

Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique latine

María E. Cosío-Zavala

Dans cette étude sur les changements de fécondité en Amérique latine, nous insisterons sur l'originalité des transitions démographiques latino-américaines, ainsi que sur les différentiels socio-économiques et culturels qui expliquent l'hétérogénéité des niveaux de la fécondité, son évolution à travers le sous-continent et sa distance face aux modèles européens. L'exemple de l'Amérique latine, avec ses singularités, mais aussi avec la confirmation des conditions de la baisse de la mortalité, puis de la fécondité, nous rappelle l'importance des déterminants historiques et culturels, qui replace les présupposés théoriques de la transition démographique dans une perspective temporelle et spatiale. En Amérique latine, on a observé deux modèles différents de transition de la fécondité, que nous présenterons ci-dessous.

Nous allons tout d'abord analyser l'antériorité de la baisse de la mortalité, puis le « mariage-boom » latino-américain, pour voir ensuite les changements de la fécondité, entre les différents pays, entre les différents groupes sociaux, et montrer finalement les modalités de ce que l'on peut qualifier de « malthusianisme de la pauvreté ».

L'antériorité de la baisse de la mortalité

Le principal détonateur de la transition démographique a été, dans tous les cas, la baisse de la mortalité. L'équilibre traditionnel s'est rompu lorsque celle-ci, jusque-là très élevée, a commencé à diminuer au tournant du XX^e siècle, lors des premières campagnes de santé publique et d'assainissement. Les politiques d'équipement médical furent rendues possibles par un contexte de croissance économique, de développement social et de paix civile, qui contrastait avec la période troublée de guerres et de récession économique de l'ensemble du XIX^e siècle et des premières années du XX^e siècle.

Dans un premier temps, les infrastructures furent concentrées dans les grandes villes, qui se virent dotées de tous les équipements les plus modernes de l'époque pour l'hygiène (réseaux de grands collecteurs d'égoûts) et la santé (construction d'hôpitaux). Dans les pays peuplés d'immigrants, majoritairement venus d'Europe, on tenait à égaler, voire à dépasser en équipement médical, les plus grandes métropoles européennes. À partir de 1930, gouverner en Amérique latine, c'était à la fois peupler, éduquer et soigner, l'éducation et l'hygiène publique jouant un rôle essentiel dans les différents projets politiques des nouvelles nations latino-américaines, bien que les grandes masses paysannes aient été laissées souvent en marge de ce processus.

Conséquence immédiate de ces mesures, les espérances de vie ont doublé entre 1930 et 1960, date à laquelle la plupart des pays atteignaient les 60 ans de vie moyenne. Or, témoins des inégalités dans les rythmes de développement, les pays les plus pauvres ont atteint ce seuil avec retard. Il a fallu attendre 1975 pour que l'Équateur y parvienne, 1985 pour le Pérou et la plupart des pays d'Amérique centrale (Guatemala, Honduras, Nicaragua), il faudra sans doute attendre l'an 2000 pour la Bolivie et Haïti (Celade, 1989).

En règle générale, la baisse rapide de la mortalité en Amérique latine a provoqué une hausse temporaire de la fécondité, par un allongement de la durée de survie des couples et une plus grande fertilité. C'est ainsi que vers 1965, les indices conjoncturels de fécondité des pays latino-américains se situaient généralement entre 6 et 7,5 enfants

par femme, sauf au Chili (5 enfants par femme), à Cuba (4,7 enfants par femme), et à l'extrême Sud du continent : 3 enfants par femme en Argentine et en Uruguay (Celade, 1983).

Le rôle de la nuptialité

Un accroissement de la nuptialité a accompagné à son tour la hausse de la fécondité latino-américaine avant 1965. En effet, on a observé un « mariage-boom » pendant la décennie des années 1950 et 1960, qui a stimulé les naissances précoces et les descendance très nombreuses. Ces tendances à la hausse de la nuptialité se confirment dans tous les pays d'Amérique latine : dans l'ensemble, entre 1950 et 1960, la proportion de femmes en union est passée de 58 % à 63 %, tandis que la proportion de célibataires à 50 ans a chuté de 19 % à 9 %. La nuptialité légale a donc considérablement augmenté, tandis que se réduisaient le célibat définitif, les unions consensuelles et les ruptures d'union consécutives aux veuvages, le divorce restant encore relativement limité¹.

Traditionnellement, les effets positifs sur les descendance de la réduction de la mortalité ont souvent été contrôlés par une limitation des mariages. C'est ainsi qu'en Europe du Nord, tandis que les vies moyennes augmentaient entre 1750 et 1870, les mariages devenaient de plus en plus tardifs et le célibat définitif augmentait sensiblement dans les générations. D'autres mécanismes étaient également utilisés, comme l'émigration de jeunes vers l'Amérique qui alimenta les flux vers l'Argentine, Cuba, l'Uruguay, le Brésil et le Chili à la fin du XIX^e siècle et dans le premier tiers du XX^e siècle.

Par contre, en Amérique latine, le contrôle de la nuptialité ne fut pas utilisé, en règle générale, comme un moyen de limiter la croissance démographique. En premier lieu, il y a une question d'époque : ce qui était accepté comme une solution inévitable dans l'Europe de l'Ancien Régime était socialement difficile à proposer après 1930.

¹ Voir Camisa (1971), Rosero-Bixby (1990).

En effet, les changements culturels de notre siècle, notamment les modifications de la condition féminine et des relations entre les générations, se sont produits aussi en Amérique latine, rendant impossible un modèle de mariage tardif dans un contexte culturel qui ne l'avait par ailleurs jamais connu, contrairement aux pays européens où le mariage tardif existait de longue date.

En second lieu, la forte croissance économique de l'Amérique latine pendant cette période a également joué en faveur du « mariage-boom » des années 1950 et 1960 : ce sont les années des différents « miracles » économiques (brésilien, colombien, mexicain, vénézuélien), de l'expansion de l'emploi industriel et urbain et donc des possibilités de fonder un foyer dans de meilleures conditions, les jeunes trouvant plus tôt et plus facilement des moyens de subsistance dans le secteur moderne de l'économie. Les conditions du « mariage-boom » latino-américain sont d'ailleurs les mêmes que celles du « mariage-boom » des pays d'Europe et d'Amérique du Nord à la même époque (Hajnal, 1953) : urbanisation rapide, croissance économique accélérée, abondance d'emplois dans les secteurs secondaires et tertiaires, mobilité sociale, exode rural, moindre contrôle social des jeunes par les générations antérieures.

Les changements de fécondité

Des niveaux élevés de nuptialité et de fécondité ont prévalu en Amérique latine jusque vers 1965, la très grande majorité des populations latino-américaines ne limitant pas leurs naissances au sein du mariage. Ce que l'on connaît de la fécondité maritale montre des niveaux similaires à ceux de l'Ancien Régime en Europe : par exemple, pour les unions à 20-24 ans, les descendance étaient de 7,1 enfants chez les françaises mariées en 1670-1679 et de 7,3 enfants chez les mexicaines rurales nées en 1920-1934 ; ces descendance atteignaient, pour les unions avant 20 ans, 8,3 et 8,8 enfants par femme respectivement pour les françaises et les mexicaines de ces mêmes générations (Cosio-Zavala, 1994a). Mais comme la nuptialité était plus précoce et que les unions duraient plus longtemps, grâce à la baisse du veuvage, les niveaux de fécondité générale déjà signalés, entre 6 et 7,5 enfants par

femme au niveau national, dépassaient largement ceux de l'Europe ancienne, qui n'excédaient pas 4 ou 5 enfants par femme.

Une hausse de fécondité, entre 1940 et 1965, a suivi dans un premier temps la baisse de la mortalité. Les variables intermédiaires qui l'expliquent sont liées aux progrès sanitaires qui ont réduit la morbidité et la mortalité maternelles et qui ont permis une diminution des stérilités pathologiques et un meilleur déroulement des grossesses et des accouchements. De plus, les unions duraient plus longtemps suite à un allongement de la durée de survie de chacun des conjoints. Conjointement, on a observé une diminution de la fréquence et de la durée de l'allaitement maternel, notamment dans les populations les plus urbanisées.

Bien qu'une fécondité naturelle ait généralement prévalu en Amérique latine avant 1965, on trouvait déjà des fécondités contrôlées en Argentine, en Uruguay, au Chili et à Cuba dès le début de ce siècle. Dans ces populations, les flux d'immigrants européens, qui ont quitté l'Europe au début de la transition démographique, ont conservé des comportements proches de ceux de leurs pays d'origine. Par exemple, en Argentine, la taille moyenne des familles de 7 enfants en 1869-1914 a été divisée par deux à partir de 1930. La ville de Buenos Aires a toujours connu une moindre fécondité : 4 enfants par couple entre 1895 et 1914, 2,8 enfants en 1936, 2,4 enfants en 1947 (Pantelides, 1990). De fait, les immigrés européens de l'Amérique latine ont accompli leur révolution démographique en même temps que leurs concitoyens restés en Europe.

Dans le reste de l'Amérique latine, il a fallu attendre le milieu des années soixante pour que la fécondité commence à se réduire, lors de la dénommée « seconde révolution contraceptive » (Leridon, 1987), qui désigne la diffusion des méthodes médicales de contraception (avant tout la pilule contraceptive, le stérilet et la stérilisation). On observe les premiers effets de ces méthodes au Chili, au Costa Rica et dans la plupart des îles caraïbes avant 1970. L'indice conjoncturel de fécondité a ainsi diminué en dix ans – de 1960 à 1970 – d'un enfant par femme au Chili (passant de 5 à 3,9), et de 2 enfants par femme au Costa Rica (passant de 7 à 4,9). C'est surtout la fécondité des femmes encore en union après l'âge de 30 ans qui s'est réduite. En Amérique latine, l'utilisation de moyens modernes de contraception a été multipliée par quatre entre 1965 et 1983.

Entre 1960 et 1985, les indices conjoncturels de fécondité ont diminué de 10 % à 61 %, avec une moindre ampleur en Uruguay et en Bolivie (avec 3 % et 5 % respectivement), mais augmenté en Argentine, à la suite d'une réglementation pro-nataliste qui limitait l'accès aux moyens contraceptifs (tableau 1). En règle générale, on voit s'associer positivement la rapidité de la baisse de la fécondité et la diffusion des méthodes contraceptives. De plus, dès 1980, la stérilisation féminine s'est diffusée rapidement et dans certains pays, comme le Brésil, l'Équateur, Panama, Puerto Rico, le Salvador et la République Dominicaine, c'est plus du quart des femmes en union qui sont stérilisées. Cette proportion atteignait 39,7 en 1982 à Porto Rico (Nations unies, 1988).

Cependant, la fécondité est restée élevée dans les pays où la croissance économique et le développement social marquaient le pas : en 1985, on observait encore plus de 6 enfants par femme en Bolivie, au Guatemala, au Honduras, 5,9 enfants par femme au Nicaragua, 5,5 enfants par femme en Haïti (tableau 1). Ce sont des pays où dominait aussi une forte mortalité et où les bas niveaux de vie, de développement, de scolarisation et de santé, expliquent le retard pris dans la baisse de la fécondité.

À l'intérieur des pays, on observe également des différences marquées de fécondité entre pauvres et riches, entre villes et campagnes. Vers 1965, la transition de la fécondité avait commencé dans les grandes villes et chez les femmes les plus scolarisées, dans les groupes sociaux les plus favorisés. Les déterminants de cette évolution sont ceux qui sont signalés par la théorie de la transition démographique, que l'on peut résumer en une attitude plus moderne des femmes face à la reproduction. Ces changements ont été associés à un retard de nuptialité, puisque la baisse de la fécondité s'est produite en premier lieu dans les groupes de femmes en union pour la première fois après l'âge de 20 ans, femmes ayant fréquenté les écoles secondaires et parfois supérieures, appartenant aux groupes socio-professionnels des cadres et des professions libérales.

Les changements de fécondité au Mexique donnent une illustration de ces phénomènes : la descendance des femmes des générations 1942-1946 était de 7 enfants pour celles qui s'étaient unies la première fois à 15-19 ans, de 5 enfants pour les unions conclues à 20-24 ans ; dans le premier groupe d'âges à l'union, 80 % donnaient naissance

Pays	âge moyen au premier mariage		% de célibataires à 50 ans		Indice conjoncturel de fécondité		% de baisse
	1960	1980	1960	1980	1960	1985	1960-85
Bolivie	22,5	22,1	–	7,7	6,6	6,3	5,0
Colombie	21,3	22,6	11	11,9	6,7	3,6	46,4
Equateur	20,7	21,1	4	10,7	7,0	5,0	28,6
Pérou	21,7	22,7	12	8,5	6,9	5,2	24,1
Vénézuéla	20,2*	21,2	8	14,7	6,7	4,1	38,8
Brésil	23,0*	22,6	–	8,1	6,3	4,0	35,0
Paraguay	21,7*	21,8	7	16,4	6,6	4,9	26,0
Chili	23,5	23,6	4	12,4	5,0	2,6	47,8
Argentine	23,1	22,9	13	10,1	3,1	3,4	– 10,0
Uruguay	22,8	22,4	13	10,8	2,9	2,8	3,4
Costa Rica	21,3	22,2	4	13,6	7,0	3,5	49,6
Cuba	19,4*	19,9	–	4,4	4,7	1,8	61,5
Panama	20,4*	21,3	16	7,7	5,9	3,5	40,9
Salvador	18,9	19,4*	16	23,1*	6,9	5,6	18,2
Guatemala	18,8	20,5	5	6,2	6,9	6,1	10,9
Honduras	17,9	20,0*	17	5,3*	7,4	6,5	11,6
Nicaragua	–	20,2*	3	13,6*	7,3	5,9	19,5
Haïti	22,4	23,8	–	8,4	6,2	5,5	10,6
Mexique	20,3	20,6	8	7,1	6,8	4,7	30,4
République Dominicaine	19,2	19,7*	14	18,5*	7,3	4,1	44,0

Sources : Nations Unies (1985), Nations unies (1990), Camisa (1971), CELADE (1983).

Chiffres marqués d'un * : années 1970.

Tableau 1. Amérique latine.
Évolution des indicateurs démographiques depuis 1960.

au moins à cinq enfants contre 48 % dans le deuxième groupe (Cosío-Zavala, 1994a : 79). On observait dès 1972-1976 d'importantes différences entre milieux urbain et rural : un indice conjoncturel de fécondité de 7,6 enfants par femme en zone rurale contre 5,7 enfants par femme en zone urbaine, 4,8 dans les aires métropolitaines (Alam, Casterline, 1984 : 16). Les femmes n'ayant pas fréquenté l'école

avaient 8,1 enfants alors que l'indice était de 3,3 enfants pour celles ayant suivi sept années de scolarité. Entre ces deux valeurs, l'indice conjoncturel de fécondité était de 5,8 enfants par femme pour celles n'ayant pas entrepris d'études secondaires (de 4 à 6 années d'études) et il s'élevait à 7,5 enfants par femme pour celles ayant suivi de 1 à 3 années d'école (Alam, Casterline, 1984 : 20).

En définissant des groupes sociaux suivant des critères socio-professionnels, on observait également des différences significatives en 1971-1977 : 8,0 enfants par femme chez les agriculteurs et 6,9 dans la population non agricole ; parmi cette dernière, on trouvait également des variations importantes : 5,4 enfants par femme pour les techniciens et cadres, 7,6 enfants par femme chez les ouvriers, 8,3 enfants par femme pour les vendeurs ambulants et manœuvres (Mier y Terán et Rabell, 1984).

Dans les campagnes latino-américaines, la fécondité est restée élevée jusqu'en 1975, même en augmentation entre 1965 et 1975 du fait de la baisse de la mortalité rurale. Aux environs de 1980, la fécondité rurale était d'autant plus élevée que les pays étaient moins avancés socialement et économiquement : 2,7 enfants par femme à Cuba, 3,6 enfants au Chili, 5,1 en Colombie, 5,4 au Panama, 5,5 en Équateur, 5,9 au Salvador et en République dominicaine, 6,3 au Pérou, 6,6 au Paraguay, 7,1 au Guatemala, 8,2 au Honduras (Chackiel et Schkolnik, 1990). L'écart de fécondité entre villes et campagnes était dans tous les cas considérable : de 1 enfant par femme à Cuba entre les extrêmes à 4,4 enfants par femme au Honduras. Ces différences se retrouvent selon les niveaux de scolarisation et selon les groupes professionnels. Ce sont toujours les paysans qui ont la fécondité la plus élevée : 3,9 enfants par femme au Chili, 8,6 au Honduras ; ce sont les techniciens, patrons, cadres, fonctionnaires qui ont la fécondité la plus basse : 1,9 enfants par femme au Chili, 3,8 au Honduras (Chackiel et Schkolnik, 1990).

Ces chiffres confirment les tendances que nous avons observées au Mexique : une transition de la fécondité plus précoce et plus avancée dans les milieux sociaux les plus scolarisés et favorisés socio-économiquement, peu ou en tout cas moins de changements dans les groupes sociaux en marge du développement socio-économique. Cependant, la fécondité a quand même baissé dans ces groupes également, suivant d'autres modalités.

Deux modèles de transition démographique

En étudiant les changements de fécondité en Amérique latine, on arrive à la conclusion que la fécondité a diminué suivant deux modèles de transition démographique. C'est probablement le cas de tous les pays du Tiers monde actuellement, très différents des pays d'Europe de la fin du XIX^e siècle du point de vue de leur situation économique, sociale, culturelle et démographique et de l'état des connaissances en matière de lutte contre la mort et de limitation des naissances.

Le premier modèle de transition démographique en Amérique latine a commencé lorsque s'est produite une certaine modernisation des économies et des sociétés au début du XX^e siècle, et qu'ont été installées les infrastructures nécessaires pour déclencher une baisse de la mortalité. Suivant la baisse de la mortalité dès 1930, la transition reproductive a commencé chez les groupes sociaux principalement bénéficiaires de la croissance économique et du développement social rapides. Cette transition a été accompagnée de profondes modifications dans les structures familiales, l'urbanisation, la scolarisation, le marché du travail, la condition féminine. La limitation des naissances s'est diffusée largement après 1965, avec les méthodes modernes de contraception (surtout la pilule) et aussi le recours à l'avortement qui devint fréquent en ville, malgré son interdiction et les dangers qu'il faisait courir aux femmes, au point de devenir un des principaux problèmes de santé publique au cours des années soixante.

Ce modèle de transition démographique, qui repose sur des changements d'attitude vis-à-vis de la reproduction, est donc semblable à celui des pays qui se sont développés et modernisés en premier (Europe, Amérique du Nord). Il y a cependant de grandes différences entre l'Amérique latine et l'Europe, comme le décalage de plus de 100 ans entre les dates de début de chacune des deux transitions démographiques, la rapidité de la transition latino-américaine par rapport à l'europpéenne et le rôle minime de la nuptialité dans le contrôle de la reproduction, qui permet à Cuba, par exemple, d'avoir à la fois une nuptialité extrêmement précoce et une fécondité très faible. Le

« mariage-boom » latino-américain des années 1950 et le développement des moyens modernes de contraception expliquent cette différence dans le rôle de la nuptialité.

Autre différence essentielle, le rôle joué par la médecine moderne, car l'efficacité et le coût relativement modique des grands programmes de santé publique ont permis de réduire rapidement à la fois la mortalité et la fécondité. Dans les pays d'Amérique latine, la baisse de la fécondité est largement associée à des programmes nationaux de planification familiale, qui ont largement diffusé la connaissance et la pratique des moyens contraceptifs les plus modernes.

Le second modèle de transition démographique a concerné plutôt les couches les plus pauvres des sociétés latino-américaines et s'est produit dans un contexte tout à fait différent de détérioration des conditions de vie. La mortalité est restée alors relativement élevée, les infrastructures sanitaires et médicales n'étant pas également réparties, et les zones rurales, par exemple, étant généralement sous-équipées. La pauvreté, la faible scolarisation et la malnutrition accompagnent les carences en structures sanitaires, médicales et éducatives.

Cependant, la fécondité a commencé à diminuer dans la plupart des cas, même dans les campagnes, chez les groupes sociaux les moins scolarisés et les groupes professionnels les plus défavorisés. Par exemple, en Colombie, les femmes rurales ont vu baisser leur indice conjoncturel de fécondité de 5,1 à 4,8 enfants par femme entre 1981-1983 et 1984-1986; la réduction est de 5,9 à 4,8 enfants par femme en République dominicaine entre 1980-1982 et 1983-1985. Aux mêmes dates, la fécondité des femmes sans scolarité est passée de 5,6 à 5,1 enfants par femme en Colombie et de 6,5 à 5,3 enfants par femme en République dominicaine (Chackiel et Schkolnik, 1990).

Une étude sur le Brésil a signalé que la crise économique, qui a touché de plein fouet les couches les plus pauvres, a eu pour effet de faire diminuer le nombre d'enfants dans les familles les plus défavorisées. La baisse du niveau de vie, le chômage, la malnutrition, les carences de tout genre, ont conduit à l'émergence de ce qu'on peut qualifier de « malthusianisme de la pauvreté »². La naissance de nombreux

² Phénomène également signalé pour l'Afrique par Boserup (1985).

enfants est perçue actuellement par ces familles comme mettant en danger leur survie immédiate (De Carvalho et Wong, 1990 ; Gautier et Quesnel, 1993).

Or, en Amérique latine, il existe une offre très abondante de moyens contraceptifs, de la part des gouvernements ou d'organismes privés qui les rendent largement accessibles à l'ensemble de la population, y compris aux secteurs les plus pauvres et les plus marginalisés. De plus, les programmes de planification familiale bénéficient d'un large consensus social, y compris, dans la plupart des cas, du soutien muet de l'Église catholique, seule force d'opposition organisée à ces programmes, mais qui, sur le terrain, intervient peu généralement (Cosío-Zavala, 1994b).

Dans ce contexte, la plupart des familles ont facilement accès à la contraception. Cependant, si les politiques médicales sont nécessaires pour assurer la diffusion des méthodes contraceptives, elle ne sont en aucun cas suffisantes pour faire baisser la fécondité. Souvent, les moyens contraceptifs ne sont utilisés qu'en fin de vie féconde, après une première partie de la vie reproductive qui reste traditionnelle, sans changements dans la nuptialité précoce, avec des naissances rapprochées et une absence de limitation des premières naissances. Ce n'est qu'après avoir atteint une descendance relativement nombreuse, de 5 à 8 enfants, que les familles les plus pauvres ont recours aux moyens contraceptifs, notamment à la stérilisation définitive de la femme, qui apparaît fréquemment comme une première et unique méthode au cours de la vie féconde.

Des données mexicaines peuvent illustrer une fois de plus ce phénomène, montrant une influence limitée de la vigoureuse campagne nationale de planification familiale sur la fécondité rurale : en 1986, l'indice conjoncturel de fécondité était de 6 enfants par femme dans les campagnes alors qu'il était de 3 enfants par femme dans les grandes métropoles. Sans un changement d'attitude indispensable face à la reproduction, surtout chez les jeunes femmes, les politiques uniquement médicales ont peu de chances de faire diminuer le niveau de la fécondité. Au Salvador, beaucoup de stérilisations (52 % des utilisatrices de méthodes) n'équivaut pas à une faible fécondité (elle restait de 5,6 enfants par femme en 1985). Ceci explique pourquoi la fécondité rurale latino-américaine reste encore relativement élevée, aux environs de 5 enfants par femme, même si elle a commencé à dimi-

nuer sensiblement (on enregistrait entre 8 et 10 enfants par femme rurale dans les années 1970).

Ces modalités de transition démographique expliquent à la fois la baisse de la mortalité et de la fécondité dans un contexte de pauvreté, de faible scolarisation et de comportements familiaux et individuels restés traditionnels, c'est-à-dire dans des conditions très différentes de celles qui sont à la base de la théorie de la transition démographique. Mais un facteur essentiel demeure nécessaire : l'existence des infrastructures médicales, qui ne peut être assurée que dans un contexte minimal de paix civile, d'organisation administrative et d'un certain développement social indispensable. C'est ainsi que les pays les plus pauvres, comme le Honduras, n'ont pu réaliser que la première partie de la transition démographique, celle des villes et des secteurs sociaux favorisés, et que les habitants des campagnes, tout à fait majoritaires au Honduras, n'ont pas encore vu baisser leur fécondité³.

³ Entre 1969-70 et 1979-80, la fécondité rurale est passée au Honduras de 8 à 8,2 enfants par femme ; celle des femmes sans scolarisation de 7,2 à 7,3 ; celles des salariés agricoles de 8,1 à 8,6 enfants par femme, des autres agriculteurs de 8,2 à 8,4 enfants par femme. Données du Celade (Chackiel et Schkolnik, 1990).

Bibliographie

- ALAM I., CASTERLINE J.B., 1984 —
« Socio-economic differentials in recent fertility », *WFS Comparative Studies*, n° 33, Voorburg, International Statistical Institute.
- BOSERUP E., 1985 —
« Economic and Demographic Interrelationships in sub-saharian Africa ». In: *Population and Development Review*, 11 (3): 383-398.
- CAMISA Z., 1971 —
La nupcialidad femenina en América Latina durante el período intercensal 1950-1960. San José de Costa Rica, Celade, 44 p.
- CELADE, 1983 —
Boletín Demográfico.
- CELADE, 1989 —
« América Latina, Tablas de mortalidad ». *Boletín Demográfico*, XXII (44), 350 p.
- CHACKIEL J., SCHKOLNIK S., 1990 —
« América Latina : transición de la fecundidad en el período 1950-1990 ». In: *Séminaire Transition de la fécondité en Amérique latine*, Buenos Aires, UIESP, Celade, Cenep, 3-6 avril 1990, 23 p.
- COSÍO-ZAVALA M.E., 1994a —
Changements de fécondité au Mexique et politiques de population. Paris, IHEAL-L'Harmattan, 256 p.
- COSÍO-ZAVALA M.E., 1994b —
« Singularités et modalités de la transition démographique en Amérique latine ». In: *Religions et démographies, vers la Conférence du Caire*, Paris, Centre d'études du Saulchoir, Cerf: 59-80.
- DE CARVALHO J., RODRIGUEZ WONG L., 1990 —
« La transición de la fecundidad en el Brasil; causas y consecuencias ». In: *Séminaire sur la transition de la fécondité en Amérique latine*, Buenos Aires, UIESP, Celade, Cenep, 3-6 avril 1990, 37 p.
- GAUTIER A., QUESNEL A., 1993 —
Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatán (Mexique). Paris, Orstom, 114 p.
- HAJNAL J., 1953 —
« The marriage-boom ». In: *Population Index*, 19 (1).
- LERIDON H., 1987 —
La seconde révolution contraceptive. Paris, PUF/Ined, 378 p.
- MIER Y TERAN M., RABELL C., 1984 —
« Fecundidad y grupos sociales en México (1971-1977) ». In: *Los factores del cambio demográfico en México*. México, Isunam: 221-241.
- Nations unies, 1988 —
« Levels and Trends of Contraceptive Use as assessed in 1988 ». In: *Population Studies*, n° 110, 129 p.
- Nations unies, 1990 —
Patterns of first marriage: timing and prevalence. New York, 327 p.
- PANTELIDES A., 1990 —
« Un siglo y cuarto de la fecundidad en Argentina, 1869 al presente ». In: *Séminaire transition de la fécondité en Amérique latine*, Buenos Aires, UIESP, Celade, Cenep, 3-6 avril 1990, 20 p.
- ROSETO-BIXBY L., 1990 —
« Nuptiality and fertility transition in Latin America ». In: *Séminaire sur la transition de la fécondité en Amérique latine*, Buenos Aires, UIESP, Celade, Cenep, 3-6 avril 1990, 22 p.