapidly expanding to females, with most of the transmission heterosexual. To illustrate this we will look at the case of Brazil. Figures 1 and 2 (Brazil, Ministry of Health, 1997) present the total number of AIDS cases by

1. The first recognised cases of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) were reported in 1981.

Figure 1
Total number of AIDS cases by sexual category. Brazil, 1984-1994

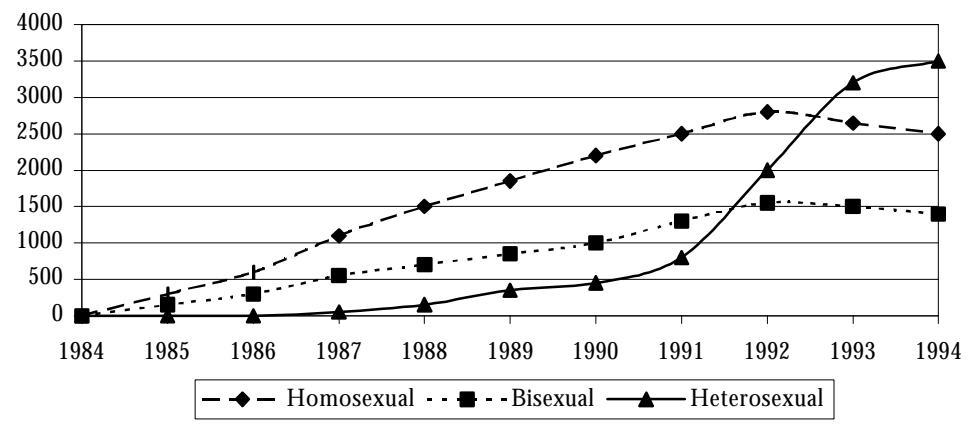
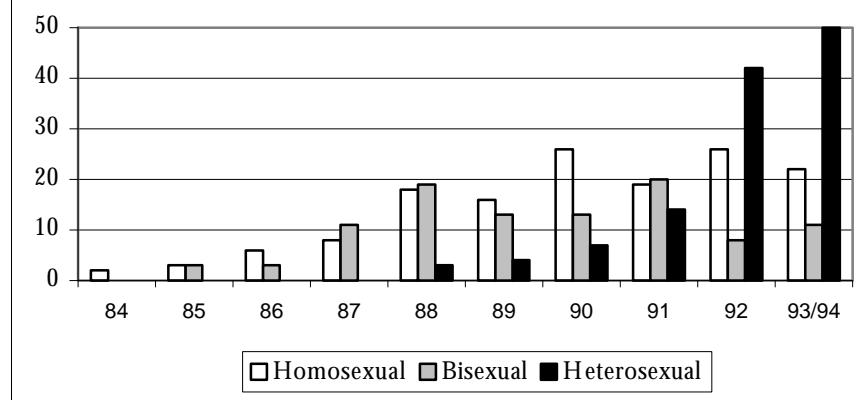


Figure 2
Cases of AIDS among adolescents (13-19)
by sexual category. Brazil, 1984-1994



sexual category, for Brazil as a whole and for young adolescents ages 13-19 years.

From the Brazilian data for 1984 to 1994, it can be observed that initially the homosexual and bisexual groups had the highest incidence (Fig. 1), but over time this changed to the heterosexual group. The same pattern can be observed among adolescents (Fig. 2). Over the last past 5 years, cases among women have increased 6 times. In the mid-1980s, men were 15 times more likely than women to be infected, compared to only 4 times more likely in 1997 (Brazil, Ministry of Health, 1997).

2.2 – Sexual activity among young people in Latin America

A slow continuous change of values, attitudes and behaviours have been occurring in the Latin American countries. They have moved from a traditional society that placed sexual activity within marriage to one where premarital sex is silently hidden and accepted - particularly if the boyfriend is expected to marry the young girl. However, gender roles continue to vary by country and social group, they continue to be polarised and conflicting, and in the open discourse, women are expected to be virgins whilst men are expected to be sexually experienced.

The post-1968 period marked the sexual revolution in America (the Peace and Love Era); for Latin America, the decade of the 1970s marked the breaking point of traditional sexual behaviour. New reproductive and sexual patterns have emerged, and continue to do so, among the young, the single and the married. These changes in reproductive and sexual patterns go hand in hand with an increase in women's education, autonomy, labour force participation and with the contraceptive revolution (Castro and Juarez, 1995; Garcia and Oliveira, 1998; Juarez *et al.*, 1996).

In Latin America, the problems faced by adolescents engaging in premarital sexual activity are quite different to those faced by adult couples:

- sex occurs at an age where the phase of development has not been completed and where future sexual behaviours are established;
- sex is more occasional and opportunistic;
- the logistics of finding a setting for sexual activity is complicated and opportunistic. Usually, adolescents live with their parents until they are married, and settings reported by young people for their sexual experiences include at the girlfriend's house when her parents are absent.

The potential sexual and reproductive health risks that face young group are unwanted pregnancies (and unsafe abortions) and STDs/AIDS which have huge consequences from social, economic and psychological perspectives. Moreover, the vulnerability of adolescents and youth in the area of sexual and reproductive health is increased because of deficiencies in the channels of sexual education and the coverage of health and family planning services which usually exclude unmarried young people and, even when they are available, do not provide the environment required by the adolescents (Juarez and Castro, 1997).

A portrait of the sexual and reproductive health of the adolescents in Latin America can be obtained by using data sources of World Fertility Survey (WFS), the Demographic and Health Surveys (DHS), and the Young Adult Reproductive Health Surveys (YARHS, coordinated by the Center for Disease Control-CDC). The YARHS are of great value because they were specially designed to study young people's reproductive health, and also because they collected information for both males and females, which is seldom done. They were collected between 1985 and 1992, and represent the most recent available information on the topic for the region. Juarez and Castro (1997) have compiled estimates from these sources WFS, DHS and YARHS and a summary of their findings are presented next.

Table 1 presents various indicators of sexual, nuptial and childbearing experience among young women from the DHS. The proportion of women with premarital sexual experience by age 20 varies from country to country, ranging from 11% in Mexico to 33% in Paraguay. These levels can be considered as the minimum prevalence as underreporting is expected by women due to the traditional double standards which censors sex outside marriage in Latin America. Entry into marriage by age 18 is relatively high, ranging between one-fifth in Peru to two-fifths in Guatemala, and many of the unions are consensually formed. Regarding early childbearing experience, about a third of the Latin American women have had a birth by age 20. And the proportion of unwanted or mistimed births among women 15-19 is extremely large, around 4 out of 10 for married females and 6 out of 10 for unmarried females. These estimates can be considered underreported because motherhood is socially valued in the region, and consequently it may be difficult for adolescent women to report that their recent birth was unwanted or unplanned.

Table 1
Various indicators of sexual, nuptial and childbearing experience among young women, DHS-1

a. Values based on 10-25 cases.

Sources: Juarez and Castro (1997); Bongaarts and Cohen (1998).

Table 2
Various indicators of young women's and men's sexual and reproductive behaviour, YARHS

Country	City	Survey date	% reporting pre-marital sex				% first birth pre-maritally conceived (ever-married)		% first pregnancy reported unintended (unmarried)		% used contraception at first sexual relation (ever sexually active)		% currently using contraception (sexually active unmarried)		% received sex education in school		% knows fertile period	
			Fem. 15-19	Males 15-19	Fem. 15-24	Fem. 15-24	Fem. 15-24	Males 15-24	Fem. 15-24	Males 15-24	Fem. 15-24	Males 15-24	Fem. 15-24	Males 15-24	Fem. 15-24	Males 15-24	Fem. 15-24	Males 15-24
Brazil	Recife	1989	16	69	52	47	22	23	73	58	62	49	20	18				
	Salvador	1987	20	73	53	59	23	20	67	65	45	38	17	25				
	Rio de Jan.	1989	28	73	49	58	32	22	78	56	50	41	24	24				
	Sao Paulo	1988	27	73	45	57	32	22	75	82	48	46	18	16				
Chile	Curitiba	1989	24	56	39	46	27	24	80	66	67	60	30	20				
	Santiago	1988	19	48	63	46	20	19	65	66	76		27	24				
Costa Rica		1991	22	42	36	57	22	33	57	53								
Dom. Rep.		1992	15	48														
Ecuador	Quito	1988	12	59	35	76	8	14	64	64	70	71	17	26				
Guatemala	Guayaquil	1988	18	64	25	76	13	14	64	64	64	26	17	16				
	Guatem.City	1986	12	65	42		10	15	40	46	60	24	18					
Jamaica		1985	55	78		77	41	11	69	68	80	59	19	21				
Mexico	Mexico City	1985	13	44	31	50	22	31	75	82	78	73	26	24				

Source: Juarez and Castro, 1997.

Table 2 presents various indicators of young women's and men's sexual and reproductive behaviour from YARHS. Premarital sexual activity is not uncommon, the levels vary by country. The most striking contrast are the differences by sex: 69% of young males from Recife (Brazil) reported having had sex before marriage, while only 16% of women reported having had sex before marriage. From the Latin American region, Quito (Ecuador) reports the lower sexual activity, but similarly the sex differential are extremely large: 59% of young males reported premarital sex while only 12% of women reported having had sex before marriage. These values reflect the cultural norms that sexual experimentation is approved for men and restricted for females. Most births occur within marriage, but there is a growing trend of out-of-wedlock births and also a larger number of single mothers, who in the past would have ended up marrying (shot gun marriages), do not do so now.

The data presented from the surveys, have been useful in drawing a profile of the sexual activity among young people in Latin America. However, further data need to be collected for adolescents sexual and reproductive health to know the current patterns and levels and to understand the determinants of reproductive health risk.

3 – Theories developed to understand sexual and reproductive health behaviour

As we have seen in previous sections, the reproductive health of adolescents has recently become a major focus of research for those in the health and population field. This is partly due to the effect of the AIDS pandemic, and partly due to the impact of the 1994 Cairo Conference and its Programme of Action which drew the attention of the international community to the fact that reproductive health issues in general, and for adolescents are a priority, both in terms of research funding and programme formulation.

Since 1994, many population scientists have directed efforts to advance knowledge in reproductive health. An example of this is the various sessions organized on adolescent reproductive health in national and international conferences, but my impression is that researchers have used a narrow perspective. Though sexual and reproductive health behaviour appears as a new field to the population scientist, social psychology has been researching into this topic for decades, developing theories

and advancing the understanding of sexual behaviour and reproductive health. To guide population scientists, this section presents a summary of the most significant theories for the identification of socio-cognitive determinants relevant to the practice of safer sex. These theories emerge from a social theory (or socio-cognitive), where sexual activity is considered a volitional behaviour.

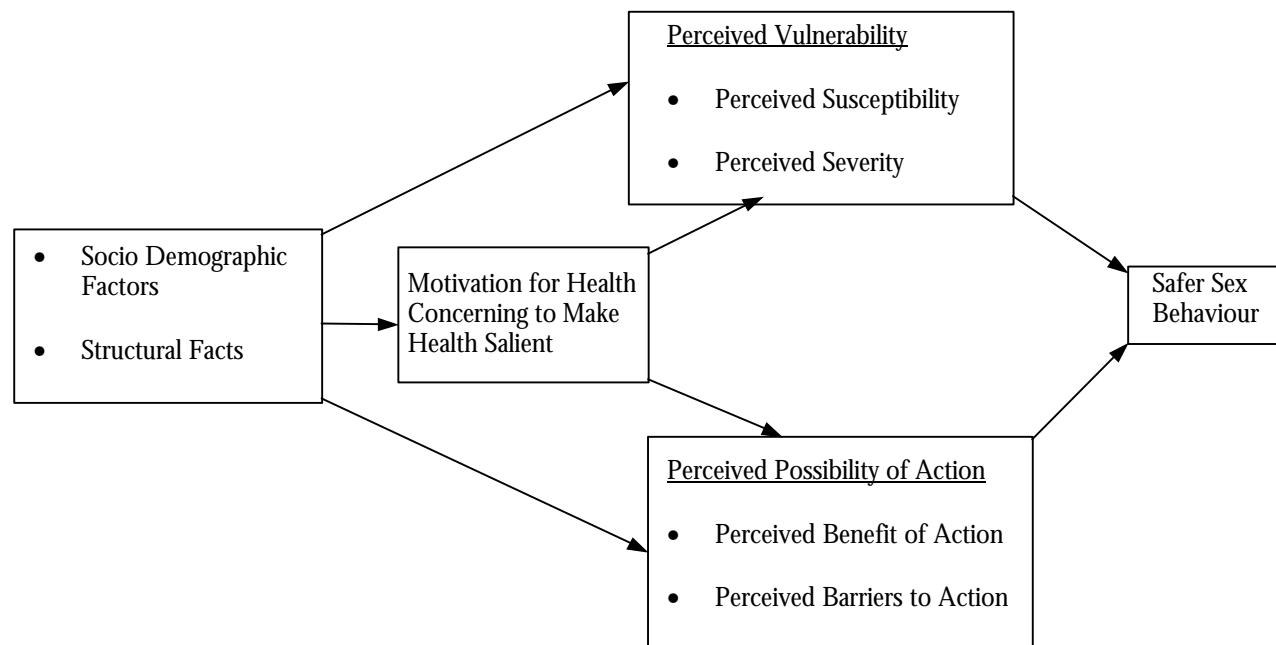
3.1 – The Health Belief Model

In 1950, there emerged from the United States Public Health Service a theoretical framework based on social theory to help understand behavioural patterns (Mullen *et al.*, 1987; Rosenstock, 1966; Rosenstock, 1974). This approach has been frequently applied to study health behaviour, including sexual health and is known as the Health Belief Model (HBM). From its original conceptualization, variations to the model have proliferated, usually resulting in more detailed models (refer to Rosenstock, 1988). Theories and frameworks have also been derived from the HBM. The most important theoretical approaches used are: the Social Learning Theory (Bandura, 1977a, 1977b), later re-named as Social Cognitive Theory, the Theory of Reasoned Action (Fishbein and Ajzen, 1975), the Theory of Planned Behaviour (Ajzen and Madden, 1986), and more recently, the Interactional Framework (Van Campenhoudt *et al.*, 1997; Ingham and Van Zessen, 1997).

According to cognitive theories, which the Health Belief Model (HBM) forms part of, the roles of subjective rationales for health-related behaviour are a function of the subjective values of an outcome, and of the subjective expectations that a particular action will achieve that outcome. In its original formulation, the HBM hypothesized that health related actions depend upon the simultaneous occurrence of three classes of components: 1) the existence of sufficient motivation to make health salient; 2) the belief of a perceived threat to health; and 3) the belief that following a particular health recommendation would be beneficial in reducing the perceived threat (Rosenstock, 1966; Rosenstock, 1974; Becker, 1974; Rosenstock *et al.*, 1988). The relationship between these components and behaviour is held to be mediated by demographic, structural and enabling factors.

These hypotheses in the HBM are operationalized by four explanatory factors (presented in parenthesis is an illustration of factors related to the success of safer sex practices to prevent AIDS):

Figure 3
Traditional Health Belief Model



- *perceived susceptibility* of an individual to the health risk (one's perception of the possibility that unprotected sex would lead to AIDS);
- *perceived severity* of the illness if it is contracted (if AIDS is contracted, the likelihood of dying);
- *perceived benefits* of strategies for preventing the illness (condom use prevents AIDS);
- *perceived barriers* to effective action (sex with condoms is not pleasurable, condoms are too expensive...).

When it has been applied the predicted power of HBM for explaining sexual health risk has been inconsistent. The HBM has been criticised because of its inherent conceptual problems (Janz and Becker, 1984; Vanlandingham, 1993; Rosenstock *et al.*, 1988). Some of the most serious are: the failure to consider adequately the bases of variation in an individual's ability both to evaluate the potential consequences of behaviour and to utilize these evaluations; the cost-benefit perspectives may be ill-suited for explaining adolescent sexual behaviour, as age-related influences are ignored; one important social factor not incorporated in the model is the influence of peer groups, which may be an important factor in understanding the sexual behaviour of adolescents.

3.2 – The Theory of Reasoned Action

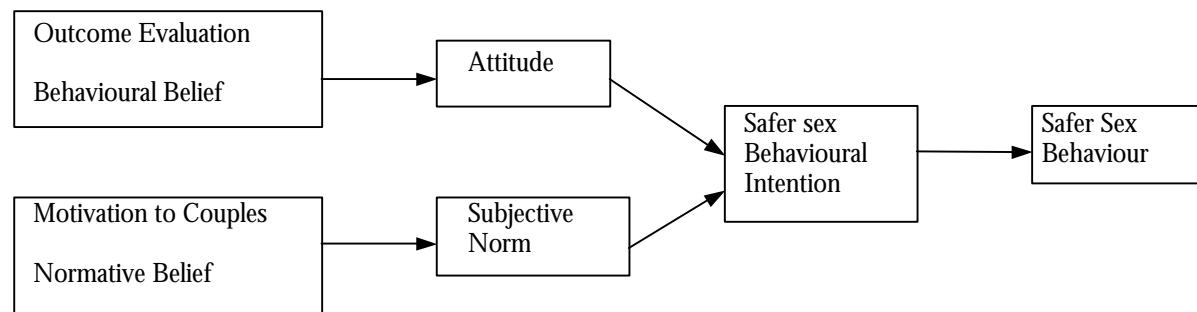
The Theory of Reasoned Action (TRA) was first developed by Ajzen and Fishbein in 1973. It considers that human beings are usually rational in making their decisions and in engaging in a given behaviour, and will therefore act in accordance with their preferences. Intention is a determinant of behaviour, and actions that are not intentional (not under volitional control) will be outside the scope of TRA. The theory recognises two determinants of intentions: the personal attitudes affecting the behaviour, and the influence of social pressure in performing or not performing a behaviour.

TRA may be used to study the individuals' intentions to safe sex (Vanlandingham *et al.*, 1995).

Attitudes would reflect the individuals' beliefs about their evaluation of condom use during sexual intercourse. And it is represented by a weighted relationship between:

- *behavioural belief* that condom use will result in a certain outcome (condom use will reduce the risk of AIDS);

Figure 4
Theory of Reasoned Action



Source: Ajzen and Fishbein, 1973.

- and the *outcome evaluation* of how pleasant or unpleasant the effect of AIDS would be as a consequence of non-compliance with condom use (if AIDS is contracted, the likelihood of dying).

Subjective Norms is an expression of the individual's subjective judgement of the external pressure to perform or not and to comply or not with a behaviour:

- the person's *normative beliefs*, i.e. beliefs that specific individuals or groups think he or she should (or should not) perform the behaviour (my friends think that using condom is vital for protection of AIDS);
- and the *motivation to comply* with the behavioural expectations and norms of key social figures in their life (the cost of non compliance with condom use with their friendship groups).

3.3 – The Theory of Planned Behaviour

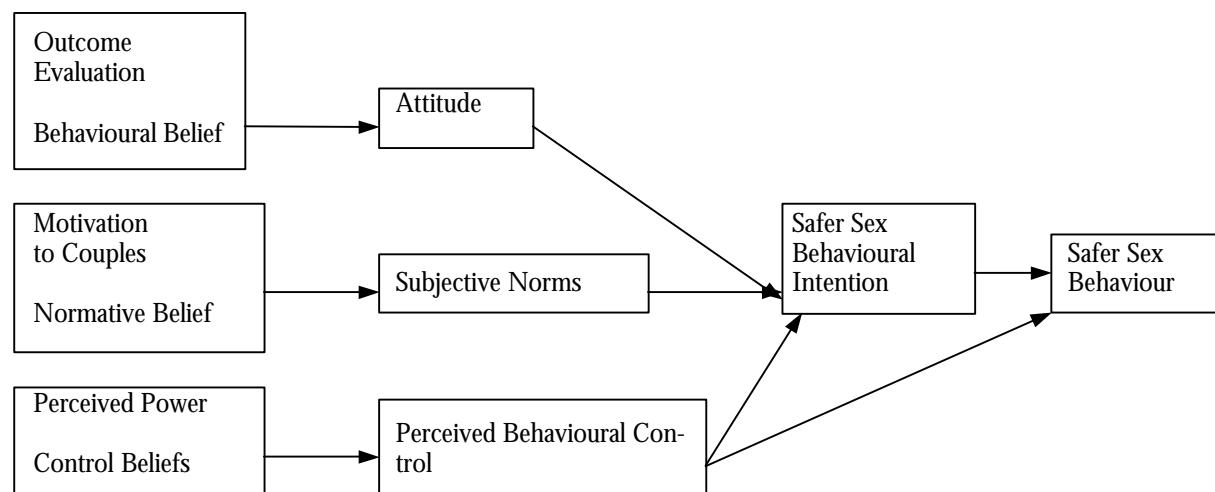
The authors of the TRA, modified it to include perceived behavioural control and named this modified version, the Theory of Planned Behaviour (TPB). According to the TPB, intentions have three determinants: attitude, subjective norms, and perceived behavioural control. Attitudes and subjective norms remain as defined as in the TRA.

Perceived behavioural control refers to the beliefs about the degree of control of the behaviour. It is a weighted relationship between the control belief and the perceived power:

- *control belief* describes the person's perceived obstacles and opportunities for performing specific behaviour (in the study of safe sex, this will refer to access to the necessary skills and resources required to use a condom successfully during sex - if they do not know how to use a condom, they will be less motivated to use it);
- and *perceived power* refers to the person's perceived degree of control over the behaviour (whether to facilitate or inhibit condom use).

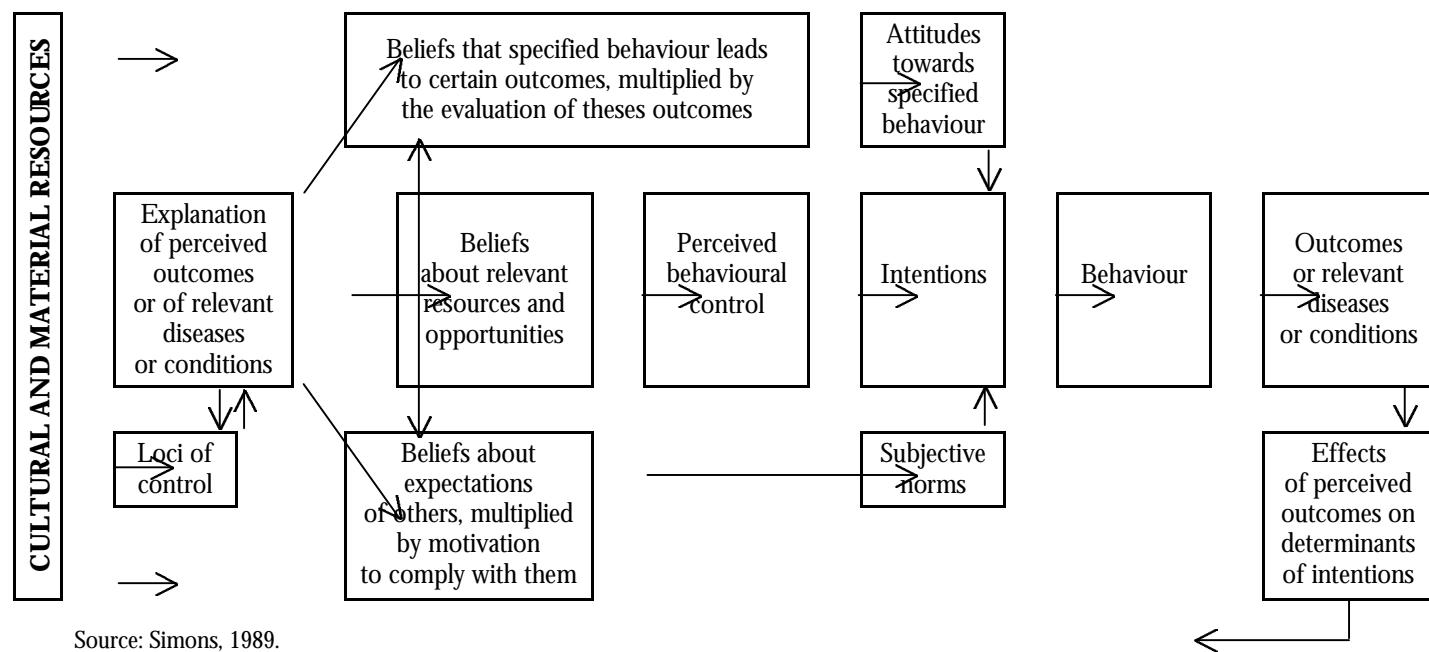
In the TPB, perceived behavioural control influences intentions and also has a direct influence upon behaviour (Ajzen and Madden, 1986). The notion of perceived behavioural control is a close concept to the self-efficacy that Bandura (1977a, 1977b) derived from the social learning theory.

Figure 5
Theory of Planned Behaviour



Source: Ajzen and Madden, 1986.

Figure 6
Eclectic approach based on Ajzen's (1988) Planning Behaviour Model
but incorporating other components of subjective rationales



Source: Simons, 1989.

3.4 – An eclectic approach, the Planned Behavioural Theory incorporating components of subjective rationales

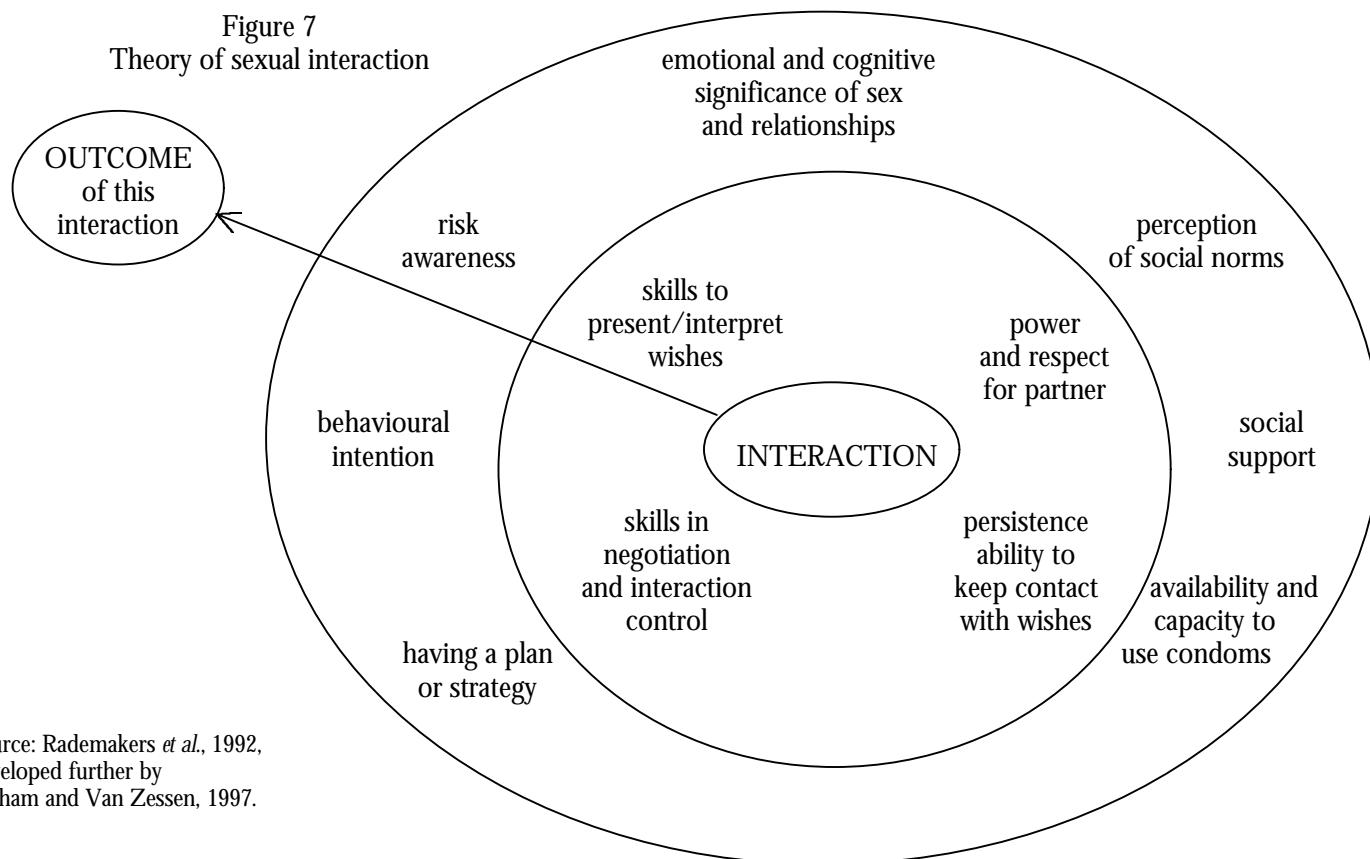
John Simons (1989) states that theories and models overlap in some components, for example, health beliefs with locus of causality. He proposes an eclectic approach which incorporates several of the above mentioned theories and others not described here. Figure 6 presents the main relationships of the components. In it, the Health Belief Model is subsumed by the Planned Behaviour Theory. Provision is made for relationship between the components of the PBT: loci of control and explanation of outcomes, and for feedback effects from outcome to determinants of intentions.

The locus of control refers to the degree of control people perceive they have over events in their lives. While a person with an internal locus of control perceives that events are a consequence of his or her own behaviour, a person with an external locus of control feels that events are beyond his or her own control and are determined by fate, chance or powerful others (Rotter, 1996). In addition, people's own explanations of the events in their lives have been shown to be valuable for understanding behaviour (Kelley, 1973). Whatever the individual's explanation, it is likely to be manifested in beliefs about outcomes and the expectations of others. For example, the way a person explains or interprets the cause of a particular illness (locus of causality) can influence the way he/she will cope with the disease and the way they will follow to proposed treatment or preventive measure. Finally, subjective rationales are powerfully influenced by cultural and material resources. For example, where a community's value orientations emphasize submission to Divine will, this is likely to be evident in typical explanations of disease. In many settings, the impact of poverty and other material constraints on perceived behavioral control will be by far the most important determinant of intentions and behaviour.

3.5 – The Theory of Interaction

An alternative approach developed by Rademakers *et al.* (1992) and developed further by R. Ingham and G. Van Zessen (1997) proposes to minimize the role of social dimension and to incorporate the interactional process. They argue that in the study of sexual behaviour, the object of interest is not the individual decision-making but the interaction itself.

Figure 7
Theory of sexual interaction



Source: Rademakers *et al.*, 1992,
developed further by
Ingham and Van Zessen, 1997.

From this position, other aspects need to be considered in order to arrive at a complete explanation of the course of events. Since individuals enter interactions with all kinds of expectations, plans desire, capacities and histories, these need to be taken fully into account to the extent that they affect the course of the interaction. Two layers are distinguished based on the proximity of the factors to the event themselves.

As seen graphically, the centre (the arena) is the interaction. The focus of interest is any event described as occurring during the interaction that has any relevance whatsoever to the outcome of interest (safer sex): skill in negotiation, interpretation of wishes, the temporal context, the type of relationship... The outer layer contains factors that are relevant: risk awareness, behavioural intentions... While the interaction is central, individuals' characteristics, and the effect of wider society also play a part in the approach. The interactional perspective can be seen as non-hierarchical, i.e. as a system of reciprocal determination among macro processes and institutions, social network and dyads, down to the level of the individual.

4 – Theories, findings and interventions.

The ideal strategy: The case study of Brazil

In this section, we will present some interesting research findings based on a social cognitive theory, and which have led to a rigorously evaluated intervention.

A recent study has been conducted to study the motivational determinants of pregnancy among teenage women in the shanty towns of Recife (Marques, 1995).

The studied population is teenagers of low income groups (*favelas*): virgin, non-virgin without a child, and non-virgin with a child. The theoretical approach followed is that proposed by John Simons (see previous section). The study incorporates some interesting factors such as: locus of control and self-esteem, attitudes toward childbearing as proposed by Ajzen (derived from outcome evaluation and behavioural belief), expectations of others' approval of childbearing (derived from normative beliefs and motivation to comply).

It is not surprising that the socio-economic statuses are not predictors of behaviour, i.e. being virgin or not, or being a single mother, as the studied girls belong to the same social stratum (*favelas*), with similar family

background and orientations (disruptive families). Findings indicate that what seems to make a difference in future behaviour (sexual activity and pregnancy out-of-wedlock) is self-esteem. Sexually active young women - among whom the use of contraception is rare - are much more likely than virgins to cite the need for love and intimacy as an explanation of sexual relationships and pregnancy among adolescents. Other studies support the view that young men have a different orientation. They are much more likely than young women to have multiple partners, to view sexual relationships as transitory and to feel they have no responsibility for an ensuing pregnancy (Juarez and Simons, 1997; CDC, 1991).

Clearly there is a need to find ways of increasing the proportion of adolescent men who use contraceptives, and that is the need addressed by a project currently being developed by F. Juarez. It is unusual in that it focuses on men, and also in its concern to measure the impact of the proposed intervention on contraceptive behaviour. The importance of the latter issue is evident from a recent review (Peersman *et al.*, 1996) of the effectiveness of "sexual health promotion interventions" for young people. This identified 122 reports of attempts to measure the impact of an intervention. Of these 122, only 21 were judged to be of sufficient methodological strength to allow any conclusions to be drawn about their effectiveness. Of these 21, only 4 found the intervention appeared to be effective in changing young people's reported behaviour. The overall message of the review is that most assumptions about the interventions likely to change behaviour - the assumptions on which policy is typically based - are either not based on evidence or have been shown to be false.

The intervention in Recife incorporates the main elements of successful interventions of adolescents and those in the field of HIV prevention: participation of adolescents at all stages of the intervention, skills training with information and practical resources to target knowledge and behavioural outcomes (Brandrup-Lukanow *et al.*, 1991; Oakley *et al.*, 1993 and 1995). It is a peer-led intervention which follows an "outreach strategy" and contains a very strong evaluative component (a control and an intervention area, and baseline and follow-up surveys).

5 – Concluding remarks

Much can be done to further our learning of adolescent sexual and reproductive health. Several aspects have been identified as key in the

advancement of the field of adolescents. New survey data, both for males and females, are required to be collected. Theories from the field of psychology have been shown to be useful in advancing the understanding of sexual behaviour and identifying safer sex determinants. Future research will benefit from incorporating these sound theoretical frameworks. As sexual behaviour is established during this phase of development, educational and health intervention programmes should be targeted before first sexual experience. Mapping the ways in which individuals develop competence is essential to enable the design of suitable and appropriate interventions. Moreover, to achieve the optimal strategy for programmes to improve adolescents' sexual and reproductive health, a partnership between scientists and those in the field of action (NGOs, government departments) needs to be developed.

References

- AJZEN, I., and FISHBEIN, M. (1973), "Attitudinal and Normative Variables as Predictors of Specific Behaviour", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 27, pp. 41-57.
- AJZEN, I., and MADDEN, T. J. (1986), "Prediction of Goal-Directed Behaviour: Attitudes, Intentions and Perceived Behavioural Control", *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 67, pp. 371-378.
- BANDURA, A. (1977a), *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- BANDURA, A. (1977b), "Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioural Change", *Psychological Review*, vol. 84, pp. 191-215.
- BECKER, M. H., ed. (1974), "The Health Belief Model and Personal Health Behaviour", *Health Education Monographs*, vol. 2, pp. 324-473.
- BONGAARTS, J., and COHEN, B., eds. (1998), "Adolescent Reproductive Behaviour in the Developing World", *Studies in Family Planning* Special issue based on a National Academy of Sciences Workshop, vol. 29, no. 2, June.
- BRANDRUP-LUKANOW, A., MANSOUR, S., and HAWKINS, K., eds. (1991), *Adolescent Sexuality and Reproductive Health*, IPPF/CIE/GTZ, Report of the workshop CIE, Paris, July.
- BRAZIL, MINISTRY OF HEALTH (1997), *Programa Estadual DST/AIDS-PE*, DIEPI/DIEVIS/FUSAM, Brazil.
- CASTRO, T., and JUAREZ, F. (1995), "Women's Education and Fertility in Latin America", *International Family Planning Perspectives*, vol. 21, no. 2, June.

- CDC (1991), *Pesquisa sobre saude reproductiva e sexualidade do joven. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife, 1989-1990*, BEMFAM, Brazil.
- FISHBEIN, M., and AJZEN, I. (1975), *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An Introduction to Theory and Research*, Reading, MA, Addison-Wesley.
- GARCIA, B., and OLIVEIRA, O. (1998), *Trabajo Femenino y Vida Familiar en Mexico*, El Colegio de Mexico, Mexico.
- INGHAM, R., and VAN ZESSEN, G. (1997), "From Individual Properties to Interactional Processes", in: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzaradi *et al.*, eds., *Sexual Interactions and HIV Risk*, Taylor and Francis, London.
- JANZ, N. K., and BECKER, M. H. (1984), "The Health Belief Model: A Decade Later", *Health Education Quarterly*, vol. 11.
- JUAREZ, F., and CASTRO, T. (1997), "Reproductive Health in Latin America: Are All Adolescents High-Risk Takers?", paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, March 27-29, Washington, D.C.
- JUAREZ, F., and LLERA, S. (1996), "The Process of Family Formation during the Fertility Transition", in: J. M. Guzman, S. Singh, G. Rodriguez and E. Pantelides, eds., *The Latin American Fertility Transition*, Clarendon Press, Oxford.
- JUAREZ, F., and SIMONS, J. (1997), *Report of the Feasibility of a Study of the Impact of a Private-Sector Social Marketing Programme on Contraceptive Use Among Adolescent Men in Recife, Brazil*, Report to the Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine/Department of International Development.
- JUAREZ, F., QUILODRÁN, J., and COSIO, M. E. (1996), *New Reproductive Patterns in Mexico*, Centre of Demographic Studies and Urban Planning, El Colegio de Mexico, Mexico.
- KELLEY, H. H. (1973), "The Processes of Causal Attributions", *American Psychologist*, vol. 28.
- MARQUES, N. (1995), *Motivational Determinants of Teenage Pregnancy in Recife, Brazil*, Ph.D. Thesis, Centre for Population Studies, Department of Epidemiology and Population Sciences, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- MINDEL, A., and TENANT-FLOWER, M. (1997), "Natural History of Management of Early HIV Infection", in: M. Adler, ed., *ABC of AIDS*, British Medical Journal Publishing Group, U.K.
- MULLEN, P. D., HERSEY, J. C., and IVERSON, D. C. (1987), "Health Belief Models Compared", *Social Science and Medicine*, vol. 24, no. 11.
- OAKLEY, A., FULLERTON, D., HOLLAND, J., *et al.* (1993), *Number I Reviews of Effectiveness: HIV Prevention and Sexual Health Education Interventions*

- tions, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, London.
- OAKLEY, A., FULLERTON, D., HOLLAND, J., et al. (1995), "Sexual Health Education Interventions for Young People: A Methodological Review", *British Medical Journal*, vol. 310, pp. 158-162.
- PEERSMAN, G., OAKLEY, A., OLIVER, S., and THOMAS, J. (1996), *Review of Effectiveness of Sexual Health Promotion Interventions for Young People*, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, London.
- RADEMAKERS, J., LUIJKX, J. B., et al. (1992), *AIDS-preventie in heteroseksuele contacten*, Swets & Zeitlinger, Amsterdam, cited by Ingham and Van Zessen (1997).
- ROSENSTOCK, I. M. (1966), "Why People Use Health Services", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, pp. 94-124.
- ROSENSTOCK, I. M. (1974), "Historical Origins of the Health Belief Model", *Health Education Monographs*, vol. 2, pp. 328-335.
- ROSENSTOCK, I. M. (1988), "Social Learning Theory and the Health Belief Model", *Health Education Quarterly*, vol. 15, no. 2, pp. 175-183.
- ROSENSTOCK, I. M., STERCHER, V. J., and BECKER, M. H. (1988), "Social Learning Theory and the Health Belief Model", *Health Education Quarterly*, vol. 15.
- ROSERO-BIXBY, L. (1996), "Nuptiality Trends and Fertility Transition in Latin America", in: J. M. Guzman, S. Singh, G. Rodriguez, and E. Pantelides, eds., *The Latin American Fertility Transition*, Clarendon Press, Oxford.
- ROTTER, J. (1996), "Generalised Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement", *Psychological Monographs*, 80.
- SIMONS, J. (1989), "The Measurement of Subjective Rationales for Health-Related Behaviour", in: J. Cleland and A. Hill, eds., *The Health Transition: Methods and Measures*, Proceedings of an international workshop, London, June, Health Transition Centre, Australian National University, Canberra.
- UN (1990), *Patterns of First Marriage. Timing and Prevalence*, Department of International Economic and Social Affairs, New York.
- UNAIDS (1998), *The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic*, AIDS CAP, The François-Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights of the Harvard School of Public Health, and UNAIDS.
- VAN CAMPENHOUDT, L., COHEN, M., GUZZARDI, G., and HAUSSER, D., eds., (1997), *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspective and European Research*, Taylor and Francis, Great Britain.
- VANLANDINGHAM, M. (1993), *Two Perspectives on Risky Sexual Practices among Northern Thai Males: The Health Belief Model and the Theory of Reasoned*

- Action, PhD. Thesis, Office of Population Research, Princeton University, Princeton, NJ.
- VANLANDINGHAM, M., SUPRASERT, S., GRANDJEAN, N., and SIT-TITRAI, W. (1995), "Two Views of Risky Sexual Practices among Northern Thai Males: The Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action", *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 36.
- WHO (1989), *The Health of Youth*, Geneva.

FAMILY WELL-BEING AND FERTILITY IN TRANSITION TO MARKET ECONOMY: THE CASE OF LITHUANIA

Vlada STANKUNIENE

*Department of Demography
Lithuanian Institute of Philosophy and Sociology
Vilnius, Lithuania*

1 - Introduction

The period which started with the transition of the former socialist system countries to a market economy has been marked by abrupt and vigorous demographic changes in these countries.

In post-socialist countries economic transformation from a centrally planned to a market economy was or has been accompanied by economic recession, a decline in the standard of living, and formation of new lifestyles and values. This finds expression at both the macro- and micro-levels of society. The recent processes and changes are reflected in the demographic behaviour of families. Family formation, fertility patterns and preferences have been changing. Different fertility theories have not yet agreed upon a central paradigm of explanation of fertility changes; and the unique and revolutionary transformation of socio-economic settings to the conditions of a market economy makes the explanations of fertility changes even more complicated.

The latest abrupt drop of fertility in post-socialist countries has been undoubtedly affected both by economic changes (fast and deep), by transformation of values and by the suddenly and essentially changed possibilities of using modern contraceptives. The Preston

discussion on the effects of different factors on fertility (Preston, 1986; Pollak and Watkins, 1993) is very much in place here. All these factors have of late produced a strong impact on post-socialist countries, notably, on the former USSR countries, in which "the effect of isolation from information and ideas originating outside their boundaries" (Bongaarts and Watkins, 1996) on family and fertility was until recently especially strong.

In the mixed socio-economic environment of the countries in transition, conditions and behaviour features typical for the socialist system have not yet been fully eliminated. Nevertheless, the factors of market economy have been consolidating strongly enough to introduce certain modifications of fertility in the post-transitional stage of demographic development. With the effect of economic recession on family building and fertility in mind, defining the role of economic factors in the recent fertility changes and attempting to provide a theoretical interpretation proves particularly difficult. Although one may detect an increasing impact of "rational choice" and "utility-maximizing behaviour" (Robinson, 1997; Wunsch, 1995) on fertility, still, all that is manifested in an extremely inconsistent way. Furthermore, the evaluation of the current fertility changes and the establishing of conclusions are further aggravated by scanty empirical information.

Lithuania is one of the countries experiencing the transition to a market economy with effects in different fields, and specifically, in demographic development. Abrupt recent changes of demographic processes in the country require full awareness thereof and an evaluation of their relations with the socio-economic environment in order to provide insight into the future. Economic information, which provides at least an approximate picture of the socio-economic situation of the country, as well as rather fragmentary data obtained from household budget and sociological surveys which indicate the relation between fertility and economic factors, can be used here for these purposes.

This paper aims at establishing, on an empirical level, the relations between family living standards, poverty level and the number of children in the family. The paper also inquires into the causes of the recent decrease of fertility, which is rooted in the changes of economic conditions and living standards, manifestation of poverty and increasing stratification of the society.

2 - National context: Lithuania

2.1 – Geography, history

Geographically, Lithuania lies in central Europe (the geometric centre of Europe is just 20 km from Vilnius) and is one of the Baltic States. But in political and economic terms Lithuania is placed among the East European countries and was one of the republics of the former USSR. Lithuania borders on Latvia, Poland, Belarus and Russia (Kalininograd region), and has a population of 3.7 million. The urban population accounts for 68% of the total, and Lithuanians make up 81% of the population of Lithuania.

Lithuania's location at the crossroads between East and West Europe has resulted in its complicated and turbulent history. Over the centuries its geopolitical situation changed frequently. The state of Lithuania, founded in the 13th century, lost its independence several times and for long periods. Lithuania regained independence in 1990 after the latest such episode, a 50-year-long Soviet Union annexation in 1940. Eight years of independence, marked not only by strengthening statehood but also by transition from a totalitarian to a democratic society and from a centrally planned to a market economy, have made great changes in the political, socio-economic, and cultural life of the country. They have also had a considerable impact on demographic behaviour.

2.2 – Economy

The transition to a market economy, the privatisation which started in Lithuania in the early 1990s, has essentially changed the economic structure and given rise to new economic phenomena (unemployment, inflation, etc.).

With the recovery of independence the economic situation has been undergoing essential changes since the early 1990s. However, the economic changes that are occurring cannot be given a one-sided assessment. Their dynamics have been affected not only by the environment of the transitional period, but also by the economic crisis of the early 1990s as well. Rapid economic deterioration was conditioned by economic restructuring and the vanishing military industry as well.

The Lithuanian economy is still undergoing major transformations. Privatisation has been ongoing. The economy struck bottom in 1992-1993, and

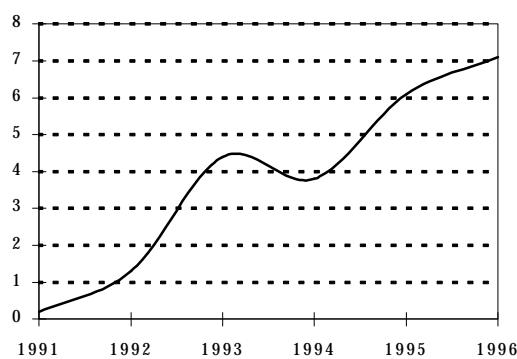
has been on the rise since 1995: the index of GDP was 66% in 1992, 101% in 1994, 103% in 1995, 104.2% in 1996 and 106% in 1997. GDP per capita increased from 487 USD in 1992 to 2,120 USD in 1996.

In recent years production by sector has changed greatly: the share of GDP produced in industry has fallen significantly but it has risen in services. In 1992 approximately 40% of GDP was from services, 33% from industry and 27% from agriculture. By 1996, the corresponding production of GDP by sector was 56%, 31% and 13%, respectively.

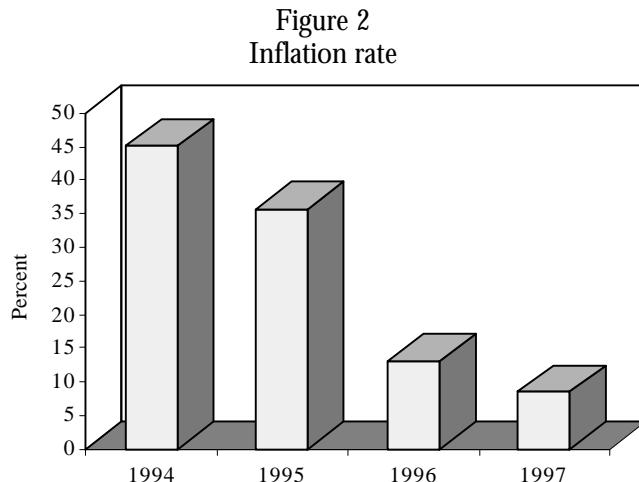
But these are rather approximate data. For example, in agriculture features of natural farming have become more pronounced over the recent period: in economic recession a considerable proportion of agricultural products was either consumed or traded in the free market and therefore not registered in statistics.

At the beginning of the current decade unemployment, a new phenomenon typical in a market economy, emerged in Lithuania. Registration of unemployment in the country began in 1991. However, official statistics do not indicate a high level of unemployment, which stood at 6.1% in 1995 and at 7.1% in 1996 (Fig. 1). The actual unemployment is further aggravated by hidden unemployment (which has been decreasing of late). The income of the population is directly related to their position in the labour market. Earned income is low: at the end of 1997 the average gross monthly wage was 985 Lt (246 USD).

Figure 1
Unemployment rate



Source: *Employed and Non-Employed Population 1992-1996* (1997).



Sources: *Main Macroeconomic Indicators of Lithuania 1996* (1997); *Lithuania in Figures* (1998).

Highly unstable economic development during the first years of Lithuania's independence is also illustrated by the dynamics of inflation. In 1991 the inflation rate reached 383%, but after reaching the hyperinflation rate of 1163% in 1992 in subsequent years it started decreasing, falling to 8.4% in 1997 (Fig. 2). Thus, the economic situation of the last three years, as witnessed by the macroeconomic indicators, has been gradually improving in Lithuania.

2.3 - Demographic development: recent changes

Rapid and fundamental political and socio-economic changes of recent years have discontinued the long-term demographic trends and resulted in the formation of new ones. Some of these demographic changes are short-term fluctuations of demographic trends on the way to a new phase, others signify the emergence of new demographic behaviour, which has been taking a firmer hold every year, and still others are the expression of negative trends which have persisted for years and have become intensified in the conditions of economic recession. In recent years all demographic processes have acquired new features: fertility has dropped suddenly, mortality has risen, migration flows have reversed the previous trend - the long-term net immigration of the Soviet period was replaced by net emigration in the early 1990s.

These processes are responsible for the decrease in the Lithuanian population that began in 1992. From 1992 to 1997 the Lithuania population went down by 42 thousand people.

The nature of demographic development typical for Lithuania until the current decade was discontinued, specifically, by political changes. Upon the re-establishment of independence *migration* of population to the CIS countries increased significantly, while arrivals subsided. Re-emigration, mostly to Russia, Belarus, Ukraine, reached its peak in 1992 and went down rapidly in later years. At present a practically balanced situation of immigration and emigration flows between Lithuania and the CIS countries has been achieved. Consequently, migration now has no influence on the population changes of the country.

At the outset of the recent changes, when the open-door emigration policy was introduced, emigration to Western countries was slightly higher, since the majority of the Jewish population departed from Lithuania. However, of late emigration to the West is not substantial. In 1996 1,064 people departed (*Demographic Yearbook 1996, 1997*). Thus, the emigration flows, which at the start of the recent changes were responsible for the decrease of the Lithuanian population, presently have an insignificant effect on the population dynamics.

To date the decrease of the Lithuanian population and the specifics of the demographic situation are mostly determined by the dynamics of fertility, family transformation, and mortality. Since 1994 mortality has exceeded fertility. Lithuania has entered depopulation.

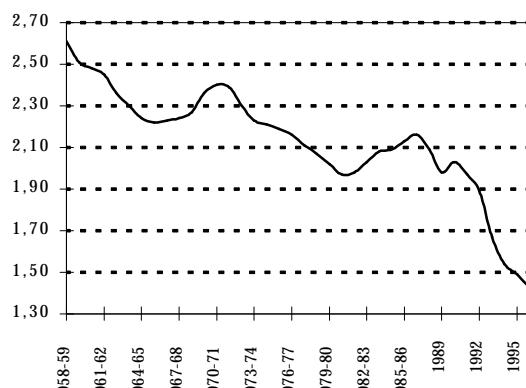
The growth of *mortality*, which started in the 1960s and had affected, specifically, young and middle-age male population, most notably vis-à-vis deaths from accidents, cardiovascular diseases, and neoplasms, rose to an alarming rate in 1990-1994. This resulted in a decrease in the life expectancy at birth of men, which fell by 4.1 years (from 66.9 in 1989 to 62.8 in 1994), and also of women - by 1.4 years (correspondingly declining from 76.3 to 74.9). However, in 1995 a turning point occurred in mortality trends and mortality started decreasing. Life expectancy at birth started growing, reaching 65 years for men and 76.1 years for women in 1996 (*Demographic Yearbook 1996, 1997*).

Recent transformations of socio-economic conditions and structures in Lithuania have contributed to basic changes in all spheres of life. This is also reflected in the quantitative and qualitative features of demographic processes. Economic difficulties of the first years of independence, the decline in living standards, consolidation of market

relations, and emergence and spread of unemployment have all brought significant changes into the life of every individual and family. In order to survive, families, facing the new social phenomena and problems never experienced before, had to adapt themselves to the rapidly transforming surroundings, to change their economic activity, lifestyle, and behaviour. Modes and timing of family formation, as well as the number of children in the family, have been changing.

Fertility and the institution of the family have been acquiring essentially new features. Lithuania has been rapidly adopting family transformation features typical for the advanced European countries. Marriages and childbearing are being postponed, and consensual unions and extra-marital births are becoming more common in Lithuania. The traditional family pattern is dying away and the new one is gaining strength. At the outset of these changes the decline of fertility usually becomes substantial.

Figure 3
Total fertility rate



Source: *Demographic Yearbook 1996* (1997).

In Lithuania fertility has been declining since 1990. The total fertility rate decreased from 2 in 1990 to 1.39 in 1997 (*Demographic Yearbook 1997, 1998*). The decrease of fertility has been brought about mostly by the reduced number of second and third births. However, the decrease of marriages results in a corresponding reduction of first births, and also has an effect on their timing.

Prior to the current decade extra-marital births accounted for 7% of all births in Lithuania, however, in recent years the rate has been growing (in 1997: 16.5%) (*Demographic Yearbook 1997, 1998*). A rapid increase in consensual unions during the recent period is likely to be followed by a growth in the number of extra-marital births, which are quite common in the Western countries and have, of late, become more popular in the neighbouring Baltic countries.

Periods of economic recession are usually marked by declines in marriage and fertility. However, the *Lithuanian Family and Fertility Survey* (LFFS) has demonstrated that the above trends are also influenced by the basic changes taking place in the society. All these factors result in a rapid change in fertility attitudes in Lithuania. Re-assessment of values has been ongoing. To date priority is given to such competitive values as professional career, material provisions, self-expression and consolidation of one's position in life. The number of children desired has dropped significantly. According to the findings of the 1988 and 1990 surveys¹ the number of children desired at that time was close to 3 (on average 2.8), and in 1995 the indicator was close to 2 (2.1). The concept of the ideal number of children has changed radically as well. The ideal number of children dropped from 2.9 in 1990 to 2.3 in 1994-1995 (data from LFFS).

Recent changes in fertility indicate not only the manifestation of transient effects, conditioned by deteriorating living conditions trends, but also the formation of the features of new fertility behaviour.

3 - Data

The data used in this paper are taken from the *Lithuanian Family and Fertility Survey* and the *Household Budget Surveys*.

The Lithuanian Family and Fertility Survey is an integral part of the international project, "Fertility and Family Surveys in the ECE Countries", co-ordinated by the United Nations Population Activities Unit of the Economic Commission for Europe. The survey has been carried out in 20 countries. In Lithuania the survey was conducted by

1. The surveys were carried out by the Department of Demography of the Lithuanian Institute of Economics of the Academy of Sciences. In 1988, 2,880 employed people were surveyed; in 1990, 1,540 people, aged 18 and over.

the Department of Demography of the Lithuanian Institute of Philosophy and Sociology. The fieldwork of the LFFS was carried out by *Baltic Surveys Ltd.* in 1994-1995, during which 5,000 people aged 18-49 were surveyed.

Data on living standards and poverty are obtained from Household Budget Surveys carried out by the Department of Statistics of Lithuania in 1992-1997. After the restoration of independence a new survey programme was introduced in Lithuania. However, in 1996 the methods of the Household Budget Surveys were changed, and at present the Department of Statistics of Lithuania has been carrying out the Household Budget Survey according to the programme, which complies with the main requirements of Eurostat.

4 - Family and poverty

4.1 - Universal and specific difficulties in measurement of the extent of poverty²

Recently, the term "poverty" has increasingly been used in Lithuania. However, it is very difficult to estimate who is poor and how many are poor. Although since Lithuania's turn to the market economy poverty has been a focus of attention in the country, its essence has not been defined yet. Given that many manifestations of poverty, such as unemployment, homelessness and social exclusion, are new phenomena for Lithuania, it is necessary to define the national concept of poverty.

Usually poverty is not based on a single definition. It is subject to change, and signifies the process that is closely linked to the development of society. Therefore, it differs from country to country. The concept of poverty also includes many components which complicate its definition, even on a national level. Poverty is a multi-dimensional phenomenon. Therefore, there is no universal definition of poverty. The poor are usually considered to be those whose income is not sufficient to guarantee a nationally accepted minimum standard of living.

Since there is no officially defined poverty indicator in Lithuania, poverty is often measured by the following criteria: the minimum con-

2. This part of the paper is based on: *Lithuanian Human Development Report 1997*, UNDP, Vilnius.

sumption basket;³ the minimum subsistence level (MSL);⁴ poverty lines (absolute, relative and subjective);⁵ the poverty level (the percentage of the population below the poverty line), etc. These indicators are closely interrelated. The minimum consumption basket serves as a basis for the definition of the MSL, which in turn provides the basis for an absolute poverty line.

4.2 - Poverty in Lithuania: recent trends and the general situation

The poverty indicators provided here are based on the Household Budget Surveys conducted on a regular basis by the Department of Statistics of Lithuania (*Lithuanian Human Development Report 1997*).

In 1990-1992 the number of people whose disposable monetary income was less than the *official* MSL accounted for approximately 15-18% of the Lithuanian population. Between 1993 and 1995 this rate reached approximately 25%. Nevertheless, the proportion of people whose per capita income was less than the official MSL fell from 18.2% in 1992 to 5.6% in 1995. However, the official MSL was not adjusted to the rate of inflation and this rapid decrease in the apparent

3. The minimum consumption basket is closely linked to consumption patterns. The minimum nutrition diet, which consists of 36 food items (11 food groups) serves as the basis of the real MSL.

4. Two definitions of MSL are used in Lithuania: *official* and *real*. The *official* MSL is set by the Government and is based on the ability of the state budget to ensure a minimum standard of living through social assistance. Since the main social benefits are linked to the official MSL, its level is particularly important for welfare recipients. The *real* MSL is an alternative based on the cost of the minimum consumption basket. It is not set by the Government, but it is regularly calculated by the Ministry of Social Security and Labour of the Republic of Lithuania.

5. Since poverty is a multi-dimensional phenomenon, three types of poverty lines are used in Lithuania: *absolute*, *relative* and *subjective*. The *absolute* poverty line is a basic, primary indicator of poverty. It denotes the minimum income necessary to meet basic consumer needs. The absolute poverty line is based on the MSL, which in turn is based on the minimum consumption basket. The *relative* poverty line is related to average income and expenditure and is dependent on the distribution of income in society. Therefore, individuals or households with a lower than average income or expenditure are considered poor. The *subjective* poverty line is an important poverty indicator which is based on self estimation of poverty. The level is obtained from sociological surveys in which respondents are asked to indicate what cash income would be sufficient to provide for their basic needs, or to provide an open-ended assessment of their financial status.

incidence of poverty based on the official poverty line was not dependent on a decrease in the number of poor people, but mostly on the devaluation of the MSL. The extent of poverty actually stabilised in Lithuania in 1994-1995, when inflation moderated.

According to the *relative* poverty line the proportion of poor people was decreasing slowly in Lithuania in 1992-1995 and in 1995 equalled approximately 11% of the total population.

The poverty level calculated according to the *real* MSL is the highest: in 1995 more than one fourth of the Lithuanian population were living below the real poverty line. In 1996 approximately 7% of households had consumer expenditure below the real MSL, while the extent of poverty calculated according to the 50% average expenditure poverty line reached nearly 18% in Lithuania.

4.3 - Living standards of families raising children in Lithuania: the overall situation

The Household Budget Surveys in Lithuania show that living standards of the family depend directly upon family type and the number of children in the family. Poverty is most prevalent in families with children under 18 years old (Table 1), especially with several children (3 or more).

Table 1
Poverty level by household type, 1995

Type of household	Poverty level ^a
Married couples with children under 18	9.2
Married couples without children	2.0
Single parents with children under 18	5.3
Other families with children	4.7
Other families without children	1.9
Single persons	1.7

Source: UNDP (1997), *Lithuanian Human Development Report 1997*.

a. % of households with income per person lower than the official MSL.

According to the 1997 Household Budget Survey, average monthly disposable household *income* per person in Lithuania was

369 Lt⁶. In households with children under 18, the figure was 327 Lt (i.e. 88.6% of the national level), and in households with 3 or more children, it was 223 Lt (only 60.4% of the national level). Disposable income per person of households with one child under 18 was 1.7 times higher than in the households with 3 or more children (Unicef, 1998).

In recent years an improvement in family well-being has been observed in the country. However, these positive changes practically omit families raising children. In 1997 the monthly disposable income of all households exceeded that of 1996 by 13%, whereas in households with children under 18, the corresponding figure was only 7.6%. After taking into account the rate of inflation, it is seen that in 1997 the real disposable income of all households increased by 3.7%, while that of families with children under 18 decreased by 1.2%.

Similar results are obtained in appraising family well-being by *consumption expenditure*. In 1997 average monthly consumption expenditure was 383 Lt per household member in Lithuania, i.e., 10% larger than in 1996. In households with under-age children consumer expenditure rose, in comparison to 1996, by 9% and totalled 342 Lt per household member per month.

Furthermore, the level of household expenditure depends on the number of children in the family (Annex 1). Per capita monthly consumption expenditure for households with two children is 11% less than that for all the households surveyed, and in households with three or more children this figure is lower by 40%. Families with many children (three or more under-age children) can afford only 4.5 Lt a day for the nutrition of one person (all households: 6.6 Lt on average). Whereas expenditures for food of all households with children under 18 are close to the average expenditures for food in the expenditure pattern of all households in Lithuania (in 1997 the figures were 51.5% and 52.2%, respectively), households with three or more children spent a much higher share of their income on food, about 60%. Whereas in 1992-1993 the share of expenditure for food was growing very fast (it rose from 34% in 1990 to 62% in 1993), since 1994 this proportion has been gradually going down, accounting for 52% in 1997. In total consumption pattern the share of expenditure for non-food commodities has been correspondingly rising (Unicef, 1998).

6. 4 Lt = 1 USD.

Acquisition of housing with adequate amenities is an important indicator for the living standards of the family. It has been observed in Lithuania that the more children a family has the lower-quality housing it possesses: according to the findings of the 1997 Household Budget Survey, 62% of families with three or more children, 84% with one child, and 83% with two children are in possession of a housing unit with cold water, and the corresponding percentages are 67%, 87%, 86% with sewerage, 32%, 68%, 62% with hot water, and 58%, 78%, 78% with a separate bathroom or shower, respectively (Unicef, 1998). Housing conditions depend also on the place of residence: rural dwellers usually have more floor space, but their dwellings or houses are not always well-appointed (Annex 2).

5 - Well-being of the family and fertility

Although the pronounced fertility trends and fertility behaviour in Lithuania of recent years have been evidently affected by the fundamental changes in the economy, the economic downfall of the first transformation years, deterioration of the standards of living, and poverty in some social strata and economic groups have also had an effect on fertility behaviour and attitudes. Furthermore, in order to develop an efficient family-related policy, the knowledge of what type of families are most vulnerable to poverty and what families are in need of outside assistance is highly relevant.

5.1 - **Families at risk of impoverishment: self-estimation of poverty**

In Lithuania the basic Fertility and Family Surveys questionnaire was supplemented with a few questions about well-being at the time of the survey and about the prospects for the family's living standards.⁷

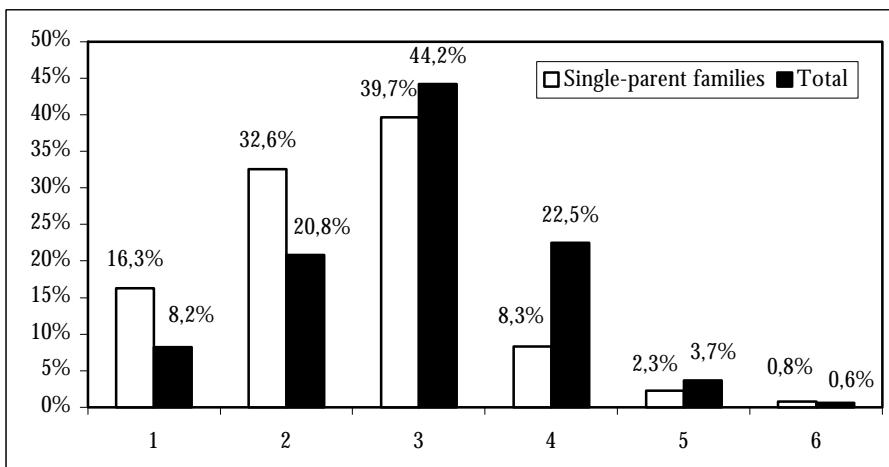
7. Additional questions:

How do you evaluate your material state?

- Our life is difficult, uncertain, we live from hand to mouth, borrow money.
- I have means only for everyday expenses.
- It is enough money only for purchasing clothes. We are forced to borrow money.
- We are short of money to buy only such expensive things as a car, new lodgings...
(.../...)
- We have everything and the money too.

In the course of the survey self-evaluation of family well-being revealed several groups of families at risk of impoverishment, whose social protection in present-day Lithuania is the weakest.

Figure 4
Family well-being according to self-estimation



Legend:

1. Our life is difficult, uncertain, we live from hand to mouth, borrow money.
2. I have means only for everyday expenses.
3. It is enough money only for purchasing clothes. We are forced to borrow money.
4. We are short of money to buy only such expensive things as a car, new lodgings...
5. We have everything and the money too.
6. No answer.

Portrait of a poor family. Based on subjective self-evaluations, the economic situation of 29% of the families in Lithuania is regarded as below the poverty level: either they cannot exist on their income and are constantly forced to borrow, or else they can only purchase the most basic essential everyday household items. Among all families,

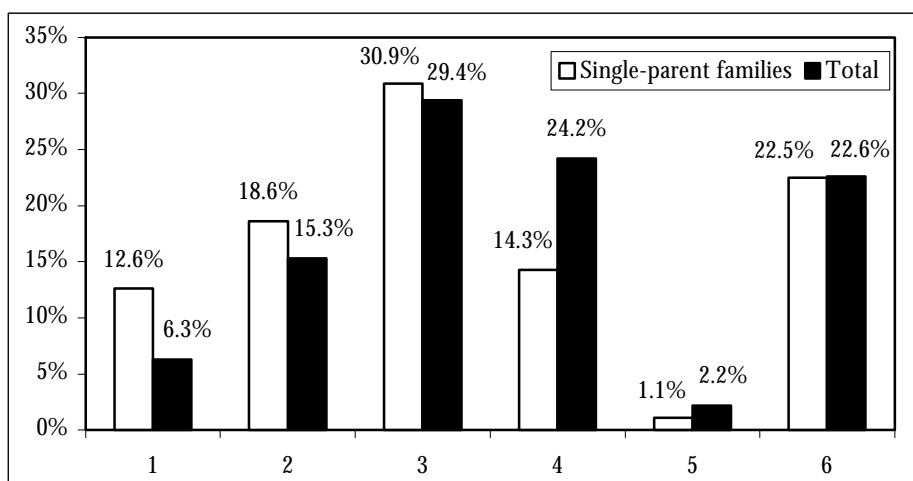
(.../...) *What do you think about your future standard of living?*

- It will become much worse.
- It will fall down a little.
- It will not change.
- It will rise a little.
- It will rise significantly.

44% estimate their economic situation as average and 25% consider it good. Families at risk of impoverishment are those with three to four or more children, single-parent families, widowed families, young families, rural families, and families with unemployed or disabled persons.

Single-parent families. Single-parent families, with only one breadwinner, often experience financial difficulties and almost half (49%) are in debt or have only enough money for the most essential daily expenses (compared to 27% for two-parent families). Only 10.6% of single-parent families describe their financial situation as good (compared to 28% of other families). Thus, an assessment could be made that by self-estimation nearly half of such families are impoverished, and 16% live below the poverty line.

Figure 5
Changes of families well-being in the future (according to self-estimation)



Legend :

- 1. Become much worse.
- 2. Fall down a little.
- 3. Not change.
- 4. Rise a little.
- 5. Rise significantly.
- 6. Don't know.

Single-parent families are not only consistently worse off. Many do not see any prospects for improving their living standards and conditions. Only one-sixth (15%) of single-parent families believe that their

financial situation will improve (compared to 28% of other families), while nearly one-third believe that it will deteriorate (compared to 20% of others). In demographic and economic terms these are vulnerable families, which can only survive with great difficulty on their own, and which usually need outside support.

Young families. LFFS data indicate that, in contrast with older generations, a greater number of young people in Lithuania lately start working as early as 16-18 years old. Accordingly, 39% of males born between 1971 and 1975 were already working at age 18, compared to 29% of males born from 1961 to 1965. However, at a slightly older age (20-24 years) the rate of entering the official labour market slows down. However, a significant number of young people of Lithuania are presently involved in "shadow" economic activities or unemployed. In the former case it is beneficial for the individual's personal economic circumstances, although the improvement is not stable. The latter case means a low standard of living or even poverty. All that has an impact on nuptiality and fertility behaviour of young generations.

In spite of a lower level of official employment among young people, they estimate their material situation to be better than that of older working age generations. One third (33%) of young families (in which both partners are under 30) evaluate their financial conditions positively, while almost a quarter (23%) consider themselves to be in a bad financial situation. These figures are reversed among older working age people: a quarter (25%) view their material conditions as good while nearly a third (30%) consider them bad.

Thus, on the whole, young families according to their own evaluation of their living standards appear better off and more optimistic about their future than do older families. It can be assumed that the standard of living of young families is more frequently related to their involvement in the "shadow economy" and to postponing marriage and childbearing, limiting themselves to only one child or having no children. The observed link between well-being and the size of the family does not suggest that the fertility rate will increase in the near future.

However, a more detailed analysis shows that the well-being of young families and their future prospects differ and depend on whether they have children, and if so, how many; the level and sustainability of their income; and their place of residence. Young families with more than one child, who live apart from their parents with at least one breadwinner in the public, industry or construction sectors

and families who reside in rural areas live under the worst economic conditions and make quite pessimistic evaluations of their future. Approximately a third of these families are either permanently in debt or live from paycheque to paycheque, only able to purchase the most essential daily household items.

Among young families surveyed who positively assess their economic situation are: 69% of those with at least one member of the couple in an employer position; 52% of those where the breadwinner has an independent private business or works in the banking sector; and 39% of families with no children. Young families living in the capital of Lithuania (Vilnius) are unique in their higher standards of living (good: 43%; bad: 14%), and in their somewhat greater optimism as regards their situation improving in the future (51%).

Rural families. The youngest rural men and women surveyed have a significantly lower estimation of their living standards than their urban counterparts, and they also have a more pessimistic outlook on the future and their ability to improve their living conditions. The survey confirmed that the economic and demographic vitality of rural families, especially younger ones, has been affected the most by the period of transition in Lithuania.

The young rural families have and orient themselves towards having fewer children than families of older generations. Most 20-24-year-old women would prefer to raise not more than two children (the average desired number is 2), while 18-19-year-old women want even fewer (the average number is 1.9). This is a lower level of fertility preferences than among urban young people where the average number of children desired for the same age groups are 2.1 and 2.0, respectively. Therefore, although rural young people are more inclined towards the traditional family the changes in fertility behaviour and attitudes among this group are even more rapid than in urban areas. Moreover, the youngest rural generations plan to have fewer children than those in cities. This may be a result of the lower living standards, widespread unemployment and limited opportunities for careers and education among rural young people in Lithuania.

5.2 - Fertility preferences and family well-being

The Lithuanian Family and Fertility Survey was carried out at a time (1994-1995) when Lithuania had already undergone a major eco-

nomic downturn and the first symptoms of stabilization and even invigoration of economic development appeared. Families were still under the shock of a sudden fall in well-being, forced reduction of consumption, the emergence of poverty and, altogether, by the sharply rising expenses for items which had been given no consideration under the socialist setting, for example, utility bills, acquisition of a dwelling in the conditions of an emerging housing market, etc. At that time transformation of values, which had an impact on the demographic processes, was underway. On the basis of economic fertility theories (Schoen *et al.*, 1997) a conclusion could be made that the "cost" of children was rapidly growing owing, notably, to the greatly increased demands for their "quality", and most notably, education. At that time the decrease in income was accompanied by a growing demand for "child quality". Although "child quality is elastic with respect to income" (Robinson, 1997), growing demand for education in the context of rapidly changing conditions with a premium on skill improvement, made families maximize expenses for childrearing and conditioned a drop in fertility, reflecting suspension of childbearing (Holzer, 1995).

Nuptiality and fertility timing changes in the direction of moving toward younger ages, which had been prevalent in Lithuania prior to the recent transformations, have been reversed: youths have started postponing family formation and childbearing.

In recent years the impact of changes in factors closely related to fertility has been so strong, that in an extremely short period it has changed fertility and its preferences. The wanted number of children in the family has dropped from 2.8 in 1990 to 2.1 in 1995.

According to the LFFS findings, the smallest desired number of children was expressed by those who at the time of the survey made the poorest assessment of their living standards, and, further, by those who considered that in the future their economic status could deteriorate or not change for the better.

The average number of children desired for respondents who live in partnership and have no children or have one child is 1.88 and 1.86, respectively. However, those who consider that their standard of living will worsen in the future want to have fewer children: 1.69 and 1.79 respectively. The average desired number of children for respondents optimistic about their future is close to 2 (1.96). For respondents who consider that their well-being is not going to change and who have no children, the desired number of children is 1.92, and for those with one

child, 1.76. This quite sizeable difference in the desired number of children between the couples with no children and with one child who think that their well-being is not going to change, might be determined by the fact that their actual standard of living is quite unequal: couples with no children live considerably better than couples with one child (on the self-evaluation dimension). Thus, their greater satisfaction with their current economic standing and belief in its future stability influences their expectations about a much higher standard of living and, correspondingly, higher preferences.

Respondents who made a poor self-evaluation of their current standard of living, and furthermore, expected a worsening of the situation were characterized by a very small desired number of children: both couples with one child and no children are in essence inclined to limit themselves to one child (average desired number of children: 1.2). They are basically impoverished families with very poor economic prospects.

Although the gap in the desired number of children between families with different incomes and different economic standing is not great, the differences in fertility preferences are evidently conditioned by the family's well-being perspectives. In fertility preferences this could be evaluated as the expression of fertility differences by differences in opportunities (Pollak and Watkins, 1993).

6 - Conclusions

Rapid and fundamental political, social, and economic changes which have been underway since the early 1990s, transition from a totalitarian to a democratic society, from a centralized command to a market economy, and privatization have brought about major transformations to all spheres and levels of life in Lithuania. The first years of transition to a market economy were marked in Lithuania, as well as in other post-socialist countries, by economic recession, decline of output, and an abrupt and considerable fall in living standards. New economic phenomena - unemployment, inflation, etc. - emerged, which are usually followed by social differentiation, exclusion and impoverishment of a part of the population. Since 1995, the socio-economic situation in Lithuania has been improving slowly. However, some social strata are socially unprotected. Young families and families

residing in rural areas quite frequently fall into the category of inadequately provided for or even poor. A deterioration of living standards on the part of some young families with children is often a temporary problem and quite frequently it is resolved through involvement in unofficial employment. This undoubtedly increases instability in a young family's well-being.

Meanwhile, impoverishment of a sizeable proportion of single-parent families and families with disabled members is a more permanent phenomenon, since the network for the insurance of their social security is still far from being completed. In general, families are looking for ways to adjust themselves to the rapidly changing new surroundings, which are not sufficiently adapted to family needs, to their changes in different spans of their life course and also in emergencies. All this has contributed to the demographic decline of the country and to an abrupt decrease of fertility.

In Lithuania an official definition of poverty has not yet been established. Several measures are used for the appraisal of living standards and poverty. One of them is self-evaluation of the standard of living. Information on living standards and the spread of poverty is quite fragmentary. Therefore evaluation of the relation between the standard of living and fertility behaviour is extremely difficult.

On the basis of the official statistical information on household standards of living, the Lithuanian Family and Fertility Survey, used in this paper, a few conclusions on the interrelation of living standards and fertility can be made:

- ◊ The Household Budget Surveys in Lithuania show that living standards of the family are directly related to family type and the number of children in the family.
- ◊ Poverty is most prevalent in young families with children under 18 years of age, and especially those with several children (three or more).
- ◊ A social stratum of young families with a considerably lower standard of living has emerged. They are young families with more than one child, who live apart from their parents with at least one breadwinner in the public, industry or construction sectors, and families who reside in rural areas – these are the families that live under the worst economic conditions.
- ◊ The youngest rural men and women surveyed have a significantly lower estimate of their living standards than their urban counterparts, and they also have a more pessimistic outlook on the future

and their ability to improve their living conditions. The survey confirmed that the economic and demographic vitality of rural families, especially younger ones, has been the most affected by the period of transition in Lithuania.

- ◊ Although young families live in poverty more frequently, they are active in solving the emerging economic problems, resorting to different methods, unofficial employment included, and are quite optimistic about their living standards in the future.
- ◊ In addition to young families, single-parent families, widowed families, rural families, and families with unemployed or disabled members are also at risk of impoverishment.
- ◊ Single-parent families are not only consistently worse off. Many do not see any prospects for improving their living standards and conditions.
- ◊ According to the LFFS findings, the smallest desired number of children was indicated by those who at the time of the survey made the poorest assessment of their living standards, and, further, by those who considered that in the future their economic status would deteriorate or not change for the better.

References

- BONGAARTS, John, and WATKINS, Susan Cotts (1996), "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions", *Population and Development Review*, vol. 22, no. 4, pp. 639-682.
- CARLSON, Elwood (1992), "Inverted Easterlin Fertility Cycles and Kornai's 'Soft' Budget Constraint", *Population and Development Review*, vol. 18, no. 4, pp. 669-688.
- Demographic Yearbook 1996* (1997), Vilnius.
- Demographic Yearbook 1997* (1998), Vilnius.
- Employed and Non-Employed Population 1992-1996* (1997), Vilnius.
- HOLZER, Jerzy, ed. (1995), *Evolution or Revolution in European Population. European population Conference, Milano, 1995*, EAPS and IUSSP, Milan, Franco Angeli.
- KAPLAN, Hillard (1994), "Evolutionary and Wealth Flows Theories of Fertility: Empirical Tests and New Models", *Population and Development Review*, vol. 20, no. 4, pp. 753-791.
- Lithuania in Figures* (1998), Vilnius.

- MACUNOVICH, Diane J. (1996), "Relative Income and Price of Time: Exploring their Effects on US Fertility and Female Labour Force Participation", in: J. B. Casterline, R. D. Lee and K. A. Foote, eds., *Fertility in the United States: New Patterns, New Theories*, supplement to vol. 22 of *Population and Development Review*, pp. 223-257.
- Main Macroeconomic Indicators of Lithuania 1996* (1997), Vilnius.
- POLLAK, Robert A., and WATKINS, Susan Cotts (1993), "Cultural and Economic Approaches to Fertility: Proper Marriage or Mésalliance?", *Population and Development Review*, vol. 19, no. 3, pp. 467-496.
- PRESTON, Samuel H. (1986), "Changing Values and Falling Birth Rates", in: K. Davis, M. S. Bernstam, and R. Ricardo-Campbell, eds., *Below-Replacement Fertility in Industrial Societies: Causes, Consequences, Policies*, supplement to vol. 12 of *Population and Development Review*, pp. 176-195.
- ROBINSON, Warren C. (1997), "The Economic Theory of Fertility Over Three Decades", *Population Studies*, vol. 51, no. 1, pp. 63-74.
- SCHOEN, Robert, KIM, Young J., NATHANSON, Constance A., FIELDS, Jason, and ASTONE, Nan Marie (1997), "Why Do Americans Want Children?", *Population and Development Review*, vol. 23, no. 2, pp. 333-358.
- Statistical Yearbook of Lithuania 1997* (1997), Vilnius.
- UNDP (1997), *Lithuanian Human Development Report 1997*, Vilnius.
- UNICEF (1998), *Children and Family. Lithuania '98*, Vilnius.
- WUNSCH, Guillaume (1995), "God Has Chosen to Give the Easy Problems to the Physicists, or Why Demographers Need Theory", in: J. Holzer, ed., *Evolution or Revolution in European Population. European population Conference, Milano*, EAPS and IUSSP, Milan, Franco Angeli, pp. 201-224.

Annex 1
Consumption expenditure by type of household, 1997

	Households with children under 18	of which			Households without children
		with 1 child < 18	with 2 children < 18	with 3 or more ch. < 18	
Average consumption expenditure per capita per month, in Lt	341.6	384.2	339.2	229.0	448.5
<i>Of which (in %):</i>					
Food	51.5	49.3	52.0	60.1	53.0
Alcohol	2.4	2.5	2.5	1.9	2.7
Tobacco	1.3	1.3	1.2	1.3	1.2
Clothing and footwear	8.6	8.8	8.5	8.4	6.6
Lodging, fuel and power	11.3	12.1	10.7	10.0	13.5
Household maintenance	4.0	4.7	3.4	3.5	3.7
Health care and services	2.1	2.2	2.0	1.9	4.3
Transport	7.4	7.1	8.6	4.0	5.6
Recreation, culture	3.2	3.5	3.0	2.7	2.3
Education	1.4	1.2	1.6	1.7	0.3
Eating out, hotels	3.0	3.4	2.8	1.9	3.3
Other goods and services	3.7	3.9	3.7	2.6	3.5

Source: UNICEF (1998), *Children and Family. Lithuania '98*.

Annex 2
Housing amenities by number of children in the family, 1997 (in %)

Housing amenities	Urban households			Rural households		
	with 1 child	with 2 children	with 3 or more children	with 1 child	with 2 children	with 3 or more children
Cold water	96.4	97.0	90.3	68.3	74.0	59.1
Sewerage	94.7	94.8	87.3	61.8	68.0	53.5
Hot water	91.1	91.5	81.0	55.2	62.4	48.5
Bathroom, shower	85.4	85.6	77.9	52.5	60.6	43.4
Telephone	79.1	80.7	73.5	55.9	61.6	41.1

Source: UNICEF (1998), *Children and Family. Lithuania '98*.

**FEWER CHILDREN, BUT EARLIER.
THE RELATIONSHIP
BETWEEN REPRODUCTION AND POVERTY
IN THE METROPOLITAN AREA
OF BUENOS AIRES**

Elsa LÓPEZ

*Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Buenos Aires, Argentina*

1 - Introduction

The early reduction of fertility is the most distinct feature of the demographic transition of Argentina. This process may be associated with the use of traditional contraceptive methods and the influence of values and behavioural patterns introduced in Argentina by European immigrants in the XIXth and the beginning of the XXth century (De Janvry and Rothman, 1975; Pantelides, 1986, 1989; López and Margulis, 1995). From 1930 to present time, the number of children per woman has remained around three. On the other hand, the most relevant changes in the fertility levels in most Latin American countries began in the 70s, in a demographic scenario characterized by rapid population growth that prompted the adoption of population policies in order to reduce fertility levels.

The moderate growth of Argentina's population has influenced the country's reproductive policies and rights. At the end of the 70s all counselling and assistance regarding contraceptive methods were forbidden (Torrado, 1986) and at present there are still political, legislative

and financial obstacles to obtaining these services through the public health service. Several arguments have been offered to explain these difficulties, such as "imperialist penetration," "religious aspects" or the "lack of funds". Nevertheless, birth control and abortion have been practised for a long time by the middle and middle-upper social strata, as well as by a significant number of the populace. Were it not for these considerations it would be difficult to explain the relatively moderate demographic growth in Argentina.

In less developed regions of Argentina fertility patterns are similar to those of other Latin American countries in their pre-transitional stages: first union and childbearing at a young age, scarce and erratic use of contraception, high number of births with short intervals between them and a long period of time between the first and the last child (Prada, 1992; López, 1994, 1995a, 1995b, 1997).

In recent years, there have been great differences in the number of children per woman by socio-economic strata. In 1991, the national total fertility rate was 2.9 children per woman. In fact, this figure hides the 4.4 children in the Province of Formosa (a very poor province in the Northeast of the country) and the 1.9 children in the Capital City of Buenos Aires (INDEC, 1995). The relationship between fertility and educational level shows a difference of two children between women who have completed secondary school and those who have not finished elementary school (2 against 4 respectively) (López and Tamargo, 1995).

Studies on reproductive practices and decisions are scarce in Argentina, as are surveys of fertility, demography and health issues. Some good works have explored these topics, but in-depth research on the use of contraceptive methods and their relations to other aspects of women's lives are practically non-existent (López, 1990; López and Tamargo, 1995).

The differences found in the fertility levels in Argentina cannot be explained by a single cause, but rather by a series of historical, social, cultural and political factors, as different studies carried out in Latin America have shown (Berquó, 1989; Jelin, 1984; Raczyński and Serrano, 1986; García and de Oliveira, 1994; López and Margulis, 1995). The sharp contrasts are a challenge to gaining knowledge of reproductive behaviours, symbolic figures and the quality of health services (Bruce, 1990; Cook, 1993; Freedman and Isaacs, 1993; Mundigo, 1993, 1994). Differences in fertility could be due to the obstacles

encountered by poor women in gaining access to contraceptive methods, or to the different ways in which men and women of various socio-economic strata perceive the couple, children and family, as well as the standards regulating gender relationships, such as power, autonomy and communication (García and de Oliveira, 1994; Mason, 1995).

In recent years, the social aspects of human reproduction have been perceived in a broader sense and from a more comprehensive point of view, in which highly affective and emotional aspects play an important role. In this way, more knowledge has been gained of the relationships between, among other things, marriage rate, family size, contraceptive practices and symbolic representations. The points of view of demographers and politicians have also been shaken by the sudden emergence of feminist movements, that have criticized and made proposals on population issues and policies, while maintaining that the personal rights of individuals should have priority over the rights of the state and affirming their right to be subject to the law. In this sense, there has been a certain tendency in the reproductive aspects of population policies to recognize the right of women and men to decide on their reproductive lives and to obtain information and assistance in decision-making (Freedman and Isaacs, 1993; Cook, 1993). This is also the starting point of this paper, the objective of which is to study aspects related to the reproductive practices of poor women in the Metropolitan Area of Buenos Aires, with particular emphasis on their opinions regarding the creation of a family, having children and the role of contraception. The data are those collected by the survey on "Contraceptive methods and abortion: their role and meaning in reproductive life" (A Survey of Reproductive Life, SRL) funded by WHO's "Special Programme on Research, Development and Training in Research on Human Reproduction" and carried out by the "Gino Germani" Institute of the Faculty of Social Sciences, University of Buenos Aires.

2 – Women's profiles

The SRL used a probability sample in ten municipalities (*municipios*) of the Metropolitan Area of Buenos Aires characterized by high levels of extreme poverty according to the criteria of unmet basic

needs and, when possible, indicators of housing conditions. The 561 women surveyed were between 15 and 49 years old.

The marital status of the surveyed women is the following: 23% single, 54% married, 19% in consensual unions, 4% separated or divorced and less than 1% widows. The high percentage of married and cohabiting women in the SRL compared to the 1991 Population Census indicates that the female population over 30 years of age is almost universally living with a partner. Since most of the women who live with a partner without being legally married are young, it would seem that original consensual arrangements are legalized after the birth of children, as has been observed by other studies (Quilodrán, 1991). Ninety-one percent of women who had been married at least once stated that they had had only one marriage.

In general, women's educational level is low, although the youngest have a higher level than elderly women. This finding is consistent with the increasing educational levels in recent decades.

A study of women's migratory status carried out in 1991 distinguished between the City of Buenos Aires, the Province of Buenos Aires, the rest of Argentina's provinces and other countries, because:

- In the City of Buenos Aires the completed family size was smaller than the generational replacement ratio (1.8 children/woman);
- In the Province of Buenos Aires, including surrounding areas, where the surveyed women live, the value was close to 2.7 children/woman;
- In the rest of Argentina's provinces the indicators gave 3-5 children per woman;
- Some women are migrants from neighbouring countries, especially Paraguay and Bolivia where the fertility rate is higher than in Argentina.

Most women were born in the city of Buenos Aires, surrounding areas or the Province of Buenos Aires, more than one-third in other Argentinean provinces and one out of ten in another country. These figures are inverted for 35-year old women and above, of whom more than half were born in the provinces and only one-third in Buenos Aires or its surroundings. With regard to the size of the locality where they lived when they were children, two-thirds of the women under 35 years of age come from urban areas, with a similar figure for the rural or semi-urban origin of women aged 35 or more. It can be observed from an analysis of women's migratory status and childhood living place that the generational profiles of women, although not yet com-

plete for younger women, show certain heterogeneous features between reproductive practices and patterns. Generational differences in maternity and contraceptive histories are more evident among poor women whose fertility transition is a more recent, on-going process than for women in the middle sectors whose offspring are historically more stable due, presumably, to contraceptive practices.

Regarding work outside the household, only one of every three women participates in the labour force. Insertion in economic life increases for women over 30 years of age. Separated, divorced or widowed women are the most active, followed by single and married women. Women living in consensual unions work less, probably because they are younger than married women and raising their children, thus extending their stay at home. Women who do not participate in the labour market carry out domestic tasks or, if under 20, are students.

3 - Women's households

Ninety-three percent of household heads are men. This figure could be expected, given the relatively young age of women and couples. Half of the heads of household are between 30 and 44 years old, while one-third is over 45. Three-fourths of the households are nuclear families, the rest being extended families. The latter have more frequently women or elderly men as heads of household than nuclear families.

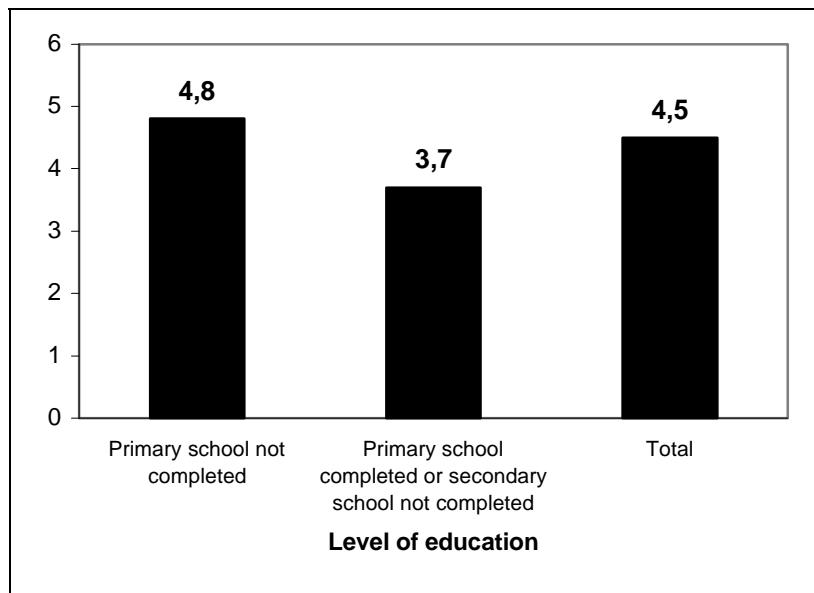
The average size of male-headed households is 5 persons, while female-headed households have 4.3 family members. More than half of the households have 5 members or more. Fifteen percent of households have 8 to 12 members, while only 4% have 1 to 2. Seventy-three percent of households have children under 12 years of age and households with male heads have more children.

Young male household heads are mainly born in the Metropolitan Area of Buenos Aires or its surroundings, while the percentage of immigrants who are household heads increases with age (Findling and López, 1996).

4 - Fertility and reproductive patterns

The parity of the surveyed women increases with their age, to reach 4.5 children per woman for those who are more than 40 years old. One out of every three women under 25 has already two children.

Graph 1
Average number of children born alive per woman 45-49 years of age
according to educational level



Source: A Survey of Reproductive Life (SRL), 1993.

In a homogeneous population sample from the socio-economic point of view, the average number of children born alive shows a difference of more than one child depending on whether the woman has finished primary school or not. The average number of children born alive of women from 45 to 49 years old according to their age at first union is higher if they married young, counting 5 children if they married before the age of 21 and 3.8 if they married later (Graph 1).

The average ages at first sexual union (17 years), first marriage (18 years) and birth of the first child (19 years) are very low. Distribution

by generation shows that these average ages are decreasing (López, 1995a).

All this information poses several questions and comments. Does the young age for initiating sexual practices, living together and bearing children mean that fertility is increasing or, on the contrary, that this tendency would be compensated for by a higher educational level among young women? Will this tendency lead to increased use of contraceptive methods? The greater permissiveness in sexual behaviour during the last decades explains this precociousness. The question that rises is whether, in the alternative life-styles imagined by younger women, the idea of a limited family has a place, and if it does, does it include planning for the first children? It is not easy to predict the path that women who still have to enter their long reproductive cycles might choose. If they belong to large families with parents coming from the internal regions of Argentina or neighbouring countries, there will probably be strong links between their reproductive patterns and practices, and socio-cultural processes, such as migration.

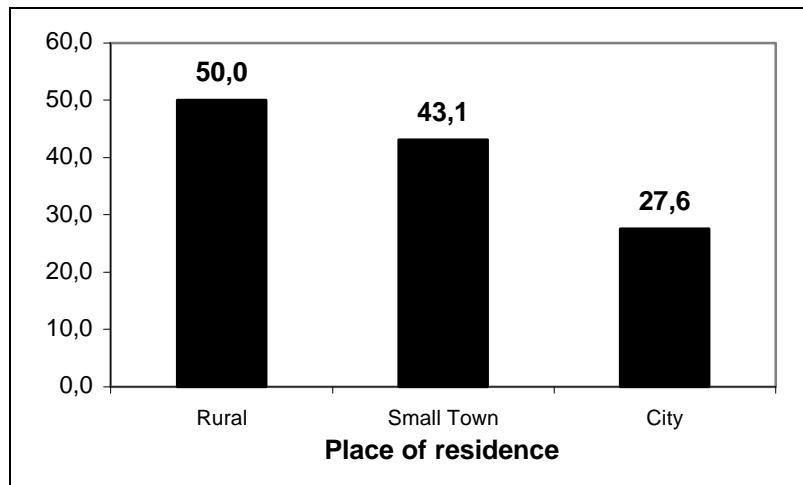
For this purpose, the number of children born alive by women of 35 years or above, according to place of residence up to the age of 12, has been considered (Graph 2). Although 39% of the women have five children or more, there are sharp differences depending on where they live (28% of city dwellers, 43% of small town dwellers and 50% of rural dwellers).

In another question women were asked about the number of children their mothers had: 39% of surveyed women aged 35-49 had five children or more, while 74% of their mothers had the same number of children. What factors can explain this change? How many children did non-migrant women have in their places of origin? Will the fertility of younger women decrease or remain the same as that of their mothers? These young women have not been exposed to the phenomenon of migration, although they have been raised with a positive value regarding large families.

5 - Contraception

As has been pointed out, in Argentina very little is known about the relationship between contraception and other aspects of human reproduction. Probability studies in the Metropolitan Area of Buenos

Graph 2
Percentage of women aged 35-49 with five children or more
by place of residence up to twelve years of age



Source: A Survey of Reproductive Life (SRL), 1993.

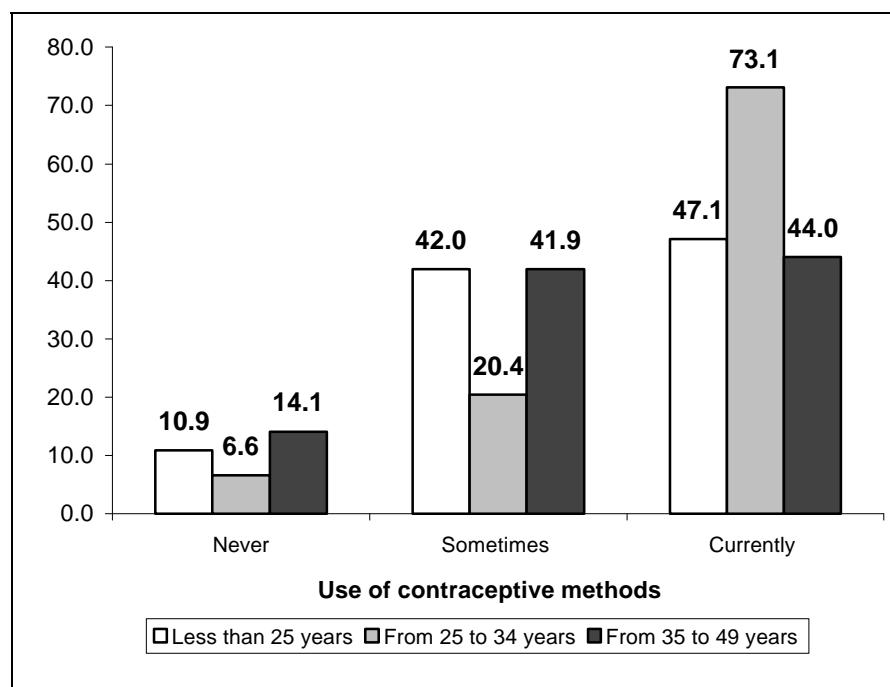
Aires date back to the 60s (De Janvry and Rothman, 1975), while later research on poverty in Argentina (López, 1990) has provided some fragmented data. More recent data add information on the prevalence of contraceptive methods used by women, although it does not include the specific methods used or other relevant information on their reproductive lives (López and Tamargo, 1995).

The SRL data show that 54.9% of united women (legally or in consensual unions) or women with sexual relationships are currently using contraceptive methods, 34.4% have used such methods in the past but are not currently using them, and 10% have never used such methods. It is interesting to note the similarity between the SRL figures and those of the Permanent Household Survey carried out by the National Institute of Statistics and Census a year later, i.e. 53.3% were current users (López and Masaútis, 1994; López and Tamargo, 1995).

Three-fourths of women between 25 and 34 years of age use some kind of contraceptive method, while the prevalence among younger and older women does not reach 50% (Graph 3). On the contrary, the number of women aged 35 or more who have never used a contraceptive method (one out of seven) is relatively important. With regard to

women who have used a method in the past but are not currently doing so, the fact of using or not a contraceptive method may have several reasons, e.g. women under 25 may use a specific method to space their births, while older women may not use any method at all because they do not have sexual relations or are about to enter menopause.

Graph 3
Percentage of women living with a partner or having sexual relations,
by age and contraceptive method used



Source: A Survey of Reproductive Life (SRL), 1993.

The use of contraceptive methods increases with education, although there is a paradoxical situation where women with secondary school education are using less contraceptives. This may be attributed to their young age (under 30), or to their being in the process of forming a family.

Current use according to number of children born alive reveals more intensive use by women with 2, 3 or 4 children. However, women who have not had children yet, but who presumably intend to have some in the future, and those with 5 children or more (older women) make less use of contraceptive methods.

The number of children at the start of contraceptive use shows that younger women began to apply birth control when they had less children than older women. Women 35 years of age or more with less children began to apply birth control before their peers who had more children.

Table 1
Percentage of women living with a partner or having sexual relationships currently using a contraceptive method, by age and method

Contraceptive method	Age			
	< 25	25-34	35-49	Total
Pills	51.7	37.6	23.5	36.3
IUD	6.9	14.5	13.6	12.5
Injections	13.8	7.7	8.6	9.4
Condoms	12.1	20.5	19.8	18.4
Female sterilization	---	2.6	11.1	4.7
Rhythm	5.2	6.0	8.6	6.6
Withdrawal	10.3	7.7	12.3	9.8
Mixed methods	---	3.4	2.5	2.3

Source: A Survey of Reproductive Life (SRL), 1993.

Which are the methods most frequently used by women (Table 1)? Sixty-three percent prefer the most effective methods, such as pills (36%), IUD (13%), injections (9%) and female sterilization (5%). Condoms are used by 18% of users, while 10% employ withdrawal and 7% the rhythm method. A classification according to the person who is responsible for using the methods shows that almost 30% are male. A very high percentage (81%) of current users answered that they had no problem using contraceptive methods.

Preference for a specific method by age group shows that the pill is the principal method used by all age groups, with the IUD increasing considerably with age. The use of condoms is important in the sexual

practices of all women. Female sterilization increases with age and its adoption by women over 35 is four times higher than by women between 25 and 34. Since in Argentina the adoption of this method requires almost insurmountable legal formalities by the public health services, it is mainly used in critical health situations, such as several previous Caesarean sections, cardiovascular or circulatory problems or diabetes.

Women report that in half of the cases in which pills, injections, IUD or sterilization are used, the method has been recommended by a doctor. This implies that in the other half of the cases, the women did not receive medical counselling although the methods require a medical diagnosis and follow-up. Their spouses are another source of recommendations, involving the use of condoms or withdrawal. Women declare that family and friends have recommended the use of pills, injections and the IUD.

How do we interpret these data? Are they positive or do they not favour a 'demedicalization' of contraception? Is it sufficient that friends, family or "no one" recommend pills and injections? Is it desirable that women and couples use methods based on a feeling of greater security and effectiveness or, on the other hand, are there criteria of security and effectiveness (a method that fits the woman's and her partner's age, fertility, health and preferences) that an outsider might not be able to judge? Is it good or bad that women prescribe their own medication in light of the silence of public health services? These questions are addressed to the problem faced by hundreds of thousands of women who are forced to resort to what they know and what they have physically, economically and culturally access to. In this case, keeping in mind the risk of an undesired or unplanned pregnancy, self-medication seems the minor risk, although these problems should be considered and addressed by those responsible for women's health programmes.

6 - Imagination and reality: different opinions concerning family formation

What would the ideal family size be if there were no economic restrictions? Which is the real life situation of each woman (Tables 2 and 3)?

Table 2
 Percentage distribution of women
 by age and preferred number of children in an ideal situation

Age	Preferred number of children in an ideal situation				
	1	2	3	4	5 or more
Total	1.4	26.7	23.7	21.2	20.1
15-19	5.1	31.4	21.2	19.5	16.1
20-24	1.2	35.7	25.0	21.4	11.9
25-29	40.5	23.8	21.4	11.9	11.9
30-34	20.2	20.2	28.6	23.8	23.8
35-39	18.6	27.1	18.6	32.9	32.9
40-44	20.0	20.0	15.4	32.3	32.3
45-49	1.8	10.7	32.1	23.2	23.2

Source: A Survey of Reproductive Life (SRL), 1993.

Table 3
 Percentage distribution of women
 by age and preferred number of children in a concrete situation

Age	Preferred number of children in a concrete situation				
	1	2	3	4	5 or more
Total	8.2	38.3	19.4	17.6	11.2
15-19	12.7	50.0	16.1	9.3	2.5
20-24	11.9	44.0	25.0	10.7	2.4
25-29	11.9	40.5	15.5	22.6	6.0
30-34	7.1	35.7	17.9	20.2	11.6
35-39	1.4	30.0	25.7	21.4	12.9
40-44	1.5	35.4	16.9	16.9	19.9
45-49	5.4	19.6	21.4	30.4	16.0

Source: A Survey of Reproductive Life (SRL), 1993.

The survey revealed that, ideally, only one out of four women would prefer to have less than three children and 20% think that a family should have five children or more. These figures demonstrate that large families are highly appreciated. The points of view change in a real-life situation and the proportion of women who would desire

one or two children increases (50%) while the rest goes down. Age differences are shown below:

- a) The majority of women up to age 30 think that the right number of children is two, both in an ideal and real-life situation. Under ideal conditions the possibility of having only one child is not mentioned, while this parity reaches 12% in concrete situations. If this percentage is added to that of women who would prefer to have two children, it may be concluded that in real life more than half of the youngest women consider the ideal number of offspring to be one or two, while 60% of them ideally would prefer two or three and 33% four or more.
- b) The situation is different for women over 30, when the average number of children by woman ranges between 3.3 and 4.5 and the preference for more children becomes meaningful. Half of the women would ideally prefer four children or more, but in real life only one-third of them would choose this number.

Since older women already have several children, the question rises whether the younger women will follow the reproductive patterns set by their mothers or relatives. How many children and when? The answer goes beyond individual decision-making, because it would be necessary to create and provide contraceptive health services in order to observe whether current trends will actually lead to increased demand for assistance, whether this demand is satisfied by adequate services, and whether it would involve changes in the reproductive patterns of women belonging to low socio-economic groups.

Which is the best interval between marriage and first child? A comparison between ideal and real-life situations shows interesting differences (Table 4). More than half of the women prefer, ideally, a time span of more than two years between marriage and first child. However, what really happens reveals other rhythms. Ten percent of the women had their first child before marrying and one out of six gave birth within one year of marriage. This means that one-fourth of these women had children before they had completed a year of marriage. It may therefore be concluded that there is a tendency to declare a time span of one or two years of marriage regardless of the experience of maternity. This would indicate a symbolic adhesion to the marriage and maternity models of the middle sections of society, which is not put into practice.

Table 4
 Percentage distribution of women with a relationship:
 Ideal and real interval between the beginning of the relationship
 and the birth of the first child

Real interval (com- pleted years)	Ideal interval (completed years)					
	< 1	1	2	3-4	5 +	Total
First birth before union						
< 1	14.6	36.6	29.3	9.8	9.8	10.1
< 1	9.0	43.3	23.9	13.4	10.4	16.5
1	9.2	38.2	29.8	13.0	9.9	32.3
2	11.7	35.1	28.6	11.7	13.0	19.0
3-4	---	26.5	46.9	20.4	6.1	12.1
5 +	2.5	32.5	27.5	15.0	22.5	9.9
Total	8.4	36.3	30.4	13.6	11.4	100.0

Source: A Survey of Reproductive Life (SRL), 1993.

The best age to start having children may be indicative of imagined timings. There is a certain disparity between the stated ideal age for the first pregnancy and what happens in practice. More than half of the women who already had children were in favour of beginning maternity at a young age (one-third indicated the age of 20-21 and 17% less than 20). There was little difference in the opinions of mothers of different generations.

Women's age at the beginning of maternity gives an even clearer picture: one-fourth of them gave birth before the age of 18, almost half before 20 and two-thirds between 20-21.

As a result, it can be concluded that early childbearing is a practice that corresponds to an ideal preference, although slightly delayed for women in their early twenties.

The ideal age for ending childbearing is generally considered to be over 35 (66%), while women 25-34 show a marked preference for ending childbearing between 30-34. When an age exceeding 34 is opted for, it is generally in cases of prolonged periods of reproduction, especially by those social groups that have limited control over fertility. It is a known fact that a large number of women over 35 contribute very little to fertility in Argentina and, for this reason, the figures are inter-

esting, since they reveal opinions regarding the importance of maternity and a fatalism associated with sexual life and its consequences.

The ideal interval between the first and second child is considered to be 2-3 years (as indicated by two-thirds of the women). In spite of this, the analysis shows that the time span between the first and second child was less than 2 years for 43% of the women and 2-3 years for only one-third of them, i.e. less than half of the ideal time span.

What could the reasons be for these differences? Are the answers related to "what should be done", i.e. what the women think is expected from them by the majority of the population? In an attempt to provide an explanation, all the answers given by women were revised by age group regardless of whether the women are mothers or not. It was found that 3 out of 4 women under 20 were in favour of not exceeding a 2-year interval between their first and second child. The older women followed the patterns described above.

It is a challenge to consider the younger women in an attempt to predict future maternities. Is it possible that the opinions of young women influence their reproductive life? If so, would they follow the example of their ancestors with high and prolonged fertility, or would they expect to have fewer children, spaced over a shorter period of time? What does preference for such close births mean?

In the more favoured social strata, more and more young people engage in studies for longer periods of time, thus delaying their entry into economic life and the formation of a family. On the other hand, especially for younger women of the poorer social strata, puberty is often associated with adulthood, a state that is definitively acquired with maternity. Without the benefits of education that would qualify them for the demanding and exclusive labour market, with early sexual practice patterns, accompanied by scarce and incorrect knowledge of reproductive processes, limited access to health services to regulate birth control and a socio-cultural environment that promotes early marriage and maternity as a means of achieving adult status, the answers given by young women are comprehensible. It could be expected that these young women, after a certain period of time and personal experiences of maternity, would share the opinions of older women who have grown in age and wisdom, as indicated at the beginning of this section. In the meantime, they are expressing their own personal motivations and the socio-cultural models of their families and social context.

7 - Female autonomy: some indicators

In this paper, autonomy is considered as one of the components of the gender systems, i.e. an aspect of women's power to act according to their own choices and not those of other people. Autonomy is a way of achieving power (Mason, 1995).

In order to approach the concept of female autonomy, a series of statements were formulated to sound out the opinions of the surveyed women about women's roles. The opinions expressed on the most significant statements are presented according to age and birth control method used, as follows.

Two-thirds of the women interviewed affirm that "**women should have as many children as they get**". Women under 25 and those not using contraceptive methods are those who mostly agree. This general agreement demonstrates that they come from big families and have a fatalistic view of reproduction. This phenomenon is accentuated in those women who do not use contraception and who, as seen above, are older women with already constituted families, or younger women about to form families.

More than half of the women agree with the statement that "**most women prefer a well-paid job instead of being housewives**", while one-third disagree. This is generally accepted by young users and those who have never used a contraceptive (usually the same women).

Three-fourths of the women agree with the statement that "**women should decide for themselves if they want to be mothers**". Although there are no great differences between the various age groups, there is more agreement among non-users, mostly the youngest (85%). Those who disagree are usually women over 35 years of age and those currently using birth control methods (18% and 21% respectively).

Two-thirds of the women agree with the statement to "**have as many children as you want**". Older women are more in favour of this idea, while the younger ones and non-users are in disagreement. The wide agreement on this point may be explained by the ambiguity of the expression "as many as you want", which has personal and, therefore, subjective connotations.

The next statement is interesting: "**you are not a woman if you have never given birth**". It is characterised by a value judgement and therefore different from the other statements. Sixty percent disagree

and one-third agree. It is mostly the younger women who are in disagreement, while with the passing of age the responses become more favourable. The condition of user or non-user does not seem to influence the judgements.

Eighty percent of the surveyed women do not agree with the proposal that "**women should marry young**", i.e. mainly the younger ones who have never used a birth control method. On the other hand, the older the women the more they agree. This is important because it constitutes a position regarding a subject that has strong cultural and emotional implications and reveals the opinion of younger women that the age when women marry should be postponed. It should be pointed out that these views may not correspond with their practical behaviour, as indicated by the early age at first union and a comparison between the declared desires and actual childbearing experiences mentioned above.

The view that "**contraceptives cause physical problems**" is shared by more than half of the women. This is more widely accepted by current users and previous users over 35 years of age. Fifteen percent do not agree, while a high proportion of women did not answer this question (19%), among whom mainly the youngest and those who have never used contraceptives. In this regard it should be noted that when they were asked about the disadvantages of their present method, 81% answered that there were none.

Eight percent of the women agree with the statement that "**Women have the right to sexual pleasure**". Women between 25 and 34 years of age are those who mostly support this option. This is consistent because many younger women have not been sexually initiated and older ones tend to have a more conservative viewpoint, as documented in other parts of the current survey (López and Masaúts, 1994). According to the status of use, it may be affirmed that as the use of contraceptive methods increases, so does the degree of acceptance of sexual pleasure.

The results regarding certain particularly significant aspects of female autonomy show an interesting shift among poor women in the Metropolitan Area of Buenos Aires who show greater independence and give more recognition to their bodies and sexuality. Disagreement with statements that equal maternity with female identity may be interpreted in this sense. The data seem to indicate a certain propensity toward change evidenced by the opinions regarding family formation,

female autonomy and the use of contraceptive methods. This may eventually lead to the modification of women's life projects in the medium term, especially by the youngest and most educated. This tendency became evident also when the women were asked which were: (i) the best age for starting and ending maternity; (ii), the ideal number of children; and (iii) the preferred intervals between children, although there were marked differences between declared ideal situations and practice (López, 1995).

The interviewed women also demonstrated ambivalent opinions of traditional and modern values in gender relations. They replied, on the one hand, that traditional values are expressed by a natural acceptance of female subordination and their main roles as mothers, and infrequent and erratic use of contraceptive methods. These views were mainly expressed by older, migrant women who come from the internal provinces of Argentina or other, usually neighbouring countries, and who have several children, are economically inactive and accept whatever number of children may come.

In addition, there is a group of women who appear to be breaking with the traditions and adopting more modern values, i.e. a more natural acceptance of their sexuality, a desire for external employment and some doubts about identifying the role of mother with that of woman (Findling and López, 1996). These changes *per se* do not guarantee better conditions for women. For this to happen, women need greater opportunities of employment, education, health care, and political and civic participation on the path toward gender equality.

8 - Final comments

This paper is an attempt to describe significant aspects of the reproductive health of women belonging to the lower socio-economic strata, especially their opinions concerning the constitution of a family and childbearing in relation to contraceptive practices and autonomy.

In the following paragraphs an attempt is made to connect some of the questions formulated at the beginning of the survey with its findings, in the hope that these conclusions may serve as a basis for the formulation of more specific questions.

The purpose of one of the first questions was to identify the reasons that contribute to a high fertility rate in an attempt to understand

the relationships between women's reproductive practices, their preferences and living conditions.

In other words, could it be that women have many children only because they do not have access to contraceptives, as these are not included in public health programmes? Do they have many children because they come from large families that consider maternity and a big family as fundamental attributes for women's self-esteem? If this last statement is true, will the situation of high fertility be maintained or will it be modified in the future?

One of the findings of this survey, related to the generational dimension, shows that the mothers of the surveyed women have more children than the latter. This indicates the beginning of a shift in the fertility rate of the lower socio-economic strata in Argentina. This process has already been achieved by the higher socio-economic strata.

The surveyed women showed a high total fertility rate, between 3.5 and 4.5 children per woman. Nevertheless, the prevalence of contraceptive use places them in that population segment that controls reproduction (75% of the women between 25 and 34 years of age use contraceptives).

A distinct feature of the surveyed women is the fact that they started their sexual, married and reproductive lives earlier than previous generations. Could this be interpreted as a continuation of the reproductive practices of their mothers? Some elements indicate a change, such as better education, more knowledge and use of contraception, free distribution, albeit restricted, of contraceptive methods by certain public health services, and opinions regarding a smaller family size (although their ideal family size is bigger than the circle in which they live, there are marked differences among the surveyed women of different generations). With much caution it can be assumed that women who are currently starting to set up a family tend to limit the number of children once they consider that the ideal family size has been reached, although they continue to start bearing children at an early age.

Contraceptive practices seem to be the key factor for the changing reproductive behaviour of the lower strata of Argentinean society. The analysis reveals a universe of meanings, values, opinions and experiences regarding maternity that are in sharp contrast with the higher socio-economic strata. In this context, the role of health services acquires prime importance in providing orientation and assistance to

women, from adolescence. The purpose is not to induce a modification of their values, but to support their needs and preferences in the different stages of reproductive life, as well as to educate them in preventive health care.

The different opinions expressed by young women without children and those who are already mothers regarding what is desirable in the field of reproduction lead to the conclusion that it is necessary to change the outlook. Changes are necessary in the fields of health care and education where concrete and immediate policies are needed, but they should also involve a larger spectrum of actions where gender, employment and equity issues are taken into consideration.

References

- BERQUÓ, E. (1989), "A familia no século XXI: um enfoque demográfico", *Revista Brasileira do Estudos Popacionais*, vol. 6, no. 2.
- BRUCE, J. (1990), *Elementos fundamentales de la calidad de la atención: un marco conceptual simple*, Working Paper, New York, The Population Council.
- COOK, R. (1993), "International Human Rights and Women's Reproductive Health", *Studies in Family Planning* vol. 24, no. 2, pp. 73-86.
- DE JANVRY, B., and ROTHMAN, A. M. (1975), *Fecundidad en Buenos Aires. Informe sobre los resultados de la Encuesta de Fecundidad en el área de Capital y Gran Buenos Aires, 1964*, Santiago de Chile, CELADE.
- FINDLING, L., and LÓPEZ, E. (1996), "Mujeres pobres del Conurbano Bonaerense: conexiones entre dinámica del hogar y práctica anticonceptiva", in: *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, CENEP, CEDES and AEPA, pp. 37-44.
- FREEDMAN, L., and ISAACS, S. (1993), "Human Rights and Reproductive Choice", *Studies in Family Planning* vol. 24, no. 1, pp. 18-30.
- GARCÍA, B., and DE OLIVEIRA, O. (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- INDEC (1995), *Situación y evolución social. Síntesis No. 3*, Buenos Aires, INDEC.
- JELIN, E. (1984), *Familia y unidad doméstica. Mundo público y vida privada*, Buenos Aires, CEDES, Estudios CEDES.
- LÓPEZ, E. (1990), "Fecundidad, anticoncepción y pobreza en áreas urbanas de la República Argentina. Taller sobre investigaciones recientes en el área de la salud reproductiva y sus implicancias para el diseño de políticas", mimeo.

- LÓPEZ, E. (1994), "Anticoncepción en América Latina", in: D. Celton, ed., *Problemas de población en América Latina*, Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, pp. 73-80.
- LÓPEZ, E. (1995a), "Fecundidad y anticoncepción en el Conurbano de Buenos Aires: nuevos datos, nuevos interrogantes", in: *II Jornadas Argentinas de Estudios de la Población* (AEPA), Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación, pp. 447-460.
- LÓPEZ, E. (1995b), "Fecundidad, práctica anticonceptiva y tamaño de la familia: un estudio en madres del Conurbano de Buenos Aires", in: *I Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, pp. 141-159.
- LÓPEZ, E. (1997), *Anticoncepción y aborto. Su papel y sentido en la vida reproductiva*, Buenos Aires, Instituto Gino Germani y Oficina de Publicaciones del C.B.C de la Universidad de Buenos Aires.
- LÓPEZ, E., and MASAÚTIS, A. (1994), "Aborto en el Conurbano de Buenos Aires: opiniones, evidencias e interrogantes", in: *Determinantes del aborto y factores asociados*, Santafe de Bogotá, Universidad Externado de Colombia, pp. 16-30.
- LÓPEZ, E., and MARGULIS, M. (1995), "Aproximación sociocultural al estudio de la salud reproductiva: mujeres y servicios de salud. Informe final de investigación", Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, unpublished.
- LÓPEZ, E., and TAMARGO, M. (1995), "La salud de la mujer", in: INDEC, *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el Monitoreo de las Metas Sociales*, Buenos Aires, INDEC, pp. 163-197.
- MASON, K. (1995), *Gender and Demographic Change: What Do We Know*, Liège, International Union for the Scientific Study of Population.
- MUNDIGO, A. (1993), "Health and Social Aspects of Induced Abortion", in: *Proceedings of the International Population Conference*, International Union for the Scientific Study of Population, Montréal, pp. 203-208.
- MUNDIGO, A. (1994), "La interdisciplina en la salud reproductiva", in: *V Encuentro de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática*, Buenos Aires, mimeo.
- PANTELIDES, E. A. (1986), "Notas respecto a la posible influencia de la inmigración europea sobre la fecundidad en la Argentina", *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, vol. 1, no. 3.
- PANTELIDES, E. A. (1989), *La fecundidad argentina desde mediados del Siglo XX*, Buenos Aires, CENEP, Cuadernos del CENEP 41.
- PRADA, E. (1992), "Planificación familiar en América Latina. Reunión de expertos gubernamentales sobre población y desarrollo en América y el Caribe", Santa Lucía, mimeo.

- QUILODRÁN, J. (1991), *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*, México, El Colegio de México.
- RACZYNSKI, D., and SERRANO, C. (1986), *Vivir la pobreza. Testimonios de mujeres populares*, Santiago, Cieplan.
- TORRADO, S. (1986), “La cuestión poblacional argentina y las políticas de población”, in: S. Torrado, S. Novick, and S. Olego de Campos, *Política, población y política de población. Argentina 1946-1986*, Buenos Aires, Cuadernos del CEUR, no. 18.

PAUVRETE, ATTITUDES ET PRATIQUES DES HOMMES EN MATIERE DE PLANNING FAMILIAL : LE CAS DU QUARTIER DE RANDOULENE NORD (THIES, SENEGAL)

Mbaye Diouf NDIAYE

Agence pour la Promotion des Activités de Population – Sénégal (APAPS)

1 - Introduction

Après une décennie d'application de la politique de population adoptée en avril 1988 par le Gouvernement, le profil démographique du Sénégal a peu évolué en dépit des mutations observées sur ce plan. Malgré une mortalité en baisse (300 % en 1960 et 140 % en 1996), la fécondité demeure à des niveaux encore élevés. En une vingtaine d'années, l'indice synthétique de fécondité n'a pu accuser qu'un recul de 19 %, passant de 7,1 enfants/femme en 1978 à 5,7 en 1997 (Enquête démographique et de santé EDS-III).

L'urbanisation, la scolarisation et la mise en œuvre d'importants programmes sanitaires semblent ne pas modifier de façon significative les comportements et pratiques des populations en matière de fécondité. Bien au contraire, la rationalité économique, critère de décision qui devrait favoriser le déclin de la fécondité à travers l'adoption de comportements favorables à une bonne pratique contraceptive, semble être masquée, voire inhibée, par des attitudes pronatalistes, surtout chez les hommes. En effet, les rares études sur les attitudes et pratiques des hommes en matière de planification familiale (EDS-II, 1992/1993) ont

mis en évidence, d'une part, le faible recours des hommes aux services de planification familiale et, d'autre part, le grand écart entre leurs niveaux de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives. Selon l'EDS-II, plus de 74 % des hommes connaissent au moins une méthode moderne, mais seuls 10,9 % d'entre eux ont déclaré en utiliser une (6,5 % pour les méthodes modernes et 4,5 % pour les méthodes traditionnelles).

Certains auteurs ont avancé que le faible niveau d'utilisation se justifierait en partie par le désir des hommes d'avoir une famille nombreuse :

« Plus de 60 % des hommes ayant plus de 6 enfants ont exprimé leur souhait d'en avoir plus. Aussi, lorsque le mari a 7 enfants, 50 % des couples en veulent encore, 4 % n'en veulent plus et 18 % des couples sont en désaccord parce que la femme veut limiter le nombre d'enfants alors que le mari ne le souhaite pas. » (P. D. Diouf, in DPS/MEFP, 1994).

D'autres observateurs et témoignages¹ font prévaloir les croyances religieuses, la persistance de croyances traditionnelles et d'un système familial qui privilégie la parenté par l'homme, la transmission des biens par l'homme et le rôle important de l'homme dans les processus de décision en matière de production et de reproduction.

Mais en vérité, les raisons profondes qui expliquent l'écart entre les niveaux de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives par les hommes et leur faible implication dans les projets et programmes de population restent encore inconnues. On peut alors se poser la question de savoir si ce désir d'une famille nombreuse constitue une nouvelle stratégie des populations face à la pauvreté, qui ne cesse de prendre des proportions alarmantes dans les régions du Sénégal, ou s'il traduit une manifestation de l'adhésion de l'homme aux idéaux d'une famille élargie. Ces comportements pronatalistes ne résultent-ils pas des stratégies familiales pour la sauvegarde de la tradition ? Dans le même ordre d'idées, on pourrait aussi penser que la persistance d'une culture de la fécondité élevée résulterait d'un échec des stratégies d'IEC/PF destinées particulièrement aux femmes, alors que la société sénégalaise est à dominance patriarcale. Enfin, l'écart entre le niveau de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives par les

1. Il convient de signaler qu'il existe, au Sénégal, très peu de recherches sur cette thématique, bien qu'elle constitue une préoccupation majeure pour les décideurs et les exécutants.

hommes et leur faible implication dans les programmes de population est-il dû à l'inaccessibilité des services de planification familiale/santé de la reproduction/santé sexuelle du fait de la paupérisation qui érode de jour en jour leur pouvoir d'achat ?

Autant de questions auxquelles des recherches approfondies au niveau des communautés de base auraient permis d'apporter les réponses les plus pertinentes.

La présente communication, basée sur une recherche opérationnelle menée par l'Association pour la Promotion des Activités de Population-Sénégal (APAPS)², tentera, à travers l'exemple d'un quartier pauvre et densément peuplé de la ville de Thiès (Sénégal), d'y apporter quelques éléments de réponse.

2 – Méthodologie

Les données utilisées dans la présente communication ont été collectées par l'APAPS. Dans le cadre de la conduite de son étude de base, cette association a utilisé une méthodologie qui s'inspire de près de celle définie par le Secrétariat de l'African Population Advisory Committee (APAC). Il nous a semblé opportun de rappeler brièvement les objectifs, la méthodologie et la démarche utilisés par l'APAPS de façon à mieux apprécier la portée des résultats.

2.1 - Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de population au Sénégal.

Pour ce faire, les objectifs spécifiques sont :

- déterminer le degré de connaissance et de prise de conscience des problèmes de population pour les groupes cibles identifiés et visés par l'étude ;
- procéder à une analyse critique de leur engagement dans les politiques et programmes de population ;

2. L'APAPS est l'antenne nationale de l'APAC (African Population Advisory Committee), dont le siège a été récemment transféré de Washington (Banque Mondiale) à Nairobi.

- saisir les besoins et aspirations réelles des populations ;
- définir, avec le concours des populations bénéficiaires, les solutions qui devraient permettre de résoudre ces problèmes.

2.2 - Approche adoptée

L'approche adoptée a été novatrice en matière de collecte de données, en ce sens qu'elle a été conçue de manière à ce que les problèmes démographiques puissent être examinés dans leur contexte et en relation avec les problèmes cruciaux auxquels doivent faire face les individus, les familles et les communautés. Elle a consisté à étudier le phénomène (les problèmes de population³) au niveau micro local (la communauté) de façon à pouvoir prendre en compte à la fois les multiples facettes du phénomène (fécondité, mortalité, migration) ainsi que ses différentes dimensions ou niveaux d'explication (individuel, familial, communautaire...).

En associant l'analyse micro-économique avec les analyses socio-logiques et anthropologiques, l'étude cherche à mettre en valeur la complexité, l'inventivité et la rationalité économique des individus.

Les comportements démographiques, n'étant pas uniquement individuels, ont été observés et interprétés à plusieurs niveaux sociologiques. L'interaction de ces différents niveaux détermine en grande partie les comportements. De ce fait, on a recouru aux méthodes qualitatives, qui donnent plus d'informations sur les croyances, les désirs, les perceptions, les aspirations et les opinions des cibles⁴. Des techniques de collecte de données qualitatives, telles que les enquêtes individuelles approfondies (EIA), les *focus groups*, l'*exit interview* (interview après-coup) et l'observation participante, ont été utilisées.

3. On entendra par problèmes de population, d'une part, l'ensemble des dysfonctionnements nés de la disparité entre le dynamisme démographique et ses conséquences, ainsi que la capacité de satisfaire les besoins résultant de ce dynamisme et, d'autre part, la prise de conscience de ces dysfonctionnements et de ses causes.

4. Il faut aussi signaler que 4 décideurs, 9 leaders d'opinion et 9 exécutants de projets et programmes de population ont été interviewés lors de l'étude de base.

2.3 – L'échantillonnage

Il s'est fait à deux niveaux :

- *Au niveau des quartiers de la ville de Thiès.* Le choix de Randoulène Nord s'est fait, en concertation avec les Chefs Régionaux de la Planification et de la Statistique, en fonction des quatre critères suivants :

- * le caractère populaire du quartier ;
- * la cohabitation de différentes classes sociales : trois classes sociales (aisée, moyenne et modeste) cohabitent dans ce quartier, avec une prédominance des catégories modestes ;
- * l'ancienneté du quartier⁵ : Randoulène est l'un des premiers centres d'accueil des migrants provenant surtout des régions intérieures du Sénégal et de la sous-région⁶ ; cette situation confère au quartier le statut d'un gros village urbain, avec une survivance des pratiques traditionnelles ;
- * et l'existence de problèmes de population réels dans le quartier (chômage, insalubrité, niveau d'éducation très bas, pauvreté, grande taille des familles).

- *Au niveau des concessions.* Eu égard à l'approche contextuelle, qui exige une prise en compte des logiques et des structures sociales, les concessions, où se mêlent le social, l'économique et le religieux, ont été les lieux privilégiés de l'analyse. Ainsi, 148 concessions ont été choisies de façon raisonnée, en fonction des caractéristiques socio-économiques du chef de concession et du type de ménage (famille isolée, famille élargie complète...). L'échantillon enquêté est donc composé de 566 hommes, dont la répartition par âge et état matrimonial est résumée dans le tableau 1. La détermination des niveaux socio-économiques (NSE) des concessions se fonde sur des indicateurs de richesse tels que le type d'habitat, la disponibilité en eau et en électricité, le confort intérieur et la qualité de l'environnement immédiat des concessions (hygiène, propreté des murs...).

5. L'installation du quartier de Randoulène fait suite à la peste de 1941, qui avait amené les autorités coloniales à ordonner le déménagement des populations sur l'actuel site. Il faut noter qu'initialement, ces populations occupaient l'endroit où se trouve l'actuelle place de France (face à l'hôtel de ville de Thiès). Le terme *randoulène* (aller plus loin, déménager) serait venu de ce déménagement.

6. Il convient de noter que Thiès constitue une étape fondamentale pour les candidats à la migration interne et internationale. Thiès est la région la plus proche de Dakar.

Tableau 1
Répartition des cibles par groupe d'âge et état matrimonial

Groupe d'âge	Célibataire	Marié	Autres	Total
13-19 ans	92	133		225
20-59 ans	185	115	6	306
60 ans et +	-	33	2	35
Total	277	281	8	566

Une typologie à trois niveaux a été définie : (1) *les concessions à NSE aisé*, qui sont les concessions avec bâtiments en dur et carrelage, ameublement de luxe, eau, électricité, téléphone, télévision en couleurs, voiture ; (2) *les concessions à NSE moyen*, qui ont des bâtiments en dur sans carrelage, avec eau, électricité et ameublement ordinaire ; et (3) *les concessions à NSE modeste*, qui sont des concessions à habitat hétéroclite, sans eau courante, ni électricité, ni équipement ménager. Dans le choix des concessions, les classes moyennes et modestes ont été surreprésentées. Ce choix procède du postulat selon lequel les problèmes de population sont plus aigus au niveau de ces catégories de personnes.

Tableau 2
Typologie des concessions (par niveau socio-économique)

Type de ménage	Niveau socio-économique du chef de ménage			
	Aisé	Moyen	Modeste	Total
Isolé	-	1	4	5
Famille élargie complète	7	44	24	75
Famille élargie monoparentale	1	11	11	23
Famille nucléaire complète	6	18	13	37
Famille nucléaire monoparentale	-	1	7	8
Total	14	75	59	148

En plus des autres volets (leaders, décideurs, exécutants, utilisateurs), un échantillon de 54 personnes, dont 26 hommes, a été choisi pour une enquête individuelle approfondie, en fonction de leur statut

dans le ménage, de la classe d'âge, de la situation matrimoniale, du statut migratoire et de la pratique contraceptive. L'analyse des contenus de ces différents entretiens sera utilisée.

3 – Les manifestations de la pauvreté dans le quartier

Au niveau du quartier, l'analyse des résultats de l'EIA révèle que le renchérissement du prix des produits de première nécessité, suite aux différentes mesures d'ajustement structurel et à la dévaluation intervenue en janvier 1994, constitue l'une des difficultés majeures qui affectent la vie des populations à l'intérieur des concessions. Cette situation est plus difficile dans les ménages de grande taille (12 personnes) dont le chef a un faible niveau d'instruction, exerce une activité peu ou pas mécanisée, perçoit des revenus incertains et a une structure de dépenses dominée par les produits alimentaires (70 %, dont plus de 50 % pour le riz, le sucre et l'huile).

Au niveau de la société, la pauvreté se développe de plus en plus, avec son cortège de marginaux (jeunes mendiants affamés et agressifs, délinquants, voleurs, fumeurs ou inhaleurs de produits toxiques⁷...) qui évoluent à la lisière de la délinquance. Cette pauvreté frappe aussi des catégories encore plus vulnérables, notamment les adolescentes en les exposant aux grossesses non désirées et/ou précoces et à l'adoption de comportements déviants. Lors des discussions de groupe, certaines adolescentes ont avoué s'adonner à une prostitution clandestine afin de subvenir à leurs besoins (fournitures, habits à la mode...) et à ceux de leurs familles.

3.1 - L'emploi

Les résultats de l'enquête individuelle approfondie auprès des chefs de ménage aisés révèlent que la baisse des revenus et le chômage constituent la manifestation la plus évidente de la pauvreté. Par contre, dans les classes moyennes et modestes, les chefs de famille ont déploré le chômage des jeunes car, malgré les faibles montants de leur pension de retraite ou de leur salaire, ils sont encore obligés de supporter les

7. Certains enfants, pour se droguer, inhalent du tissu imbibé d'essence, de dissolvant ou de produits toxiques.

coûts économiques de ce chômage. Il leur est difficile de supporter les coûts d'une bonne scolarité dans l'enseignement public, encore plus de payer des cours de formation professionnelle dans le privé. De ce fait, la plupart des enfants sont dans la rue, les plus chanceux trouveront un emploi dans les ateliers de mécanique, de menuiserie ou de tôlerie et constitueront des appuis financiers non négligeables pour la famille.

3.2 - La santé

Plus de 52 % de la population reste confrontée à des maladies endémiques telles que le paludisme, la fièvre jaune, les diarrhées... ; 66,3 % des personnes interrogées estiment ne pouvoir accéder aux soins de santé appropriés du fait du coût prohibitif des prestations sanitaires, 11 % déplorent le manque d'infrastructures sanitaires, la mauvaise qualité de l'accueil et le laxisme du personnel médical. Au niveau des classes modeste et moyenne, plus de 60 % des hommes se déclarent non satisfaits des prestations de santé du fait de leurs coûts élevés (médicaments, analyses, transports...). Un des interviewés déclarait que « les hôpitaux sont devenus des mouroirs ».

L'Initiative de Bamako, bien qu'appréciée, n'a pas permis aux populations pauvres d'avoir accès aux médicaments essentiels susceptibles de soigner les maladies les plus courantes auxquelles elles sont confrontées. Aussi sont-elles obligées d'emprunter des itinéraires thérapeutiques qui comportent certains risques (recours aux médicaments du marché parallèle, aux guérisseurs traditionnels, etc.).

3.3 - L'éducation

Les chefs de ménage des concessions des classes moyenne et modeste ont déploré la cherté de l'enseignement (inscription, fournitures, transport...) qui les oblige à retirer leurs enfants de l'école. Cette déperdition scolaire renforce le nombre de chômeurs observés dans les concessions et accentue les problèmes de prise en charge des enfants par les parents. Au niveau de la classe aisée, la cherté et la baisse de qualité de l'enseignement dispensé dans les écoles revêtent, certes, moins d'acuité, mais n'en constituent pas moins une préoccupation.

3.4 – L’alimentation

L’accès à une alimentation de qualité est un problème pour plus de 30 % de la population. Il est de plus en plus difficile pour certains chefs de famille d’assurer la subsistance quotidienne.

De façon générale, on se rend compte que la pauvreté affecte toutes les composantes de la population et n’épargne pas les hommes, qui sont censés assurer l’essentiel des dépenses liées au bon fonctionnement de la maison (santé, emploi, éducation et formation, eau et électricité...).

Face à cette nouvelle donne, les populations en général, les hommes en particulier, ont adopté de nouvelles stratégies de survie : recours au secteur informel, aux guérisseurs, migrations, voyages...

Cependant, force est de se demander si, face à cette pauvreté, les nouvelles stratégies adoptées concernent les logiques procréatrices des hommes. En d’autres termes, face à la pauvreté, quelles sont les nouvelles attitudes des hommes vis à vis de la taille de la famille, de la préférence quant au sexe des enfants, de la pratique contraceptive ?

4 – Pauvreté et pratique contraceptive des hommes

4.1 - Pratique actuelle de la contraception

Dans la zone d’étude, le niveau de pratique contraceptive actuelle (le préservatif) est de plus de 40 % (ce qui est largement supérieur à la moyenne nationale, qui avoisine 12 %). Ce niveau élevé de pratique est surtout dû aux jeunes de moins de 45 ans (les personnes de plus 45 ans ont déclaré pratiquer l’abstinence).

Tableau 3
Niveau de pratique contraceptive des hommes (préservatif)
selon l’âge (%)

Groupe d’âge	Pratique	Ne pratique pas
35-39 ans	58,3	37,5
40-49 ans	33,3	25,0
50 ans et plus	8,4	37,5
Total	100,0	100,0

L'analyse de contenu des EIA révèle, à ce propos, que la tendance des hommes de la zone d'étude à planifier la naissance de leurs enfants à travers l'adoption d'une méthode contraceptive reste largement tributaire de trois facteurs :

- les logiques sociales des hommes en matière de procréation ;
- le coût de la pratique d'une méthode de planification familiale ;
- le niveau d'information des hommes sur les méthodes et leurs effets.

4.1.1 – Les logiques sociales des hommes en matière de procréation

Les différents volets montrent, de façon générale, que les logiques procréatrices des hommes persistent malgré les difficultés de l'heure et les effets de l'environnement urbain. En effet, l'enfant continue d'occuper une importante place au sein des concessions de ce « village urbain ». Ni l'âge, ni la profession, ni l'ethnie, ni le niveau socio-économique ne semblent influer sur les attitudes des hommes vis à vis de la place de l'enfant dans la société. Ceci nous amène à convenir avec Ngoma (1963) que

« l'enfant fait l'honneur de ses parents. C'est en lui que l'homme devient père et la femme devient mère ; non seulement père et mère, mais aussi et surtout père et mère du clan. L'enfant devient le symbole de l'affection qui se manifeste par plusieurs traits et comportements ».

Cette situation fait que, même à des âges élevés, on trouve des hommes avec des épouses et des enfants très jeunes.

Au niveau des classes modeste et moyenne, la taille de la famille est respectivement de 13,25 personnes et 12 personnes, contre 10 pour la classe aisée. Plus de 40 % des hommes de classe modeste estiment que « cette taille est raisonnable, même si les effets de la crise rendent les conditions de vie de plus en plus difficiles ».

Les écarts entre la taille actuelle des ménages et la taille à partir de laquelle une famille est jugée nombreuse traduisent bien que le désir des hommes d'avoir une famille élargie reste une tendance lourde dans la zone d'étude. Pour plus de 63 % des hommes, la taille maximale n'est pas encore atteinte.

Cette tendance tranche nettement avec la perception qu'ont les hommes des liens qui existent entre les problèmes de population et les problèmes de développement. Ils sont conscients qu'en ce qui concerne la survie des enfants, des efforts importants ont été faits, même si ces dernières années la mortalité infantile augmente, surtout

du fait de la cherté de la vie (accès difficile aux soins de santé, à une alimentation riche et équilibrée) et de l'hygiène, et que les grossesses rapprochées constituent une attitude à décourager en raison des multiples problèmes qu'elles causent (fatigue de la mère, risque de décès maternel et infantile, coûts de nourriture, d'habillement, d'éducation).

Cette dualité dans le comportement des hommes s'explique essentiellement par deux raisons : l'une est conjoncturelle, la nécessité de cohabitation de plusieurs générations dans une même famille du fait de la crise, et l'autre est liée à la redéfinition des rôles respectifs des hommes et des femmes.

Nécessité de cohabitation. Du fait de la pauvreté, les chefs de famille ne sont pas seulement obligés d'adapter leurs dépenses à la contraction de leur budget, ils doivent aussi prendre en charge les dépenses induites par le désengagement de l'État des secteurs sociaux (réduction des services sociaux, privatisation partielle des prestations de services sanitaires, réduction des budgets de formation et d'éducation...) et, en plus, s'adapter à des modifications structurelles des emplois, des prix, des disparités des niveaux de vie.

La concession ne constitue plus une communauté de décision, mais plutôt l'addition des moyens que chacun des membres consacre aux charges communes suivant des modalités prédéfinies par le chef de famille. L'on cherchera à ne pas disperser les faibles revenus en faisant jouer autant que possible les mécanismes de solidarité sérieusement ébranlés par la crise.

Redéfinition des rôles des hommes et des femmes. L'examen du statut et des rôles conférés aux femmes dans la société permet de mieux comprendre les logiques sociales à la base des comportements productifs et reproductifs des hommes (Ba, 1997). En effet, les systèmes traditionnels et modernes confinent les deux sexes dans des rôles sociaux, familiaux et économiques qui peuvent être favorables à une forte fécondité. Mais la crise économique et les ajustements structurels ont mis en avant le rôle déterminant de la femme comme acteur du développement et dans la bonne conduite des affaires domestiques. Les crises actuelles ont remis en cause les rôles traditionnellement dévolus aux hommes et aux femmes. De plus en plus, les femmes constituent les piliers économiques des concessions en situation de crise, et ceci grâce aux différentes activités rémunératrices qu'elles mènent (maraîchage, petit commerce, tontines, commerce...). Leur apport financier dans la famille constitue une véritable bouée de sauvetage pour la plupart des

ménages. De ce fait, elles devront de plus en plus être impliquées dans toutes les décisions, et surtout celles relatives à la gestion des enfants. Mais force est de reconnaître que l'homme détient encore les pouvoirs de décision. En effet, en matière de soins et/ou de procréation, l'homme reste le principal décideur, même si l'on note une faible implication des femmes (32 % dans la classe modeste, 9,1 % dans la classe moyenne et 16,1 % dans la plus aisée).

Cependant, il est intéressant de noter que les jeunes semblent être plus prêts à gérer cette remise en question (ouverte ou non) des droits et des obligations de chaque sexe, comme en atteste cet extrait du rapport du *focus group* avec les jeunes :

« Les rapports au sein du couple doivent être plus égalitaires, mais encore faits d'entente, de collaboration, d'entraide et de concertation mutuelle. Il doit même y avoir deux chefs de ménage ». Dans le même ordre d'idées, un autre jeune déclarait : « avec la crise actuelle, la polygamie et la forte fécondité constituent une dimension constitutive des grandes familles et affectent la santé du couple mère/enfant. De plus, dans l'état actuel des choses, c'est irresponsable, voire irrespectueux, de faire des enfants dont les avenirs sont déjà hypothéqués. Actuellement, nous vivons des situations si difficiles, que nous ne souhaitons pas léguer à nos futurs enfants. On aurait souhaité aujourd'hui ne plus dépendre de nos parents, qui ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour nous élever en ces temps de crise et de pauvreté généralisée. »

On constate qu'avec les effets de la crise, les attitudes, surtout celles des jeunes les plus exposés aux difficultés et aux médias, semblent plus positives. Plus de 85 % d'entre eux ont déclaré être favorables à la planification familiale si sa finalité est d'espacer les naissances et d'éviter les risques liés aux grossesses précoce et rapprochées.

Tableau 5
Raisons de pratiquer une méthode contraceptive

Raisons évoquées	Fréquence (%)
Raisons économiques	81,81
Raisons sociales	9,09
Raisons religieuses	9,09

La majorité d'entre eux (81,8 %) est convaincue que « dans la situation de crise actuelle, tout devient cher (prestations, médicaments, baptêmes, éducation, formation, électricité) ; quand les liens de solidarité qui étaient les derniers remparts accusent les contrecoups de la crise, il est impératif de planifier les naissances et non de les limiter. »

4.1.2 – Le coût des prestations de planification familiale

Les coûts de la pratique d'une méthode contraceptive incluent les coûts économiques (financiers et en temps) et les coûts sociaux résultant de la transgression des normes sociales et familiales en matière de procréation.

Coûts économiques. Tout en appréciant les efforts faits par le Gouvernement pour rapprocher la planification familiale des populations, plus de 90 % des hommes ont estimé que les coûts des prestations de planification familiale restent hors de leur portée (ticket de consultation, ordonnance, analyses médicales, transport...). Aux coûts du ticket de consultation (500 F), des préservatifs (3 pour 150 F), peuvent s'ajouter ceux des analyses médicales (si besoin), estimées à plus de 5 000 F, et des ordonnances (parfois très chères). Le problème des coûts a été mis en évidence dans l'*exit interview*, où plus de 70 % des femmes interrogées estiment que le coût des prestations sanitaires est prohibitif, alors qu'« elles devraient être gratuites ».

Notons que, dans bien des cas, les hommes supportent les coûts liés à la pratique contraceptive du couple.

Tableau 6
Raisons de ne pas pratiquer une méthode contraceptive

Raisons	Fréquence (%)
Cherté de la vie	75
Raisons sociales	3
Raisons religieuses	20
Autres	2

À ces coûts, on peut ajouter les difficultés liées à l'accessibilité des services de planification familiale (transport, longue attente, attitude

des prestataires, fréquentes ruptures de stock, qualité variable des préservatifs, manque de confidentialité des consultations...). Toutes ces difficultés, qui induisent parfois des coûts, ne sont pas de nature à encourager une bonne fréquentation du Centre de Référence du quartier.

Coûts sociaux. Les coûts sociaux sont ceux que doivent supporter les hommes qui pratiquent (ou dont les épouses pratiquent) la planification familiale. En effet, l'enfant, en plus de sa valeur sociale, constitue un enjeu économique pour toute la société en général et pour les deux familles en particulier. L'existence d'un système bien élaboré, basé sur l'échange de *Warugal* (cadeaux somptueux en nature et en espèces entre les deux familles), de *Ndawtal*⁸ (remboursement d'une somme d'argent offerte lors d'un même événement), constitue une donne fondamentale dans les logiques sociales en matière de procréation. De ce fait, lorsqu'un couple décide de planifier les naissances, on ne manque pas de reprocher à la femme, de façon très subtile mais piquante⁹, de « gâter les bonnes affaires », et l'homme, de son côté, subit les pressions et harangues de sa famille (surtout sa mère et ses sœurs).

4.1.3 - Le niveau d'information

Lorsqu'on analyse le niveau de connaissance de la période féconde de la femme, on se rend compte que 33,3 % des hommes la situent « juste après les règles » ; 16,7 % pensent qu'elle « survient 15 jours après la fin des règles », et 50 % pensent qu'il faut attendre « plus de 20 jours après les règles ». Cette diversité dans les réponses met en évidence, en plus de la méconnaissance des périodes fertiles de la femme par les hommes, la piètre qualité de l'information reçue et la nature des canaux d'information utilisés. Elle dénote aussi la faible implication des hommes dans les politiques et programmes de santé les concernant. Le tableau 7 montre que la radio constitue la principale source d'informa-

8. Les *Ndawtal* peuvent être assimilés à des placements d'argent à court ou moyen terme. Cette somme d'argent, donnée à un proche ou un ami lors de son baptême, doit être rendue parfois multipliée par deux ou trois... Cette pratique est plus courante en milieu urbain, où les rapports sociaux sont de plus en plus basés sur des appartiances à des espaces où l'argent devient un véritable moyen de valorisation sociale. Il faut signaler que les autorités avaient pris un décret « contre les gaspillages lors des cérémonies familiales ». Ce décret n'a jamais été bien appliqué.

9. Les diatribes et moqueries à l'endroit des femmes stériles, distillées à travers les plaisanteries, participent parfois de la même logique.

tion. Les spots publicitaires télévisés sur les préservatifs et les rares sketches semblent n'atteindre que 18,2 % de la population. De même, le centre de référence ne joue pas pleinement son rôle dans la sensibilisation et l'IEC (information/éducation/communication). Beaucoup d'adolescents expriment leurs difficultés à obtenir des informations factuelles sur les problèmes liés à leur santé reproductive. Ce manque d'information constitue un frein à la pratique contraceptive.

Tableau 7
Source d'information en matière de planification familiale

Source d'information	Fréquence (%)
Centre de référence	9,1
TV	18,2
Radio	63,6
Séminaires	9,1

Il résulte de ce qui précède que les facteurs socio-économiques restent insuffisants pour analyser les attitudes pronatalistes des couples et leur pratique contraceptive. La vie du couple reste un enjeu économique et social, d'une part, pour la société et, d'autre part, pour les belles-familles. De ce fait, les modalités de la planification de la taille de la famille¹⁰ semblent être définies au niveau de certaines sphères dont les logiques échappent au couple. La crise économique et son corollaire qu'est la pauvreté n'ont pas suffisamment ébranlé ces logiques pour remettre en cause l'attitude des hommes vis à vis d'une fécondité élevée. À cela s'ajoutent des politiques et programmes de planification familiale inadaptés (cibles excluant les hommes, inaccessibilité géographique et financière des prestations...).

4.2 – La pratique future de la contraception

Bien que des efforts importants aient été faits à travers le Programme Élargi de Vaccination et les autres programmes de santé ma-

10. On aurait pu citer la pratique du confiage des enfants, qui constitue un élément déterminant de la taille des familles.

ternelle et infantile/planning familial pour la survie des enfants, 50 % des populations estiment qu'aujourd'hui les enfants en bas âge ont plus de risques de mourir. Cette probabilité de mourir s'explique surtout par trois raisons :

- la cherté de la vie qui rend difficile l'accès aux soins de santé et à une alimentation riche et équilibrée ;
- les mauvaises conditions d'hygiène ;
- l'analphabétisme des mères et leur faible accès à l'information relative à leur santé génésique et à celle de leur enfant.

Cependant, on note un signe encourageant chez les hommes, car ils estiment que « les grossesses rapprochées constituent une attitude à décourager en raison des multiples problèmes dont elles sont la cause, notamment les risques de mortalité maternelle et infantile ». Avec les effets de la crise, ils pensent que « les grossesses rapprochées ne peuvent qu'être source de problèmes ».

Ces mutations intervenues à la suite de la crise économique induisent de nouvelles attitudes en matière de procréation, donc en faveur de la planification familiale. Ainsi, plus de 87 % des hommes ont déclaré qu'ils ne s'opposeront pas à la pratique contraceptive si toutefois celle-ci vise à :

- planifier les naissances (51,6 %) ;
- améliorer la santé de la mère et de l'enfant (15,4 %) ;
- éviter les MST/sida ;
- éviter les grossesses non désirées des adolescentes ;
- éviter les avortements clandestins.

Pour ce faire, ils souhaiteraient :

- disposer de plus d'information sur les méthodes contraceptives ;
- la réduction des coûts des prestations sanitaires ;
- une meilleure attitude des prestataires de santé vis à vis des femmes.

Cette demande potentielle constitue, pour les responsables des programmes et politiques de planification familiale, une opportunité à saisir pour mettre en place des stratégies d'IEC pertinentes, qui partiraient d'une bonne connaissance des pesanteurs du milieu et seraient soutenues par l'utilisation des différents canaux de communication traditionnels et/ou modernes (foyers de jeunes, associations sportives et culturelles, *Dahiras*, tontines...). Ces stratégies devraient être accompagnées d'activités génératrices de revenus, qui permettront de mieux intéresser toutes les cibles (hommes, jeunes, femmes, leaders d'opinion...).

5 – Conclusion

Dans le quartier de Randoulène, la pauvreté et son corollaire l'exclusion sociale ont pris des proportions alarmantes et affectent presque toutes les couches sociales. L'analyse des résultats de l'étude a permis de constater qu'en dépit d'une demande potentielle, la prevalence contraceptive est encore extrêmement faible. Au delà du caractère peu performant des actions IEC/PF, les raisons relèvent surtout du domaine socio-culturel, mais aussi de la sphère économique. La culture de forte fécondité a pour déterminants les contraintes objectives qui n'ont pas beaucoup changé : mortalité infantile, faible mécanisation de l'agriculture, donc faible productivité, persistance des logiques sociales liées au système de valeurs (idéalisation des familles élargies, mariages précoce), faible implication des hommes dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets et programmes de population. Ainsi, la promotion de la planification familiale passera nécessairement par une plus grande implication des communicateurs traditionnels et la mise en œuvre d'un programme de lutte contre la pauvreté des communautés de base.

En termes d'actions programmatiques, les politiques et programmes devraient accorder plus d'importance aux activités destinées à améliorer le niveau de connaissance des populations aux plans quantitatif et qualitatif. Dès lors, on pourrait s'attendre à des progrès importants dans le recours à la contraception si des efforts sont faits dans le domaine de l'information et de la sensibilisation des hommes, à travers des campagnes de sensibilisation adaptées au contexte socio-culturel et prenant en compte les espaces communicationnels des hommes (associations culturelles et sportives, foyers...).

Ces actions d'IEC devraient être accompagnées par la mise en œuvre d'une politique de lutte contre la pauvreté. Ceci nécessite l'identification des problèmes auxquels les communautés sont réellement confrontées et la définition, avec ces communautés, des actions les plus pertinentes pour venir à bout des problèmes. Il est aujourd'hui admis que les actions d'IEC, pour être porteuses de changement dans les attitudes, devraient, d'une part, s'appuyer sur des messages prenant en compte les dimensions socio-culturelles et économiques de la demande d'enfant (en particulier l'importante place de l'homme dans les prises de décision en matière de fécondité), d'autre part, emprunter des canaux de communication socialement acceptés et, enfin, être accompagnées d'activités génératrices de revenus. Ce dernier aspect de la

question reste déterminant pour la pérennisation des actions et l'engagement des populations dans les projets et programmes à mettre en œuvre.

Références bibliographiques

- BA, Cheikh Tidiane (1997), *Rapport de zone de la Région de Thiès*, APAPS.
- CEPED (1997), *Crise et population en Afrique : crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques*, Paris.
- DHS/MEFP/DPS (1998), *Perspectives sur la planification familiale, la fécondité et la santé au Sénégal*, Dakar.
- DPS/MEFP (1994), *Enquête Démographique et de Santé EDS-II*, Dakar.
- NDIAYE, Mbaye Diouf, et al. (1996), *Rapport de volet « Enquête Individuelle Approfondie de la zone urbaine de Thiès »*, APAPS.
- NGOMA, F. (1963), *L'initiation Ba Kongo et sa signification*, thèse de doctorat, Paris, Sorbonne.
- SINE, Ndeye Tine, et C. AISSATOU (1996), *Rapport de volet « Enquête Focus Group de la zone urbaine de Thiès »*, APAPS.

CRISE ET CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT DE FECONDITE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE EN MILIEU RURAL IVOIRIEN

Agnès ADJAMAGBO

Unité de Recherche Démographique (URD), Lomé, Togo¹

Alors que la plupart des régions du monde en développement ont déjà entamé un processus de transition démographique, l'Afrique sub-saharienne accuse un retard qui lui vaut encore aujourd'hui le record mondial en matière de niveau de fécondité. En 1990, le nombre moyen d'enfants par femme en Afrique sub-saharienne est de 6,4, contre 4,0 en Inde, 2,5 en Chine et 3,3 dans les autres pays d'Asie ainsi qu'en Amérique Latine et dans les Caraïbes (Banque mondiale, 1993).

Au cours des années 1980, hormis quelques cas bien affirmés de baisse durable de la fécondité en Afrique Australe et de l'Est (au Kenya, au Botswana et au Zimbabwe), l'évolution de la fécondité dans les autres pays d'Afrique au sud du Sahara demeure encore incertaine (Van de Walle et Foster, 1990). Si les comportements de procréation tendent à changer en milieu urbain, les modèles de fécondité en milieu rural continuent de privilégier les descendances élevées. On observe ainsi des écarts importants entre les niveaux de fécondité en milieu rural et en milieu urbain (Arnold et Blanc, 1990).

Entre la fin des années 1980 et le début des années 1990, cependant, le processus de baisse de la fécondité amorcé au Kenya, au Botswana et au Zimbabwe, s'étend à d'autres pays d'Afrique sub-saharienne (Cameroun, Côte-d'Ivoire, Ghana, Sénégal, Tanzanie, notamment).

¹. Boursière post-doctorale de la fondation A. Mellon à l'Université de Montréal.

Cette baisse récente de la fécondité en Afrique sub-saharienne présente une double originalité : d'une part, elle procède désormais d'un changement de comportements de procréation en milieu rural ; d'autre part, elle s'opère dans un contexte de crise économique et de détérioration relative des conditions sanitaires (Barbieri et Vallin, 1996).

Le cas de la Côte-d'Ivoire est tout à fait représentatif de cette tendance. La diminution de l'indice synthétique de fécondité, observée au niveau national au début des années 1990, résulte précisément d'une transformation des comportements de procréation en milieu rural. Elle s'inscrit dans un contexte de crise du modèle de développement fondé sur l'agriculture de rente et de ralentissement des progrès sanitaires. En effet, la mortalité infantile a légèrement augmenté au cours des années 1980 et la mortalité juvénile n'a pas enregistré de baisse significative (N'Cho *et al.*, 1995).

Bien plus qu'une simple conjoncture, la « crise » est devenue en Afrique une réalité permanente. Ses multiples facettes, économiques et financières, sociales, écologiques, politiques, sont aujourd'hui bien connues, mais ses implications directes sur les comportements démographiques, en particulier sur la fécondité, restent toujours aussi difficiles à étayer (Coussy et Vallin, 1996 ; Vimard, 1997). Ainsi, près d'un demi-siècle après les premières interprétations économiques des phénomènes démographiques, le débat reste encore ouvert. En matière de fécondité, l'enjeu est de comprendre les formes d'interaction entre les dynamiques macro-économiques et les réponses apportées par les populations. En milieu rural tout particulièrement, la question est de savoir si les réactions individuelles et familiales en situation d'incertitude s'orienteront nécessairement vers l'adoption d'un modèle de famille restreinte. De ce point de vue, il convient de s'interroger sur l'éventualité d'un « *malthusianisme des pauvres* » en Afrique, comme cela a été observé en Amérique Latine².

La lenteur de l'Afrique à entrer dans un processus de transition de la fécondité, par rapport aux autres régions du monde en développement, a conduit les chercheurs à s'interroger sur l'influence des formes d'organisation sociale et familiale, mais aussi du mode de production et

². Nous faisons référence ici aux travaux de Maria Cosio (1992 ; 2000) qui montre comment, en Amérique Latine, la transition de la fécondité, amorcée dans un contexte de croissance économique, s'est par la suite amplifiée et diffusée durant la crise des années 1980 aux couches de population les plus pauvres.

de l'accès aux ressources, sur les comportements de fécondité (McNicol, 1982 ; Gregory et Piché, 1977, 1985 ; Lesthaeghe, 1989). L'intégration de ces variables trouve son aboutissement dans l'approche institutionnelle, qui se distingue de l'approche culturaliste et diffusionniste en ce qu'elle s'interroge sur les déterminants collectifs de la fécondité et sur la notion de « *contextes pertinents* » (Piché et Poirier, 1995). Ainsi, s'il s'agit toujours de comprendre les mécanismes de prise de décision en matière de fécondité, le cadre explicatif de la fécondité se trouve néanmoins élargi à de nombreux niveaux d'observation : la famille, le couple, le village, la nation.

Dans cette perspective, Joël Gregory et Victor Piché (1985) proposent d'aborder la question de l'évolution de la fécondité en milieu rural par le biais des changements sociaux et économiques que traversent les systèmes agricoles. Ils considèrent ainsi l'accès aux ressources (main-d'œuvre et terres) comme deux éléments clés pour la compréhension des comportements de fécondité. Une telle approche met en relation les comportements et attitudes en matière de fécondité avec les structures de la production et l'accès aux ressources. C'est dans cette interaction que les choix et les décisions en matière de fécondité trouvent leur cohérence.

Le présent travail suit cette conception. Il porte précisément sur la compréhension des comportements de fécondité dans une région rurale du Sud-Ouest de la Côte-d'Ivoire, la région de Sassandra, spécialisée depuis le début des années 1970 dans la culture du café et du cacao. L'essor de l'économie de plantation, à la fois créatrice de revenus et de travail, s'accompagne d'un remarquable dynamisme démographique, lié aux flux de travailleurs migrants ainsi qu'à l'exercice d'une forte fécondité. Après une décennie de prospérité économique, cette région entre dans une période de « crise », qui débute dès la fin des années 1980 avec la chute brutale des prix du cacao et du café sur les marchés mondiaux. Cette crise, aux composantes économiques mais aussi écologiques, compromet la perpétuation du système de production et s'accompagne d'importants changements dans l'organisation sociale et familiale. Cet ensemble de mutations s'opère, par ailleurs, dans un contexte de baisse de la fécondité et d'émergence d'idéaux en faveur d'une réduction des modèles familiaux (Adjagbo *et al.*, 1997). Il semble, par conséquent, intéressant de voir comment s'articulent les logiques économiques et les comportements reproducteurs. Pour ce faire, nous utilisons une double approche, quantitative et qualitative. La

première s'appuie sur les données de deux enquêtes de fécondité réalisées dans le cadre des travaux du Laboratoire de population de Sassandra en 1991 et 1993³. La seconde approche repose sur l'analyse d'entretiens individuels réalisés auprès des populations de cinq villages de la région de Sassandra ayant participé aux enquêtes précitées⁴ (voir carte en annexe).

Deux postulats fondent notre étude : le premier considère la fécondité comme un processus multiforme, où plusieurs facteurs (historiques, économiques, écologiques, sociaux et culturels) interviennent en interrelation les uns avec les autres. Aussi les réticences des populations à l'égard des pratiques de régulation des naissances ne doivent-elles pas être perçues uniquement comme le résultat d'obstacles socioculturels, mais comme l'application de logiques en cohérence avec un contexte social et économique donné, en l'occurrence, caractérisé par la détérioration des conditions de vie des ménages et par l'impossibilité de maintenir un système économique. Le second postulat admet que les attitudes et les pratiques de fécondité sont également le reflet d'une condition féminine particulière, en étroite relation avec celle des hommes. L'avenir des comportements de fécondité dépend dans une large mesure de l'évolution de la place et du rôle des hommes et des femmes, dans le cadre de changements socio-économiques d'ensemble. Ces postulats nous conduisent à une approche de la fécondité qui combine deux niveaux d'observation : le groupe socio-économique et le couple.

Le développement qui suit s'articule en quatre parties : la première partie s'attache à décrire le contexte de la région de Sassandra sous l'angle de l'organisation économique ainsi que des indices démographiques, à la veille de l'émergence de l'économie de rente et dans sa phase

³. Il s'agit d'enquêtes à passages répétés, qui ont été réalisées conjointement par l'Orstom et l'Ensea d'Abidjan. Un questionnaire sur le thème des attitudes et comportements de fécondité a été soumis à des hommes chefs de ménage de moins de 70 ans ainsi qu'à des femmes en âge de procréer. En 1991, 912 chefs de ménage et 1 461 femmes ont été interrogés ; en 1993, 1 209 chefs de ménage et 1 705 femmes. Les analyses de ces données d'enquêtes présentées dans cette communication sont en grande partie extraites d'un article publié en 1997 (voir Adjamaagbo *et al.*, 1997 ; voir également Adjamaagbo, 1998).

⁴. Ces travaux qualitatifs ont été réalisés de mai 1994 à juillet 1995 grâce à un financement de l'Orstom et avec le soutien de l'Ensea d'Abidjan. Environ 98 entretiens de groupe et récits de vie individuels ont été menés, de même que des investigations dans les centres de santé de la région (entretiens avec le personnel et séances d'observation participante).

d'expansion. Dans la seconde partie, nous nous attachons à identifier les composantes économiques et sociales de la crise. La troisième partie explore les indices de fécondité du moment, ainsi que les variables d'attitude à l'égard de la régulation des naissances. Afin de compléter ces analyses, nous utilisons les données des enquêtes qualitatives. Enfin, la dernière partie consiste en une conclusion-discussion autour de la question de l'évolution des comportements de fécondité dans la région de Sassandra, en réponse aux conditions économiques.

1 – Sassandra à la veille de la crise

1.1 - *Les années soixante : une croissance naturelle relativement modeste*

Les résultats des enquêtes effectuées dans la région de Sassandra depuis le début des années 1970 donnent une appréciation assez précise de l'évolution de la fécondité en milieu forestier ouest-ivoirien. Tout d'abord, les recherches menées par Alfred Schwartz montrent qu'en 1971, les taux de fécondité des populations rurales autochtones (Krou et Bakwé) se caractérisent par un niveau relativement faible, comparé à la moyenne nationale (141 pour mille, contre 200 pour mille). Les résultats de ces études attestent d'un taux de fécondité des femmes Bakwé particulièrement bas (38 pour mille), dont l'une des explications les plus plausibles serait celle de l'incidence de la stérilité (Schwartz, 1993, p. 46).

En outre, l'auteur fait état d'un niveau de mortalité de 17,5 pour mille pour l'ensemble de la population autochtone rurale du Sud-Ouest ivoirien. Le niveau de la mortalité infantile, pour les populations Krou et Bakwé, est estimé, respectivement, à 171 pour mille et 184 pour mille, niveaux à peu près comparables à ceux qui prévalent dans toute l'Afrique tropicale de l'époque. Au total, avec un taux de natalité atteignant 36 pour mille et un taux de mortalité de 17,5 pour mille, le taux d'accroissement naturel de la population autochtone rurale du Sud-Ouest en 1971 est de 1,9 %, contre 2,5 % pour la moyenne nationale (Schwartz, 1993, p. 47).

1.2 - Développement de l'arboriculture et bouleversement des indicateurs démographiques

Au début des années 1970, le rythme d'accroissement des populations rurales autochtones du Sud-Ouest, sous la conjonction d'une natalité relativement faible et d'une mortalité relativement élevée, s'avère par conséquent modeste. Progressivement, l'amélioration des conditions sanitaires et l'arrivée massive de populations migrantes vont toutefois considérablement modifier la dynamique démographique à Sassandra. En matière de santé des enfants, tout particulièrement, les progrès s'avèrent considérables. En effet, le quotient de mortalité infantile (enfants âgés de 0 à 1 an) passe de 132 pour mille dans les générations 1972-1976 à 73 pour mille dans les générations 1987-1991, soit une diminution du risque de décéder à moins d'un an de l'ordre de 44 % en quinze ans. Le rythme de la baisse de la mortalité juvénile (enfants âgés de 1 à 5 ans) est également rapide : 75 pour mille pour les générations du début des années 1970, 42 pour mille à la fin de la décennie 1980 et au début des années 1990 (Guillaume *et al.*, 1997)⁵. Les années qui marquent la phase de prospérité de l'économie cacaoyère et caférière dans la région s'accompagnent d'une accélération du mouvement naturel de la population. En 1988, le taux d'accroissement naturel de la population atteint 3,6 %.

Entre 1970 et 1980, le mouvement de colonisation foncière vers l'ouest et le sud-ouest de la Côte-d'Ivoire provoque une intensification de la densité de population dans le département de Sassandra, jusque-là réputé sous-peuplé (9 hab./km² en 1975, 21 hab./km² en 1988). L'expansion particulièrement rapide de l'économie de plantation dans la région, dans cette décennie, doit ainsi son succès en grande partie à l'apport de main-d'œuvre venue de l'est (en majorité baoulé), mais aussi de l'ex-Haute-Volta, du Mali et de la Guinée pour l'essentiel, attirées par les opportunités de travail et les possibilités de rémunération en cession de terres⁶. L'arrivée massive de migrants a entraîné un taux de

⁵. L'amélioration des conditions sanitaires dans la région est en grande partie liée aux activités de la base de secteur de santé rurale (et de ses antennes rurales) mise en place en 1980. Depuis sa création, la BSSR mène, entre autres, un programme élargi de vaccination grâce à une antenne mobile qui sillonne les villages les plus enclavés.

⁶. La construction de complexes agro-industriels constitue un autre facteur d'attraction de la main-d'œuvre allochtone et surtout étrangère dans la région.

croissance démographique proche de 7 % par an, multipliant la population par dix entre 1970 et 1988.

Cette remarquable poussée démographique suit la croissance exponentielle de la production de cacao dans la région qui, dans le même temps, passe de 1 000 à plus de 150 000 tonnes (Ruf, 1991). La population de Sassandra se trouve ainsi marquée par la triple caractéristique de forte croissance, de jeunesse et d'extrême diversité. Diversité confortée par une proportion relativement faible d'autochtones parmi les résidents : 25 %, contre 25 % d'immigrés en provenance des autres régions ivoiriennes et 50 % d'étrangers originaires des pays limitrophes de la Côte-d'Ivoire (Andriamampahéry *et al.*, 1989). L'évolution de la fécondité au cours de cette période devient représentative d'une population majoritairement orientée vers la production des cultures d'exportation et, par ailleurs, fortement engagée dans des stratégies de colonisation de l'espace forestier (Vimard *et al.*, 1991).

1.3 - Une phase de hausse de la fécondité

En 1988, les enquêtes sur la fécondité réalisées dans le cadre du Laboratoire de population de Sassandra enregistrent un taux de fécondité générale de 246 pour mille (tableau 1). Ce taux de fécondité est supérieur à celui observé dans l'ensemble du milieu rural ivoirien lors du recensement de 1988 (236 pour mille). Les différences se reflètent essentiellement dans les classes d'âges les plus élevées : à 25-29 ans, puis à 35-39 ans et au-delà. Néanmoins, après 44 ans, les différences doivent être considérées avec prudence compte tenu des faibles effectifs : dans la classe d'âge 45-49 ans, l'effectif des femmes concernées dans l'enquête portant sur la région de Sassandra est de 35. On note que les populations autochtones ont une fécondité nettement supérieure à celle observée par Alfred Schwartz vingt ans plus tôt. En effet, avec un taux de fécondité qui atteint dans l'ensemble 238 pour mille, la différence est de près de 100 points par rapport au début des années 1970.

Tableau 1
Taux de fécondité générale par âge dans la région de Sassandra
et dans l'ensemble du milieu rural ivoirien en 1988 (pour mille)

Groupe d'âge	Ensemble Sassandra*	Population autochtone	Ensemble rural ivoirien**
15-19 ans	206	255	232
20-24 ans	297	250	303
25-29 ans	310	370	295
30-34 ans	242	241	250
35-39 ans	235	167	188
40-44 ans	130	111	92
45-49 ans	57	167	35
Ensemble	246	238	236

* Enquête Sassandra (Andriamampahéry *et al.*, 1989).

** RGPH, 1988 (Direction de la Statistique, 1991).

Tableau 2
Taux de fécondité du moment par groupe d'âge à différentes périodes,
selon l'âge en 1991

Année	Âge (années)						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
vers 1956	139						
vers 1961	184	208					
vers 1966	162	262	265				
vers 1971	152	269	295	212			
vers 1976	168	269	278	282	155		
vers 1981	189	319	300	253	233	131	
vers 1986*	169	298	315	296	172	105	57

* Estimation.

Source : Guillaume et Vimard, 1994, p. 145.

Les analyses faites par la suite à partir des données de l'enquête de 1991 débouchent sur le constat de l'augmentation de la fécondité : l'indice synthétique de fécondité des femmes passe de 7,4 en 1988 à 8,4 en 1991, augmentation liée à l'accroissement de la fécondité dans chaque groupe d'âge et à un rajeunissement du calendrier de la descendance (tableau 2). En effet, à âge égal, il apparaît que la descendance des

femmes, dans les années les plus récentes, est supérieure à celle des années antérieures. Les auteurs de ces analyses soulignent, par ailleurs, que cette tendance à l'augmentation de la fécondité s'observe également entre les générations. Par exemple, à 35 ans, les femmes des générations 1939-1943 ont 4,12 enfants en moyenne, alors que celles nées dix ans plus tard, entre 1949 et 1953, en ont, au même âge, 4,8.

Enfin, l'autre caractéristique majeure de la fécondité dans la région de Sassandra mise en lumière en 1991 est que son intensité varie selon les groupes socio-économiques en présence. Globalement, il apparaît que les groupes les plus impliqués dans la sphère de production agricole (les agriculteurs, ivoiriens et étrangers) ont un niveau de fécondité plus élevé que les autres catégories des secteurs tertiaire et secondaire de l'économie. Cependant, à l'intérieur du groupe des agriculteurs, on observe des différences liées au statut dans l'activité. Les salariés agricoles ont une fécondité moindre que les agriculteurs indépendants. Ainsi, il se dégage une cohérence entre les comportements de fécondité et les conditions d'insertion économique des populations.

2 – La « crise » de la fin des années quatre-vingts

Le suivi de l'évolution de la fécondité entre 1991 et 1993 suggère un changement dans les comportements de reproduction. Cette période est, par ailleurs, marquée par les conséquences de la crise économique qui frappe la région depuis la fin des années 1980. Un certain nombre de mutations socio-économiques majeures s'opèrent, qu'il convient de préciser.

Dès la seconde moitié des années 1980, une série de contraintes d'ordre économique et écologique vient porter un premier coup de frein au système agricole jusque-là prospère. Tout d'abord, le mode d'exploitation intensif des terres se trouve compromis par l'épuisement progressif des réserves foncières et la dégradation concomitante de la qualité des sols liée au vieillissement des vergers (moindre fertilité, présence d'adventices et de parasites). De plus, la région souffre d'une pluviométrie défaillante qui affecte la rentabilité des plantations. En effet, dans la zone côtière tout particulièrement, les précipitations annuelles sont très en dessous du minimum requis pour les cultures du café et du cacao, à savoir de 1 200 à 1 300 mm par an (Léonard, 1997). À ces contraintes s'ajoute l'effondrement des cours du café et du cacao.

Entre 1988 et 1992, le prix « bord-champ » du café non décortiqué est divisé par 4, passant de 200 Fcfa à 50 Fcfa, voire 25 Fcfa. Celui du cacao est divisé par 2,6, ce qui réduit le prix d'achat au producteur officiellement de 400 Fcfa à 200 Fcfa, mais en réalité à 150 Fcfa si l'on considère les prix pratiqués « en brousse » (Léonard et Oswald, 1993). Dans cette même période, les revenus des paysans accusent une baisse de l'ordre de 60 à 80 % (Ruf, 1991). La production de cacao se maintient malgré tout, en raison de ses faibles coûts de rémunération du travail par rapport au café, mais le contexte économique ne cesse de se détériorer.

Si la situation sanitaire de Sassandra a connu une nette amélioration au cours des deux dernières décennies, celle-ci reste le fruit d'efforts tardifs, dont le maintien semble compromis par la diminution générale des budgets consacrés à la santé en Côte-d'Ivoire. D'ores et déjà, les coupes budgétaires se ressentent à différents niveaux dans les structures de soins de la région (vétusté des locaux, manque de personnel, insuffisance des dotations en médicaments, budgets de fonctionnement en baisse) ; autant de problèmes qui attestent d'une dégradation de la qualité des soins. En outre, l'effet conjugué de la baisse des revenus des ménages et de la dévaluation de la monnaie, survenue en 1994, sur le poids des dépenses de santé des populations risque de conduire, sinon à une hausse du niveau de la mortalité, tout au moins à sa stagnation. De ce point de vue, il y a malheureusement fort à parier que la Côte-d'Ivoire, en ville et davantage dans les campagnes, suivra le mouvement de dégradation des conditions sanitaires observé au cours des dernières années dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne (Barbieri et Vallin, 1996)⁷.

2.1 - Les différents groupes sociaux face à la crise

Face à la crise, un large pan de la société agraire se trouve réduit au seuil de la simple reproduction biologique, ne disposant que du strict minimum pour assurer sa survie alimentaire. On distingue cependant

⁷. On ne saurait, par ailleurs, négliger les effets de l'épidémie de sida sur le niveau de mortalité dans la région. Bien que nous n'en connaissions pas le taux de prévalence, cette maladie a bel et bien fait son apparition. Le rapport annuel du district sanitaire et social de Sassandra fait état, pour l'année 1994, de quinze décès répertoriés des suites du sida (Kassi, 1995).

des situations quelque peu distinctes selon les groupes sociaux. Celles-ci sont liées aux conditions historiques de l'insertion des populations dans la région. En effet, la marge de manœuvre dont disposent les populations pour lutter contre la dégradation des conditions de vie est fonction de leur accès à la terre et à la force de travail.

Le manque de liquidité provoqué par la mévente du cacao et, plus généralement, la dégradation des conditions de vie des ménages contraignent les ménages d'agriculteurs à réduire leur consommation alimentaire aux seuls produits de la récolte (Adjamaigbo, 1997). Concrètement, cela signifie un renforcement des cultures vivrières au détriment, parfois, de la production cacaoyère. Si, dans la phase pionnière, l'association vivrier-cacao garantit de bons rendements, elle s'avère peu rentable lorsque la plantation vieillit et que la fertilité des sols s'altère (Léonard, 1994). La production vivrière doit donc se faire sur des terres qui lui sont spécialement attribuées. En cette période de crise, l'accès aux friches et bas-fonds, propices aux cultures vivrières, devient plus que jamais crucial : la survie des ménages en dépend.

Les agriculteurs baoulé, qui se caractérisent par un large accès à la terre, ne sont pas les mieux lotis. En effet, ayant poussé à l'extrême la logique de l'extension des cultures de rente, ils ont aujourd'hui des réserves foncières très réduites. La production vivrière s'avère donc difficile pour eux. Elle ne peut se faire qu'en procédant à une surexploitation des terres (multiplication des cycles de cultures, réduction des temps de jachère) qui provoque une dégradation profonde et irréversible du milieu. Pour être pleinement efficace, l'incontournable intensification des cultures doit reposer sur des techniques culturales nouvelles trop onéreuses. Le maintien d'une rentabilité minimale se fait donc au prix d'un important surcroît de travail (Léonard, 1996). Habitués à développer des stratégies d'accumulation intenses, les agriculteurs baoulé accusent aujourd'hui durement les nouvelles conditions économiques.

Les agriculteurs burkinabè sont probablement mieux armés pour affronter la crise du système agraire. Du fait d'un accès historiquement plus limité à la terre, ils ont très tôt développé des stratégies de production vivrière (Bocquet et Calas, 1997). Ce qui correspondait hier au signe d'une relative précarité constitue aujourd'hui, pour eux, un atout certain. Habitués à cultiver de petites surfaces et à recourir à des techniques culturales intensives en travail, ils absorbent mieux les effets de la crise, qui ne constituent pas une rupture abrupte avec le passé.

Les mieux lotis en cette période difficile sont incontestablement ceux qui disposent encore de réserves foncières. Cette situation concerne majoritairement des autochtones, en particulier les Godié et les Bakwé. Pour eux, la marge de manœuvre reste plus large que la simple assurance de la survie alimentaire : reconversion aux cultures agro-industrielles (agrumes ou palmiers) offrant des revenus réguliers, renforcement de la production vivrière. De plus, la saturation foncière a engendré un regain d'intérêt pour les friches et les bas-fonds, autrefois sans valeur marchande. Ces terres, particulièrement propices aux cultures vivrières, sont désormais mises en location, les propriétaires s'assurant ainsi une rente. L'accès aux friches et aux bas-fonds tend, d'ailleurs, à devenir un mode de rémunération du travail. Les paysans, ne pouvant plus payer leurs salariés en liquidité, paient les services rendus en octroyant un droit d'usage des terres vivrières.

Les nouveaux enjeux qui se cristallisent autour de ces terres sont symptomatiques d'une dégradation des conditions de reproduction du système économique. Ils témoignent aussi du climat de tension qui tend à se renforcer entre les populations allochtones et autochtones, c'est-à-dire, globalement, entre les détenteurs des dernières réserves foncières et les groupes les plus démunis. Conscients de l'importance de conserver le patrimoine foncier encore disponible, les autochtones préfèrent désormais ce système de location de parcelle aux contrats de métayage qui débouchent à plus ou moins long terme sur des cessions de terres. Ce réflexe de préservation du patrimoine rend précaire la position de la main-d'œuvre agricole, puisque ses opportunités d'accès à l'indépendance sont compromises.

2.2 - Les implications de la crise sur les relations familiales

La crise a, comme nous venons de le voir, contribué à redéfinir de nouvelles modalités d'accès aux ressources et de contrôle de la force de travail. Ces changements ont des implications dans la sphère familiale, observables particulièrement dans les rapports entre aînés et cadets.

Si le développement des cultures de rente a permis aux jeunes générations d'hommes de se soustraire à la tutelle lignagère en accédant à une certaine autonomie économique et sociale, la crise fragilise cet acquis. Les évolutions en cours se traduisent par un renforcement des rapports de dépendance entre aînés et cadets, c'est-à-dire entre les jeunes aspirant à créer une plantation indépendante et ceux qui possèdent

les terres disponibles. Les jeunes qui travaillent sur la plantation d'un père, d'un frère ou d'un oncle ont, en effet, de plus en plus de difficultés à faire valoir auprès de leur aîné leur droit à une surface à cultiver en échange de leurs services.

Cette déstabilisation des modalités de transmission des terres freine l'accès des jeunes générations à l'état d'adulte socialement reconnu. L'augmentation de l'âge au premier mariage des hommes participe de ce phénomène de ralentissement des rythmes d'émancipation sociale : entre 1988 et 1993, celui-ci passe de 27,4 ans à 28,1 ans. Ainsi, généralement limitée au temps de célibat, la période de dépendance des jeunes vis-à-vis de leurs aînés tend-elle à s'allonger. Le retard de l'âge à la maturité socio-économique des jeunes s'accompagne également d'une déstabilisation des rôles assignés aux différentes générations à l'intérieur du groupe familial⁸. Privés de terre et donc de leur indépendance économique, les jeunes, pendant une période plus longue qu'autrefois, ne peuvent ni assumer leur rôle de prise en charge des parents âgés, ni même exercer leur obligation d'assistance à leurs cadets.

De façon générale, les changements survenus dans les pratiques sociales et les activités économiques révèlent l'émergence de nouveaux enjeux de pouvoir dans la communauté paysanne. Ils marquent la réintroduction de la captation de la main-d'œuvre familiale, source principale de prestige dans la société pré-coloniale, comme élément essentiel de valorisation socio-économique, en plus de l'accumulation de terres plus que jamais convoitée.

3 – Évolution récente de la fécondité des différents groupes socio-économiques

Afin de rendre compte de la cohérence entre les logiques économiques et les comportements de fécondité, les auteurs des premières analyses sur la fécondité à Sassandra avaient procédé à un découpage par groupes socio-économiques⁹. Ce type de classification des chefs de

⁸. Ce retard d'entrée des jeunes dans l'âge adulte rejoue également sur les structures familiales. En effet, la proportion des ménages individuels a tendance à diminuer entre 1988 et 1993, alors qu'en revanche, la taille des unités domestiques augmente (Adjagbo, 1997).

⁹. Ces groupes ont été construits sur la base des caractéristiques du chef de ménage : l'activité, le statut dans l'activité et la nationalité ont été retenus comme critères

ménage permet de rendre compte des stratégies particulières de production des groupes sociaux, mais aussi de leur plus ou moins grande vulnérabilité face à la crise. Nous avons donc choisi de maintenir cette classification pour les analyses portant sur la période 1991-1993. On obtient ainsi, pour les deux années d'observation, cinq groupes socio-économiques qui se présentent comme suit :

Tableau 3
Répartition (%) des chefs de ménage et de leurs épouses
selon le groupe socio-économique à Sassandra, en 1991 et 1993

Groupe socio-économique	Hommes		Femmes	
	1991	1993	1991	1993
Agriculteur ivoirien	21,1 (155)	18,1 (179)	19,1 (189)	17,6 (191)
Agriculteur baoulé	10,9 (80)	10,2 (101)	10,0 (99)	9,6 (104)
Agriculteur étranger	28,4 (208)	26,3 (260)	28,1 (278)	27,8 (303)
Salarié agricole	4,9 (36)	13,2 (130)	8,0 (79)	11,1 (121)
Autre actif ivoirien	20,2 (148)	21,1 (208)	20,3 (201)	22,7 (247)
Autre actif étranger	14,7 (108)	11,0 (109)	9,8 (97)	11,2 (122)
Ensemble	100,0 (733)	100,0 (987)	100,0 (991)	100,0 (1088)

Entre parenthèses : effectifs.

Les analyses qui suivent portent sur les hommes mariés et leurs épouses, afin de mesurer les éventuelles divergences en matière d'idéaux de fécondité. Cette étude est donc celle de la fécondité dans le mariage. Il importe de souligner que le fait d'expliquer le niveau de fécondité des femmes par l'activité et le statut dans l'activité de leur

distinctifs. Pour la nationalité sont pris en compte les Ivoiriens et les étrangers (en majorité Burkinabè, mais aussi Maliens, Sénégalais, Guinéens, Ghanéens...). En ce qui concerne l'activité, le secteur agricole a été distingué du secteur non-agricole. Dans le secteur de la production agricole, les actifs indépendants ont été différenciés des travailleurs non-indépendants. Il s'agit ici de voir dans quelle mesure le contrôle (ou non) de la main-d'œuvre salariée induit des comportements ou des attitudes particulières en matière de reproduction. Parmi les agriculteurs ivoiriens, les agriculteurs baoulé ont fait l'objet d'un groupe à part, dans la mesure où ils développent des pratiques d'expansion foncière particulièrement intenses, habituellement considérées comme pouvant conduire à des stratégies d'accroissement démographique.

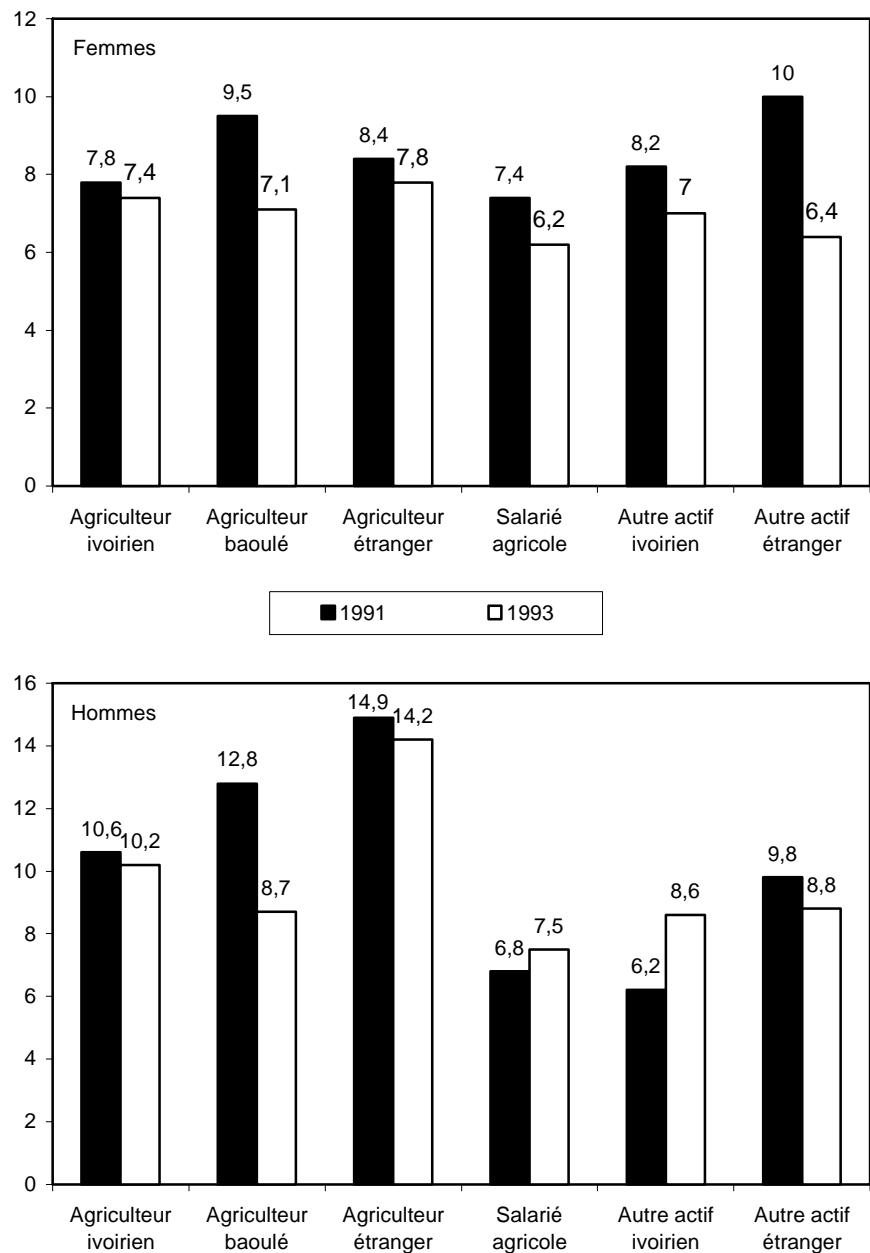
mari ne découle pas d'un choix arbitraire. En effet, l'étroite implication des femmes dans les activités de production du mari et leur faible autonomie économique autorisent un tel procédé (Adjamaagbo, 1998).

3.1 - Les premiers signes d'une baisse de la fécondité dans le mariage

L'évolution de l'indice synthétique de fécondité des femmes entre 1991 et 1993 montre une diminution pour l'ensemble de la population de plus d'un enfant (1,3 exactement). L'intensité de cette baisse est différente selon les groupes socio-économiques (figure 1a). Elle est relativement faible chez les épouses d'agriculteurs ivoiriens et étrangers (-0,4 et -0,6 respectivement), mais beaucoup plus nette chez les femmes des salariés agricoles et des autres actifs ivoiriens (-1,2). Les épouses d'agriculteurs baoulé et celles des autres actifs étrangers enregistrent une baisse de fécondité très prononcée, puisque les premières ont en moyenne, en 1993, 2,4 enfants de moins qu'en 1991, et les secondes 3,6 enfants en moins. Le fléchissement du niveau de fécondité entre 1991 et 1993 s'avère être le plus fort dans les groupes qui, en 1991, sont identifiés comme les plus féconds. Les évolutions en cours tendent ainsi à réduire les écarts entre les différentes catégories d'épouses : l'amplitude entre les groupes extrêmes passant de 2,6 à 1,6 enfants entre 1991 et 1993.

Bien que de moindre intensité, une baisse de l'indice synthétique de fécondité est également enregistrée de 1991 à 1993 chez les hommes (figure 1b). Cette diminution, d'un enfant pour l'ensemble de la population, recouvre, là encore, des évolutions différentes d'un groupe socio-économique à l'autre. Concernant le groupe des agriculteurs, la baisse constatée au niveau global s'avère relativement faible chez les étrangers (-0,7) et les Ivoiriens (-0,4). Elle est, en revanche, nettement plus prononcée chez les Baoulé (-4,1 enfants en moyenne). Ce fléchissement de l'intensité de la fécondité se trouve également confirmé chez les autres actifs étrangers (-1,0). Par contre, les salariés agricoles et, plus encore, les autres actifs ivoiriens se caractérisent par une remontée de leur fécondité du moment (+0,7 pour les premiers, +2,4 pour les seconds).

Figures 1a et 1b. Nombre moyen d'enfants, selon le groupe socio-économique et l'année, pour les hommes mariés chefs de ménage et les femmes épouses de chefs de ménage



À l'instar de ce qui a été constaté chez les femmes, l'évolution de la fécondité masculine entre 1991 et 1993 tend à réduire les inégalités entre les différentes catégories. Les salariés agricoles et autres actifs qui, en 1991, enregistrent le niveau de fécondité du moment le plus faible, voient leur indice remonter en 1993. Inversement, les agriculteurs indépendants, notamment les Baoulé, qui, en 1991, se singularisent par des indices particulièrement forts, réduisent considérablement leur fécondité en 1993. Ces deux tendances distinctes conduisent à un rétrécissement des écarts entre groupes socio-économiques : la différence entre le nombre moyen d'enfants le plus élevé et le plus faible passant de 8,7 en 1991 à 6,7 en 1993.

En résumé, il apparaît qu'à une phase d'accélération des indices de fécondité, qui coïncide, jusqu'à la fin des années 1980, avec un développement prospère de l'économie de rente, succède, dès le début des années 1990, une phase de baisse de ces mêmes indices dans un contexte de dégradation des conditions de reproduction du système agricole. Ce renversement de tendance traduit l'entrée progressive des catégories sociales les plus fécondes dans une phase de baisse de leur fécondité du moment. Des observations ultérieures devront néanmoins confirmer la véritable ampleur de ce fléchissement. On relève, par ailleurs, que les différences de niveau de fécondité des hommes et des femmes mariés sont liées, d'une part, à la nature de l'activité (les agriculteurs sont plus féconds que les autres actifs) et, d'autre part, à la nationalité (les étrangers sont plus féconds que les Ivoiriens). Nous sommes ici en présence de groupes sociologiquement et économiquement distincts, qui adhèrent à des modèles de fécondité différents.

Pour les agriculteurs, le mode d'exploitation extensif des terres nécessite le recours à une main-d'œuvre importante justifiant l'exercice d'une fécondité élevée ; ceci d'autant plus que le travail de production s'organise autour de la cellule familiale et que, par ailleurs, la crise diminue l'accès à la main-d'œuvre rémunérée. Il importe, cependant, de s'interroger sur la « nécessité économique » d'une descendance nombreuse dans un contexte où les stratégies d'expansion foncière se trouvent compromises. D'ores et déjà, il apparaît que c'est précisément dans ce groupe, le plus impliqué dans les stratégies foncières, que la baisse récente de la fécondité est la plus sensible. Il est, cependant, difficile de conclure à un phénomène d'adaptation des conduites reproductives au contexte de crise. En effet, il est probable que la baisse notoire de la fécondité des agriculteurs baoulé soit aussi le reflet d'un

changement de structure de cette population entre les deux enquêtes, les hommes en âge de fonder leur plantation partant tenter leur chance ailleurs. Entre 1991 et 1993, la région de Sassandra présente un fort taux d'émigration (123 pour mille), qui témoigne de la poursuite du processus de colonisation foncière vers les régions les plus occidentales du Sud-Ouest, mais aussi d'une fuite de la main-d'œuvre vers des zones où le contexte foncier est plus favorable (Vimard *et al.*, 1997, p. 118)¹⁰. Tant que ces populations possèdent une alternative aux ruptures économiques, il paraît hasardeux de conclure à un phénomène profond et durable de baisse de leur fécondité.

Le groupe des salariés et autres actifs agricoles est probablement celui sur lequel il est le plus facile de conclure. Tout d'abord, étant impliqués dans les secteurs secondaires et tertiaires de l'économie, la main-d'œuvre familiale représente pour eux un enjeu bien moins crucial que pour les agriculteurs. Par ailleurs, les travailleurs de l'artisanat et du petit commerce subissent la crise plus durement que les autres catégories, car la dégradation générale des revenus des ménages a entraîné une diminution de la demande de services. Majoritairement localisés en ville, ils ne disposent pas d'accès direct à la terre et les stratégies d'autoconsommation leur sont, de ce fait, inaccessibles¹¹. En l'absence d'alternatives, les contraintes liées à l'entretien d'une grande famille se font donc probablement plus ressentir pour ces catégories. D'autre part, on compte parmi eux de nombreux immigrants burkinabè, qui travaillent dans les complexes agro-industriels de la palmindustrie et du Coci¹². Or ces derniers sont souvent impliqués dans des logiques d'entraide avec la famille restée au pays. Ainsi, à la nécessité de subvenir

¹⁰. Cependant, il convient de souligner que les possibilités d'extension du front pionnier vers les régions de l'ouest demeurent relativement limitées. En effet, le gouvernement ivoirien a mis en place, dès le début des années 1990, une politique de préservation des dernières réserves forestières en créant des aires de forêts classées, désormais interdites aux cultures. En outre, le conflit libérien, qui sévit depuis plusieurs années, rend difficile toute installation dans la zone frontalière toute proche.

¹¹. Il est vrai qu'il existe parmi certaines catégories de travailleurs du secteur tertiaire, en particulier les fonctionnaires de la ville de Sassandra, une tendance à investir dans la production agricole (le palmier et le citron, le plus souvent) afin d'augmenter les revenus du ménage. Les catégories plus modestes (petit artisanat urbain) tentent d'accéder à des petits lopins de terre sur les abords de la ville, afin de se confectionner un potager familial.

¹². Consortium des agrumes et des plantes à parfum de Côte-d'Ivoire.

aux besoins du ménage s'ajoute la charge des parents qui, au village d'origine, comptent sur leur aide (Adjamagbo, 1997).

Passées ces considérations, il convient de s'intéresser à la manière dont les populations perçoivent la crise et de voir si elles traduisent ou non l'émergence de normes de famille restreinte, susceptible d'annoncer un changement dans les pratiques de fécondité, à plus ou moins long terme.

3.2 - Un nombre idéal d'enfants encore élevé mais néanmoins en baisse

Dans l'ensemble, le nombre d'enfants souhaité par les épouses de chefs de ménage reste stable entre les deux enquêtes : il se maintient à 6,4 enfants (tableau 4). Lorsqu'on tient compte de l'âge, il apparaît éga-

Tableau 4
Nombre idéal d'enfants exprimé par les épouses de chefs de ménage
selon l'âge, le groupe socio-économique et l'année

Groupe socio-économique	Année	15-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	Ensemble	ISF
Agriculteur baoulé	1991	5,7	6,0	6,0	5,8	5,9	7,8
	1993	7,2*	7,5	6,8	5,9	6,8	7,4
Agriculteur ivoirien	1991	4,8*	7,0	8,3	6,0	7,0	9,5
	1993	6,2*	6,7	7,7	6,8	7,1	7,1
Agriculteur étranger	1991	6,1	6,7	7,6	6,5	6,9	8,4
	1993	7,2	6,5	7,1	6,2	6,8	7,8
Salarié agricole	1991	6,3	6,2	6,3	6,5*	6,3	7,4
	1993	5,2	5,9	7,0	5,0*	6,0	6,2
Autre actif ivoirien	1991	4,4	5,1	6,3	6,7	5,6	8,2
	1993	4,2	5,3	6,3	6,7	5,8	7,0
Autre actif étranger	1991	4,5*	5,8	7,1	7,1	6,4	10,0
	1993	6,0	5,9	6,5	6,6	6,2	6,4
Ensemble	1991	5,3	6,2	7,1	6,3	6,4	8,4
	1993	5,8	6,2	6,9	6,5	6,4	7,1

* Effectif inférieur à 10. Dans cette analyse, 63 femmes ont été exclues en 1991 et 18 en 1993, pour ne pas avoir déclaré le nombre d'enfants souhaité.

lement que, d'une observation à l'autre, les femmes continuent d'adhérer à un idéal de forte fécondité. On n'observe pas, en effet, de différence significative entre le nombre d'enfants souhaité exprimé en 1991 et celui exprimé en 1993 à l'intérieur des différents groupes d'âges. Les fluctuations observées dans les groupes les plus jeunes doivent être considérées avec prudence, compte tenu de la faiblesse des effectifs.

Le nombre idéal d'enfants exprimé par les femmes en début de vie féconde est légèrement plus faible que celui de leurs aînées. En 1993, les femmes âgées de 15 à 19 ans aspirent à 5,8 enfants en moyenne, alors que celles de 30-39 ans en veulent 6,9, soit deux de plus. Même si la maternité constitue un aspect fondamental du statut des femmes, il est probable que les jeunes femmes qui démarrent leur vie de mère de famille dans un contexte de crise économique anticipent sur les difficultés inhérentes à l'entretien d'un nombre élevé d'enfants. Inversement, les femmes plus âgées, qui ont débuté leur vie féconde dans un contexte d'essor de l'économie, ont probablement une plus grande tendance à adhérer à des idéaux de forte fécondité.

Les épouses d'agriculteurs baoulé se distinguent de la tendance générale avec une augmentation de la taille de la descendance souhaitée entre 1991 et 1993 (5,0 contre 6,8), et ce, quel que soit l'âge. Les écarts observés entre les différents groupes socio-économiques suivent une hiérarchie conforme à celle de l'indice synthétique de fécondité. En effet, les femmes d'agriculteurs indépendants (groupe le plus fécond) sont celles qui souhaitent avoir la descendance la plus élevée : entre 6,8 et 7,1. À l'inverse, dans le groupe des salariés agricoles ou dans celui des autres actifs (groupes les moins féconds), les femmes expriment un nombre idéal d'enfants plus faible : entre 5,8 et 6,2 enfants.

Il apparaît donc que, si les aspirations en matière de fécondité ne varient pas entre 1991 et 1993 pour l'ensemble des femmes, il n'en demeure pas moins qu'en 1993, la taille idéale de la descendance¹³ reste inférieure à l'indice synthétique de fécondité. En d'autres termes, les femmes auraient une fécondité supérieure à celle qu'elles souhaitent. L'écart entre l'indice synthétique de fécondité et le nombre idéal d'enfants exprimé diminue, cependant, 2 enfants en 1991 à 1,3 en 1993. Trois groupes affichent une relative concordance entre leur compor-

¹³. La question a été posée en trois étapes : dans un premier temps, on demandait à la femme : « souhaitez-vous avoir d'autres enfants ? » ; si oui : « combien ? » ; puis : « au total, cela vous ferait *n* enfants ? »

tement de fécondité et leurs aspirations : les épouses d'agriculteurs ivoiriens, de salariés agricoles et d'autres actifs étrangers. Pour chaque groupe, l'écart entre les deux indices est inférieur ou égal à 0,2.

Bien que le modèle de famille auquel aspirent les hommes mariés reste globalement supérieur à celui des femmes, il évolue de manière sensible à la baisse : de 10,3 enfants en 1991 à 8,9 en 1993 (tableau 5). Il apparaît ainsi clairement que, pour les hommes, la baisse de la fécondité du moment va de pair avec un changement d'aspiration en matière de constitution de la descendance. Cette tendance touche, par ailleurs, l'ensemble des groupes socio-économiques dans presque tous les groupes d'âges et s'accroît avec la jeunesse des chefs de ménage. Seul le groupe des agriculteurs indépendants, dans les classes d'âge les plus vieilles (40 ans et au-delà), continue de se positionner dans une perspective de forte fécondité. En fait, la volonté d'une descendance plus faible de la part des classes d'âge les plus jeunes, déjà manifeste en

Tableau 5
Nombre moyen d'enfants souhaité selon l'âge, le groupe socio-économique et l'année pour les hommes mariés chefs de ménage

Groupe socio-économique	Année	15-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	Ensemble*	ISF
Agriculteur baoulé	1991	11,2	9,8	12,0	11,2	11,0	10,6
	1993	8,6	8,8	12,3	12,0	10,5	10,2
Agriculteur ivoirien	1991	7,5	11,6	12,8	12,0	11,5	12,8
	1993	5,1	8,1	10,6	11,1	9,5	8,7
Agriculteur étranger	1991	10,0	11,1	12,5	11,1	11,4	14,9
	1993	7,4	10,0	12,0	11,7	10,8	14,2
Salarié agricole	1991	6,7	8,9	7,0**	-	7,8	6,8
	1993	5,7	7,1	7,7**	-	6,7	7,5
Autre actif ivoirien	1991	5,2	6,9	9,7	11,9	8,1	6,2
	1993	4,1	6,7	9,0	9,5	7,1	8,6
Autre actif étranger	1991	7,1	8,2	10,6	11,9	6,9	9,8
	1993	5,7	7,2	8,7	10,1	8,0	8,8
Ensemble	1991	7,9	9,4	11,6	11,5	10,3	11,2
	1993	5,8	8,0	10,3	11,1	8,9	10,2

* Moyenne pour la population de 20 à 69 ans ; ** Moyenne pour la population de 40 à 59 ans.

1991, est renforcée deux ans et demi après. En 1993, elle émerge même chez les agriculteurs baoulé et étrangers qui, en 1991, n'aspiraient pas à réduire leur fécondité.

Les salariés agricoles et autres actifs constituent indéniablement les groupes les plus acquis à la cause d'une réduction des naissances. Quel que soit leur âge, les chefs de ménage de ces catégories adhèrent aux idéaux d'une plus faible fécondité. Dans le groupe des 20-29 ans, par exemple, les hommes aspirent à une descendance qui se situe entre 4,1 et 5,7 enfants, alors que les agriculteurs optent pour des modèles de fécondité situés entre 5,1 et 8,6. À 40-49 ans, ces derniers expriment des souhaits allant de 10 à 12 enfants ; ceux des salariés et autres actifs se situent entre 7,7 et 9,0 enfants.

L'observation de l'évolution du nombre d'enfants souhaité dans les différentes tranches d'âge masculines met donc en lumière une intensification générale de la volonté de réduire les naissances (à quelques rares exceptions près pour les groupes d'âge les plus élevés).

Le tableau 6 indique la position respective des chefs de ménage et de leurs épouses par rapport à leur niveau idéal de fécondité dans chacun des groupes socio-économiques en 1993. Si l'écart entre le nombre idéal d'enfants et le nombre d'enfants effectivement mis au monde est fonction du cycle de vie des individus, et donc de leur parité au moment de l'enquête, il est intéressant de comparer les réponses des hommes et des femmes, afin de voir si les tendances concordent ou non entre les deux sexes.

Tableau 6
Différence entre le nombre d'enfants désiré
et le nombre moyen d'enfants nés vivants (ISF)
pour les hommes chefs de ménage et leurs épouses,
selon la catégorie socio-économique, en 1993

Groupe socio-économique	Hommes	Femmes
Agriculteur ivoirien	0,3	-0,6
Agriculteur baoulé	0,8	0,0
Agriculteur étranger	-3,4	-1,0
Salarié agricole	-0,8	-0,2
Autre actif ivoirien	-1,5	-1,2
Autre actif étranger	-0,8	0,2
Ensemble	-1,3	-0,7

Dans l'ensemble, il apparaît que les hommes aspirent à avoir moins d'enfants qu'ils n'en ont effectivement : ils en souhaitent en moyenne 1,3 de moins. Chez les femmes, ce décalage entre les aspirations et la fécondité effective est moins marqué (-0,7). Autrement dit, s'il y a globalement, entre hommes et femmes, un sentiment partagé d'avoir plus d'enfants que l'idéal, ce sentiment est plus sensible chez les hommes. Ceci est particulièrement vrai pour les agriculteurs étrangers, qui auraient souhaité avoir 3,5 enfants de moins qu'ils n'en ont. Le groupe des agriculteurs indépendants baoulé et ivoiriens se distingue néanmoins de cette tendance générale. En effet, alors que les hommes estiment ne pas avoir atteint leur nombre idéal d'enfants, les femmes, quant à elles, affirment l'avoir déjà atteint ou dépassé.

En dépit d'une relative concordance entre les idéaux de fécondité exprimés ici par les chefs de ménage et leurs épouses, nos entretiens qualitatifs, menés en ville comme dans les villages, ont mis en lumière un manque général de concertation entre époux sur la question de la constitution de la descendance. En effet, dans la plupart des cas, les personnes interviewées ignorent le nombre idéal d'enfants que souhaite leur conjoint et reconnaissent ne jamais en parler. Beaucoup d'hommes interrogés sur ce thème ont réagi avec surprise à l'idée qu'on puisse demander à leur femme d'exprimer un nombre idéal d'enfants. Pour eux, la question ne se pose pas, puisque c'est eux qui en assument la charge. Joseph, 39 ans, planteur de cacao, s'exclame :

« Moi, d'abord, si ma femme me dit qu'elle est fatiguée de faire des enfants, je vais lui poser la question : pourquoi elle ne veut plus faire d'enfants ? Parce que c'est moi qui fais les dépenses à la maison ! et je vais lui demander si peut-être c'est une maladie. Si c'est du côté santé, là je suis obligé peut-être de le faire. »

De fait, dans les ménages d'agriculteurs de la région, l'homme qui contrôle la vente des récoltes est le principal pourvoyeur de liquidité. Il assume, par conséquent, l'essentiel des coûts afférents à l'entretien des enfants, notamment les soins de santé et la scolarité¹⁴. Ainsi, dans le

¹⁴. Une analyse menée à partir des données de l'enquête de 1991 sur les comportements thérapeutiques envers les enfants de moins de 5 ans, lors du dernier épisode morbide survenu au cours des 12 mois précédent l'enquête, montre que, dans 54 % des cas, c'est le père de l'enfant qui a payé les frais médicaux, rarement la mère (7 %) ; dans 37 % des cas, les soins étaient gratuits ou payés par une autre personne (2 %) (Guillaume *et al.*, 1997).

raisonnement des hommes, la valeur accordée aux enfants n'est-elle pas sans lien avec les coûts d'éducation (au sens large). L'amélioration des conditions sanitaires, dans les années 1970, dans la région, a créé une demande de soins, que les populations ont aujourd'hui des difficultés à assumer, comme l'exprime Chaka, un jeune contractuel de l'usine de transformation d'huile de palme, âgé de 30 ans et père de 2 enfants :

« Aujourd'hui, même à 6 ans, un enfant, tu dois dépenser pour lui, il faut payer les habits, les médicaments. Avant, une femme enceinte pouvait faire 9 mois, il n'y avait pas affaire d'hôpital, il n'y avait pas de vaccination. Mais maintenant, tout ça, là, c'est différent, une fois enceinte, après trois mois, elle commence à aller à l'hôpital. Bon, et toi aussi, tu n'as pas de travail, tu n'as pas d'argent, ce qui fait que vraiment, là, avoir des enfants, là, c'est pas une petite affaire. »

Si l'argument économique est souvent mis en avant par les hommes pour justifier le fait d'avoir moins d'enfants, la dégradation du niveau de vie et des conditions de production rend cet argument encore plus prégnant. Certains, comme Ferdinand, un cultivateur de palmier à huile âgé de 43 ans, adhèrent à des modèles de famille nombreuse, mais reconnaissent néanmoins que les difficultés d'aujourd'hui obligent à reconsidérer ses ambitions :

« Moi, personnellement, je n'ai pas un nombre fixe d'enfants, ce que Dieu envoie, c'est bon. Si Dieu envoie 15, je fais 15, si Dieu envoie 30, je fais 30. On a vu les gens qui ont je ne sais combien d'enfants, dont même plus de la moitié ont réussi dans la vie. Seulement, ben, c'est les problèmes actuels qui font qu'on est obligé de limiter les naissances. De nos jours, la vie devient de plus en plus chère. (...) Aujourd'hui, même nous qui sommes au village, là, on achète pour manger. Parce que les données ont changé, le climat même a changé complètement. Autrefois, tu te dis bon, le mois de mai, juin, juillet, c'était la période des pluies, donc en ce temps-là tu fais ta rizière et ça peut aller, tu récoltes beaucoup. Aujourd'hui, là, avec le soleil, tu pourras rien récolter. Durant toute l'année, tu dois acheter. C'est ce que j'appelle les problèmes. Ceux qui ont une grande famille sont obligés de dépenser plus pour pouvoir nourrir cette famille. »

Les femmes sont également sensibles à la dégradation des conditions de vie. Dans leurs propos, les termes se référant au coût de la vie reviennent aussi souvent que chez les hommes. Elles sont toutefois plus enclines à faire valoir des raisons de santé pour justifier le fait de réduire leur nombre d'enfants. Ces raisons leur sont également suggé-

rées par le personnel de santé, qui les encourage à allaiter leurs enfants en mettant en avant l'impact de cette pratique sur l'espacement des naissances.

3.3 - Le recours à la contraception : une pratique encore marginale

Au-delà des idéaux exprimés par les hommes et les femmes, il importe d'observer les pratiques relatives au contrôle des naissances. Dans l'ensemble, il apparaît très clairement que, si les populations sont conscientes des difficultés d'élever des enfants dans le contexte de crise actuel, cela ne se traduit pas par une augmentation du recours à la contraception. En effet, à l'instar de ce que l'on observe pour l'ensemble de la Côte-d'Ivoire¹⁵, la pratique contraceptive dans la région de Sassandra est, dans l'ensemble, relativement faible en 1993. Elle ne concerne, en effet, qu'environ 2 % à 8 % des chefs de ménage mariés (tableau 7). Cependant, les autres actifs ivoiriens se distinguent nettement des autres groupes, avec 21 % d'utilisateurs en 1993, dont 16 % pour les méthodes modernes.

Cette même année, les agriculteurs baoulé et étrangers, de même que les autres actifs étrangers, affichent les taux de pratique contraceptive les plus faibles (entre 2 % et 5 %). Les agriculteurs ivoiriens et les salariés agricoles se situent en position intermédiaire (respectivement 8 % et 7 % d'utilisateurs), mais avec des pratiques distinctes. Chez les agriculteurs ivoiriens, l'utilisation se répartit en parts à peu près égales entre méthode traditionnelle, abstinence et moyen moderne. En revanche, chez les salariés agricoles, les moyens modernes dominent nettement (6 %, contre 1 % qui pratiquent l'abstinence).

L'évolution entre les deux années révèle une diminution de la proportion de chefs de ménage utilisant la contraception, en particulier dans les groupes qui se caractérisent, par ailleurs, comme les plus en-

¹⁵. D'après l'EDS-CI réalisée en 1994, la prévalence contraceptive (méthodes traditionnelles et modernes confondues) est relativement faible pour l'ensemble du territoire (hommes et femmes mariés confondus) : 4,3 % pour les méthodes modernes ; 7,1 % pour les méthodes traditionnelles, soit au total 11,4 %. Pour l'ensemble du milieu rural, l'utilisation de la contraception moderne concerne 2,2 % des personnes interrogées et 4,6 % pour les méthodes traditionnelles. En milieu urbain, les chiffres sont un peu plus élevés, quoique encore relativement modestes : 8 % (méthodes modernes) et 11,3 % (méthodes traditionnelles) (N'Cho *et al.*, 1995, p. 59).

clins aux idéaux de famille réduite. C'est précisément le cas des salariés

Tableau 7

Pourcentage d'hommes mariés chefs de ménage âgés de 20 à 69 ans utilisant des méthodes contraceptives, selon le groupe socio-économique

Groupe socio-économique	Année	Utilise un moyen				
		Traditionnel	Abstinence	Moderne*	Non précisé	Total
Agriculteur baoulé	1991	1	1	0	1	3
	1993	0	0	2	0	2
Agriculteur ivoirien	1991	1	1	4	2	8
	1993	3	2	3	0	8
Agriculteur étranger	1991	0	1	1	0	2
	1993	(...)	2	1	1	4
Salarié agricole	1991	3	12	5	4	22
	1993	0	1	6	0	7
Autre actif ivoirien	1991	1	3	18	2	24
	1993	1	4	16	0	21
Autre actif étranger	1991	2	4	6	9	15
	1993	0	2	3	0	5
Ensemble 20-69 ans	1991	1	2	6	2	11
	1993	1	2	5	(...)	8
Ensemble 20-39 ans	1991	1	3	7	2	12
	1993	1	3	8	(...)	12

* Moderne : méthode des cycles, préservatif, pilule, stérilet.

(...) Pourcentage inférieur à 1 %.

agricoles et, dans une moindre mesure, des autres actifs, ivoiriens et étrangers. Pour les premiers, par exemple, on enregistre en 1993 trois fois moins d'utilisateurs de méthodes contraceptives qu'en 1991. La netteté de ces changements en un temps aussi bref est probablement due en grande partie à la rotation rapide de cette population, les nouveaux arrivants ayant des comportements distincts des anciens. Il n'en demeure pas moins que ces populations ont des habitudes contraceptives plus efficaces, puisqu'elles se singularisent par des taux relativement élevés d'utilisation de méthodes modernes et de recours à l'abstinence.

Parmi les femmes de notre échantillon, le recours aux pratiques contraceptives est, là encore, très marginal. La situation n'évolue guère entre 1991 et 1993 : la proportion d'utilisatrices d'un moyen de contraception stagne (tableau 8). En 1993, entre 1 % et 8 % des femmes utilisent la contraception au moment de l'enquête.

Tableau 8
Pourcentage d'épouses de chefs de ménage
utilisant des méthodes contraceptives,
selon l'âge et le groupe socio-économique

Groupe socio-économique	Année	Utilise un moyen				
		Traditionnel	Abstinence	Moderne*	Non précisé	Total
15-29 ans	1991	1	0	1	2 (...)	4
	1993	1	1	2		4
30-34 ans	1991	1	(...)	2	2 (...)	5
	1993	1	2	1		4
Agriculteur baoulé	1991	1	0	1	2	4
	1993	0	1	1	1	3
Agriculteur ivoirien	1991	2	0	1	2	2
	1993	2	0	1	1	2
Agriculteur étranger	1991	1	0	(...)	2	3
	1993	0	1		0	1
Salarié agricole	1991	0	1	0	0	1
	1993	1	2	2	0	5
Autre actif ivoirien	1991	1	1	4	2	8
	1993	1	1	6	(...)	8
Autre actif étranger	1991	1	1	2	2	7
	1993	0	5	2	0	7
Ensemble	1991	1	(...)	1	2 (...)	4
	1993	1	1	2		4

* Moderne : méthode des cycles, préservatif, pilule, stérilet.

(...) Pourcentage inférieur à 1 %.

On observe très peu de différences selon l'âge : entre 4 % et 5 % d'utilisatrices parmi les femmes de moins et de plus de 30 ans. Malgré la faiblesse des taux d'utilisation de la contraception dans l'ensemble, quelques tendances se démarquent lorsqu'on compare entre eux les groupes socio-économiques. Les épouses de salariés agricoles, notamment, recourent relativement plus à la contraception en 1991 qu'en 1993 (5 % contre 1 %). Cette tendance va, par ailleurs, dans le sens d'un recours plus fréquent à l'abstinence et à un moyen moderne. D'autre part, les femmes du groupe des autres actifs ivoiriens et étrangers, conformément à leurs époux (mais de façon moins accentuée), se distinguent par des taux d'utilisation de la contraception relativement plus forts (8 % et 7 %), en 1991 comme en 1993. Là encore, la tendance est à l'usage de moyens modernes de contraception ou à l'abstinence.

La faiblesse du recours à la contraception souligne le décalage existant entre les aspirations et les pratiques. L'observation du groupe des agriculteurs baoulé est assez révélatrice d'une inadéquation entre les désirs exprimés et les conduites. En effet, en dépit d'un niveau de fécondité encore élevé en 1993, ce groupe constitue, nous l'avons vu, celui où les changements les plus significatifs s'opèrent entre les deux années, en termes de fléchissement de la fécondité comme en termes d'émergence d'idéaux favorables à une réduction des naissances, chez les hommes en particulier. Pourtant, ces changements ne s'accompagnent guère d'une élévation des taux de pratique contraceptive, comparativement aux autres groupes. Ainsi, seulement 2 % des agriculteurs baoulé utilisent la contraception en 1993.

3.4 – Les obstacles institutionnels et culturels à l'utilisation de la contraception

La faiblesse de la pratique contraceptive observée dans la région de Sassandra est, sans nul doute, en rapport direct avec les possibilités limitées d'accéder aux méthodes, du fait d'infrastructures sanitaires déficientes, voire inexistantes, ou encore par manque d'information. Au moment où nous avons mené nos recherches, un programme de planification familiale financé par le FNUAP se mettait en place dans la zone. Il prévoyait, entre autres, la formation du personnel (notamment du médecin de la base de secteur de santé rural de Sassandra et de deux sages-femmes de l'hôpital de la ville de Sassandra). Les formations ont effectivement eu lieu, mais le projet, à l'heure actuelle, n'a guère évolué.

Les populations peuvent néanmoins accéder à la contraception en s'adressant aux sages-femmes et infirmiers de la maternité et du centre de protection maternelle et infantile de l'hôpital de Sassandra. Dans tous les cas, le suivi médical qui accompagne les prescriptions ne peut être fait dans des conditions convenables, en raison de l'absence de laboratoire d'analyses, celles-ci ne pouvant être faites qu'à l'hôpital de San Pedro, à environ 70 km de Sassandra. Par ailleurs, il existe un important réseau parallèle de vente de produits contraceptifs (chimiques et traditionnels) sur les marchés locaux.

Il reste que l'accès aux méthodes modernes se heurte encore à des barrières classiques, liées notamment aux réticences du personnel de santé à prescrire un contraceptif à une femme mariée sans l'autorisation de son mari. De nombreuses femmes se sont plaintes de s'être vu refuser des contraceptifs parce que leur mari n'était pas avec elles, et beaucoup n'osent rien demander en l'absence de celui-ci. Juliette est une jeune mère au foyer âgée de 32 ans. Elle a 6 enfants, dont un en bas âge. Pendant tout l'entretien, elle s'occupe du plus petit (le lave, le change, prépare des plantes pour ses lavements). Juliette vit dans une maison qui grouille d'animation. Elle semble fatiguée et avoue qu'elle voudrait bien ne plus avoir d'enfants :

« En tout cas, cette année, je ne voulais plus faire d'enfants, mais c'est Dieu qui m'a donné ». (On lui demande alors si elle a dit à son mari qu'elle ne veut plus d'enfants :) « Hum, hum (elle fait non de la tête et hésite). Je vais peut-être lui dire que je suis fatiguée et qu'il n'a qu'à m'envoyer à l'hôpital. Parce que, si j'y vais seule, sans mon mari, les gens ne vont pas vouloir me donner quelque chose. S'il vient avec moi, peut-être qu'ils vont accepter. L'autre jour, j'étais partie là-bas (elle pointe du regard l'hôpital de Sassandra) et puis ils m'ont dit de revenir avec mon mari. »

L'homme est perçu comme le détenteur du pouvoir de décision en matière de contrôle des naissances. Pour Niamba, jeune ménagère de 36 ans, mère de 5 enfants, mariée à un planteur de cacao, ce fait est clairement admis :

« Moi, personnellement, avec mes cinq enfants, j'en ai assez, je voudrais bien arrêter, mais monsieur a dit de continuer, il a dit qu'on va arrêter après un certain nombre. »

Effectivement, les hommes en général entendent bien faire valoir que c'est eux qui décident dans ce domaine. Joseph, un douanier âgé de 40 ans, père de 3 enfants, est catégorique sur ce point :

« Ma femme, elle peut pas arrêter de faire des enfants sans mon consentement. Enfin, elle me connaît, c'est ma décision qui compte. Si elle doit prendre une décision, elle doit me consulter d'abord, c'est normal. Parce que c'est moi le chef de famille, si tu dois faire telle ou telle chose, tu me consultes (puis il semble réfléchir). Mais je pense pas qu'elle puisse me faire cela. ».

Parfois, les réticences du mari traduisent également un réflexe de méfiance vis-à-vis de la contraception moderne. C'est le cas, par exemple, de Camille, 51 ans, cultivateur, père de 11 enfants :

« La pilule, c'est pas bon, parce que ça risque de la (sa femme) détruire. Non, moi, je lui conseille de suivre son cycle. Vous savez, il y a une période de fécondité, que tout le monde connaît, qu'il faut sauter. Mais prendre des médicaments, là, c'est pas bon, parce que vous prenez des pilules et puis ça convient pas à votre sang, elle va grossir, ou alors ça fatigue. Faut rester naturel, ça c'est bon. »

4 – Fécondité et régulation des naissances : quel avenir dans ce contexte de crise ?

Le double constat de la faible concertation entre époux en matière de constitution de la descendance, d'une part, et de la prédominance des décisions masculines, d'autre part, pose la question de la mise en place de conditions favorables à la généralisation des pratiques de régulation des naissances. En effet, les pratiques de régulation des naissances, une fois réglés les problèmes liés à l'offre de services de planification familiale, ne pourront se répandre qu'à condition que les femmes accèdent à des prérogatives nouvelles leur octroyant une plus grande marge de décision. Or, en cette période de crise, l'évolution des rôles respectifs des hommes et des femmes à l'intérieur de la cellule domestique et de production ne laisse guère présager d'amélioration du statut des femmes, du moins à court terme.

En effet, le contexte de crise actuel renforce les inégalités statutaires entre hommes et femmes, caractéristiques du système de production des cultures de rente. Les stratégies de survie développées par les ménages agricoles (élargissement des surfaces réservées à la production vivrière, augmentation de la part commercialisée afin de pallier le manque de liquidité) tendent à accroître la fonction nourricière des femmes, puisque ces activités leur sont habituellement réservées. Dans le même

temps, les femmes sont incitées à contribuer davantage aux revenus du ménage, par le biais de la commercialisation des produits qu'elles cultivent. Cela implique qu'elles interviennent dans des domaines réservés aux hommes, tant dans la sphère de production qu'à l'intérieur de la cellule domestique. Les épouses d'agriculteurs que nous avons interrogées expriment clairement une volonté de développer la culture et la commercialisation des produits vivriers, avec le souci unanime de subvenir plus largement aux besoins du ménage, besoins alimentaires, mais aussi de santé et d'éducation, qui pèsent désormais lourdement sur le budget des maris. Les propos de Clémentine, 36 ans, mère de quatre enfants, mariée à un planteur de cacao, illustre cette tendance :

« Dans la vie actuelle, tu dois travailler plus pour aider ton mari, parce que, si tu laisses ton mari seul, le jour où il n'a pas les moyens, il faut que toi aussi tu puisses t'occuper des enfants, payer le bic, payer les cahiers. »

Pour autant, une telle évolution ne signifie guère une percée féminine dans l'économie monétaire, qui pourrait accroître leur pouvoir dans la gestion des facteurs de production, comme cela s'est produit dans d'autres régions d'économie de plantation du pays¹⁶. En réalité, dans la région de Sassandra, l'amélioration du statut des femmes par une participation accrue aux activités productives reste encore très hypothétique. Un certain nombre de facteurs contribuent à maintenir les inégalités sexuelles. En effet, dans cette zone à dominante patrilineaire¹⁷ et où la modalité résidentielle du mariage est virilocale, la femme mariée est considérée, au sein de l'unité domestique dans laquelle elle vit et travaille, comme une étrangère de passage, amenée à rejoindre son groupe d'origine à la mort de son mari. Ce statut lui

¹⁶. En effet, dans la région du Sud-Est, notamment, soumise vingt ans auparavant à de fortes contraintes économiques et foncières identiques à celles que traverse actuellement le Sud-Ouest, l'incapacité des hommes privés de revenus à subvenir aux dépenses de santé et de scolarisation des enfants a conduit les femmes à prendre le devant sur la scène des activités productives en développant la production et la commercialisation du vivrier (Chaléard, 1994). La proximité des marchés urbains et le développement des réseaux routiers ont alors contribué à donner une sérieuse impulsion à cette activité, qui s'est finalement soldée par une reconversion généralisée au vivrier et par un abandon progressif des cultures de rente. Si les hommes, conscients des perspectives nouvelles de la culture du vivrier, se sont peu à peu imposés auprès des femmes, ces dernières ont néanmoins tiré des avantages réels de ce changement de système de production, en accédant ainsi (et de façon durable) à des prérogatives économiques autrefois réservées aux hommes.

¹⁷. À l'exception des populations allochtones baoulé, qui sont matrilinéaires.

confère peu de droits dans son village d'alliance, où elle reste très en marge des prises de décision communautaires, notamment en ce qui concerne la gestion du foncier. Son rôle se résume ainsi à la production d'enfants et de nourriture pour assurer la survie et la reproduction du lignage de son mari, ainsi qu'à l'aide à la conduite de l'exploitation de celui-ci. Les terres qu'elle cultive appartiennent à son mari ou à sa belle-famille, qui lui concèdent un droit d'usage.

Aujourd'hui, les formes de gestion de la saturation foncière réduisent un peu plus encore les faibles opportunités offertes aux femmes de contrôler les facteurs de production. Comme nous l'avons évoqué plus haut, les friches et les bas-fonds, habituellement laissés aux femmes pour la production vivrière, sont aujourd'hui réappropriés par les hommes à des fins marchandes. En d'autres termes, les moyens mis à la disposition des femmes pour développer des stratégies agraires génératrices de revenus supplémentaires se trouvent limités. Par ailleurs, ceci illustre avec éclat les « *incompatibilités sociales* » entre les deux sexes, pour reprendre l'expression de Jean-Pierre Dozon (1985, p. 470), « *incompatibilités sociales* », qui dénoncent ici l'absence de projet conjoint entre époux et épouses dans la recherche d'une amélioration des conditions de vie.

Ainsi, les réponses à la crise soulignent et accentuent la forte séparation des univers hommes/femmes, caractéristique des sociétés d'économie de plantation. Elles rendent, par ailleurs, incertaine l'émergence d'un modèle conjugal favorisant la conception de projets concertés de famille. En définitive, la dégradation du statut des femmes, tant dans la sphère domestique que productive, rend plus hypothétiques encore les perspectives d'une gestion autonome de leur fécondité, susceptible d'inclure des pratiques de planification des naissances.

Les jeunes générations sont celles sur lesquelles repose une grande part des enjeux de la baisse de la fécondité dans la région. Comme en attestent les résultats des analyses quantitatives et qualitatives, les perspectives d'avenir peu reluisantes contribuent à les rendre davantage acquises au principe d'un contrôle des naissances que leurs aînées. En outre, parmi les agriculteurs, la crise est susceptible de jouer un rôle indirect sur les modèles familiaux dans l'avenir. La dégradation de la condition des jeunes hommes, dépossédés des moyens d'assumer pleinement leur rôle social et économique au sein de la société, contribue à aplatiser les inégalités statutaires entre les sexes. Autrement dit, en privant les hommes de perspective d'avenir, la crise les rapproche de la

condition de leurs homologues femmes. Elle favorise l'entrée des couples à statut égal dans la sphère des activités productives. Ce processus de nivellation du statut des hommes et des femmes, à ce moment crucial du cycle de vie que constitue la création d'une plantation, est peut-être davantage à même de réduire le coût culturel et psychologique de l'extension d'un modèle de couple où prédomine un réel partage du pouvoir et des responsabilités entre les partenaires.

Il reste qu'à court terme, comme le suggèrent les clivages observés entre les différents groupes sociaux, une transition profonde et durable de la fécondité ne se produira vraisemblablement que dans les catégories les plus touchées par la crise. D'ores et déjà, les populations des catégories du secteur tertiaire et secondaire de l'économie semblent plus nettement engagées dans un processus de transition de leur fécondité.

Références bibliographiques

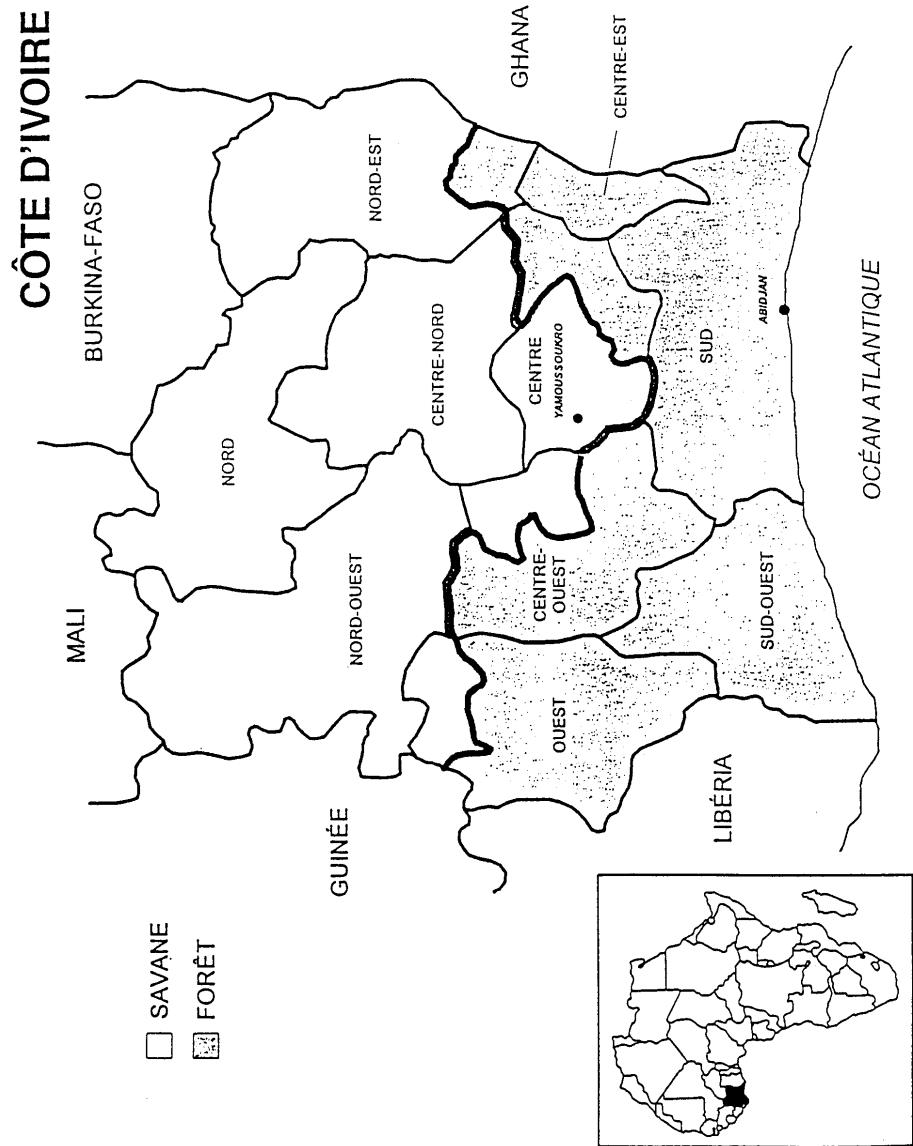
- ADJAMAGBO, Agnès (1997), « Les solidarités familiales dans les sociétés d'économie de plantation. Le cas de la région de Sassandra en Côte-d'Ivoire », dans : M. Pilon, Th. Locoh, É. Vignikin et P. Vimard, éd., *Famille et ménages en Afrique*, Paris, CEPED, ENSEA, INS, ORSTOM, URD, p. 301-325.
- ADJAMAGBO, Agnès (1998), *Changements socioéconomiques et logiques de fécondité en milieu rural ouest-africain*, Paris, Université de Paris-X-Nanterre, thèse de doctorat de 3^e cycle.
- ADJAMAGBO, Agnès, VIMARD, Patrice, et GUILLAUME, Agnès (1997), « Fécondité et demande de planification familiale à Sassandra », dans : A. Guillaume, J. Ibo et N. Koffi, éd., *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (Sud-Ouest de la Côte-d'Ivoire)*, Paris, ENSEA, ORSTOM, GIDIS-CI, p. 269-286.
- ANDRIAMAMPAHÉRY, Dimby, DAKONO, Astou, KOFFI, Ahoutou, et MULAMBA, Muambayi (1989), *Dynamique de population et mutation économique dans le Sud-Ouest ivoirien ; la sous-préfecture de Sassandra (avril 1988)*, Abidjan, ENSEA, Études et Recherches n° 16.
- ARNOLD, Fred, et BLANC, Ann (1990), *Fertility Levels and Trends*, DHS Comparative Studies n° 2, Columbia, Maryland, Institute for Resource Development.

- BANQUE MONDIALE (1993), *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*, Washington.
- BARBIERI, Magali, et VALLIN, Jacques (1996), « Les conséquences de la crise économique africaine sur l'évolution de la mortalité », dans : J. Coussy et J. Vallin, éd., *Population et crises en Afrique*, Paris, CEPED, Les Études du CEPED, n° 13, p. 319- 344.
- BOCQUET, Olivia, et CALAS, Julien (1997), « Les dynamiques d'installation agricole des jeunes générations dans la région de Sassandra à l'aube de l'an 2000 », dans : A. Guillaume, J. Ibo et N. Koffi, éd., *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (Sud-Ouest de la Côte-d'Ivoire)*, Paris, ORSTOM, ENSEA, GIDIS-CI, p. 169-184.
- CHALÉARD, Jean-Louis (1994), « L'essor du vivrier marchand : un contre-modèle aux marges du modèle ivoirien », Communication présentée au colloque international « *Crise, ajustements et recompositions en Côte d'Ivoire : la remise en cause d'un modèle* », Abidjan, GIDIS-CI, ORSTOM, 28 novembre-2 décembre 1994.
- COSIO-ZAVALA, Maria (1992), *Transitions démographiques et développement social dans les pays en voie de développement*, communication présentée à la réunion du groupe d'experts sur la croissance démographique et l'évolution des structures démographiques, Nations Unies, Paris, 16-20 novembre 1992.
- COSIO-ZAVALA, Maria (2000), « Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique latine », dans : M. Pilon et A. Guillaume, éd., *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, IRD Éditions (5^{es} Journées démographiques de l'ORSTOM, Paris, 28-30 septembre 1994), p. 21-33.
- COUSSY, Jean, et VALLIN, Jacques, éd. (1996), *Population et crises en Afrique*, Paris, CEPED, Les Études du CEPED, n° 13.
- DOZON, Jean-Pierre (1985), « Économie marchande et structures sociales : le cas des Bété de Côte-d'Ivoire », *Cahiers d'Études Africaines*, 68, XVII-4, p. 463-483.
- GREGORY, Joël, et PICHÉ, Victor (1977), « Croissance démographique et développement économique dans le tiers-monde : une étude critique », *Revue canadienne des études africaines*, Université de Montréal, vol. 11, n° 1, p. 101-110.
- GREGORY, Joël, et PICHÉ, Victor (1985), « Mode de production et régime démographique », *Revue canadienne des études africaines*, Université de Montréal, vol. 19, n° 1, p. 73-79.

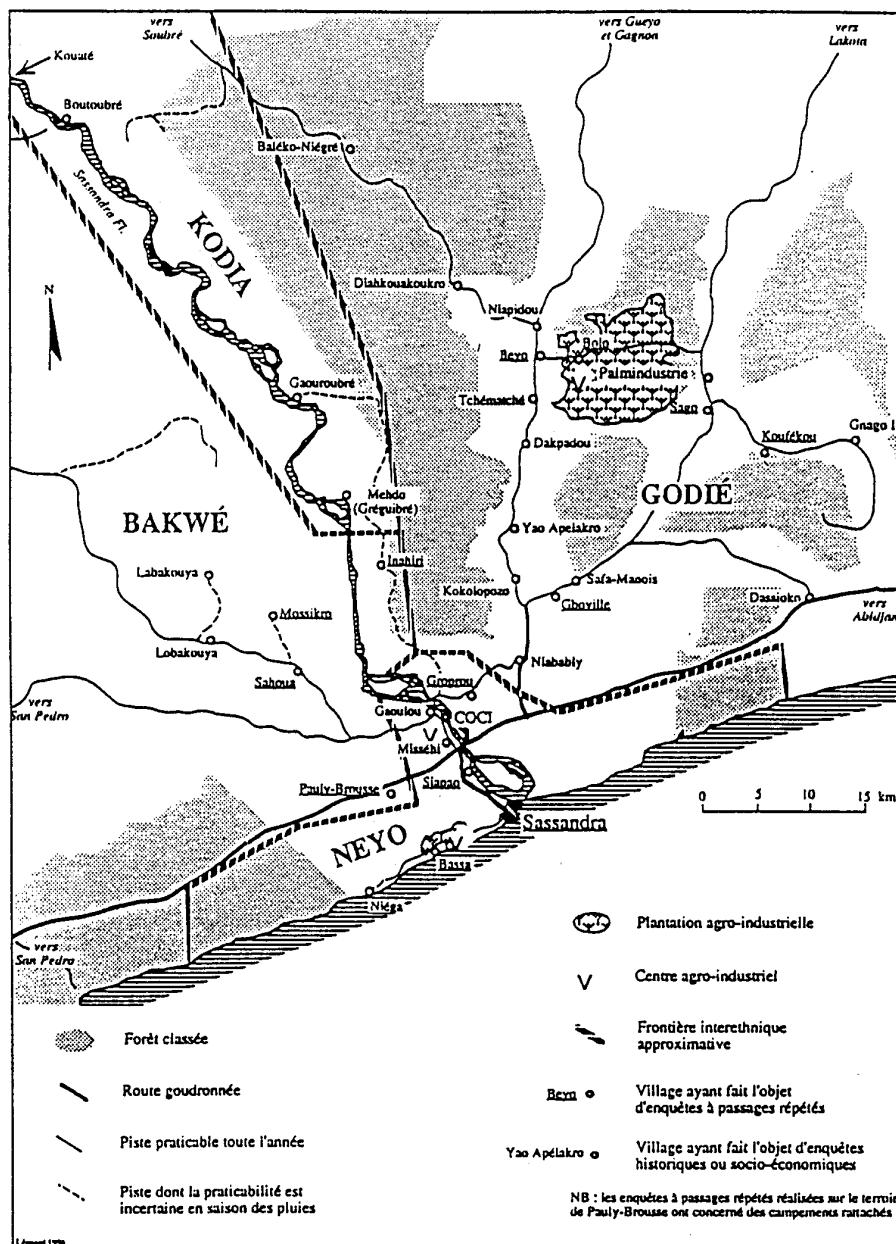
- GUILLAUME, Agnès, et VIMARD, Patrice (1994), « Fécondité, crise économique et différenciations sociales à Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire) », dans : N. Koffi, A. Guillaume, P. Vimard et B. Zanou, éd., *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Paris, ORSTOM Éditions, Collection Colloques et Séminaires, p. 143-168.
- GUILLAUME, Agnès, KASSI, N'Guessan, et KOFFI, N'Guessan (1997), « Morbidité, comportements thérapeutiques et mortalité à Sassandra », dans : A. Guillaume, J. Ibo et N. Koffi, éd., *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (Sud-Ouest de la Côte-d'Ivoire)*, Paris, ORSTOM, ENSEA, GIDIS-CI, p. 287-310.
- KASSI, N'Guessan (1995), *Rapport annuel du district sanitaire et social de Sassandra*, District sanitaire et social de Sassandra, multigr.
- LÉONARD, Éric (1994), « Crise écologique, crise économique, crise d'un modèle d'exploitation agricole. Ajustements et recomposition sociale sur les anciens fronts pionniers », Communication au colloque « *Crise, ajustements et recompositions en Côte d'Ivoire : la remise en cause d'un modèle* », GIDIS-CI, ORSTOM, Abidjan, décembre 1994.
- LÉONARD, Éric (1996), *Crise des agricultures paysannes et développement des cultures illicites en zone tropicale : réflexions à partir des cas mexicain et ivoirien*, Paris, ORSTOM, 18 p., multigr.
- LÉONARD, Éric (1997), « La reproduction de la société agraire dans la région de Sassandra : intensification ou décapitalisation », dans : A. Guillaume, J. Ibo et N. Koffi, éd., *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (Sud-Ouest de la Côte-d'Ivoire)*, Paris, ORSTOM, ENSEA, GIDIS-CI, p. 137-160.
- LÉONARD, Éric, et OSWALD, Marc (1993), « Cocoa Smallholders Facing a Double Structural Adjustment in Ivory Coast: Social and Technical Answers to a Predicted Crisis », dans : *After Four Centuries of Cocoa, What Is the Future*, International Conference on Cocoa Economy, Askindo, CIRAD.
- LESTHAEGHE, Ron (1989), « Social Organization, Economic Crisis and the Future of Fertility Control in Africa », dans : R. Lesthaeghe, éd., *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, p. 475-505.
- McNICOLL, Geoffrey (1982), « Institutional Determinants of Fertility Change », dans : C. Höhn et R. Mackensen, éd., *Determinants of Fertility Change: Theories Re-examined*, Liège, Ordina, p. 147-169.

- N'CHO SOMBO, KOUASSI, Lucien, KOUAME KOFFI, Albert, SCHOE MAKER, Juan, BARRÈRE, Monique, BARRÈRE, Bernard, et POUKOUTA, Prosper (1995), *Enquête démographique et de santé, Côte-d'Ivoire, 1994*, Abidjan, Institut National de la Statistique, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Macro International Inc., Calverton, Maryland.
- PICHÉ, Victor, et POIRIER, Jean (1995), « Les approches institutionnelles de la fécondité », dans : H. Gérard et V. Piché, éd., *La sociologie des populations*, Montréal, Collection Universités francophones, PUM/AUPELF-UREF, p. 117-137.
- RUF, François (1991), « Les crises cacaoyères, la malédiction des âges d'or ? », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 121-122, XXXI-1-2, p. 83-134.
- SCHWARTZ, Alfred (1993), *Sous-peuplement et développement dans le Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire. Cinq siècles d'histoire économique et sociale*, Paris, ORSTOM, Collection Études et Thèses.
- VAN DE WALLE, Étienne, et FOSTER, Andrew (1990), *Fertility Decline in Africa. Assessments and Prospects*, Washington, World Bank, Africa Technical Department Series, Technical Paper n° 125.
- VIMARD, Patrice (1997), *Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise*, Paris, Marseille, ORSTOM/LPE, Équipe Transition de la Fécondité et Santé de la Reproduction, Document de recherche n° 3.
- VIMARD, Patrice, GUILLAUME, Agnès, et KOFFI, N'Guessan (1997), « Croissance démographique et structure de la population dans la région de Sassandra », dans : A. Guillaume, J. Ibo et N. Koffi, éd., *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire)*, Paris, ORSTOM, ENSEA, GIDIS-CI, p. 115-136.
- VIMARD, Patrice, GUILLAUME, Agnès, et QUESNEL, André (1991), « Modifications des coûts et bénéfices des enfants supportés par les parents : différenciation socio-économique et son impact sur la fécondité », communication au séminaire de l'UIESP sur « *La transition de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara* » (Harare, 19-22 novembre 1991).

Annexe 1



Annexe 2 – Présentation de la zone d'étude



Carte établie par É. Léonard, 1996.

POVERTY AND CONTRACEPTIVE USE IN RURAL MEXICO

José GÓMEZ DE LEÓN and Daniel HERNÁNDEZ

*Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa)
Mexico*

1 – Introduction

The use of contraceptive methods has proven of great importance in reducing fertility in Mexico during the past 20 years. For example, in the middle of the current decade the number of births avoided every year thanks to the use of contraceptive methods has been calculated, using the so-called *method of prevalence* (Bongaarts, 1985),¹ at almost 2.3 million (Table 1). In fact, contraception is a close determinant of fertility and greatly explains the decrease observed during the past 20 years (Table 2).

1. With this procedure the difference between *potential fertility* and *observed fertility* can be obtained for a given period, the former being defined as the level of fertility in the reference period in the absence of contraceptive methods. The method uses aggregate data by specific age groups (a). Avoided births (AB) are equal to

$$AB_a = (PF_a - MFR_a) W_a$$

where PF is the level of potential fertility, so that $PF_a = MFR_a / (1 - C_a(U_a))$, with
MFR_a the specific rate of marital fertility of age group a
U_a the prevalence of contraceptive usage among married or cohabiting women of
age group a
W_a the number of women of age group a
C_a the coefficient of elasticity as a function of sterility by age and level of efficiency
of the use of contraceptive methods. In this exercise the coefficients proposed by Bongaarts are used.

Table 1
Births avoided in Mexico through the use of contraceptive methods, 1995

Age	Contra- ceptive preva- lence	Age- specific fertility rate (%)	Potential fertility	Coeffi- cient	Female population (million)	Effects of fertility increase (%)	Avoided births (thou- sand)
15-19	0.06	87.7	91.1	0.62	5.1	3	17.3
20-24	0.305	178.7	220.4	0.62	4.7	42	195.9
25-29	0.518	170.6	297.4	0.823	4.1	127	519.8
30-34	0.661	119.6	315.9	0.94	3.5	196	686.9
35-39	0.711	71.5	261.6	1.022	2.8	190	532.2
40-44	0.637	31.2	187.8	1.309	2.2	157	344.4
Total	--	--	--	--	--	--	2 296.4

Table 2
Close determinants of fertility in Mexico, 1976, 1987 and 1995

Determinants	1976	1987	1995
Tgf	5.64	3.68	2.81
U	30.2	52.7	66.5
Cm	62.3	60.8	60.3
Cc	73.4	48.0	34.0
Ci	80.4	82.8	84.4
Ca	90.3	89.5	95.5

The adoption of family planning methods is on the rise in Mexico. In 1976, one out of every three married or cohabiting women in fertile age (15 to 49) regulated their fertility with some kind of contraceptive method.² This percentage increased in the following years at an annual rate between 2 and 3 percent: in 1987 the prevalence of contraceptives was estimated at 52.7%, and in 1995, two-thirds of the married or cohabiting women in fertile age used a family planning method to delay, space or limit births.

2. The use of contraceptives by married or cohabiting women is considered because they have a higher risk of becoming pregnant, given that they maintain an active sexual life.

In addition to a more extensive use of contraceptive methods, the proportion of married or cohabiting women who have never used contraception has diminished. For analytical purposes three categories of the female population will therefore be considered, i.e. women who used a contraceptive method at the time of the survey (current users); women who have used contraceptives in the past, but who are not using them at the time of the survey (ex-users); and women who have never used a contraceptive (non-users). The percentage of married or cohabiting women in the third category has considerably diminished between 1976 and 1995. In the 70s, more than half had never used a family planning method, while today the share is only 19.7%.

Nevertheless, while the use of methods for regulating fertility in the country is significantly increasing, important differences can still be observed among different population groups. Thus, women in urban areas with little formal education and those living in poverty use less contraceptives. The purpose of this paper is to analyze the practice of fertility regulation among women belonging to these types of households.

2 - Data source and methodology

The data analyzed were collected through the National Family Planning Survey 1995 (NFPS-95) (*Encuesta Nacional de Planificación Familiar*, ENPF-1995). The National Population Council (*Consejo Nacional de Población*) conducted this survey from September to December of that year. The survey is based on a probability sample that provided sociodemographic information for the country as a whole and for each of the nine States: Chiapas, Mexico, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla and Veracruz. The data collection instruments were composed of two questionnaires: one for the household survey, and another one directed to women from 15 to 54. Likewise, a community questionnaire was distributed in order to collect data on the community aspects of the households. In the NFPS-95 13,840 households were visited and 11,248 interviewed. It should be pointed out that in this survey the monolingual indigenous community was not interviewed.

On the other hand, households were classified according to degree of poverty through the use of a points model, the methodology of

which was developed by the Program for Education, Health and Food (Progresa). For the purpose of approaching poverty in a multi-dimensional way, extremely poor households were identified through a process that incorporated, in addition to family income, other indicators reflecting the complex relationships among the determining factors. These indicators are related to various areas of the social and economic condition of the household and include, among others, household composition and size, age, education, participation in the labour force, type of employment of family members, as well as household equipment.

The very concept of poverty is a relative notion, both in time and in the context of each society. Nevertheless, its definition is of great importance for the development of social policy strategies. Several methodologies have been proposed to measure and examine poverty, many of which are based on the specification of a level of income below which it is considered that people live in poverty. This level is not always defined on the basis of the same criteria. Sometimes a particular population group is focused upon, such as those considered to live in "extreme poverty", i.e. those households without the necessary income to satisfy their basic food requirements.

Thus, extreme poverty is calculated by comparing per capita family income with the price of the basic food basket and establishing a line of *extreme poverty*. In this way, households with an income below this line are considered to be extremely poor. In Mexico, at the end of 1995, the poverty line related to the so-called Standard Food Basket elaborated by COPLAMAR, corresponded to an average family income of 1,189 pesos (considering exclusively the monetary cash income of a family of 5.5 persons).

However, family income is not in itself the only factor that may be used to identify poor population segments. In fact, concentrating exclusively on family income may lead to the omission of situations in which, for example, due to their precarious socio-economic condition, families engage additional family members, such as children and youth, in income generating activities, thus raising the household income level. This has important consequences for developing the capacities and potentialities of the family members, such as children not attending school, which will place them in a more vulnerable social position in the future.

In the methodology used the socio-economic profile of each household is compared (based on the above mentioned indicators), taking into account the typical characteristics of families located above and below the extreme poverty line and analyzing which category they belong to. With this procedure it is then possible to classify the economic condition of each family and identify those that live in a state of extreme poverty.

Table 3
Percentage distribution of characteristics
of married or cohabiting fertile women
according to poverty status. Mexico, 1995

Characteristics	Poor	Non-poor
<i>Age</i>		
15-19	7.1	4.8
20-24	13.6	18.2
25-29	21.4	18.1
30-34	22.3	20.5
35-39	15.5	17.0
40-44	11.1	11.5
45-49	9.0	9.9
<i>Parity</i>		
0	3.4	8.6
1	7.1	22.1
2	12.2	27.2
3	19.3	18.8
4 or more	58.1	23.3
<i>Educational level</i>		
None	17.8	4.4
Incomplete primary	37.6	16.0
Complete primary	29.1	24.8
7 and more years	15.5	54.8
<i>Place of residence</i>		
Urban	47.0	85.6
Rural	53.0	14.4
<i>Total</i>	29.3	70.3

The analysis is focused on married or cohabiting women in fertile age, distinguishing them according to their condition of extreme pov-

erty (throughout this paper they will be referred to as *poor and non-poor* women). Table 3 shows the general characteristics of this population. Although the poor women are only a little older than the non-poor women they have much higher parities, as indicated by the fact that 58% of them have four children or more born alive, as compared to 23.3% of the rest of the women. On the other hand, the proportion of poor women who have not finished primary school (six years) is more than double that observed among non-poor women, i.e. 55.4% and 20.4% respectively. Half of the poor women live in rural areas (defined in this paper as towns with less than 2,500 inhabitants), while only 14% of the non-poor reside in this type of community. In fact, poverty is more widespread in the rural areas, where 60% of married or cohabiting fertile women are members of households classified as extremely poor, while only 18% of urban women are in this condition.

3 - Use of contraceptive methods

Table 4
Percentage distribution of married or cohabiting fertile women
according to contraceptive methods used,
poverty status and place of residence, 1995

Poverty status	Status of use of contraceptives		
	Current user	Ex-user	Non-user
<i>Poor</i>			
Rural	46.1	13.3	40.6
Urban	67.8	13.5	18.7
Total	56.3	13.4	30.3
<i>Non-poor</i>			
Rural	62.9	16.8	20.3
Urban	72.1	13.4	14.5
Total	70.8	13.9	15.3
<i>Total</i>			
Rural	52.8	14.7	32.6
Urban	71.3	13.4	15.3
Total	66.5	13.8	19.7

In 1995, the use of contraceptives by poor women reached 56.3%. In comparison, almost 71% of non-poor women used some method to regulate their fertility. With respect to women not using contraceptives (as proposed above, they may be called ex-users or non-users), the fact that 30% of the poor women have never had experience in the practice of contraception is prominent, while for the rest of the population this percentage is only 15% (Table 4).

The difference in the use of family planning methods depending on the poverty status is much more pronounced in rural than urban areas. Thus, in cities approximately 68% of the poor women use contraceptives, as compared to 72% of the non-poor. On the other hand, in the rural areas there is a very accentuated difference in contraceptive use between these two groups, i.e. 46% and 63% respectively.

In order to gain some insight into these differences the so-called *family planning demand* will be analyzed. This refers to the expressed desire of fertile married or cohabiting women to limit or space their pregnancies.³ This leads us to suppose that this population group represents the *total demand for contraceptive methods* (Bertrand *et al.*, 1994). At the same time, the demand may be divided into demand for limiting pregnancies and demand for birth spacing, depending on the desire to have a new pregnancy.

It can therefore be considered that if a woman expresses her desire to limit or space births, but does not practice contraception, this is an *unmet demand*. On the contrary, if the woman uses contraceptives, the *demand is satisfied*.

3.1 – Demand for contraceptive methods and unmet demand

In 1995, 80.8% of all fertile, married or cohabiting women demanded contraceptive methods (Table 5). Approximately 40% of them demanded methods of birth spacing.⁴ Regarding unmet demand, i.e., the proportion of women who expressed a desire to regulate their fertility but were not using contraceptives, the figure was 17.6% in 1995,

3. In defining the fertility status and desire for new pregnancy, the criteria established by Westoff and Ochoa (1991) were followed, as well as those of Westoff and Bankole (1996), in which consideration is given, among other things, to amenorrhoea and the time period before a new desired pregnancy.

4. These proportions are obtained from total contraceptive demand.

with unmet demand for birth spacing exceeding demand for birth limitation. Thus, 22.2% of women desiring to space their births were not using a contraceptive method, compared to only 14.3% of those who wanted to limit their pregnancies.

Table 5
Family planning demand according to poverty status
and place of residence, 1995

Residence/ Poverty status	Use of contraceptives		Unmet demand		No de- mand	In- fertil- ity	Method failure	Total
	Spacing	Limiting	Spacing	Limiting				
<i>Urban</i>	26.7	44.6	6.3	5.2	9.3	6.4	1.5	100
Poor	14.7	53.1	4.3	11.1	9.5	3.9	3.4	100
Non-poor	29.4	42.7	6.8	3.9	9.2	6.9	1.1	100
<i>Rural</i>	23.5	29.2	10.6	11.4	13.6	10.8	0.9	100
Poor	17.9	28.2	10.4	15.3	16.7	10.5	1.0	100
Non-poor	32.2	30.7	10.9	5.4	8.9	11.3	0.6	100
<i>Total</i>	25.9	40.7	7.4	6.8	10.4	7.4	1.4	100
Poor	16.4	39.9	7.6	13.3	13.3	7.4	2.1	100
Non-poor	29.8	41.0	7.4	4.1	9.2	7.6	1.0	100

On the other hand, it is observed that poor women made less demand for contraceptives than non-poor women (77.2% and 82.3% respectively). Nevertheless, it should be noted that among the extremely poor women, there is a very high proportion of couples who wish to postpone or definitively limit their pregnancies.

In an urban context, the level of demand for family planning is practically the same for both groups (83%). Although this percentage decreases among the rural poor and non-poor population, more than seven out of ten fertile married or cohabiting women living in extreme poverty reported not to have any intention of a new pregnancy.

As could be expected from the parity profile of poor women, 69% of their demand for family planning corresponded to the desire to definitively limit reproduction; in comparison, 55% of non-poor women desired limitation.

Preference for large families seems to have a relatively small effect on the different uses of contraceptive methods observed depending on women's poverty status. In fact, considering the ideal number of children desired by married or cohabiting mothers,⁵ and focusing on an analysis of the reproductive preferences of women beginning their reproductive lives (without children or with only one),⁶ it was found that among the married or cohabiting women without children born alive the size of the desired family is 2.3 children with 2.5 among those already having a child. Among poor women, these averages are 2.5 and 2.6, and for the non-poor 2.3 and 2.4. In other words, practically the same. Thus, the data relating to women of low parity shows a situation in which the ideal of a relatively small family size confirms the ideal framework of younger women in Mexico, regardless of their economic situation.

For these reasons, the more limited use of contraceptives among poor women seems to be mainly due to an unmet desire to regulate their fertility. In 1995, 17.6% of the total demand for family planning remained uncovered. In the case of poor women, this proportion reached 27% and for poor rural women 35.8%. Thus, the risk faced by poor women not to satisfy their expressed desire to postpone or avoid a pregnancy is practically twice as high as that of non-poor women.

From this we can deduce that there is a need to consider, in the analysis of the low use of contraceptives among poor married or cohabiting women, aspects related to information and access to contraceptive methods by the population.

3.2 - Socio-demographic characteristics and contraceptive use in rural areas

It has been pointed out that unmet demand for contraceptives is higher in rural than urban areas. For this reason, in this section we shall

5. The following question was asked of women without a child born alive: If you could choose exactly the number of children you would have during the rest of your life, how many would you have? Those women who already had one child were asked: If you were to return to the time when you had no children and could choose, how many children would you have?

6. The reproductive preference of women with two or more children is higher than that of women with a lower parity. This very probably reflects an *adjustment* in the ideal number with respect to the already reached parity.

study the socio-demographic characteristics of women living in rural areas and the use of contraceptives, restricting the analysis only to women demanding contraceptives. Based on the results of a multiple model, it is probable that a fertile, married or cohabiting woman who does not desire a pregnancy for a certain period of time or definitively is using a contraceptive method.⁷

The characteristics introduced simultaneously in the analysis are the following: age of the women, educational level, parity, relative poverty of the household. The categories used and the results of the multiple analysis are presented in Table 6. In addition to the individual characteristics of the women, a variable on access to contraceptives has been included in the model, i.e. the distance to a public health unit offering family planning services.⁸

For rural women not desiring a pregnancy, the probability of using contraceptives clearly increases with education, as indicated by the relative risks (expressed as odds ratios) of less than 1 for uneducated women, women not having completed primary school, and women having completed primary school, relative to those having completed at least one year of secondary school (0.31, 0.46 and 0.58 respectively).

The probability of using a method of family planning, on the other hand, is less among women with 0 or 1 parity in comparison to women

7. The model in question is a logistic regression (Kleinbaum, 1994). This is adequate for the analysis of a dichotomic variable (0 or 1), as is the case of use or non-use of contraceptives among women who do not desire a pregnancy. In this case, the use of a contraceptive method is analyzed as a response category, i.e. as having satisfied the demand.

8. The analysis is based on 1995 data. As a follow-up of the National Family Planning Survey a field study was carried out in 1996 of family planning services for the rural population in the areas of the nine states visited in 1995 (Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla and Veracruz). The access data is derived from this field work and the population considered in this section is limited to the rural women of the nine states. The distance to the health unit is locally available information and the same for all the women in a given community, but should be considered in the analysis as a characteristic not pertaining to the individual. For this reason, a special processing routine has been employed that allows to control the condition (*svylogit* of the STATA package). The procedure allows for an analysis based on the sample design. On certain occasions, the observations are made at different levels, e.g. individual or local. In cases when the analysis is made without considering if there is a correlation among individuals of the same community, there is a tendency to over-estimate the significance of the variables and to under-estimate standard errors.

with a parity of 2 or more (there seems to be no significant difference in the risk measure for women with two or more children).

Table 6
 Relative risks (odds ratios) of the use of contraceptives
 for married or cohabiting fertile women with a demand for family planning.
 Rural areas of nine states, 1995

Characteristics of women	Odds ratio
<i>Age</i>	
15-24	0.80
25-34	REF
35-49	1.29
<i>Educational level</i>	
None	0.31
Incomplete primary	0.46
Complete primary	0.58
Secondary or more	REF
<i>Parity</i>	
0	0.04
1	0.61
2	REF
3	1.26
4 or more	1.05
<i>Poverty status</i>	
Non-poor	REF
Poor	0.34
<i>Access to contraceptives</i>	
Less than 5 km	REF
5 to 10 km	1.09
10 km or more	0.55

Even when all the above mentioned factors are being controlled, women living in extreme poverty risk using contraceptive methods three times less than non-poor women.

Concerning access to public health services, the risk of using a method is practically the same for women living less than 5 km from a unit with family planning services than for those living at a 5-10 km distance. Only when the closest unit is at a distance of 10 km (this is

the case for one out of ten fertile married or cohabiting women living in a rural area), the probability of using a contraceptive method decreases for women not desiring a pregnancy.⁹

These results indicate that access to contraceptive services is a relevant factor in unmet demand for family planning methods. Nevertheless, even when access is controlled, the association of certain social and demographic characteristics of the women with unmet demand for ways of regulating fertility is evident. It should be stressed that the condition of poverty is very important in the absence of contraceptive methods (more than 60% of married or cohabiting, fertile, rural women in this analysis are in this condition), as are a low educational level and low parity.

3.3 - Reasons for not using contraceptives

In order to have more elements on which to base the analysis of the absence of contraceptive methods, the reasons expressed by the women themselves for not regulating their fertility, even when their desire is not to have more children, should be taken into account. Since unmet demand is higher in the rural areas, our analysis will be centred on this population group, especially extremely poor women (with data for urban women not using contraceptives presented for comparative purposes).¹⁰

In 1995, 19% of poor rural women not using contraceptives indicated that there was a *lack of information* regarding the different contraceptive methods available, and some also mentioned (although to a much lesser extent) *ignorance* of sources where information on *ways of using* the methods could be obtained, as one of the main reasons for not employing family planning in spite of their desire to postpone, space or limit their offspring. The proportion of rural women of low parity or living in extreme poverty giving these reasons is similar. On the contrary, only 8.8% of urban women with unmet demand reported this reason (Table 7).

9. If instead of analyzing distance, travel time to the closest health unit with a contraceptive offer is considered, the results are very similar, i.e. the risk of using a method decreases after two hours of travel.

10. The analysis excludes pregnant women.

Table 7
 Percentage distribution of poor, fertile, not pregnant,
 married or cohabiting women with unmet demand for contraceptives,
 according to reason for their non-use and place of residence, 1995

Reason for non-use	Urban	Rural
Limited knowledge	8.8	19.1
Partner opposition, religion	2.6	7.4
Collateral effects	31.7	42.7
Difficult to get pregnant	29.4	10.7
Other	27.5	20.1

This indicates that even when there is access to health units offering family planning services, there is a lack of information in rural areas concerning the use of contraceptive methods (characteristics or way of operation), which does not favour their use. This may also reflect a lack of attitude and *wider* action by the personnel in charge of these services in the sense that they should *come closer* to the population to inform them on means of regulating fertility, instead of waiting for their demand.

A much greater proportion (42.7%) of the rural poor state that they do not use contraceptives because of fear of collateral effects (including those perceived as affecting breast-feeding), while in urban areas this is the main reason given for not using contraceptives. From this type of cause it can be deduced that there is inadequate information regarding existing alternatives of contraceptive methods, the way they work and possible collateral effects. Although in Mexico information regarding family planning methods has been diffused widely, it should be pointed out that it is necessary to disseminate further profound knowledge of their *operative* aspects.

Generally, opposition to contraception for religious reasons by the partner or by women themselves has often been argued as relating to the non-use of contraceptives. It should be pointed out that in urban areas barely 3% of the women with unmet demand, and 7.4% of poor rural women, declare this as a reason for not using contraceptives. This indicates that the main aspects linked to the non-use of contraceptive methods can be found in the area of communication and counselling on the topic.

Nevertheless, communication and information on the subject should go beyond the use of contraceptives and include reproduction aspects. The reason for this can be seen in the proportion of women who do not desire pregnancy and do not use a method because they believe that they *do not get pregnant easily*. In the studied circumstances there is a high risk that fertile women who do not desire a pregnancy in the short term, initiate a gestation without knowing they are fertile (we should remember that in defining the population with a demand for contraceptives the presence of infertility is controlled).

4 - Conclusions

The use of contraceptive methods is becoming more and more generalized in Mexico and has had an important impact on fertility changes. Nevertheless, women living in poverty have a total fertility rate of more than 5 children per woman, and in the case of poor, urban women, this level rises to 5.3 children, while non-poor women have a fertility of 2.6 children (Table 8).

Table 8
Total fertility rate (children per woman), 1995

Poverty status	Rural	Urban	Total
Poor	5.30	4.75	5.08
Non-poor	2.72	2.58	2.60

The realization of the reproductive desires of women with greater social needs implies the satisfaction of a large demand for contraceptives in the more backward regions of Mexico, where the levels of fertility greatly surpass the national average and the vicious circle created between demographic backwardness and poverty demands drastic measures.

It should be pointed out that even when poor women use contraceptive methods, this practice is adopted relatively late in their reproductive lives. More than half of the users of family planning methods

living in extreme poverty have opted for a definitive contraceptive method, such as bilateral tube occlusion (Table 9). This situation, however, is reached once there is a high fertility level and 80% of the poor women who have been sterilized did so when they had four children or more. On the contrary, among the non-poor women this proportion is 47% (Table 10).

Table 9
Percentage distribution of contraceptive users
according to method used and poverty status

Method	Poor	Non-poor	Total
Pills	12.7	12.8	12.7
IUD	18.7	23.0	21.9
Bilateral tube occlusion	51.7	38.0	41.3
Vasectomy	0.1	1.2	0.9
Injections	4.1	4.8	4.6
Condoms and spermicides	3.3	5.6	5.1
Traditional methods	13.4	14.6	13.4
Total	100.0	100.0	100.0

Table 10
Proportion of users of bilateral tube occlusion with four children or more,
without previous use of another contraceptive method,
according to poverty status

Poverty status	Women with 4 children or more	Women without previous use
Poor	80.3	56.8
Non-poor	46.9	25.2
Total	53.6	32.4

This comparatively high parity when contraceptive methods are used to limit fertility is mainly associated with a lack of opportunity to practice contraception in earlier stages in life. Thus 56.8% of poor women using tubal occlusion opted for this method without having

had any other previous experience in the use of contraceptives. This condition is much less frequent (25%) for non-poor mothers (Table 10).

From this overview further elements can be deducted that should be considered in order for the less favoured population to reach their reproductive ideals. Here it is necessary to point out that, regardless of the clear tendency for preferring smaller families, it is still fundamental to reinforce education and communication so that more couples recognize the advantages of a smaller family unit, with due respect for the rights and dignity of the individual. The benefits afforded by family planning are improved living conditions of the family as a whole, better maternal and infant health, and development of the couple, women and children. In this way, the processes can be supported continuously and the opportunities for education and participation in economic life, especially of women, widened.

A typical feature of the use of contraceptives in Mexico is the great importance accorded to the role of public health institutions as a place in which the population can be supplied with family planning methods. Today 71.1% of users resort to these sources for their contraceptives.

Starting with the change in the population policy of the Government of Mexico in 1973, official programmes for family planning have been created to help develop an efficient system of contraceptive distribution and the diffusion of new norms related to reproductive behaviour (birth intervals of longer duration, more appropriate age and range of ages for having the first child, and ideal number of children) (Potter *et al.*, 1986; Alba and Potter, 1986; Lerner and Quesnel, 1994).¹¹

In the development of the distribution system and offer of contraceptive methods integrated in government health institutions (Alarcón *et al.*, 1985a), emphasis is placed on modern methods of family planning, especially those considered to be the most *efficient, with less collateral effects and greater continuity* (García Zebadua, 1985). Of all the contraceptives, the public preferred the IUD and tubal occlusion, methods which require *clinical treatment*.

11. These norms are sustained by the health benefits of fertility regulation: "To promote in the population and the individual a wider knowledge of family planning, by moving from the simple concept of contraceptive protection to its identification as one of the fundamental actions in contraceptive promotion and protection of the health of the population, especially mothers and children." (Alarcón *et al.*, 1985a).

Although family planning services and contraceptives are offered free of charge by public health institutions and public health service infrastructures have been expanded, especially in the rural areas (Alarcón *et al.*, 1985b; Alba and Potter, 1986), and family planning services integrated into medical care services, especially primary care, the results show that, although all of these appear to be elements that favour a greater satisfaction of the demand for contraceptives, they are not sufficient to promote greater use by the poorer Mexican population segments.

It should be stressed that it is necessary to place greater emphasis on family planning services in order to make them more *proactive* in their information and diffusion strategies. This implies education, communication, promotion and a service addressing the early stages of the reproductive cycle of women and couples, promoting and informing about reversible methods and seeking to attend to the people without waiting for them to come and ask for help.

At the same time, it is necessary to improve the quality of family planning services in general, i.e. to facilitate an offer of contraceptive methods that would respond to the information, counselling and follow-up requirements of their use considering that there are important groups with great social needs but little experience in contraceptive practices.

The possibility of planning procreation, in the sense of seeking the best results and highest affective realization of the persons involved, is the most beneficial aspect of the use of contraceptive methods. For this service to help improve the well-being of both individuals and families is a task of the greatest importance from the perspective of personal development of the whole population.

References

- ALARCÓN, F., CORREU, S., and MARTÍNEZ MANAUTOU, J. (1985a), "Operación del programa de planificación familiar en el medio urbano", in: J. Martínez Manautou and J. Giner (eds.), *Planificación familiar y demografía médica*, IMSS, México.
ALARCÓN, F., CORREU, S., and MARTÍNEZ MANAUTOU, J. (1985b), "Atención primaria de la salud y planificación familiar en el medio rural",

- in: J. Martínez Manautou and J. Giner (eds.), *Planificación familiar y demografía médica*, IMSS, México.
- ALBA, F., and POTTER, J. (1986), "Población y desarrollo en México: una síntesis de la experiencia reciente", *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 1, No. 1.
- BERTRAND, J., MAGNANI, R., and KNOWLES, J. (1994), *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*, The Evaluation Project.
- BONGAARTS, J. (1985), "A prevalence model for evaluating the fertility effects of family planning programmes", in: United Nations, *Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes*, New York.
- GARCÍA ZEBADUA, A. (1985), "El proceso de programación", in: J. Martínez Manautou and J. Giner (eds.), *Planificación familiar y demografía médica*, IMSS, México.
- KLEINBAUM, D. (1994), *Logistic Regression*, Springer Verlag, New York.
- LERNER, S., and QUESNEL, A. (1994), "Instituciones y reproducción", in: F. Alba and G. Cabrera (eds.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, COLMEX, México.
- POTTER, J., MOJARRO, O., and HERNÁNDEZ, D. (1986), "Influencias de los servicios de salud en la anticoncepción en México", in: *Memorias de la Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, Vol. 1, UNAM/SOMEDE, México.

SOCIOECONOMIC CORRELATES OF FEMALE STERILIZATION IN BRAZIL

Ignez Helena Oliva PERPETUO and Simone WAJNMAN

*Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – Universidade Federal de Minas Gerais
(CEDEPLAR - UFMG), Brazil¹*

1 - Background

In Brazil, as in other developing countries, fertility transition began in the 60s among more privileged urban groups from more developed regions. From 1970 onwards, this process gradually spread to all social classes, both rural and urban, in all regions. As a consequence, the average number of children per woman rapidly declined from 6.3 in 1960 to 2.5 around 1993. Although such figures hide important regional and socioeconomic differentials, the Total Fertility Rate was significantly reduced even in the rural Northeastern Region, the poorest area of Brazil, falling from 8.5 in 1970 to 4.5 in 1996.²

1. This paper is part of the research “Factors behind the reproductive process: sterilization, causes and consequences”, funded by the Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Financiadora de Estudos e Projetos (FNDCT/FINEP).

Acknowledgments. We are grateful to Regina Berlim and Gina Hunter de Bessa for comments and help with the English version, and to Carla Aguilar for assistance in data processing and preparation of tables and figures.

2. Concerning levels and trends of fertility in Brazil, see Carvalho and Fernandez (1986), Oliveira and Silva (1986), Carvalho and Wong (1996), Albuquerque and Casares (1996).

In Brazil, as in other countries, the most important proximate determinant of this decline has been the availability and dissemination of highly effective contraceptive methods (Merrick and Berquó, 1983; Silva *et al.*, 1990; Badiani *et al.*, 1997). Brazil, however, presents some unique characteristics. First, no population control or family planning policies were explicitly implemented, even though the government adopted a permissive attitude towards private agents working with this issue (Carvalho and Wong, 1996, p. 383). Second, only two methods – the pill and female sterilization – have been responsible for over two-thirds of contraception. Sterilization is the most widely used method, and its prevalence has grown sharply mainly in the poorest areas of the country.³ Third, until recently, sterilization was not available on demand. It was legally permitted only on medical grounds, or in special circumstances regulated by the Medical Code of Ethics, namely, for cases in which a future pregnancy would pose a health risk for the woman. Repeat cesarean section deliveries are the most frequent risk condition allowing physicians to place women in this category, because the rate of this type of delivery is very high. Doctors tend to adhere to the dogma "once a cesarean, always a cesarean, and three cesareans result in sterilization". Many women even plan another pregnancy in order to obtain a tubal ligation during the surgical delivery. These factors explain, in part, why sixty percent of female sterilizations in Brazil have been performed coterminously with a c-section.⁴

This extensive reliance on female sterilization - an irreversible method that is said to have possible harmful effects on women's physical and mental health - has received special attention in the debate on reproductive health and rights in Brazil.

There seems to be some consensus around the idea that the excessive weight of sterilization in the mix of methods is due to the lack of real access to alternative methods *vis-à-vis* a strong and generalized motivation to limit family size. Some authors, however, go even further stating that sterilization has been abusively and indiscriminately

3. In 1996, 40 percent of all Brazilian married women aged 15-44 were sterilized, representing 52 percent of all contracepting women (Badiani *et al.*, 1997). The prevalence increased from 27 percent to 39 percent between 1986 and 1996 at the national level, from 25 percent to 44 percent in the Northeastern Region, the poorest region of the country, and only from 32 percent to 34 percent in São Paulo, the most developed region (Arruda *et al.*, 1987; Badiani *et al.*, 1997).

4. In this regard see e.g. Rutenberg and Ferraz (1988), Badiani *et al.* (1997).

performed, mainly in women less economically favored and with less access to information (for examples, see Berquó, 1982, 1994; or Barroso, 1984). In this sense, far from being a conscious individual choice, sterilization has been inserted in a context of birth control programs where - together with hormones - only these two highly effective methods have been made available to the population. This limited supply on the part of private and/or public health services may indicate the lack of appropriate family planning services integrated into comprehensive health programs in line with birth control actions *stricto sensu* (see e.g. Berquó, 1982, 1987; Ávila, 1991).

Other studies, on the other hand, have tried to show the sterilization demand component by testing the relation between the use of this method and the social status of those using it. Using the 1986 Brazil Demographic and Health Survey (1986 DHS)⁵, Alencar and Andrade (1989, 1991) found a positive relation between income and education levels and female sterilization, controlled by women's parity and age, for all regions of Brazil. They assume such results indicate the inaccuracy of the hypothesis that sterilization is basically performed in the lower classes of the population, which are more vulnerable to the lack of alternative methods and information. The authors also suggest that, even though sterilization may be considered a precarious and undesirable method, it is relatively more accessible to people with greater information and material resources in countries such as Brazil, where the variety of contraceptive options has not been made available universally (Alencar and Andrade, 1991, p. 16)⁶.

In face of evidence showing the high demand for sterilization, other authors have admitted that most surgeries have been insistently requested by women, and are not the result of direct manipulation or coercion. However, they argue that the reason behind this demand is that women from lower classes in Brazil view sterilization as "the only possible way", the "last resource" against the abandonment they feel regarding reproductive health (Corrêa, 1982; Barroso, 1984; Serruya, 1992; Berquó, 1994).

5. The 1986 DHS was the first national survey about fertility and family planning in the country and was named "Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil, Brasil - 1986".

6. Rutenberg and Ferraz (1988) also present data indicating the increase in the percentage of sterilized women with an ascending scale of socioeconomic classes.

This paper contributes to the discussion surrounding the dissemination of female sterilization in Brazil, adding new approaches to the 1986 DHS data, and examining the recent developments through data from the 1996 DHS⁷. First, we investigate female sterilization in Brazil according to the socioeconomic status of women. We have taken women's education and an indicator of household income⁸ as a proxy of this status, supposing that women of lower socioeconomic levels have less information about and less access to the range of fertility control options available. This situation may, therefore, allow them less freedom of choice and also less access to sterilization. We analyze the independent effect of income and education in order to explore the hypothesis that income level is fundamental to gaining access to sterilization, whereas education is a very important factor to the adoption of alternative methods. Next, based on some characteristics of sterilized women, we explore the hypothesis that, in lower socioeconomic status, sterilization occurs under worse conditions. In other words, we believe women of higher socioeconomic status adopt sterilization after having their desired number of children, at the end of a "contraceptive history" in which they used temporary methods to space births. Among less privileged classes, on the contrary, sterilization may occur before women have had the opportunity of planning and managing the size of their families.

2 - Socioeconomic differentials in female sterilization in Brazil

Table 1 shows, for 1986 and 1996, the distribution of married women⁹ according to their choice of contraceptive method, including those who did not use any method, by income levels.¹⁰ The first relevant observation is that the higher the income, the lower the percentage of women not using any kind of method. Also, between 1986 and

7. In Brazil, "Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996".

8. A scale of socioeconomic classes was built as an indicator of income, based on the ownership of a set of consumer goods, household facilities and education. For more details, see Appendix 1.

9. Throughout this article, "married women" refers to women who reported being in a stable union, whether formal or informal.

10. For the purpose of brevity, from this point forward, we use "income level" and "income" to designate the socioeconomic class scale.

Table 1
 Distribution of current contraceptive users by method, among married women aged 15-44,
 by socioeconomic class. Brazil, 1986 and 1996

Methods	Socioeconomic class ^b - 1986					Socioeconomic class ^b - 1996					Relative change 1986/1996 (%)			
	L	L-M	M	U/U-M	Total	L	L-M	M	U/U-M	Total	L	L-M	M	U/U-M
Not using	50.6	27.9	23.0	21.3	33.8	34.2	20.9	17.3	13.7	21.9	-32.4	-25.1	-24.8	-35.7
Sterilization:														
Female	15.9	28.8	32.2	44.2	26.8	37.4	40.2	37.0	39.3	38.4	135.2	39.6	14.9	-11.1
Male	-	0.5	1.4	3.7	0.8	0.4	1.1	4.1	7.9	2.8	-	120.0	192.9	113.5
Pill	22.7	29.7	26.8	15.0	25.2	19.7	24.4	26.6	19.4	23.3	-13.2	-17.8	-0.7	29.3
Condom	0.6	1.9	2.7	2.4	1.7	1.8	4.1	5.5	8.5	4.6	200.0	115.8	103.7	254.2
Other methods ^a	1.3	2.9	3.7	4.3	2.7	1.4	3.4	3.4	3.8	3.0	7.7	17.2	-8.1	-11.6
Periodic abstinence	2.5	3.1	6.0	7.6	4.0	1.9	2.6	2.8	5.6	2.9	-24.0	-16.1	-53.3	-26.3
Withdrawal	6.4	5.2	4.2	1.5	5.0	3.2	3.3	3.3	1.8	3.1	-50.0	-36.5	-21.4	20.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0				

Source: 1986 and 1996 DHS.

a. Including: IUD, diaphragm, injections and others.

b. L = lower; L-M = lower-middle; M = middle; U/U-M = upper and upper-middle.

Table 2
 Distribution of current contraceptive users by method, among married women aged 15-44,
 by years of schooling. Brazil, 1986 and 1996

Methods	Years of schooling - 1986					Years of schooling - 1996					Relative change 1986/1996 (%)			
	None	1-4	5-7	8 +	Total	None	1-4	5-7	8 +	Total	None	1-4	5-7	8 +
Not using	52.7	36.3	27.1	25.6	33.8	33.5	26.6	21.4	16.0	22.1	-36.4	-26.7	-21.0	-37.5
Sterilization:														
Female	23.8	27.3	26.3	27.2	26.8	47.4	41.2	35.6	35.9	38.5	99.2	50.9	35.4	32.0
Male	-	0.2	0.7	2.4	0.8	0.3	1.6	2.2	4.8	2.9	-	700.0	214.3	100.0
Pill	13.5	23.3	34.1	28.1	25.2	7.7	20.0	28.4	25.7	23.1	-43.0	-14.2	-16.7	-8.5
Condom	0.7	1.3	1.8	2.7	1.7	2.7	2.8	4.6	6.7	4.6	285.7	115.4	155.6	148.1
Other methods ^a	2.0	1.7	3.2	4.9	2.7	2.1	2.4	2.6	4.1	2.8	5.0	41.2	-18.8	-16.3
Periodic abstinence	1.0	3.3	3.1	6.9	4.0	2.2	2.1	1.9	4.3	2.9	120.0	-36.4	-38.7	-37.7
Withdrawal	6.3	6.6	3.7	2.2	5.0	4.1	3.3	3.3	2.5	3.1	-34.9	-50.0	-10.8	13.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0				

Source: 1986 and 1996 DHS.

a. Including: IUD, diaphragm, injections and others.

1996, such percentages presented a decrease of approximately 30 percent in all income levels. In relation to the mix of methods, female sterilization increased. In 1986, the pill was more prevalent than sterilization in the lower classes; in 1996, sterilization became by far the most used method in all income levels. Moreover, female sterilization presented a strong positive relation to income in 1986, demonstrating the importance of purchasing power to gaining access to this method. However, this relationship was not present in 1996, suggesting that this method became available to all socioeconomic groups during this period.

With regard to methods of lower prevalence (condoms, periodic abstinence, withdrawal and others), there is also an important differential by income levels, since they all presuppose knowledge of and/or access to them. During the analyzed period, the use of modern methods (condoms and others) increased, specially the use of condoms, probably as a result of AIDS prevention campaigns.

Table 2 presents the distribution of contraceptive methods according to women's years of schooling (none, up to 4, from 5 to 7, and 8 and above). The trends and relations shown for the set of methods do not substantially differ from those presented in Table 1. The greatest difference is that the weight of sterilization in the set of choices presented no clear positive relation to the level of education, neither in 1986 nor in 1996, when, on the contrary, the relation became clearly negative.

In fact, since data in Tables 1 and 2 include women who did not use any method, the relative importance of each method becomes biased by the general increase of contraception as we go up the scales of both schooling and income levels. When analyzing the charts presented in Figures 1 and 2, which show the mix of methods among women using some kind of method, it is possible to observe that specific sterilization rates decreased with the level of education even in 1986. This trend became stronger in the following decade. On the one hand, this set of data suggests that, at least in 1986, purchasing power was important to gaining access to sterilization. On the other, it suggests that schooling tended to draw women away from this irreversible method, most likely because more knowledge allowed them to choose other contraceptive alternatives.

Figure 1
Mix of methods, among contracepting women, by socioeconomic class.
Brazil, 1986 and 1996

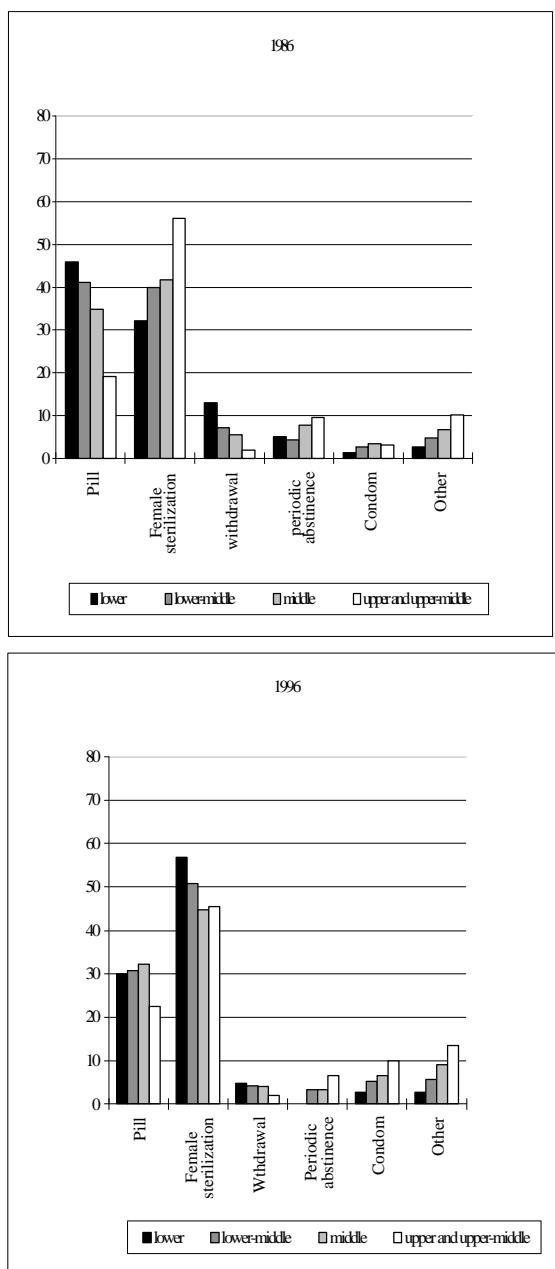


Figure 2
Mix of methods, among contracepting women, by years of schooling.
Brazil, 1986 and 1996

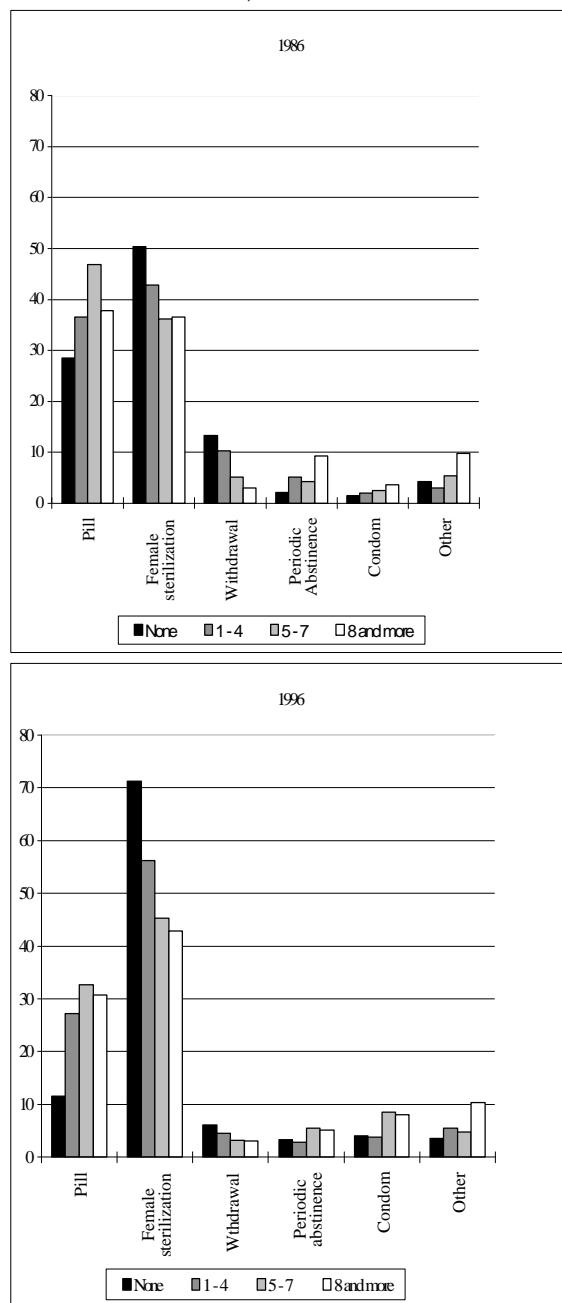


Table 3
 Specific rate of sterilization among married women,
 aged 15-44, currently using contraceptive methods,
 by socioeconomic class and years of schooling.
 Brazil, 1986 and 1996

Socioeconomic class	Years of schooling					Var 1
	None	1-4	5-7	8 +	Total	
1986						
lower	49.9	31.2	16.8	21.5	32.1	-56.9
lower-middle	51.0	45.3	30.8	28.7	39.9	-43.7
middle	51.4	56.4	47.2	29.9	41.8	-41.8
upper and upper-middle	-	76.6	82.3	51.0	56.2	-33.4
Total	50.4	42.9	36.2	36.6	40.5	-27.4
Var 2	-	145.5	389.9	137.2	75.1	
1996						
lower	71.5	56.1	45.5	58.2	56.8	-18.6
lower-middle	72.3	55.0	42.8	47.3	50.8	-34.6
middle	69.8	56.3	44.5	38.7	44.7	-44.6
upper and upper-middle	-	54.1	61.9	43.2	45.5	-20.1
Total	71.2	56.7	56.4	42.7	53.1	-40.0
Var 2	-	-3.6	36.0	-25.8	-19.9	

Source: 1986 and 1996 DHS.

Var 1 = relative difference between the groups with lower and higher education.

Var 2 = relative difference between the "lower" and "upper and upper-middle" groups.

Table 3 presents specific sterilization rates by education according to income levels, thus capturing the de-aggregated effects of one variable controlled by the other. This analysis confirms in a more detailed manner the results of the previous bivariate analyses. There was a positive relation between income level and sterilization prevalence in all levels of education in 1986, but this relation weakened or even disappeared in 1996. The relation between level of education and sterilization, however, was negative in all income strata, both in 1986 and in 1996, with the exception of the lower stratum, in which sterilization rate increased in the group with 8 years of schooling and above in relation to the group with seven years or less. This is possibly due to the

fact that a better educated woman, albeit poor, can find ways other than her own financial resources to gain access to the surgery.¹¹

Although it is quite important to describe the individual behavior of the variables relevant to the scope of this paper, it is also necessary to recognize the probable effects of other variables affecting the findings. Women's age is perhaps the most important of these variables. On the one hand, age increases the likelihood of a woman being sterilized, and on the other, older women tend to present higher income and lower levels of education due to the recent movement for education in Brazil. Therefore, the next section presents a multivariate analysis, including some control variables to test the independent role of income and education on the probability of sterilization.

3 - Multivariate analysis

The multivariate analysis was performed by adjusting logistic regression models to 1986 and 1996 data. In both models, the dependent variable is *Steril*, defining whether women are sterilized or not. As explanatory variables, the following were included:

<i>Class</i>	the same socioeconomic scale used in the previous section, but without grouping them into those four classes. (All 80 classes were used in continuous form.)
<i>Educ</i>	also a continuous variable, in which the level of education was calculated as simple years of schooling.
<i>Region</i>	region of residence, included as a dummy variable with the value of 0 for Central-Southern regions of Brazil, where socioeconomic development is higher; and 1 for the Northern, Northeastern and Central-Eastern regions, where the poorest sector of the population is concentrated.
<i>Age</i>	woman's age in simple years, also as a continuous variable.
<i>Rururb</i>	another dummy variable, where 0 corresponds to residence in urban sectors and 1 to residence in rural sectors.

11. In countries of great income and education inequalities, the representation of people from low-income classes with high levels of education is very small. Therefore, those figures should be interpreted with care.

Nchildr variable indicating parity of women, in number of children ever born.

The results presented in Table 4 reinforce what the previous analyses anticipated, with all coefficients being highly significant (see *p*-values listed in Table).¹² In the two years analyzed, the income level variable showed a *positive* relation, whereas education showed a *negative* relation to the likelihood of a woman being sterilized. Interpreting odd ratios as an increase in the probability of a woman being sterilized, it is possible to state that in 1986 each additional class in the income scale meant a 5 percent increase in the probability of sterilization.¹³ In 1996, the rate of increase dropped to 1 percent. The only difference between these findings and those observed in the univariate analysis of the previous section is that, in 1996, when controlled by other variables, the relation of sterilization with classes becomes positive, although with a value very close to 1. This indicates that the probability of sterilization is not very sensitive to changes of income class.

As for education, results totally confirm the findings of the previous section. In 1986, each additional year of schooling decreased the probability of sterilization in 6 percent, whereas 10 years later, this decrease equaled only 2.5 percent. Therefore, the model of 1996 showed a smaller impact of schooling on sterilization.

The control variables of the model have produced the expected results. Living in the poorest regions of the country had a strong positive effect on sterilization, which increased over time. The negative effect of living in rural areas also decreased between 1986 and 1996. Both results show the regional generalization under way in the dissemination of the method. Age and parity of women, as expected, had a positive effect on the probability of being sterilized. Both effects became stronger in 1996, not because the average age of women at sterilization or parity at sterilization increased (the opposite is shown in the next section), but possibly because such factors became relevant

12. Although there is an obvious relation between the indicator of income and education, the inclusion of an interaction term between the two variables, tested by the authors, did not result in changes in the model significant enough to justify the loss of interpretative ease possible in the model without interactions.

13. It is important to observe that, contrary to how it may appear at first, a 5 percent increase is quite significant, since there are 80 classes among which the probability of sterilization increases to that extent.

Table 4
 Logistic model estimate for the probability of being sterilized,
 among married women, aged 15-44, currently using contraceptive methods.
 Brazil, 1986 and 1996

Variable	1986				1996			
	β	S.E.(β)	p-value	Odds ratio	β	S.E.(β)	p-value	Odds ratio
Class	0.0516	0.0078	0.0000	1.0530	0.0102	0.0048	0.0334	1.0102
Educ	-0.0594	0.0175	0.0007	0.9423	-0.0244	0.0117	0.0361	0.9759
Region (N, NE, C)	0.6875	0.1173	0.0000	1.9887	1.1676	0.0758	0.0000	3.2143
Age	0.0876	0.0090	0.0000	1.0916	0.1127	0.0061	0.0000	1.1193
Rururb (rural)	-0.6270	0.1285	0.0000	0.5342	-0.2202	0.0941	0.0192	0.8023
Nchldr	0.2179	0.0306	0.0000	1.2435	0.5261	0.0312	0.0000	1.6924
Constant	-4.1412	0.2886	0.0000		-5.3618	0.2123	0.0000	

Source: 1986 and 1996 DHS

when all the others explaining the differences among women were minimized.

The results of the multivariate analysis confirm and better qualify the results previously presented. First, it is important to stress that all evidence regarding the role of purchasing power in sterilization is coherent with the hypothesis that, when there is a general motivation for contraceptive use, women who can pay for and who use private medical services have greater access to sterilization than those depending on free public services. The strong correlation between c-sections and postpartum sterilization in Brazil could also partly explain the importance of income for the access to sterilization. Several studies have shown that when c-sections are indicated, doctors tend to perform them more frequently for private patients than for insured patients, and even less so for indigent patients (see Rutenberg and Ferraz, 1988). However, our data shows that, during the period analyzed, there was an expressive reduction in the importance of income as an explanatory factor for sterilization, either because the service has become cheaper or, most likely, because other non-financial forms of access became available to poorer women.

Secondly, contrary signs regarding the effects of income and education on sterilization suggest that, when there is a strong motivation for contraception, sterilization is a function of knowledge of and access to it, among other things, as well as of knowledge of, motivation for and access to other alternative methods. Therefore, formal education may mean knowledge of and motivation for other methods whose use may depend on some form of more elaborated information. Sterilization, on the other hand, in a scenario where there is a limited supply of this service, may depend more on income than on education, since the information requirements for its use are relatively quite simple. The adoption of this method, however, depends on surgical procedures, implying costs. The decrease in the relative importance of education during the period analyzed corroborates all evidence of the wide generalization of the method among Brazilian women.

4 - Some characteristics of sterilized women by income and education

In the previous section, the socioeconomic status of women – shown through indicators of income and education – was related to the use of sterilization. This section attempts to qualify this practice by relating the same socioeconomic indicators to some characteristics regarding the reproductive experience of sterilized women. Such characteristics involve a number of indicators of the reproductive and pre-sterilization contraceptive history, as well as of the perception of women regarding the ability of sterilization to fulfill their expectations. Our assumption is that higher levels of income and education are related to better “sterilization conditions”. Good sterilization conditions refer to cases in which women plan the desired number of children through the use of temporary contraceptive methods, and, upon reaching their ideal family size, deliberately opt for an irreversible method.

This hypothesis may be explored tentatively through the information available in the 1986 and 1996 DHS by using some of the developed indicators presented on Tables 5 and 6.

Pre-sterilization contraceptive history is examined through two approximated indicators, since complete histories are only present in surveys for more recent births, thus excluding most sterilized women. Information on the first contraceptive method used indicates that, in 1986, a significant share of women with a lower level of income (32.2 percent) and education (39.6 percent) did not use any other method before sterilization. This percentage sharply decreased as income and education levels increased. In 1996, the trend remained the same, although it is possible to observe a decrease in the percentages of poorer (26.8 percent) and less educated (32.7 percent) women using sterilization as their first method. One result, however, seems unusual: during this period, there was an increase in the percentage of lower-middle class women with one or more years of education falling within this category.

Among women of higher socioeconomic level, contraceptive use occurred earlier with regard to parity. In 1986, more privileged women (those with higher income and education levels) had on average 2.8 and 2.7 fewer children, respectively, than women with lower income and education levels upon the use of first method. In 1996, there was a decrease in the average parity at first contraceptive use, and in socio

Table 5
Some characteristics of sterilized women according to socioeconomic class. Brazil, 1986 and 1996

Characteristics	Socioeconomic class ^a - 1986				Socioeconomic class ^a - 1996			
	L	L-M	M	U/U-M	L	L-M	M	U/U-M
Percentage of adopters of sterilization as first method (%)	32.2	12.6	11.5	7.7	26.8	15.5	9.2	3.7
Mean parity at first contraceptive use	3.4	1.8	1.2	0.6	2.2	1.3	0.8	0.3
Interval between first union and first birth:								
percentage with a negative interval	11.2	10.1	4.5	2.7	16.5	11.2	8.2	5.5
mean interval (in months)	15.2	14.9	17.7	21.1	19.7	18.4	18.8	23.1
Parity at sterilization:								
mean parity	5.5	4.2	3.4	2.9	4.3	3.4	2.9	2.6
percentage of women with 4 and more children	72.1	52.0	35.9	17.3	55.3	37.4	23.0	10.6
Median age at sterilization	29.0	28.9	29.4	29.6	27.3	27.0	27.3	27.8
Mean interval between first birth and sterilization (in months)	116.9	109.6	95.5	80.3	99.4	89.7	88.1	77.1
Mean interval between births	21.7	28.0	29.2	27.7	23.6	26.8	30.7	30.3
Difference between number of living children and ideal number of children:								
living children equal ideal	22.3	34.8	44.8	53.5	30.6	40.2	49.7	64.9
living children greater than ideal	45.2	39.4	24.1	17.7	46.5	39.2	28.0	17.3
living children less than ideal	32.5	25.8	31.1	28.8	22.9	20.6	22.2	17.8

Source: 1986 and 1996 DHS.

a. L = lower; L-M = lower-middle; M = middle; U/U-M = upper and upper-middle.

Table 6
Some characteristics of sterilized women according to years of schooling. Brazil, 1986 and 1996

Characteristics	Years of schooling - 1986				Years of schooling - 1996			
	None	1-4	5-7	8 +	None	1-4	5-7	8 +
Percentage of adopters of sterilization as first method (%)	39.6	17.3	9.6	7.2	32.7	18.5	12.7	8.2
Mean parity at first contraceptive use	3.4	2.2	1.2	0.7	2.9	1.6	1.0	0.6
Interval between first union and first birth:								
percentage with a negative interval	9.7	9.3	5.4	4.8	13.5	11.4	13.1	7.8
mean interval (in months)	17.6	15.4	17.6	19.5	19.6	20.0	16.7	20.1
Parity at sterilization:								
mean parity	5.7	4.4	3.4	3.0	4.7	3.8	3.2	2.7
percentage of women with 4 and more children	65.8	58.5	34.5	22.1	69.4	44.2	31.5	14.0
Median age at sterilization	31.2	29.4	28.5	28.8	27.3	27.4	26.7	27.4
Mean interval between first birth and sterilization (in months)	134.8	112.5	96.1	74.9	115.5	100.1	87.2	73.5
Mean interval between births	25.6	27.2	30.1	24.9	23.8	28.0	28.5	27.6
Difference between number of living children and ideal number of children:								
living children equal ideal	17.3	31.7	49.4	50.0	25.1	38.4	39.1	58.2
living children greater than ideal	48.2	41.5	28.5	21.2	51.8	39.1	39.7	22.3
living children less than ideal	34.5	26.8	22.1	28.8	23.1	22.5	21.2	19.5

Source: 1986 and 1996 DHS.

economic level (the difference of parity between women at a higher position and those at a lower position in the scales of income and education was 1.9 and 2.3, respectively).

A second group of indicators is used to examine time intervals between some significant reproductive events, as well as some characteristics of women at sterilization. These factors may be considered indirect indicators of the use of temporary methods before sterilization, or of the control exercised by women over the reproductive process. There are important differences also regarding this aspect.

When associating the first birth with the first union, it is possible to observe that the percentage of women who had children before marriage decreased with the increase of income and education, both in 1986 and 1996. However, all percentages increased during this 10-year period, which is compatible with evidence of growth in the number of teenage pregnancies in Brazil. On the other hand, during this same period, the average intervals between the first union and the first birth after marriage grew for all social groups, probably due to the higher use of temporary methods early during marriage.

Both parity and average age at sterilization declined during the period for all social groups, but the most impressive result is the existence of a great socioeconomic disparity among indicators of parity at sterilization, which altered only slightly between 1986 and 1996. Average spacing among births,¹⁴ which could indirectly indicate control over reproduction, also presented important socioeconomic differentials which hardly changed during the period analyzed.

Finally, through the difference between the ideal number of children and parity at sterilization, we have tried to assess information related to the perception of women as to the adequacy of the moment they were sterilized. The degree of coincidence between parity reached and ideal number of children declared varied positively with both income and education. Also, the percentages grew during the decade for all social groups, improving absolute positions without altering relative ones. This is a significant result, even if we admit that the concept of "ideal number of children" is somewhat vague due to the difficulty of distinguishing between desire (abstract) and intention (guide to action).

14. This is an indicator developed from the ratio between the average interval after the first birth to sterilization and the actual number of children delivered.

The analysis of these indicators is still far from conclusive, since they involve behavior patterns that are difficult to classify. Nevertheless, it seems clear that there are obvious socioeconomic differentials in all indicators of sterilization conditions. Also, every one of these differentials favor women of higher income and education levels. If, on the one hand, changes that occurred between 1986 and 1996 pointed to an improvement of most indicators, on the other hand, they also undoubtedly showed that socioeconomic differentials still exist.

5 – Conclusion

Above all, the findings of this study demonstrate that better socioeconomic status implies a wider range of possibilities regarding the use of alternative contraceptive methods, which seem to fundamentally depend on the access to information, appropriate knowledge and control over the very mechanisms of reproduction.

When testing the relation between prevalence of female sterilization and indicators of the socioeconomic conditions of women, we have discovered that the importance of sterilization in the mix of contraceptive choices tends to increase with income and decrease with education. We have also observed that both variables tended to decrease in importance between 1986 and 1996. With the significant increase of sterilization practices during this period, this fact demonstrates the process of expansion and generalization of the method throughout all socioeconomic strata.

Assuming the positive relation between purchasing power and sterilization shows the importance of the role of demand for this method in Brazil, the remaining evidence presented here demonstrates that the considerable restrictions of supply cause women of lower socioeconomic strata to be twice penalized by the practice of sterilization: firstly, by its restricted access and, secondly, and above all, by the relative situation of what we have called here “sterilization conditions”.

Since socioeconomic differentials of the use of sterilization decreased between the two years analyzed, the existence of socioeconomic differentials regarding “sterilization conditions” may indicate an even more perverse situation. If women who were sterilized because they had greater access to the procedure were also those who could have sterilized in better conditions, all evidence indicates that the dis-

semination of the method implies greater possibilities of access for less privileged women, without however guaranteeing good conditions of choice.

The situation indicates that a greater number of women, with less and less economic, social or geographic distinctions, tend to be sterilized earlier, sometimes even without having had the chance to delay or space births, that is, to plan the size of their family. Within this context, family planning policies are critical to ensure that the practice of sterilization will no longer be used simply as a contraceptive method to guarantee a rapid fertility decline in Brazil. It may then become an appropriate choice once the desired number of children has been reached and temporary methods have been used to space the number of births.

Appendix 1 **Observations on the socioeconomic classification employed**

The variable of income, usually the first alternative as a socioeconomic indicator, could not be used in the present work because it was only available for the year of 1986, thus making impossible a comparison between the two years analyzed.

Therefore, as a proxy of the variable of income, it was used a socioeconomic scale, developed by the Brazilian Association of Market Research, to the study of the consumer market in Brazil.¹⁵ This scale tries to define socioeconomic classes according to variables capable of discriminating the extent to which households of different social groups have the capacity to consume goods. The idea inherent to this definition is that being apt to consume implies not only having consumer power but also cultural conditions and a lifestyle predisposing to the consumption of goods.

The choice of variables to compose this scale was based on a specific research gathering data on family income and the ownership of consumer goods, household facilities and education. These variables were submitted to stepwise regression analyses in order to determine their degree of correlation with the variable of family income, resulting in the selection of the following items: TV, radio, bathroom, car, domestic employee, vacuum cleaner, wash-

15. The methodology used may be found in *Mercado Global*, Jan./Feb., 1984.

ing machine and head of household level of education.¹⁶ The socioeconomic scale was constituted as the weighed sum of these variables (considering not only their existence but also their respective quantities). The weight of each one was proportional to their coefficient in the multiple regression, according to the following table:

System of points

Item	Points						
	Do not have	Have					
		1	2	3	4	5	6 +
Television	0	2	4	6	8	10	12
Radio	0	1	2	3	4	5	6
Bathroom	0	2	4	6	8	10	12
Automobile	0	4	8	12	16	16	16
Maid	0	6	12	18	24	24	24
Vacuum cleaner	0	5	5	5	5	5	5
Washing machine	0	2	2	2	2	2	2

Husband's level of education	Points
Illiterate/incomplete primary school	0
Complete primary/incomplete middle school	3
Middle school complete/incomplete high school	5
Higher education complete	10

At the end, 5 classes were established based on the total punctuation of the household, according to the following:

Classes	Points
Upper	35 or more
Upper-middle	21 a 34
Middle	10 a 20
Lower-middle	05 a 09
Lower	00 a 04

16. Since 98 percent of households were headed by the husband, and our interest was to examine the effect of women's education on sterilization, we used husband's income instead of head of household income.

As an example, let's consider a household with one domestic employee, two TV sets, two radios, one car, one washing machine, one vacuum cleaner and two bathrooms, and in which the husband has completed higher education. The total number of points reached is 37, being the household classified as belonging to the "Upper" class.

In another household, with one bathroom, one washing machine, one TV set and two radios, the husband has a high school level of education. The total number of points reached is 9, thus falling into the "Lower-middle" class.

References

- ALBUQUERQUE, F., and CASARES, M. (1996), "Níveis e padrões da fecundidade com base nos nascidos vivos provenientes do registro civil - Brasil, grandes regiões e unidades da federação - 1980 - 1995", *Componentes da dinâmica demográfica brasileira: textos selecionados*, Rio de Janeiro, p. 47-80.
- ALENCAR, J. A., and ANDRADE, E. C. (1989), "A esterilização feminina no Brasil", *Anais do Encontro Nacional de Economia*, Fortaleza, ANPEC, p. 1051-1070.
- ALENCAR, J. A., and ANDRADE, E. C. (1991), *A esterilização feminina no Brasil: diferenças sócio-econômicas, individuais e regionais*, Rio de Janeiro, UERJ/ UFF (Relatórios de pesquisa e desenvolvimento, 9).
- ARRUDA, J. M., et al. (1987), *Pesquisa nacional sobre saúde materno infantil e planejamento familiar, Brasil 1986*, Rio de Janeiro, BENFAM and IDR.
- ÁVILA, M. B. M. (1991), "Direitos reprodutivos e cidadania", *Tempo e Presença*, São Paulo, vol. 13, no. 256, p. 5-9.
- BADIANI, R., et al. (1997), *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*, Rio de Janeiro, BENFAM-DHS.
- BARROSO, C. (1984), "Esterilização feminina: liberdade e opressão", *Revista Saúde Pública*, São Paulo, no. 18, p. 170-180.
- BERQUÓ, Elza (1982), "Os corpos silenciados", *Novos Estudos do CEBRAP*, São Paulo, CEBRAP, vol. 1, no. 3, p. 46-49.
- BERQUÓ, Elza (1987), "Sobre a política de planejamento familiar no Brasil", *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, ABEP, vol. 4, no. 1, p. 95-103.
- BERQUÓ, Elza (1994), "Uma queda (cirúrgica) na fecundidade", *Imprensa*, São Paulo, ano VII, no. 76, p. 16-20.

- CARVALHO, J., and FERNANDEZ, R. (1986), "A evolução da fecundidade no Brasil, período: 1957-1979", *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, vol. 3, no. 2, p. 67-86.
- CARVALHO, J. A. M., and WONG, L. R. (1996), "Fertility Transition in Brazil: Causes and Consequences", in: J. L. Guzman *et al.* (org.), *The Fertility Transition in Latin America*, Oxford, Clarendon Press, p. 373-396.
- CORRÊA, S. (coord.) (1982), *Causas e condições da esterilização feminina voluntária na Região Metropolitana de Recife*, Recife, SOS Corpo (Relatório de pesquisa).
- MERRICK, T., and BERQUÓ, E. (1983), "The Determinants Of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility", Washington, National Academy Press, (Committee on Population and Demography, report no. 23).
- OLIVEIRA, L. A. P., and SILVA, N. L. P. (1986), "Tendências da fecundidade nos primeiros anos da década de 80", in: *Anais do V Encontro Nacional de Estudos Popacionais*, Águas de São Pedro, ABEP, vol. 1, p. 213-232.
- RUTENBERG, Naomi, and FERRAZ, E. A. (1988), "Female Sterilization and Its Demographic Impact in Brazil", *International Family Planning Perspectives*, New York, vol. 14, no. 2, p. 61-68.
- SERRUYA, S. (1992), "Ligaçao de trompas e o imaginário feminino", in: *Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Popacionais*, Olinda, ABEP, vol. 2, p. 43-59.
- SILVA, N., HENRIQUES, M. H., and SOUZA, A. (1990), *An Analysis of Reproductive Behavior in Brazil* (Demographic and Health Survey Further Analysis Series, 6).

**POVERTY,
FAMILY PLANNING AND FERTILITY
VIS-A-VIS MANAGEMENT
OF FAMILY PLANNING SERVICES
IN INDIA.
A CASE STUDY**

Devendra KOTHARI and S. KRISHNASWAMY

*Indian Institute of Health Management Research (IIHMR)
Jaipur, India¹*

1 - Introduction

Despite intensive research during the last five decades or so on the determinants of fertility transition (see Mason, 1997), researchers have not yet attained a comprehensive understanding regarding the interaction of development, family planning and fertility. The population and development debate which began at the World Population Conference in Bucharest in 1974 has continued over the years even after the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD), Cairo. The basic premise of the debate has been that poverty is a major inhibiting factor, nullifying attempts to improve the quality of life which is a prerequisite to achieve the fertility level required to effect the demographic transition. Thus, the argument has centered around the slogan: "*Development is the best contraceptive*".

1. The authors are thankful to K. V. Krishnan and Anoop Khanna of IIHMR for helping in analysis of the data and Prof. G. R. Rao for review of an earlier draft.

Is broad based development the only way to facilitate reduction in fertility? It has been observed that, sometimes, economic crisis or poverty has also led to lowered fertility levels. For example in Asian and Latin American countries where most of the world's absolute poor live, though their size has declined only marginally over time. A World Bank estimate reveals that in the ESCAP region, which had 77% of the world's poor in 1987, the proportion had declined marginally to a level of 73% in 1993 (Ahuja *et al.*, 1997). As such, it has been argued that socio-economic development is not the only precondition for achieving fertility decline. Even those who believe that "development is the best contraceptive" now concede that several other conditions can expedite fertility decline in low income countries with high fertility. Bangladesh belongs to a group of countries with persistent and widespread poverty in which the beginnings of fertility decline have been recorded. It has been argued that this decline has taken place in spite of the absence of any visibly significant socio-economic changes (Kantner *et al.*, 1995; Egero, 1996; Razzaque, 1996). In Bangladesh with more than 80% of its population classified as absolutely poor in 1975-1976 (Alamgir and Ahmed, 1988), the total fertility rate has gone down from 7 children per woman in 1975 to 3.3 children per woman in 1998 (PRB, 1998). The population growth rate declined from 2.7% per annum during the 1980s to 1.7% during the late 1990s under a democratic regime. A similar phenomenon has been observed in urban Latin America as well (Sadik, 1991). In the 1980s, a significant decrease in birth rates was also observed in the poorer strata and in the most backward areas of Latin America despite the absence of any significant socio-economic development (Cosio-Zavala, 1996). Thus, during the last three decades, the fertility level in many low income countries has fallen significantly. For example, the average total fertility rate in countries with low income economies decreased from 6.3 in 1965 to 3.8 in 1990. The decline was more than average in East and South-East Asian countries, and less than average in African countries. The fertility decline in some of these countries was much sharper than could be predicted from their achievements in income growth and industrialisation (Nag, 1993). In the context of fertility decline in low income countries, some in-depth studies over the last thirty years have enabled us to understand fertility transition amongst the poorest strata of society where fertility, which had remained high so far, is beginning to decline under the effect of economic crises, even in the absence of education, due to

unemployment, decline in the standard of living, and lack of food security, all of which lead to what can be called as "Poverty Malthusianism" (Cosio-Zavala, 1995). It shows, therefore, that it is possible to achieve lower fertility even among people in abject poverty, and deprived of access to basic educational, health and other socio-economic services.

Most of those who believe in such a possibility argue that improved access to family planning services has contributed significantly to this new emerging pattern (Egero, 1996; Adnan, 1998). But, the precise mechanism through which such a shift takes place in various settings is yet to be probed to enhance our understanding of what gives an impetus to fertility change at the micro-level. The IUSSP Seminar on Demography and Poverty (Florence, 1995), which discussed "Demographic Behaviour and Poverty" also admits that family planning within the context of poverty or economic crisis has not yet become a subject of in-depth discussion, while the increasing use of contraceptive methods among the poor is a major determinant of recent decline in fertility in many low income countries. It is, therefore, necessary to examine the determinants in order to understand the conditions under which poverty and economic crisis act to accelerate adoption of family planning, resulting in fertility reduction. This raises an important question: Can sheer poverty or economic crisis by itself push fertility down? If not, what are the other factors which induce the poor to limit their family size? The aim of this paper is to focus on the process of poverty or economic crisis acting as an agent in bringing about fertility decline. This process is discussed in this paper by using the findings of a case study to identify the ways to increase use of contraception among the poor strata of society. Since the main objective of the case study was not to focus on the mechanism of poverty inducing people to adopt the small family norm, secondary data has been used to elaborate the interaction between poverty and fertility in support of the findings of the case study. The following section provides a profile of the study area and how family planning services are being redesigned there to meet clients' needs, Section 3 discusses as to how poverty is measured, Section 4 spells out the findings of the case study on contraceptive use and Section 5 discusses the possible mechanism of the interaction between poverty, family planning and fertility. The last Section summarises the salient findings.

2 – The case study

This paper is based on a case study carried out in the state of Rajasthan located in the north-western part of India. Rajasthan, one of the less developed states in India, has a total land area of 340,000 sq. km. with a population of 44 million (1991), accounting for 10.4% of the total area of the country and 5.2% of its population. Although the rates of growth of population have fallen, absolute numbers are increasing by more than 1.2 million persons annually, with a total fertility rate of 4.5 children per woman - more than double the replacement level fertility. The state had already crossed the 50 million mark by mid-1996.

This case study is based on the field experience of implementing the family planning programme under the *Vikalp* framework (Kothari *et al.*, 1997a). *Vikalp*, meaning "alternative" in Sanskrit, is a system-based service delivery model which provides a comprehensive framework for managing the family planning programme in the broader context of reproductive health to achieve excellence in meeting the needs of clients, thus trying to implement the recommendations of the Programme of Action (PoA) adopted at the 1994 ICPD, Cairo. The PoA specifically states that "the aim of the family planning programme must be to enable couples and individuals to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information and means to do so and to ensure informed choices and make available a full range of safe and effective methods" (UNFPA, 1995). The PoA, thus, rests on the assumption that individuals, even those belonging to the poorer strata of society, will control and limit their fertility when empowered and offered access to quality services, thus helping to achieve the goal of population stabilisation.

The *Vikalp* framework is based on a simple tenet: "Help those wanting to avail themselves of reproductive health services." There is no compulsion and no top-down targets. It is just a well managed programme, carried out with the help of an appropriate service delivery system in order to serve every couple in the reproductive age interested in spacing or limiting child bearing, and/or enhancing child survival, and preventing maternal mortality and morbidity including RTI and STI. Devised by the Indian Institute of Health Management Research (IIHMR, Jaipur, India), it is currently being implemented by the Government of Rajasthan in two of its districts - Tonk and Dausa - under

the *Vikalp* Project. This was formally launched in April 1995, and since then, the overall performance of family planning has improved remarkably. The quality of services, in terms of client satisfaction, continuation of spacing methods, level of client-worker interaction, etc., has improved (Rai, 1997).

In the *Vikalp* districts, the service delivery was redesigned in such a way that it became client-centered and the quality family planning services were made available to all those who had a need. For this, appropriate changes were made in the service delivery system. A micro-planning procedure, based on client segmentation, was followed to identify those who have a need for family planning and reproductive health services. The client segmentation process enables the worker at the grassroots level to have a clear picture of the service population and the inputs needed, allowing for a bottom-up approach to service delivery that reflects clients' needs. Workers were provided with a Service Delivery Booklet which contains the names and addresses along with other background information of those couples needing a particular service such as antenatal care (ANC), postnatal care (PNC) or family planning. The grassroots level workers known as Auxiliary Nurse-Midwives (ANM) working at the sub-centre level² were asked to contact these couples and provide them necessary information and services. A system of improved supportive supervision to ensure at least two contacts in a year with such couples was introduced with proper follow-ups to improve the rate of retention of spacing methods. An internal monitoring system was introduced to check the reliability of the information provided by the workers at various levels. Thus, the main of the *Vikalp* Project was to how to operationalise existing unmet need for family planning services into demand (Kothari *et al.*, 1997b).

This paper uses the data from one of the project districts, i.e. Tonk. This district shares its boundaries with Jaipur district, in which the capital of Rajasthan is located. It is one of the less developed dis-

2. Mainly, it is the Government or the public sector which provides family planning and maternal and child health services in India. In the rural areas, these services are provided through a tiered network of sub-centres, primary health centres and community health centres. The Government's present policy is to provide for 3,000-5,000 population a sub-centre with at least one female health worker known as Auxiliary Nurse-Midwife (ANM), for every 20,000-30,000 population a primary health centre with at least one doctor, and for around 100,000 population a community health centre with a group of specialists.

tricts of the state in terms of both socio-economic and demographic indicators. It is small, rural and densely populated and has high fertility. A sizeable proportion of the population belong to Scheduled Castes (20%) and Scheduled Tribes (12%), who constitute the poorest strata of the society. As per 1991 Census, the population of the district was around one million. Though Tonk has registered a relatively higher birth rate (38 during 1984-1990) compared to the state (37), its annual growth rate was lower than the state average (2.2% per annum as against 2.5% during 1981-1991), due to heavy out-migration to the adjoining district of Jaipur. The literacy level among both the sexes in the district was lower than the state average, and the difference was more pronounced among the females (15% compared to 20% in the state). Per capita income of the district (at current prices) was also lower (Rs. 6,375) against the state average (Rs. 6,958) in the year 1995-1996.

3 – Measuring poverty

The *Vikalp* project was not designed to include specifically a study of the interaction of poverty, family planning and fertility. The main objective was to improve the management of the service delivery system by using the *Vikalp* framework in catering to clients' unmet need by improving access to family planning information and services. Since the study did not collect data on poverty *per se*, caste (*jati*) has been used as a proxy variable since caste and class go together in the rural Indian context. 'Caste' is defined as "a system of rigid stratification characterised by hereditary status, endogamy, and social barriers sanctioned by custom, law or religion" (*Webster's New Collegiate Dictionary*, 1975). Even though the caste system is undergoing some changes in India, there is a strong relationship in rural India between one's position in the caste structure and that in the socio-economic class hierarchy. "There is a broad correspondence between caste and class at the two extremes, because the system as a whole tends to rigidify income differentials by restricting certain assets and skills" (Raj, 1961).

The population of the study area has been divided into three broad categories: Scheduled Castes (SCs), Scheduled Tribes (STs) and

Other Castes³ or Non-SC/ST category. The first two groups could be considered as socially and economically deprived sections of the society, as their average monthly per capita consumption, as compared to that of Non-SC/ST category is very low. The National Sample Survey Organisation (NSSO) periodically collects important information about the levels and patterns of consumption of different socio-economic groups. According to the 45th round, conducted in 1987-1988, among rural households, SC and ST households had a much lower average monthly per capita expenditure (MPCE) than the average for the Non-SC/ST households. The disparity between SC/ST and Non-SC/ST households seems to be of the same order as in urban India, as seen in Table 1. The same pattern was observed in Rajasthan where Non-SC/ST households had a higher average MPCE than SC/ST households.

Table 1
Average monthly per capita expenditure by caste:
India and Rajasthan, 1987-1988 (in Indian rupees)

Residence	Scheduled Castes	Scheduled Tribes	Non-SC/ST Castes	All Caste Groups
<i>India</i>				
Rural	133	123	169	157
Urban	185	201	256	245
<i>Rajasthan</i>				
Rural	160	125	190	173
Urban	207	252	272	245

Source: National Sample Survey, 45th Round (July 1987-June 1988), *Sarvekshana*, vol. XVIII, no. 2, NSSO, 1993.

Agriculture being the mainstay of rural India, land is the most important asset. According to the National Sample Survey (NSS) data, the

3. The Government of India has identified certain castes and tribes as socially and economically backward, and recognised the need to protect them from all forms of violence, social injustice and exploitation; they are categorised as Scheduled Castes and Scheduled Tribes. According to the 1991 Census, they account for 17% and 8%, respectively, of the total population of India.

distribution of households by land holding is generally a good indicator of the level of living of rural households since there is a rising trend in the monthly per capita expenditure with the increasing size of land holding. The NSS data on land ownership by caste as shown in Table 2 indicates that a larger proportion of SC population was in the lowest size category than the other groups, and thus possessed a much lower average land area per household than the ST and Non-SC/ST households. The average land possessed by an SC household is less than 0.5 hectare, whereas an ST household has more than twice that of an SC household, which can be explained by the fact that ST populations live in the relatively most inhospitable terrain, which naturally inflate the average size of the land holding. Table 2 also indicates that more than 62% SC households as compared to 24% among the Non-SC/ST, possess less than 0.4 hectare. In the land size category of 1 hectare or more, there are more Non-SC/ST households as compared to SC and ST households. On the basis of the above, it is safe to conclude that SC and ST groups belong to the poorer strata of the society, and most of them can be classified as absolute poor.

Table 2
Distribution of households by size of land holding by caste:
Rural India, 1991-1992

Size of land holding (in hectares)	Scheduled Castes	Scheduled Tribes	Non SC/ST Castes	All Caste Groups
Nil	8.1	7.3	10.8	8.2
< 0.40	61.7	33.7	24.3	43.2
0.41-1.00	16.5	25.4	19.2	20.5
>1.00	13.7	33.6	45.7	28.1
All classes	100.0	100.0	100.0	100.0
Average land per household	0.48	1.0	1.2	1.0

Source: National Sample Survey, 48th Round (June 1991-July 1992), *Sarvekshana*, vol. XX, no. 2, NSSO, 1995.

The head count ratio (HCR) in the population group gives the prevalence of poverty, also known as absolute poverty. This is simply

expressed as the percentage of population living below the poverty line. The poverty line, cut off at current prices for 1987-1988 was Rs 131.60 for rural areas and Rs 151.83 for urban areas respectively (NSSO,1993). As such, most of the SC and ST households can be classified as belonging to the poorest strata of the society based on the data on MPCE presented in Table 1. As per another source, estimated poverty head counts for SCs and STs are 51 and 57% respectively for the year 1983-1984 as shown in Table 3. Further, according to a survey conducted in rural West Bengal, by using official definition of poverty (i.e. intake of less than 2,250 calories and 45 grams of protein per person per day), it was concluded that Scheduled Caste and Scheduled Tribe populations have much more than their proportionate share in the poor section (Maitra, 1988). Thus, the use of caste as a proxy variable for poverty is justified.

Table 3
Population below poverty line by caste: India, 1983-1984

Residence	Scheduled Castes	Scheduled Tribes	All Castes
Rural	53.1	58.4	40.1
Urban	40.4	39.9	28.1
All	50.9	57.1	37.4

Source: Government of India, Indian Economy - Statistical Year Book, 1997.

The study population under the *Vikalp* project covered all eligible couples (15-49 years of age) residing in the rural areas of Tonk district, and in April 1995, the beginning of the project, it stood as revealed by the Eligible Couple Survey, at 150,816. This survey is repeated at the beginning of each financial year. These eligible couples are classified under three major groups: Scheduled Castes, Scheduled Tribes and 'Other Castes' or Non-SC/ST castes. The distribution of all eligible couples in the district by caste is given in Table 4. Around 35% of the total population of the study area have been classified as SCs (21%) and STs (14%). Out of the total eligible couples, there were 56,000 belonging to SCs and STs together and most of them were agricultural labourers, artisans and casual workers. Some of them were cultivators,

but most of them were small and marginal farmers. Average land holding among them was less than 0.5 hectare and quite a good number of the households had at least one person working in an urban area.

Table 4
Distribution of population and eligible couples by caste:
Rural Tonk, 1995-1997 (in '000)

Caste	Population			Eligible Couples		
	1995	1996	1997	1995	1996	1997
Scheduled Castes	177.3	180.0	182.7	32.5	33.2	33.3
Scheduled Tribes	123.4	125.3	126.4	23.5	23.8	24.1
Non SC/ST Castes	549.0	557.5	567.3	94.7	96.0	96.7
Total	849.7	862.8	876.4	150.7	153.0	154.1

Source: Eligible Couples Survey, Tonk District, 1995, 1996 and 1997.

4 - Findings

This section describes the salient findings from the study area. Table 5 provides data on eligible couples with unmet need for family planning services and contraceptive prevalence rate (CPR, i.e. percentage of total eligible couples practising some modern method), by caste, during the first two years of the *Vikalp* project. When this project began in April 1995, the CPR among the SC/ST couples in the district, as obtained from the Eligible Couple Survey, was low as compared to Non-SC/ST couples (27% as against 36%). Most of the SC/ST couples had adopted sterilisation (80%) and the remaining were using spacing methods. The survey also revealed that the level of unmet need for family planning services among these two low socio-economic groups was sizeable. A standard definition, developed principally by Charles Westoff (1988) and later adopted by the National Family Health Survey 1992-1993 (NFHS, 1995), was used to estimate the level of unmet need for family planning services in the district. In 1995, in all, 17% of currently married women in the reproductive ages in the rural areas of Tonk district had an unmet need for family planning ser-

vices, i.e. they were not using any contraception even though they did not want any more children, or wanted to wait at least for two years before having their next child. The table also reveals that there was very little difference across caste groups, despite SC couples reporting a slightly higher unmet need as compared to others. Of the total unmet need couples, 40% were from SC/ST castes, and their share among the total population was around 35%. Thus, out of a total of 26,000 eligible couples having unmet need in the district, about 10,000 were from SC/ST castes.

Table 5
Eligible couples by unmet need for family planning services
and contraceptive prevalence rate: Rural Tonk, 1995-1997

Caste	Number of couples with unmet need for family planning services			Contraceptive prevalence rate ^a (per cent)		
	1995	1996	1997	1995	1996	1997
Scheduled Castes	6015 (18.4) ^b	4534 (13.6)	4300 (12.9)	27.5	34.9	41.8
Scheduled Tribes	4229 (16.60)	3376 (14.2)	3626 (15.0)	26.6	35.3	42.7
Other Castes	15574 (16.4)	11980 (12.5)	11241 (11.6)	36.1	42.7	47.6
Total	25818 (17.10)	19890 (13.0)	19167 (12.4)	33.1	39.7	45.6

a. Contraceptive prevalence rate: per cent of total eligible couples using some modern method.
b. Figures in parentheses show percentages of total eligible couples in the respective caste groups.

Source: Eligible Couples Survey, Tonk District, 1995, 1996 and 1997.

By the end of the first year, i.e. 1996, the CPR in these two groups - SCs and STs - had increased remarkably, and a significant improvement was observed in the following year. Though an increasing trend was observed in the Non-SC/ST category also, the rate of increase among the poorer strata was much higher, especially during the second year of operation (1996-1997). This is seen in Table 5. The use of

modern family planning methods (including male and female sterilisation, IUD, pills and condoms) among SC/ST castes increased from 27% in 1995 to 42% in 1997, and the corresponding figures for Non-SC/ST castes were 36% and 48% respectively. Thus, the gap between the SC/ST and the Non-SC/ST categories in the use of contraception had narrowed down, thereby indicating the tendency of the poor strata to follow the mainstream.

During the period under consideration, there was a decline in fertility in the project area. Table 6 shows that when the programme was launched in 1995, the total marital fertility rate (TMFR: mean number of children that would be born to a married woman if she experienced the current fertility pattern throughout her reproductive span, i.e. 15-49) in the district was 5.7, and the corresponding figures were 6.5 among SCs and 7.0 among STs, which were much higher than among the Non-SC/ST category (5.0). Thus, the pace of fertility decline was higher among the SC/ST castes as compared to the Non-SC/ST category.

Table 6
Trends in total marital fertility rate by caste groups:
Rural Tonk, 1995-1997 (as of April 1st)

Groups	1995	1996	1997
Scheduled Castes	6.5	6.0	5.2
Scheduled Tribes	7.0	5.9	5.3
Non SC/ST	5.0	4.8	4.3
Total	5.6	5.2	4.6

Source: Based on information obtained from Eligible Couple Surveys,
Tonk District, 1995, 1996 and 1997.

5 – Discussion

How did this turn around in the fertility level among the poor strata in the project area come about? Historically, there is no demonstrated evidence to show that sheer poverty by itself is a sufficient condition to induce the poor to adopt the small family norm. On the contrary, evidence which suggests that poverty generates high fertility has been put forward (Cain, 1977; Arthur and McNicoll, 1978; Adnan,

1998). Obviously, there is a certain threshold to be reached before people from the poor strata of society perceive that high population growth and large family size have adverse effects on their standard of living. The threshold here refers to the value of children, especially its economic dimension, to the household. When children become less worthwhile economically, parents would want fewer children, a process that Caldwell calls "reversal of intrafamilial wealth flow" (Caldwell, 1982a). Once this threshold is reached, the poor will begin the process of internalising the perception that the small family norm is good for them. This, in turn, would generate unmet need for family planning services. At this juncture, if the service delivery system is moulded in such a way that it is pro-poor, especially pro-women, and is capable of helping them to achieve their desire for the small family norm, the greater chances of their going in for family planning are generated. This means that reaching the threshold in itself will not trigger fertility decline, but will have to be supplemented by an effective client-oriented service delivery system. This is what precisely has happened in the study area. In the discussion that follows, an attempt is made to describe this process in detail.

The analysis of poverty and inequality has a long history in India (Srinivasan and Bardhan, 1988). Long before the analyses of poverty became fashionable, the Planning Commission of India in the early 1960s, advanced a measure of absolute poverty. This was based on the consumption basket of the poor, and led to the target of ensuring for them a daily supply of 2,250 calories per capita. Based on this definition, Ahluwalia estimated that more than 55% of India's population were below poverty line in the mid-1960s⁴ (as quoted in Bhalla and Vashistha, 1988), and most of them belonged to the disadvantaged sections of society. Elimination of poverty has therefore been the primary objective of India's developmental efforts from the very beginning, and they have been aimed at conferring income and employment benefits on the disadvantaged. For this purpose, a number of schemes which have "safety net" features were introduced. Thus, India's anti-

4. According to the Expert Group on Estimation of Poverty and Number of Poor, about 52% of the population in 1977-1978 were living on meagre resources, barely adequate to meet daily individual nutritional requirements, and therefore classified as absolute poor. The poverty levels have shown a marginal decline. In 1993-1994 about 38% of the population was classified as living below the poverty line as against 48% in 1977-1978 (Government of India, 1993).

poverty strategy relied mainly upon increased expenditures on schemes such as Integrated Rural Development Programme (IRDP), National Rural Employment Programme (NREP), Rural Landless Employment Guarantee Programme (RLEGP), Minimum Needs Programme (MNP), etc. All these were initiated before the 1970s, and a sizeable amount has been spent on them⁵ (World Bank, 1989). Thus, long before international agencies started focussing on poverty alleviation, it was recognised in India that policies explicitly targeted at the poor would be needed along with the strategy of all-round development, if poverty were to be eradicated within a reasonable time span. The poverty alleviation schemes were launched with the objective of giving the poor strata access to assets, enhancing productivity of meagre assets, and providing them gainful employment have both short and long term positive effects (Vyas, 1998).

Among the various pro-poor programmes initiated by the Government of India, the Minimum Needs Programme (MNP) started in 1962, has had a relatively far reaching impact. It improved access to basic services, including health and education. The minimum needs basket included essential items of consumption such as food, fuel, lighting, clothing and shelter, as well as services such as health, sanitation, safe drinking water, and adult literacy and primary education to be provided by the Government to the entire poor population of the country (Lakdawala, 1988). In addition to MNP, supply of essential consumer goods on subsidised terms through the Public Distribution System (PDS), and the various child health care activities encompassed in the Integrated Child Development Services (ICDS) scheme were also aimed at reaching the poor. These schemes were implemented throughout India, including the *Vikalp* districts. The existence of such schemes reflects the prominent position accorded to poverty eradication efforts in India. Though it may be argued that the impact of these schemes leaves a lot to be desired, they have resulted in improving the standard of living of the poor to a large extent. "The success of these efforts has been seen in a rise in real agricultural wages and in con-

5. For example, during 1987-1988, over Rs 7.3 billion was spent through IRDP, enabling some 4.3 million beneficiary households to undertake subsidised investment valued at Rs 19 billion (Rs 4,475 per household). Another Rs 17 billion was spent on NREP and RLEGP to create the equivalent of 2.1 million man-years of work on various community infrastructure projects. The outlay on MNP, which makes public services available to the poor, was Rs 28 billion (World Bank, 1989).

sumption levels of people at the lower end of the income distribution in the 1970s and the first half of the 1980s" (World Bank, 1989). The most immediate impact of these schemes, therefore, appears to be on improving the level of nutrition among the poorest strata of society, resulting improved quality of life, as can be seen in the rapid decline in the level of mortality in general and infant and childhood mortality in particular in the early 1980s, as seen in Table 7. The table reveals that infant mortality has declined sharply in rural India from 151 infant deaths per 1,000 live births in 1975 to 78 in 1996. This is significant, though the level of infant mortality is still very high. At the same time, other developmental schemes, including MNP, leading to an increase in primary school enrolment and retention level, and the supply of consumer goods through the Public Distribution System have made child rearing more expensive now than ever before.

Table 7
Trends in infant mortality (%): India, 1975-1996

Year	Rural	Urban	Combined
1975	151	84	140
1980	124	65	114
1985	107	59	97
1990	86	50	80
1996	78	46	72

Source: Sample Registration Bulletins, Registrar General of India.

To understand the changing value of children in the study area, a select sample of respondents belonging to Scheduled Castes and Scheduled Tribes were contacted. The sample consisted of 60 households belonging to these categories from six villages,⁶ and these were selected randomly from the Eligible Couple registers. Due to shortage of resources and available time, only the heads of the households were

6. Tonk district is divided into six blocks or *tehsils*. From each block, one village was selected. From each of these villages 10 eligible couples with husband aged 45 years or more belonging to Scheduled Caste and Scheduled Tribes were randomly selected from the Eligible Couple Register which provides information on every eligible couple of the village.

contacted for collecting the required information, using the anthropological technique of informal interviews which employed a standard check-list. Out of the 60 households, 40 were from SCs and the remaining 20 from STs. It was found that the perceptions on the value of children among these groups were changing. Their responses are summarised below:

- Improvement in the level of child survival, which used to be much lower in the past, thereby implying that they need not have any more children;
- Realisation that a joint family imposes a strain on the physical capacity of the household and other resources in providing reasonable living standards, and a general feeling that one married son together with his wife and children can satisfy the parental needs;
- Disintegration of caste based occupation, reducing the food security they used to enjoy in the past under the *Jajmani* system (patron-client system);
- Increasing number of children attending school, imposing direct and indirect costs on the parents, further aggravating the family economy since the children cease contributing to the family income due to withdrawal from labour to a large extent; and
- Increasing number of children becoming less and less interested in the families' meagre land or traditional trades for employment since the non-farm labour market is available in the easily accessible city of Jaipur forcing the offspring to migrate, which has recently become significant in the study area. The offspring, with passage of time show little interest in the parental family. One of the respondents working as an agricultural labourer described the phenomenon in a telling manner: "Children now are like birds, which fly away from their nests, as soon as they are in a position to fly."

The foregoing findings reveal that the parents from the study area feel that the economic contribution from children has been declining as compared to the preceding generations due to three major reasons: children's contribution to the family income has declined; the cost of bringing up the children has increased; and their future potential to contribute to the family income is doubtful. Thus, in the changed situation, the children have become less economically worthwhile.⁷

7. Caldwell *et al.* (1982b) also observed a similar situation regarding the declining value of children in rural South India: "...the testimony of older persons in the study

This finding supports Caldwell's Theory of Wealth Flow (Caldwell, 1982a, 1993) which attributes fertility decline to the emotional nucleation of the family, a change that may be triggered by economic forces. At the heart of the theory is the idea that nucleation makes children, not parents, the net economic beneficiaries of family life, a process that Caldwell calls "reversal of intra-familial wealth flow", as noted earlier. It has also been observed that, in India, a reverse process of wealth flow has already taken place in middle class families since the sixties and the seventies (Kothari, 1989). And it has now started taking place amongst the poor strata of the society as well.

The declining 'economic' value of children to the family is seen here as one of the main conditions that induce couples even from poor strata to change their perception about the value of children. This means that large families that used to be advantageous in the past do not appear to be so in the present context. The poor are beginning to realise that large family size has an adverse effect on their savings and asset accumulation, and thereby on income growth and distribution and the economic status of the household. They also seem to feel that many among the Non-SC/ST households have been able to achieve a better standard of living by having lesser number of children. This has made SC/ST couples realise that they too have to limit their family size if they are to improve their lot.

All these developments appear to make fertility depressing forces stronger than fertility raising forces. This could motivate them towards the small family norm and thereby creating unmet need for family planning services. This is essential to bring about a change in the fertility behaviour of couples from the poor sections of the society. However, this situation is still not conducive enough to convert such unmet need for family planning services into actual use. It cannot be achieved unless it is supported by a user-friendly service delivery system. By and large, the family planning programme in India has remained provider-driven since its very inception (Kothari and Gulati, 1992; Conly and Camp, 1992). Wherever the service delivery system was made effective

area is that the value of children ceased rising linearly with their number for three reasons: value of their work declined; cost of keeping them rose; and the maximum return from a child necessitated more investment in each than most parents could afford for large numbers of children."

by making it pro-people, the results were impressive as was the case in Bangladesh and the state of Tamilnadu in India.

Figure 1
The interaction between poverty and fertility decline

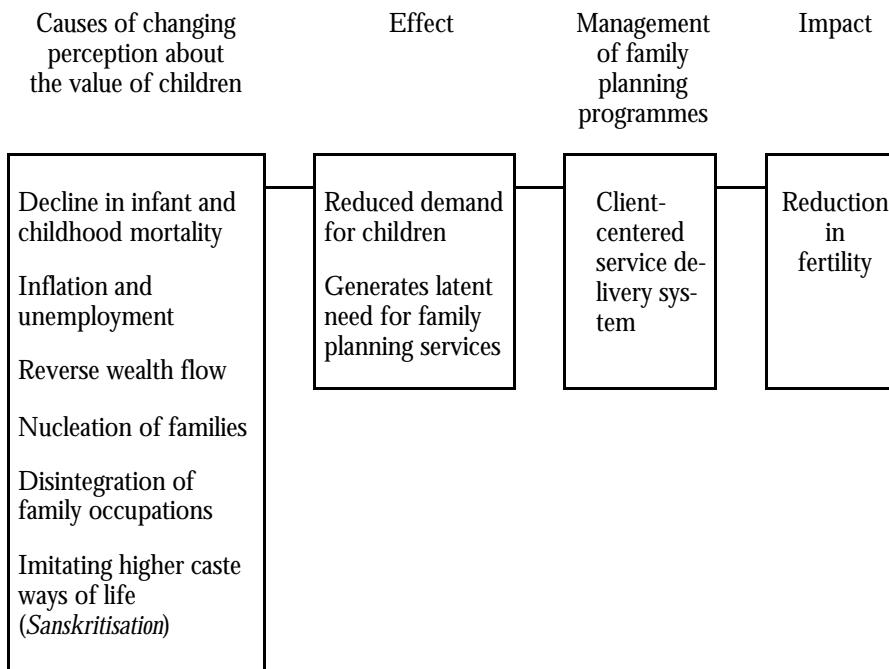


Figure 1, based on the above observation, attempts to present the possible linkages which make poor people realise the importance of the small family norm, thus generating a need for family planning services. The figure also shows that, in this situation, if the management of the service delivery system is pro-poor, it would facilitate conversion of their unmet need into demand, thus paving the way for lower fertility.

The left hand box in the figure enumerates those conditions causing changes in the perception about the value of children in the society due to several reasons: improved child survival, increasing cost of bringing up children, inflation and unemployment, reduction of the value of children due to changing net flow of wealth from parents to children caused by nucleation of families, disintegration of caste-based

occupations, increased monetisation of the economy (for example, disappearance of the patron-client system), etc., and above all, an increasing desire among poor people to imitate the way of life of people belonging to higher classes. This was borne out by the realisation by the poor that by having a small number of children the upper and middle classes could improve their own quality of life as well as that of their offspring. As such, the poor people have also started thinking that, by having a small family, they too can improve their lot. This phenomenon is known as "*Sanskritisation*", meaning communities belonging to the lower socio-economic strata trying to imitate the practices of people from higher socio-economic strata (Srinivasan, 1966).

All these conditions enumerated in the left hand side of the box mainly increase the perceived cost of children and thereby reduce the demand for children, which, in turn, generates a latent need for family planning services as shown in box 2 entitled "Effect". At this stage, if the family planning service delivery system is not pro-poor, such couples would resort to post-natal practices such as migration, infanticide, abortion, etc., to reduce the pressure on the household resources which will have limited impact on population growth. If the management of the service delivery system at this state is geared to meet the unmet need of the couples, especially from the poor strata of society, they are most likely to resort to prenatal measures, i.e. use of modern contraception, in larger numbers. This would have a significant impact on reducing fertility as shown in boxes 3 and 4 of the figure. In fact, that precisely is what has happened in the *Vikalp* districts, resulting in higher use of contraception among the poorer strata in the rural areas of Tonk district.

6 - Conclusion

Fertility transitions occur under a variety of institutional, socio-cultural and environmental conditions. In recent years, it has been observed that economic hardship or poverty is also forcing people to adopt the small family norm. However, it was not clear how poverty works towards that end. An attempt has been made in this paper to explain the interaction of poverty, family planning and fertility by using data generated by the *Vikalp* project which is currently being implemented in two districts of Rajasthan, India, by using the public system.

Vikalp is a service delivery model which provides a comprehensive framework for implementing family planning programme in the broader context of reproductive health to achieve excellence in meeting the needs of clients.

It appears that poverty *per se* does not provide a sufficient condition to motivate people to have small families, but a certain threshold has to be reached before poor people perceive that a small family is advantageous, and that they must go in for it. The threshold here refers to the value of children, especially its economic dimension, to the household. In other words, when children become economically less advantageous to the family, it will make fertility depressing forces stronger than fertility raising forces. This seems to have resulted in the realisation among the poor that high fertility and large families have an adverse effect on their standard of living. This could motivate them towards the small family norm, thereby creating a need for family planning services. At this juncture, if the management of the service delivery system is moulded in such a way that it is pro-poor, especially pro-women, and is made capable of helping them achieve their desire for a small family, the chances of their going in for family planning are greater. This means that reaching the threshold in itself will not trigger fertility decline; it will have to be supplemented by an effective client-oriented service delivery system. This precisely is what has happened in the study area. Such instances have also been seen in several other low income countries. It is found that poor people in most of these countries have already reached such crossroads, that is, they feel that "the younger generation has become less economically worthwhile". The mechanism to trigger a turn around in their fertility behaviour is to make the management of the service delivery system responsive to the poor.

Some recent Demographic and Health Surveys conducted in different parts of the world indicate a growing unmet need for family planning services, indicating that a majority of the poor have already reached this cross-roads. For instance, the National Family Health Survey (NFHS, 1995) conducted in India in 1992-1993 revealed that 20% of eligible women in India have unmet need for family planning services. If the level of unmet need indicated by NFHS is assumed to reflect the needs of all currently married women in reproductive ages in the country, then about 30 million eligible women have an unmet need for family planning, and most of them are from the low socio-

economic strata. If all the women who say that they want to space or limit their births were to use family planning, the contraceptive prevalence rate in India would jump from the current level of around 40% of married women to 60% and that is what is needed to achieve the replacement level of fertility. Some recent studies have also shown that the unmet need, though based on subjective assessment, is real and that around 70% of it can be converted into demand with a proper service delivery system (Kothari *et al.*, 1997b).

It has been observed that in the changed situation, most of the couples belonging to the poor strata in low income countries like India do not want more children, but that they have them is all too often true. It is not because the poor wish it so, but it is because they have been caught in poverty, and face non-availability and inaccessibility of quality family planning services. Some thirty years ago, a similar situation was also observed in USA among "millions of less fortunate Americans living in poverty" (Rossman, 1970). Thus, most of the poor people in the low income countries have been trapped in a vicious circle. Being poor has brought them many children and having many children has doomed them to continue to be poor. In order to enable them to come out of this vicious circle of poverty and unwanted children, there is an urgent need to intervene. The mechanism to trigger a turn around in their fertility behaviour is to make the management of the service delivery system responsive to the poor. This ground reality has to be understood by the policymakers and programme managers, especially the international donor agencies working in this area. It should be their objective to help poor people to have children by choice and not by chance. This could be another way of expediting the demographic transition in low income countries.

In short, the foregoing analysis reveals that the prevailing notion, that socio-economic development is an essential precondition for fertility decline, needs re-examination, since it provides only a partial explanation for the monumental changes taking place in fertility behaviour, in the low income economies especially. Evidence suggests the importance of the management variables as well. In the recent past, these have occupied a more prominent place in the explanations of fertility decline.

References

- ADNAN, Shapan (1998), "Fertility Decline under Absolute Poverty: Paradoxical Aspects of Demographic Change in Bangladesh", *Economic and Political Weekly*, vol. 33, no. 22, pp. 1337-1348.
- AHUJA, Vinod, *et al.* (1997), *Everyone's Miracle?*, Washington D.C., The World Bank.
- ALAMGIR, M., and AHMED, Sadiq (1988), "Poverty and Income Distribution in Bangladesh", in: T. N. Srinivasan and P. K. Bardhan, eds., *Rural Poverty in India*, New York, Columbia University Press, pp. 11-38.
- ARTHUR, W. Brian, and MCNICOLL, Geoffrey (1978), "An Analytical Survey of Population and Development in Bangladesh", *Population and Development Review*, vol. 4, no. 1, pp. 23-80.
- BHALLA, Surjit S., and VASHISTHA, Prem S. (1988), "Income Distribution in India", in: T. N. Srinivasan and P. K. Bardhan, eds., *Rural Poverty in India*, New York, Columbia University Press, pp. 39-68.
- CAIN, Mead (1977), "The Economic Activities of Children in a Village in Bangladesh", *Population and Development Review*, vol. 3, no. 3, pp. 201-227.
- CALDWELL, J. C. (1982a), *Theory of Fertility Decline*, London, Academic Press.
- CALDWELL, J. C. (1993), "The Asian Fertility Revolution: Its Implication for Transition Theory", in: R. Leete and I. Alam, eds., *The Revolution in Asian Fertility: Dimensions, Causes, and Implications*, Oxford, Clarendon Press, pp. 219-316.
- CALDWELL, J. C., REDDY, P. H., and CALDWELL, Pat (1982b), "The Cause of Demographic Change in Rural South India: A Micro Approach", *Population and Development Review*, vol. 8, no. 4, pp. 689-727.
- CONLY, Shanti R., and CAMP, Sharon L. (1992), *India's Family Planning Challenge: From Rhetoric to Action*, Washington D.C., Population Action International (formerly The Population Crisis Committee).
- COSIO-ZAVALA, M. E. (1995), "Two Models of the Demographic Transition in Latin America", *Perfil Latinoamericano*, vol. 4, no. 6, pp. 29-47.
- COSIO-ZAVALA, M. E. (1996), "The Demographic Transition in Latin America and Europe", in: J. M. Gurzmoan *et al.*, eds., *The Fertility Transition in Latin America*, Oxford, Clarendon Press, pp. 95-109.
- EGERO, B. (1996), "Poverty and Fertility: Reproductive Change under Persistent Poverty" in: *Yearbook of Population Research in Finland*, no. 33, pp. 218-242.
- GOVERNMENT OF INDIA (1993), *Report of the Expert Group on Estimation of Proportion and Number of Poor*, New Delhi, Planning Commission, Government of India.

- KANTNER, A., LERMAN, C., and YUSUF, M. (1995), "What Can We Say about Fertility Trends in Bangladesh? An Evaluation of the 1991 Population Census", *Asia Pacific Population Reports*, no. 5, Honolulu, East-West Center.
- KOTHARI, Devendra (1989), *Family Welfare Programme in Rajasthan: Beyond the Existing Approach* (Study sponsored by the Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi), Jaipur, Indian Institute of Health Management Research.
- KOTHARI, Devendra, and GULATI, Anuja (1992), "Recent Government Policies and Strategies to Control Population Growth in India: A Critique" [based on the presentation given at Population Action International (formerly The Population Crisis Committee), Washington, D.C., June 1992], *IIPHMR Working Paper*, Jaipur, Indian Institute of Health Management Research, pp. 1-26.
- KOTHARI, Devendra, et al. (1997a), "Vikalp: Managing the Family Planning Programme in the Post-ICPD Era: An Experiment in Rajasthan, India", *IIPHMR Occasional Paper*, no. 2, Jaipur, Indian Institute of Health Management Research, pp. 1-54.
- KOTHARI, Devendra, KHANNA, Anoop, and ABBASY, Shameem (1997b), "Operationalising the Concept of Unmet Need for Family Planning Services", *IIPHMR Policy Brief*, no. 1, Jaipur, Indian Institute of Health Management Research, pp. 1-4.
- LAKDAWALA, D. T. (1988) "Planning for Minimum Need", in: T. N. Srinivasan and P. K. Bardhan, eds., *Rural Poverty in India*, New York, Columbia University Press, pp. 389-401.
- MAITRA, Tares (1988), "Rural Poverty in West Bengal", in: T. N. Srinivasan and P. K. Bardhan, eds., *Rural Poverty in India*, New York, Columbia University Press, pp. 402-452.
- MASON, Karen O. (1997), "Explaining Fertility Transitions", *Demography*, vol. 34, no. 4, pp. 443-454.
- NAG, Moni (1993), "Impact of Population Growth", *Seminar*, no. 410, pp. 18-23.
- NFHS (1995), *National Family Health Survey, India, 1992-1993*, Bombay, International Institute for Population Sciences.
- NSSO (1993), "A Note on the Fourth Quinquennial Survey of Consumer Expenditure", NSS 45th Round, *Sarvekshna*, xviii (2), Sample Survey Organisation.
- PRB (1998), *1998 World Population Data Sheet*.
- RAI, Usha (1997), "Bringing Hopes to Rajasthan", *Populi, The UNFPA Magazine*, vol. 24, pp. 4-5.

- RAJ, K. N. (1961), "Regional and Caste Factors in India's Development", in: J. C. Daruvala, ed., *Tensions of Economic Development in South Asia*, Bombay, Allied Publishers, pp. 1-15.
- RAZZAQUE, A. (1996), "Reproductive Preferences in Matlab, Bangladesh: Levels, Motivation and Differences", *Asia-Pacific Population Journal*, vol. 11, no. 1, pp. 25-44.
- ROSSMAN, Isadore (1970), *Two Children by Choice*, New York, Parents' Magazine Press.
- SADIK, N. (1991), *Population Policies and Programs: Lessons Learned from Two Decades of Experience*, New York, UNFPA.
- SRINIVASAN, M. N. (1966), *Social Change in Modern India*, Berkeley, California University Press.
- SRINIVASAN, T. N., and BARDHAN, P. K., eds., *Rural Poverty in India*, New York, Columbia University Press.
- UNFPA (1995), *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September, 1994, Population and Development*, vol. 1, New York, United Nations Population Fund.
- VISARIA, Pravin (1980), "Poverty and Living Standards in Asia", *Population and Development Review*, vol. 6, no. 2, pp. 189-223.
- VYAS, Vijay S. (1998), "Liberation and Poverty Alleviation in Asia: Experiences and Lessons of Last Decade", Jaipur, Policy Research and Action Group, pp. 1-38.
- WESTOFF, Charles F. (1988), "Is the Kap-Gap Real?", *Population and Development Review*, vol. 4, no. 2, pp. 225-232.
- WORLD BANK (1989), *India: Poverty, Employment, and Social Services*, A World Bank Country Study, Washington D.C, The World Bank.