



HAL
open science

Dossier : Changements démographiques en Amérique latine

Maria Eugenia Zavala de Cosio, Valeria Lopez-Gareri

► **To cite this version:**

Maria Eugenia Zavala de Cosio, Valeria Lopez-Gareri. Dossier : Changements démographiques en Amérique latine. Cahiers des Amériques Latines, 2006, 47, pp.13-86. halshs-00148600

HAL Id: halshs-00148600

<https://shs.hal.science/halshs-00148600>

Submitted on 7 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CHAPITRE 3

D'UNE FÉCONDITÉ NATURELLE À LA LIMITATION DES NAISSANCES

IL EST GÉNÉRALEMENT ADMIS QUE, sur une très longue période, la fécondité en Amérique latine a connu une certaine stabilité, conservant une fécondité naturelle⁵ en l'absence de pratiques de limitation des naissances. Dans les premières années du XX^e siècle, les taux bruts de natalité variaient entre 40 et 50 naissances/1 000 habitants (Collver, 1965). Peu de pays comptaient un enregistrement complet des naissances avant 1960, malgré l'ancienneté des registres d'état civil, créés dans tous les pays latinoaméricains, pour la plupart dès 1880 et même 1852 au Pérou par exemple (Sánchez Albornoz et Moreno, 1968). En fait, l'insuffisante qualité des statistiques d'état civil a considérablement retardé la connaissance des niveaux et des tendances de la fécondité du passé, même proche. C'est à partir d'exemples mieux connus grâce à l'existence de données fiables ou d'estimations détaillées que nous pouvons esquisser une vue d'ensemble ou bien, à partir des données des enquêtes de fécondité, comme les enquêtes mondiales sur la fécondité⁶ et les enquêtes de démographie et santé (voir encadré sur les sources de données sur la fécondité).

DES HAUSSES DE FÉCONDITÉ DANS LES ANNÉES 1950 ET 1960

Une augmentation de la fécondité dans les années cinquante et soixante, comme d'ailleurs dans la plupart des pays du monde, a accompagné la première phase de la transition démographique. Les variations des taux bruts de natalité sont cependant dépendantes des effets de structure, c'est-à-dire des modifications dans la structure par âges des populations. Le fait que, dans certains cas, les taux bruts de natalité observés aient augmenté entre 1950 et 1960, malgré une évolution des structures par âges

Les sources de données sur la fécondité

Jusqu'ici, peu de pays d'Amérique latine disposent de statistiques de naissances complètes et de qualité. Bien que l'état civil ait été institué dans tous les pays, pour la plupart dès 1880 (1882), l'enregistrement des faits démographiques reste très déficient. D'après la Division de la Population des Nations-Unies, seuls Cuba, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, Panamá, le Chili et l'Uruguay ont un enregistrement « complet » des naissances, ce qui signifie jusqu'à 10 % de sous-enregistrement. Le cas du Mexique est à cet égard exemplaire : l'enregistrement y a longtemps été considéré complet, puis qualifié d'incomplet par les Nations-Unies à la suite d'études plus approfondies de la fécondité. Quant aux autres pays, en l'absence de statistiques d'état civil de bonne qualité, la fécondité est estimée à l'aide des recensements ou des enquêtes de fécondité. Malgré une longue série de recensements décennaux (25 ont été réalisés en 1875-1899, 47 en 1900-1947 et 92 en 1950-2005), régulièrement réalisés dans chaque pays sauf circonstances exceptionnelles (Sánchez Albornoz, 1994), les données sur la fécondité restent incomplètes. Les pays les mieux analysés sont ceux qui disposent aussi d'enquêtes de fécondité pour compléter les estimations. Les enquêtes du programme de l'enquête mondiale sur la fécondité ont donné une connaissance précieuse de la fécondité vers le milieu des années 1970. Des enquêtes de prévalence de la contraception ont également permis des évaluations utiles. Il reste cependant très difficile de broser un tableau complet de l'évolution de la fécondité. Les publications de la Division de la Population des Nations-Unies et du CELADE, fournissent des chiffres pour tous les pays mais une partie importante reste « estimée ». Le dépouillement des nombreuses analyses nationales donne des résultats souvent difficilement compatibles entre eux et qu'il faut évaluer cas par cas. Ce n'est que par la connaissance approfondie des tendances démographiques de chaque pays que l'on peut esquisser des évaluations, dans l'attente du moment où les outils de l'analyse démographique permettront de disposer de données fiables pour tous les cas, même si ces données doivent encore être estimées (CEPAL, 1982).

défavorable à la natalité, montre la réalité de la hausse de fécondité enregistrée (voir encadré).

Un boom des unions

Les variations de la nuptialité peuvent expliquer en partie les augmentations des taux de natalité (Nations-Unies, 1978). La précocité de la nuptialité est directement associée à celle des naissances et peut conduire à une plus forte fécondité générale. En Amérique latine, les unions non légales (*consensuales*) ont toujours été extrêmement fréquentes (par exemple, 47 % des femmes étaient en union libre, entre 15 et 49 ans, au Guatemala en 1950) et doivent donc être considérées dans l'étude de la nuptialité avec les mariages légaux. On parlera donc d'unions et non pas de mariages pour l'étude de la nuptialité (Quilodrán, 1985).

Effets de la baisse de la mortalité sur la natalité

La mortalité ayant baissé rapidement en Amérique latine dès 1930, les populations des différents pays ont rajeuni. Ce changement des structures par âges a eu des effets *défavorables à la natalité* qui auraient dû faire baisser les taux de natalité, toutes choses égales par ailleurs. En effet on observe, lorsque la mortalité diminue, une diminution de la proportion de femmes en âge de procréer, consécutive au rajeunissement de la population. Lorsque la mortalité baisse aussi rapidement qu'au cours du XX^e siècle, la proportion de femmes d'âge fécond diminue notablement. Eduardo Arriaga a calculé que la baisse de la mortalité commencée en 1930 avait provoqué en 1960 une baisse relative des taux bruts de natalité de 6 à 14 % suivant les cas, simplement par effets de structure (Arriaga, 1970). C'est ainsi qu'à Panamá, par exemple, les taux bruts de natalité ont augmenté de 25 %, passant de 31,3 à 39,2 naissances /1 000 habitants de 1950 à 1960, alors que si la fécondité était restée constante, le taux attendu en 1960 aurait été inférieur de 1,2 % (taux comparatif de 30,1/1 000). Toute variation des taux bruts de natalité en Amérique latine, pendant cette époque, doit donc être interprétée avec prudence. Elle pourrait n'être qu'une conséquence de la baisse de mortalité.

Une augmentation de la nuptialité s'est produite à partir de 1950 (Camisa, 1971) et les proportions de femmes en union ont augmenté aux recensements de 1950 et de 1960. La hausse a été particulièrement sensible à 20-24 ans en Amérique centrale (Nicaragua, Costa Rica) et à 40-44 ans en Colombie et au Venezuela. La proportion de femmes qui se déclaraient unies après 44 ans avait aussi augmenté significativement dans tous les pays analysés. Par ailleurs, pour expliquer la hausse de natalité dans les années 1960, Dyson et Murphy (1985) ont aussi signalé l'augmentation des mariages précoces et de la proportion de femmes mariées en fin de vie féconde consécutive à la baisse de mortalité, par une réduction du veuvage.

Pendant la période 1950-1960 la nuptialité était particulièrement précoce dans les pays d'Amérique centrale, où une grande partie des femmes étaient déjà mariées ou unies à 20-24 ans : 56 % au Salvador, 60 % au Nicaragua, 68 % au Guatemala. Dans les autres pays, plus de la moitié des femmes étaient déjà mariées ou unies à 20-24 ans, sauf dans les pays du cône sud (46 % en Uruguay, 44 % en Argentine, 43 % au Chili) où la nuptialité était un peu plus tardive. De 97 % au Nicaragua à 83 % au Honduras, la nuptialité était presque universelle. Cependant, une partie des femmes en union libre se déclaraient célibataires aux recensements, sous-estimant l'intensité réelle de la nuptialité.

Les histoires d'unions des questionnaires de l'Enquête mondiale sur la fécondité ont permis des estimations beaucoup plus précises de la nuptialité, quel que soit le type d'union, en ayant la possibilité de vérifier, sur des femmes d'âge fécond, la fréquence du célibat définitif. Dans les pays concernés par cette enquête (voir la note 6), les proportions de célibataires variaient entre 2 % à Panamá et 9 % en Colombie. Ces femmes âgées de 50 ans vers

1980, donc nées vers 1930, se sont mariées avant 1960. Une nuptialité intense – plus de 90 % des femmes se sont unies au moins une fois avant 50 ans – et généralement précoce (sauf dans les pays du cône sud : Argentine, Chili, Uruguay) a contribué à la hausse de la natalité entre 1950 et 1960 (Zavala de Cosío, 1992).

Une fécondité naturelle avant 1965

Pour toute la période antérieure à 1965, on distingue :

– *les pays à basse fécondité*

La fécondité était proche de 3 enfants par femme en Argentine et en Uruguay et le taux brut de natalité inférieur à 25 naissances/1 000 habitants. Au Chili et à Cuba, les descendance finales se situaient entre 4 et 5 enfants par femme et les taux brut de natalité variaient entre 20 et 40 naissances pour mille habitants.

– *les pays à forte fécondité*

Les descendance finales atteignaient ou dépassaient 6 enfants par femme (jusqu'à 7,5 enfants par femme en République Dominicaine en 1950). Les taux bruts de natalité dépassaient 40 et même 50 naissances pour mille habitants. Sur 20 pays analysés, quinze se trouvaient dans ce cas de très forte fécondité. Pratiquement tous les pays⁷ ont connu une stabilité ou une augmentation de la fécondité générale de 1950-1955 à 1960-1965. *La fécondité apparaissait ainsi maximale vers 1960 (Tableau n° 7)*. C'est par l'association d'une forte fécondité jusqu'à la fin de la vie féconde avec une nuptialité précoce et intense que les taux de fécondité ont atteint des niveaux très élevés. La baisse de la mortalité a favorisé cette tendance :

- la probabilité de survie des couples s'est élevée : les veuvages ont sensiblement diminué. Après 30 ans, la proportion de couples encore unis a fortement augmenté. La hausse des taux de fécondité a été importante après 30 ans et l'influence de la baisse de mortalité apparaissait directement liée à la prolongation de la durée de la vie conjugale (le divorce, vers 1960, était encore peu fréquent).
- l'état sanitaire s'est amélioré : dans la plupart des pays, la lutte contre les infections, les maladies vénériennes et le paludisme a considérablement réduit la mortalité maternelle. De plus, un meilleur état sanitaire et nutritionnel a permis une réduction de la stérilité primaire et secondaire et, par conséquent, une diminution de la proportion de femmes sans enfants et une hausse de la fertilité à tous les âges (Retel-Laurentin, 1979). Palloni et Wyrick (1981) calculent, entre 1950 et 1975, une baisse annuelle de 3,2 % de la mortalité maternelle, contre 1,9 % annuel de baisse totale des taux de mortalité

LA TRANSITION PRÉCOCE DE L'ARGENTINE ET DE L'URUGUAY AU DÉBUT DU XX^e SIECLE

Ces deux pays du cône sud du continent américain ont connu une évolution démographique particulière. Dès les années cinquante, les niveaux de fécondité étaient très bas par rapport aux autres pays. Les indices conjoncturels de fécondité avaient atteint 3,1 enfants par femme en Argentine en

TABLEAU N° 7 : AMÉRIQUE LATINE. TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ, 1950-2005

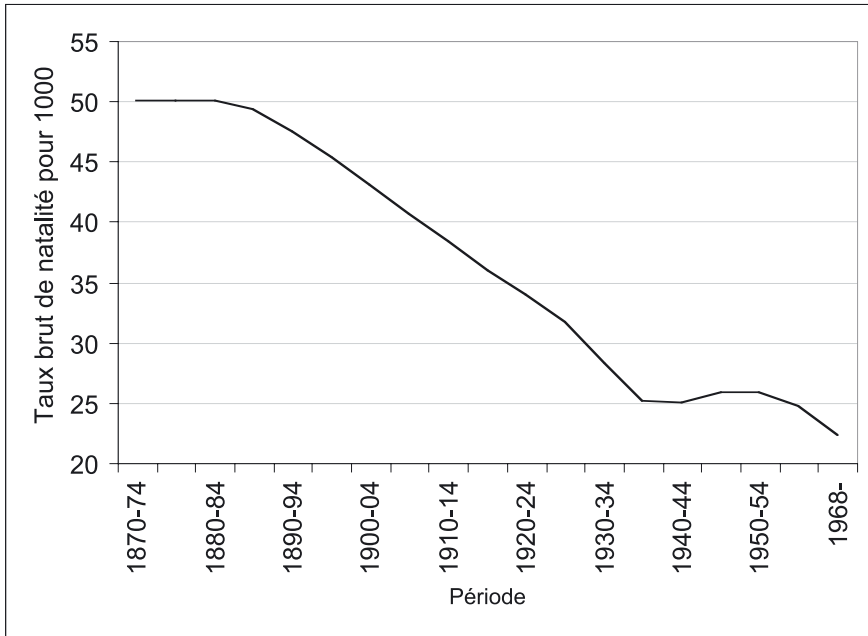
Région et pays	Période						Baisse 1960-1985 en %
	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1985-1990	1995-2000	2000-2005	
Pays andins							
Bolivie	6,8	6,6	6,5	5,0	4,3	4,0	24,2
Colombie	6,8	6,8	5,0	3,2	2,8	2,6	52,9
Chili	5,0	5,4	3,6	2,7	2,2	2,0	50,0
Equateur	6,7	6,7	6,0	4,0	3,1	2,8	40,2
Pérou	6,9	6,9	6,0	4,1	3,2	2,9	40,5
Venezuela	6,5	6,7	4,9	3,6	2,9	2,7	46,3
Pays atlantiques							
Argentine	3,2	3,1	3,1	3,0	2,6	2,4	3,2
Brésil	6,2	6,2	4,7	3,1	2,5	2,3	50,0
Paraguay	6,5	6,6	5,7	4,9	4,2	3,8	25,8
Uruguay	2,7	2,9	3,0	2,5	2,4	2,3	13,8
Amérique centrale							
Costa Rica	6,7	7,2	4,3	3,4	2,6	2,3	52,8
El Salvador	6,5	6,8	6,1	3,9	3,2	2,9	42,6
Guatemala	7,0	6,5	6,2	5,7	5,0	4,6	12,3
Honduras	7,5	7,4	7,1	5,4	4,3	3,7	27,0
Nicaragua	7,3	7,3	6,8	5,2	3,9	3,3	28,8
Panamá	5,7	5,9	4,9	3,2	2,8	2,7	45,8
Mexique et Caraïbes							
Cuba	4,1	4,7	3,5	1,8	1,6	1,6	61,7
Haïti	6,3	6,3	5,8	5,9	4,4	4,0	6,3
Mexique	6,9	6,8	6,5	3,6	2,8	2,5	47,0
Rép. Dominicaine	7,4	7,3	5,6	3,6	2,9	2,7	50,7

Source : CELADE (2005b), Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe

1965 et 2,9 en Uruguay en 1963. L'importance de l'immigration d'origine européenne a eu comme conséquence une urbanisation accélérée, une croissance économique rapide à la fin du XIX^e siècle et le transfert de normes culturelles et sociales concernant en particulier la famille, différentes de celles des autres pays latino-américains. Cette évolution propre a abouti à une baisse précoce et rapide de la fécondité et de la natalité en Argentine et en Uruguay (Rechini de Lattes et Lattes, 1974).

Les taux bruts de natalité de l'Argentine, entre 1870 et 1968, sont passés de 50 à 22/1 000 (90). Le taux brut de natalité de l'Uruguay⁸ était de 21,7/1 000 en 1968. Il est resté stable entre 1950 et 1975 et a peu diminué ensuite : 20,3/1 000 en 1975-1980. Dès 1895, le rôle de l'immigration européenne et de l'urbanisation était mis en évidence par une comparaison de la fécondité des femmes argentines selon le lieu de naissance et le lieu de résidence, urbain ou rural. La fécondité des femmes urbaines nées à l'étranger était inférieure à tous les âges, jusqu'à 2,5 enfants de moins par femme en fin de vie féconde par rapport aux femmes urbaines nées en Argentine (Somoza, 1968). La baisse a dès lors été très rapide, puisque la population immigrée et urbaine a augmenté rapidement. En Argentine et en Uruguay,

GRAPHIQUE N° 4 : TAUX BRUT DE NATALITÉ EN ARGENTINE, 1870-1968 (POUR 1000)



Source : Torrado de Ipola (1970), Natalidad y fecundidad en Argentina desde fines del Siglo XIX

des moyens de limitation des naissances traditionnels en Europe du Sud étaient utilisés au début du siècle par les descendants des immigrés européens et adoptés par la population locale. Ceci a eu comme conséquence une des transitions démographiques parmi les plus rapides du monde. Elle s'est accomplie de 1870 à 1914 environ, à une époque où la baisse de la mortalité venait à peine de commencer. Ce cas est exceptionnel dans l'histoire de la population de l'Amérique latine. On y reconnaît l'influence des modèles culturels, les familles s'installant outre-atlantique gardant des comportements de leurs régions d'origine, où la limitation des naissances était déjà largement utilisée (Rechini de Lattes et Lattes, 1974).

LE DÉBUT DE LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ

À partir des années soixante, quelques pays pionniers ont enregistré une baisse importante des taux bruts de natalité. Parmi ceux-ci, le Chili et le Costa Rica se sont distingués par l'ampleur et la rapidité de la baisse, les taux bruts de natalité ayant diminué de 30 % entre 1960 et 1970.

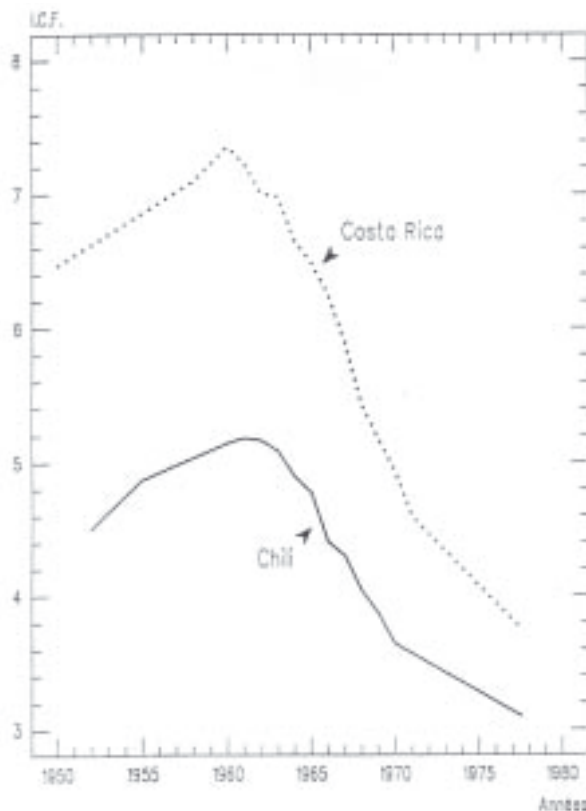
Le Chili et le Costa Rica : une baisse précoce de la fécondité

Le graphique n° 5 montre l'évolution de l'indice conjoncturel de fécondité pour le Chili et le Costa Rica de 1950 à 1980. Le niveau de fécondité au

départ est bien plus élevé au Costa Rica, mais la fécondité vers 1980 est à peine plus forte. Il est clair que la baisse rapide de la fécondité s'est produite principalement entre 1960 et 1970. La baisse de la fécondité a touché les femmes de tous les groupes d'âges, mais surtout les femmes entre 25 et 40 ans, aux âges mêmes où la fécondité avait augmenté le plus fortement avant 1960. Les niveaux de fécondité sont restés élevés vers 1970 pour les femmes les plus jeunes, âgées de moins de 25 ans, ce qui montre bien l'effet très limité d'un éventuel retard de l'âge à la première union (Zavala de Cosío, 1992). Par contre, les taux de fécondité ont beaucoup diminué pour les femmes les plus âgées ayant déjà des enfants et ne désirant pas de naissances supplémentaires (Gomez, 1970).

Au Chili, la baisse de la fécondité a été plus accentuée pour les femmes âgées de 30 à 39 ans dont le taux de fécondité a baissé d'environ 40 % entre 1960 et 1970. Au Costa Rica, où les taux étaient beaucoup plus élevés qu'au Chili, la baisse a été forte dès 25-29 ans. La fécondité au Costa Rica s'est

GRAPHIQUE N° 5 : INDICE CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ AU CHILI ET AU COSTA RICA, 1950-1980 (ENFANTS PAR FEMME)



Source : Calculs propres d'après Conning (1973) et CEPALC (1982).

stabilisée entre 1975 et 1980 à un niveau de 3,7 enfants par femme. La fécondité des jeunes femmes est restée élevée et les taux de fécondité des femmes les plus âgées ont connu une diminution moins rapide. La baisse s'est également ralentie au Chili après 1970 (Zavala de Cosío, 1992). Un programme de limitation des naissances, avec des cliniques de consultations de planification familiale, a été implanté au niveau national au sein du système de santé, dès 1965 au Chili et 1967 au Costa Rica. Mais il est clair que la baisse de la fécondité a précédé le programme, qui a surtout servi à satisfaire une demande de contraception qui existait dans certains secteurs de la société et se traduisait par l'incidence élevée des avortements provoqués chez les femmes en fin de vie féconde.

La baisse de la fécondité au Chili et au Costa Rica est donc essentiellement expliquée par une amélioration des niveaux de vie. Une frange de la population a commencé à limiter ses naissances dans des pays où la situation sociale était plus favorable qu'ailleurs : par exemple, la proportion de personnes de plus de 14 ans sachant lire et écrire était de 86 % au Costa Rica et de 90 % au Chili. Le faible niveau de fécondité urbaine observé dans ces deux pays provenait d'un contrôle volontaire de la taille des familles dans les catégories sociales les plus privilégiées, les plus « modernes » et à meilleur niveau de vie. Dans d'autres pays comme la Colombie, le Venezuela, le Mexique, le Brésil ou Panamá, une baisse de la fécondité a également été amorcée vers 1965, limitée aussi à des minorités essentiellement urbaines. C'est également ainsi que le déclin de la fécondité avait commencé en Argentine et en Uruguay à la fin du siècle dernier.

Cuba : baby-boom post-révolutionnaire et baisse accélérée depuis 1972

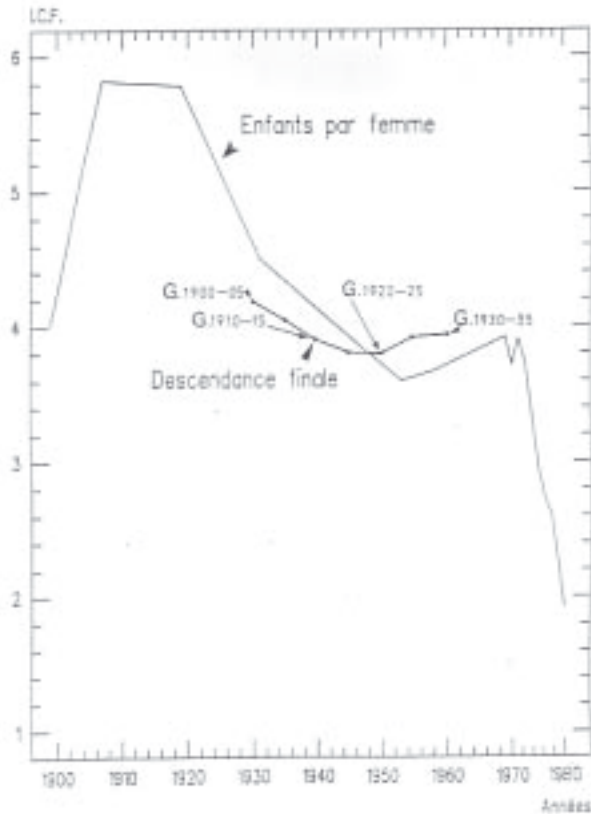
La population de Cuba a connu une baisse relativement précoce de la fécondité étant donné son urbanisation rapide depuis le début du siècle, les progrès de l'industrialisation et de la scolarisation, et, à l'image de l'Argentine et de l'Uruguay, les fortes proportions d'immigrants européens. En 1931, le taux brut de natalité était de 34,8/1 000 et en 1958, à la veille de la Révolution, de 26,1/1 000. Dès 1959 et jusqu'en 1963, la fécondité a augmenté en un baby-boom post-révolutionnaire (**Graphique n° 6**), diminuant ensuite à un rythme rapide qui s'est accéléré après 1972.

Entre 1972 et 1979, la fécondité à Cuba a diminué plus qu'entre le début du siècle et le triomphe de la Révolution cubaine. Les changements structurels fondamentaux qui ont eu lieu à Cuba depuis la Révolution, la priorité des programmes de santé et d'éducation, l'intégration des femmes dans la société et l'économie ainsi que la très basse mortalité infantile, sont parmi les facteurs qui expliquent la faible fécondité des femmes cubaines aujourd'hui.

Fécondité différentielle dans les années soixante

Malgré le maintien de la forte fécondité des pays latino-américains dans les années soixante, des différences ont été observées entre zones urbaines et zones rurales ainsi qu'entre catégories sociales, notamment en fonction du niveau de scolarisation. À titre d'exemple, des résultats pour la Colombie⁹ montraient des différences déjà notables entre villes et campagnes : 4,8 enfants

GRAPHIQUE N° 6 : INDICE CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ À CUBA ET DESCENDANCE FINALE DES GÉNÉRATIONS FÉMININES 1900-1935



Source : Catasús Cervera (1975) et Alvarez Vazquez (1982).

par femme pour la ville de Bogotá en fin de vie féconde, contre 8,0 enfants par femme dans l'arrondissement rural de Cartagena et 10,3 enfants par femme dans celui de Neira (Miró et Mertens, 1968). Cette différence importante entre villes et campagnes se retrouvait dans tous les pays latino-américains.

La scolarisation a joué un rôle essentiel dans les différences de fécondité, comme le montre l'exemple des grandes villes, les femmes les plus éduquées ayant en moyenne deux enfants de moins que les femmes peu scolarisées (Tableau n° 8). L'urbanisation, avec l'arrivée massive de femmes migrantes dans les grandes villes, a eu aussi un effet réducteur sur la nuptialité urbaine. En effet, on observait un important excédent de femmes par rapport aux hommes aux âges de forte nuptialité, donc plus de femmes célibataires et sans enfants (Carleton, 1965).

Néanmoins, au milieu des années soixante, le niveau de la fécondité restait élevé dans les grandes métropoles latino-américaines, à l'exception de Buenos Aires. Une fécondité élevée était aussi observée dans toutes les caté-

TABLEAU N° 8 : NOMBRE MOYEN DE NÉS VIVANTS PAR FEMME SELON LA SCOLARITÉ, DANS SEPT MÉTROPOLES, 1964-1967

Niveau de scolarité	Buenos Aires	Rio de Janeiro	Panamá	Caracas	San José	Bogotá	Mexico
Illettrées	3,14	4,68	3,44	4,56	5,09	5,01	4,72
Début d'instruction primaire	2,10	3,02	3,68	4,08	4,96	4,28	4,94
Diplôme d'études primaires	1,72	2,80	3,53	3,15	3,76	3,86	4,03
Début d'instruction secondaire	1,70	2,20	3,08	2,73	2,93	3,56	3,56
Diplôme d'études secondaires	1,48	2,09	2,64	2,59	2,38	3,18	3,56
Études supérieures	1,91	2,17	2,44	2,56	2,76	3,18	3,03
Total	1,49	2,25	2,74	2,97	2,98	3,16	3,27

Source : Miró et Mertens (1968), Influences affecting fertility in urban and rural Latin America.

gories sociales. En outre, la nuptialité demeurait précoce : à Caracas comme à Mexico, plus de 30 % des femmes entraient en union avant 18 ans, 50 % avant 20 ans (Houdaille, 1975). Cependant, la contraception (la pilule surtout) commençait à être utilisée dans les villes et aussi l'avortement clandestin, comme cela a été bien mis en évidence au Chili par des médecins dans les années soixante (Requena et Monreal, 1968). De même à Cuba, et plus particulièrement à La Havane, l'avortement terminait plus du tiers des grossesses en 1970, proportion qui a fortement augmenté ensuite. Des calculs menés par Carrasco ont conduit à des estimations relativement précises de la fréquence des avortements provoqués dans les métropoles (Asunción, Lima, Panamá, Buenos Aires et Bogotá), alors que l'avortement était prohibé partout sauf à Cuba. Bien que l'utilisation des divers moyens de limitation des naissances ait beaucoup varié selon les villes, seule une faible proportion de femmes utilisait des méthodes efficaces de contraception, ce qui explique le recours ultime à l'avortement provoqué, plus fréquent chez les femmes les plus âgées. L'avortement a influé de façon significative sur la baisses de la fécondité urbaine après 1965 (Carrasco, 1973).

Parallèlement, la stérilisation féminine devenait courante à Puerto Rico et à Panamá (Hartford et Myers, 1970 ; Population Information Program, 1982). Puerto Rico a été un pays pionnier pour cette méthode dès 1950 (Presser, 1969). Par contre, les pratiques de limitation des naissances n'étaient ni connues ni utilisées dans les zones rurales où la fécondité restait à des niveaux proches de la « fécondité naturelle », ce qui a pu être vérifié par les enquêtes PECFAL-rurales (Tabah, 1976 ; Cosío de Zavala, 1992).

LA PÉRIODE DE FORTE DIMINUTION DE LA FÉCONDITÉ : 1965-1985

Les niveaux élevés de la natalité des pays latino-américains ont commencé à se réduire à partir de la seconde moitié des années soixante. Le Brésil, la Colombie, le Mexique, le Pérou, El Salvador, Panamá, Cuba et la République Dominicaine ont vu leurs taux bruts de natalité baisser très rapidement entre 1970 et 1985. Le Chili et le Costa Rica ont poursuivi leur tendance à la baisse, amorcée avant 1970. Cuba et l'Uruguay ont atteint des niveaux de taux bruts de natalité inférieurs à 20 naissances/1 000 habitants, tandis que celui de l'Argentine se redressait légèrement. Les plus fortes variations totales sur la période ne concernent pas uniquement de petits pays : Cuba vient en tête suivi du Costa Rica, mais de fortes baisses sont aussi observées au Chili, en Colombie, au Venezuela, au Brésil et au Mexique. Par contre, quelques pays d'Amérique centrale, Haïti, la Bolivie et le Paraguay, ont enregistré des diminutions plus modestes (Cosío de Zavala, 1992).

À l'image de l'évolution de la mortalité, la baisse de la natalité a été tardive (après 1960) et rapide. En une vingtaine d'années, tous les pays ont vu se réduire leurs indices conjoncturels de fécondité dans des proportions variant entre 5 et 62 %, exception faite de l'Argentine qui a adopté une attitude pro-nataliste, d'où une augmentation de la fécondité. Les baisses les plus accélérées ont été aussi les plus précoces : Cuba (62 %), le Chili (50 %) et le Costa Rica (53 %). Des pays qui ne montraient pas encore de variations de la natalité vers 1965 ont clairement enregistré un rythme rapide de diminution de leur taux par la suite : la Colombie (53 %), la République Dominicaine (51 %) ainsi que Panamá, le Brésil, le Venezuela et le Mexique (entre 40 et 50 %). Dans d'autres pays comme le Pérou, l'Equateur, le Nicaragua, El Salvador et le Honduras, la baisse rapide de la fécondité a commencé après 1970. La baisse n'a pas été toujours régulière : par exemple le Nicaragua a enregistré un baby-boom post-révolutionnaire au début des années quatre-vingt. En outre, la Bolivie a gardé pendant plus de trente ans pratiquement le même niveau de fécondité (**Tableau n° 4**).

En 1985, cinq pays conservaient des indices conjoncturels de fécondité supérieurs à 5 enfants par femme : la Bolivie, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et Haïti. Une majorité de pays montrait des indices variant entre 3,5 et 4,9 enfants par femme, en phase de transition d'une forte fécondité vers une fécondité plus modérée. C'est le cas des pays andins (Equateur, Pérou, Venezuela), des pays atlantiques (Brésil, Paraguay), de l'Amérique centrale (El Salvador, Honduras), de l'Amérique du Nord (Mexique) et des îles Caraïbes (République Dominicaine).

Encore plus rares étaient les pays enregistrant des niveaux de fécondité entre 3 et 3,5 enfants par femme, faisant figure de pionniers : Colombie (3,2 enfants par femme), Argentine (3,0 enfants par femme), Costa Rica (3,4 enfants par femme) et Panamá (3,2 enfants par femme). Les baisses de fécondité y ont été, soit les plus anciennes (Argentine), soit les plus accélérées (de l'ordre de 40 à 50 % en 20 ans). Deux pays atteignaient des niveaux proches du seuil de remplacement des générations : le Chili (2,7 enfants par femme) et l'Uruguay (2,5 enfants par femme). Cuba se trouvait par contre en-

dessous du seuil de remplacement avec un indice de 1,8 enfant par femme en 1985, qui a encore baissé depuis (1,6 enfant par femme en 1995 et 2005). La baisse de la fécondité à Cuba a été une des plus rapides de l'histoire de la population mondiale et le niveau atteint au début des années 1980 était déjà comparable à celui observé dans nombre de pays européens.

Par contre, en 2000-2005, seulement 3 pays latino-américains, les plus pauvres, conservaient des indices conjoncturels de fécondité supérieurs à 4 enfants par femme : Haïti et la Bolivie (4,0) et le Guatemala (4,6). Tous les autres pays se situaient, en 2000-2005, au-dessous de 4 enfants par femme, et pour la plupart, entre 2 et 3,5 enfants par femme (**Tableau n° 8**).

LE MALTHUSIANISME DE PAUVRETÉ

Le principal facteur qui explique l'évolution de la fécondité et sa baisse rapide dans les pays latino-américains est la progression de la proportion de femmes, mariées ou en union libre, qui utilisaient des méthodes contraceptives efficaces (voir encadré sur les variables intermédiaires de la fécondité). La diffusion de la contraception a mis en évidence le rôle de facteurs différents de ceux qui ont permis, dans les années 1960, un contrôle des naissances dans les secteurs de population les plus éduqués, urbanisés, et à hauts revenus (Bronfman, López et Tuiran, 1986). L'influence des programmes de planification familiale s'est faite sentir dans l'utilisation des méthodes modernes de contraception par les catégories sociales les plus défavorisées. La baisse récente de la fécondité a majoritairement concerné les couches sociales les plus pauvres et les moins instruites.

Entre 1977 et 1982, au Mexique, on observait des diminutions proportionnellement plus importantes dans les taux de fécondité des femmes rurales et des femmes les moins éduquées, notamment avant l'âge de 40 ans. Ayant conservé jusque-là des niveaux très élevés de fécondité, les femmes des couches sociales les plus défavorisées ont vu baisser plus vite leur taux de fécondité, surtout entre 30 et 39 ans, sous l'influence du vigoureux programme national de planification familiale (Cosío de Zavala, 1992).

Au Brésil, entre 1970 et 1976, les femmes des zones urbaines sans aucune scolarisation ont réduit rapidement la taille de leur descendance (45,46), de même qu'entre 1970 et 1990, en Bolivie (-1,1 enfant par femme), au Honduras (-1,8 enfant par femme), en Equateur et au Mexique (-2,8 enfant par femme), en Colombie (-1,7 enfant par femme) et au Chili (-1,4 enfant par femme). Dans tous les cas analysés, il existe une tendance à la réduction des différences entre les sous-populations, les plus éduquées ne diminuant pratiquement plus leur fécondité après 1975, où elle était déjà basse (entre 2,5 et 3 enfants par femme), la fécondité des femmes les moins scolarisées diminuant de façon accélérée.

Cette réduction des différences s'observe également dans les nombres idéaux d'enfants déclarés dans les enquêtes des années 1990, autour de 2,5 enfants par femme, pratiquement identiques dans tous les groupes de femmes, quel que soit leur niveau de scolarité. Les différences observées dans la fécondité du moment tiennent donc surtout aux difficultés rencontrées par les familles des groupes sociaux les plus défavorisés pour accéder effec-

Les variables intermédiaires de la fécondité

L'analyse de la fécondité passe par celle de ses déterminants proches, autrement dit des facteurs de comportement individuel qui influent directement sur le nombre de grossesses et de naissances vivantes que connaissent les femmes au cours de leur vie féconde. Le schéma d'analyse des déterminants de la fécondité est inspiré du travail pionnier de Davis et Blake publié en 1956 qui proposait l'étude de variables susceptibles d'avoir une influence immédiate sur les probabilités de conception, de mortalité intra-utérine et de naissances vivantes au cours des âges de reproduction (Davis et Blake, 1956). Plus récemment, Bongaarts a construit un modèle où il réduit les déterminants de la fécondité à quatre variables intermédiaires : l'entrée en union (légal ou consensuelle), l'allaitement, la contraception, l'avortement. Partant d'un niveau potentiel de fécondité de l'ordre de 15,3 enfants par femme, la méthode de Bongaarts propose de mesurer l'impact de chaque variable sur la réduction de la fécondité potentielle jusqu'aux valeurs observées dans l'indice conjoncturel de fécondité (Bongaarts, 1978). En Amérique latine, c'est l'indice de contraception qui explique la plus grande partie des diminutions de fécondité (Pullum, Casterline et Juarez, 1985).

tivement aux moyens de limiter les naissances, car l'éventail des aspirations de fécondité s'est singulièrement rétréci (Chackiel et Schkolnik, 1997). Il semble donc qu'après 1990, l'idéal d'une famille réduite et le contrôle des naissances soient déjà largement acceptés et désirés.

Or l'interprétation de la baisse de la fécondité dans les secteurs défavorisés est fondamentale pour expliquer et prévoir l'évolution future des phénomènes de population. À l'heure actuelle, les tendances de la fécondité ne semblent plus dépendre, comme dans les années 1960, de variables liées au développement d'attitudes « modernes » vis-à-vis de la reproduction provenant d'une élévation des niveaux de vie, des revenus familiaux et de la scolarisation féminine. Au contraire, les programmes de planification des naissances ont eu des effets importants dans des groupes traditionnellement considérés réticents à l'égard de la contraception mais qui deviennent la « cible » des programmes officiels. La chute de la fécondité s'explique dans ce cas par l'abondance de l'offre de méthodes contraceptives faciles à obtenir, moins chères ou même gratuites, qui peut inciter les femmes des catégories sociales à bas revenu à limiter leurs naissances sous l'impulsion de ces programmes.

Cela suppose cependant que soit expliqué aussi le développement parallèle du désir de familles réduites, à tous les échelons de la société (demande de contraception). C'est ainsi que la baisse de la fécondité au Brésil est expliquée comme un effet de la détérioration du niveau de vie des familles les plus défavorisées en 20 ans. En effet, le salaire réel a fortement chuté à partir de 1965, et le chômage et le sous-emploi se sont aggravés. Mais cette évolution s'est conjuguée au développement des services de planification familiale, notamment ceux offerts par le BEMFAM, organisme privé affi-

lié à l'IPPF, soutenu par les gouvernements des États brésiliens. Les familles les plus pauvres ont commencé à contrôler leurs naissances sous la pression de la crise économique et sociale. Il est apparu ce que l'on peut qualifier de *malthusianisme de la pauvreté*. Dans le cas de la Colombie et du Mexique également, des facteurs d'offre et de demande de contraception expliquent la diffusion rapide de la pratique de la limitation des naissances dans les catégories sociales les plus défavorisées (Cosío de Zavala, 1992).

En résumé, la baisse de la fécondité a commencé au milieu des années soixante dans les groupes sociaux les plus privilégiés à un moment où les catégories restées en marge des bénéfices du développement économique conservaient une très forte fécondité. Plus récemment, l'évolution rapide vers une fécondité réduite s'est manifestée à tous les échelons de la société. Loin de signifier un développement social harmonieux, ceci souligne la faillite du modèle économique, la détérioration des niveaux de vie et les effets de la crise qui frappe avant tout les couches sociales les plus défavorisées, alors que s'est développée parallèlement une offre abondante de services de planification familiale.

LA RÉVOLUTION CONTRACEPTIVE

La mise en place de programmes nationaux de planification des naissances est à l'origine du rythme rapide de progression de l'utilisation de méthodes modernes de contraception. Quelques pays ont des programmes depuis plus de vingt ans (Costa Rica, Puerto Rico, El Salvador, Jamaïque, Mexique, Panamá). Parmi les méthodes les plus utilisées figurent en premier lieu la pilule, puis l'usage de la stérilisation s'est amplement développé (Stycos, 1984). En 1983, 56 % des femmes latino-américaines en union utilisaient des méthodes contraceptives, 46 % des méthodes modernes, dont 20 % la stérilisation, 16 % la pilule et 5 % le stérilet. Dans les années 1990, 60 % utilisaient une méthode, 49 % une méthode moderne, avec la stérilisation en forte progression (36 %), et la pilule et le stérilet en baisse. Le stérilet était plus employé au Mexique, en Colombie, et en Equateur : entre 15 et 20 % des utilisatrices. Par contre, certains pays connaissaient une forte prévalence des méthodes naturelles préconisées par l'Église catholique : ainsi 36 % des utilisatrices au Pérou et 53 % en Bolivie utilisaient le rythme (Nations-Unies, 1995). Cependant, vers 2005, l'utilisation de méthodes modernes avait encore fortement progressé, 71 % des femmes latino-américaines en union utilisant une méthode contraceptive dont 62 % des méthodes modernes (**Tableau n° 9**).

La diffusion des méthodes contraceptives a surtout été importante dans les pays où une forte progression de la stérilisation a été observée. En effet, la plupart des programmes de planification familiale toléraient la stérilisation à des fins contraceptives, même si elle a été provisoirement interdite au Chili en 1975, et temporairement au Pérou de 1977 à 1983. Elle était légale dans les autres pays ou considérée licite parce qu'aucune loi ne l'interdisait. Elle a aussi été socialement bien acceptée malgré l'opposition de principe de l'Église catholique. Il faut remarquer que la stérilisation à des fins contraceptives s'est aussi remarquablement développée en Amérique du

TABLEAU N° 9 : PROPORTION D'UTILISATRICES DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES SELON LA MÉTHODE (POUR 100 FEMMES EN UNION DE 15-49 ANS), CIRCA 2005

Pays	Utilisation de méthodes	
	Toutes méthodes	Méthodes modernes
Amérique latine	71	62
Caraïbes	62	58
Cuba	73	72
République Dominicaine	70	66
Haïti	27	21
Jamaïque	66	63
Puerto Rico	78	68
Trinidad et Tobago	38	33
Amérique centrale	64	55
Costa Rica	80	71
El Salvador	67	-
Guatemala	43	34
Honduras	62	51
Mexique	68	60
Nicaragua	69	66
Panamá	58	54
Amérique du Sud	75	65
Bolivie	53	27
Brésil	77	70
Colombie	77	64
Equateur	66	50
Paraguay	73	61
Pérou	69	50
Venezuela	49	38

Source : CELADE (2004), América Latina : Tablas de Mortalidad, 1950-2025.

Nord. Aux États-Unis, en 1982, 35 % des couples utilisateurs de méthodes étaient stérilisés et 30 % utilisaient la pilule, alors qu'en Europe de l'ouest, ces proportions étaient respectivement de 5 et de 40 %. L'influence du modèle nord-américain en Amérique latine est triple : il donne une image de modernité et d'efficacité à la stérilisation ; il influe sur le corps médical formé aux méthodes américaines ; il a un effet sur la conception, le financement et l'organisation des programmes de planification familiale.

Vers 1990, dans quatre pays, plus de la moitié des femmes utilisant des moyens contraceptifs modernes étaient stérilisées, comme à Porto-Rico (63 % en 1991), à El Salvador (60 % en 1993), en République Dominicaine (69 % en 1991) et à Panamá (56 % en 1984). De 25 à 50 % des utilisatrices étaient stérilisées au Guatemala, au Honduras, en Equateur, au Costa Rica et au Mexique (Nations-Unies, 1995).

La proportion des femmes stérilisées était souvent plus importante en zone rurale qu'en zone urbaine (au Costa Rica, à Panamá, en Equateur). Les stérilisations étaient généralement réalisées dans les cliniques gouvernementales (75 % des opérations de stérilisation au Mexique). De plus, au Brésil et au Mexique, c'est parmi les femmes des couches sociales défavorisées (sans scolarisation ou avec moins de trois ans d'école) que le niveau de fécondité a le plus diminué, parallèlement à l'augmentation de la proportion de femmes stérilisées. Au Mexique, près des deux tiers des femmes rurales stérilisées vers 1980 n'avaient jamais utilisé auparavant de méthode contraceptive (Bronfman, López et Tuiran, 1986). Ceci souligne les pratiques préférentielles des programmes de planification familiale, liées au souci de rentabilité et d'efficacité à court terme. La stérilisation proposée à des femmes de forte fécondité et provenant de milieux défavorisés est apparue comme une solution efficace et définitive.

Par contre, en ce qui concerne l'avortement, les législations sont restées très restrictives, sauf à Cuba où l'avortement est libre et restait la méthode la plus utilisée dès la fin des années 1970. Dans les autres pays, l'avortement demeure totalement illégal. En général, le développement de la pratique contraceptive a fait diminuer parallèlement l'incidence de l'avortement clandestin.

En conclusion, le soutien officiel aux actions de planification familiale dans la plupart des pays a favorisé le développement et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes dans des catégories sociales qui ne limiteraient pas leurs naissances si les programmes n'existaient pas. Les méthodes les plus répandues ont été la pilule et la stérilisation féminine. Dans la période la plus récente, ce sont les femmes peu scolarisées, rurales et à faible revenu qui sont le plus largement touchées par la diffusion de la pratique de la contraception au sein des programmes organisés de limitation des naissances. Toutefois, la qualité des services proposés aux femmes et de l'information sur la contraception laissent beaucoup à désirer, ce qui explique la concentration sur un petit nombre de méthodes contraceptives, comme la stérilisation souvent proposée comme option unique pour limiter définitivement la taille des familles.