

ELISABETTA MICARO

**IMPACTS DE PROGRESA SUR LES COMPORTEMENTS  
REPRODUCTIFS DES FEMMES**

Mémoire présenté  
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval  
dans le cadre du programme de maîtrise en Études internationales  
pour l'obtention du grade de maître ès arts (M.A.)

INSTITUT QUÉBÉCOIS DES HAUTES ÉTUDES INTERNATIONALES  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC

JUILLET 2007

## RÉSUMÉ

Par le présent mémoire, on vise à étudier les impacts du programme social mexicain de lutte contre la pauvreté extrême PROGRESA sur les comportements reproductifs des femmes bénéficiaires recevant l'aide pendant la période mars 1998 - mars 2000.

PROGRESA s'insère dans un cadre d'orientations politiques visant à réduire la pauvreté non seulement en agissant sur le plan économique, mais également sur le plan démographique. Les analyses économétriques réalisées à travers de régressions logistiques ont permis de faire ressortir les impacts de PROGRESA sur certains comportements reproductifs des bénéficiaires de l'aide accordée par le programme. Les impacts varient selon l'indicateur utilisé et selon les caractéristiques des bénéficiaires. Alors qu'on ne peut pas conclure à des impacts significatifs sur la fertilité et sur le type de méthode contraceptive utilisée, des impacts significatifs ont été relevés sur d'autres indicateurs sélectionnés. Notamment, la probabilité d'exprimer le désir pour des enfants additionnels a diminué, exception faite pour les femmes plus jeunes âgées de 13 à 29 ans, pour lesquelles la probabilité a augmenté. Néanmoins, la probabilité que celles-ci soient enceintes ou qu'elles allaitent a augmenté deux ans après la mise en œuvre du programme. Pour terminer, la probabilité d'avoir recours à la contraception a augmenté pour les jeunes filles bénéficiaires, et elle est restée inaltérée pour les femmes plus âgées.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>I</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>II</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>IV</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>V</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1</b> .....	<b>4</b>
<b>PROGRESA ET LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ</b> .....	<b>4</b>
1.1 OBJECTIFS ET ORIENTATIONS DE PROGRESA .....	4
1.2 IMPACTS DE PROGRESA .....	8
1.2.1 <i>Impacts de PROGRESA sur la santé</i> .....	8
1.2.2 <i>Impacts de PROGRESA sur l'éducation</i> .....	9
1.2.3 <i>Impacts indirects de PROGRESA</i> .....	10
1.3 LE DISCOURS DU PRÉSIDENT ZEDILLO POUR L'INAUGURATION DU PROGRAMA NACIONAL DE POBLACIÓN 1995-2000 : LIEN ENTRE LA FERTILITÉ ET LA PAUVRETÉ .....	12
1.4 BREF PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION MEXICAINE .....	14
<b>CHAPITRE 2</b> .....	<b>20</b>
<b>LA RECHERCHE SUR LA FERTILITÉ</b> .....	<b>20</b>
2.1 LES DIFFÉRENTES APPROCHES DANS LA LITTÉRATURE SUR LA FERTILITÉ.....	20
2.1.1 <i>L'approche démographique</i> .....	21
2.1.2 <i>L'approche économique</i> .....	22
2.1.3 <i>L'approche anthropologique</i> .....	24
2.2 PROGRESA ET LE CERCLE VICIEUX DE LA PAUVRETÉ .....	24
2.2.1 <i>Pauvreté et fertilité : quelle relation?</i> .....	24
2.2.1.1 Les enfants : bénéfique ou préjudice?.....	28
2.2.1.2 La contraception .....	30
2.2.1.3 Les effets découlant de la pauvreté.....	32
2.2.1.4 Qualité et quantité d'enfants : un arbitrage ?.....	32
2.2.2 <i>Les déterminants des changements des comportements reproductifs et les objectifs de PROGRESA</i> .....	34
2.2.2.1 L'autonomisation des femmes et ses dimensions .....	38
2.2.2.2 L'autonomisation de ressources.....	39
2.2.2.3 L'autonomisation d'agencéité.....	40

2.2.2.4 L'autonomisation de réalisations .....	40
2.2.2.5 Les mesures de l'autonomisation et ses liens avec les comportements reproductifs .....	41
2.2.2.6 Les actions prévues par PROGRESA pour l'autonomisation des femmes ..	44
2.2.3 L'éducation .....	46
2.2.3.1 Les influences de l'éducation des femmes sur les comportements reproductifs .....	47
2.2.3.2 Les effets de l'éducation des femmes sur la taille désirée de la famille .....	50
2.2.3.3 Les effets de l'éducation sur la relation entre la taille désirée de la famille et le nombre prévu de naissances.....	51
<b>CHAPITRE 3 .....</b>	<b>53</b>
<b>IMPACTS DE PROGRESA SUR LES COMPORTEMENTS REPRODUCTIFS</b>	<b>53</b>
3.1 CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE .....	53
3.2 CONCEPTION DE PROGRESA .....	53
3.3 LE VOLET « ÉVALUATION » DANS PROGRESA.....	55
3.4 DONNÉES EXPÉRIMENTALES VS DONNÉES NON EXPÉRIMENTALES : LE PROBLÈME DE L'ÉVALUATION DES IMPACTS DES PROGRAMMES SOCIAUX ET L'EXCEPTION DE PROGRESA .....	56
3.5 CONSTRUCTION DE LA BASE DE DONNÉES DE RÉFÉRENCE .....	57
3.5.1 <i>Variables dépendantes et indépendantes</i> .....	58
3.6 PROGRESA ET SES ACTIONS SUR LES COMPORTEMENTS REPRODUCTIFS .....	60
3.7 ANALYSES NON PARAMÉTRIQUES ET PARAMÉTRIQUES .....	63
3.7.1 <i>L'analyse non paramétrique</i> .....	63
3.7.2 <i>L'analyse paramétrique</i> .....	64
3.8 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE RÉFÉRENCE.....	67
3.8.1 <i>Similarités et différences entre les bénéficiaires et les femmes admissibles au programme PROGRESA</i> .....	69
3.8.2 <i>Analyse non-paramétrique des tendances des indicateurs des comportements reproductifs des bénéficiaires et des femmes admissibles au programme PROGRESA</i> .....	71
3.9 RÉSULTATS DES ANALYSES PARAMÉTRIQUES.....	73
3.9.1 <i>Le désir d'enfants</i> .....	75
3.9.2 <i>L'utilisation de la contraception</i> .....	76
3.9.3 <i>Le type de contraception utilisée</i> .....	77
3.9.4 <i>Les raisons du non-recours à la contraception</i> .....	77
3.9.5 <i>La fertilité</i> .....	78
3.9.6 <i>Interprétation des résultats</i> .....	78
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXE A.....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE B.....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXE C.....</b>	<b>94</b>

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. POURCENTAGE DE FEMMES EN ÂGE FERTILE QUI ONT RECOURS À DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES SELON LES CARACTÉRISTIQUES SÉLECTIONNÉES (1976-2000).....	19
TABLEAU 2. MÉTHODE D'ESTIMATION DIFFÉRENCE EN DIFFÉRENCE OU DOUBLE DIFFÉRENCE.....	64
TABLEAU 3. DÉsir D'ENFANTS SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE (MARS 1998-MARS 2000) .....	71
TABLEAU 4. UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE (MARS 1998- MARS 2000).....	72
TABLEAU 5. TYPE DE CONTRACEPTION UTILISÉE SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE (MARS 1998 – MARS 2000).....	72
TABLEAU 6. JUSTIFICATIONS DU NON-RECOURS À LA CONTRACEPTION SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE (MARS 1998- MARS 2000) .....	73
TABLEAU 7. FEMMES ENCEINTES SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE (MARS 1998- MARS 2000).....	73
TABLEAU 8. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES 10 636 FEMMES CONSTITUANT L'ÉCHANTILLON DE RÉFÉRENCE, SELON LA COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE - MARS 1998 .....	91
TABLEAU 9. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES 6778 FEMMES RÉCIPIENDAIRES DE L'AIDE PROGRESA, SELON LA COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE - MARS 1998.....	93
TABLEAU 10. RÉSULTATS DES RÉGRESSIONS LOGISTIQUES – BÉNÉFICIAIRES VS FEMMES ADMISSIBLES À PROGRESA.....	94

## **LISTE DES FIGURES**

FIGURE 1. DIFFÉRENTS « CHEMINS » RELIANT PAUVRETÉ ET FERTILITÉ.....27

## INTRODUCTION

En 1998, les autorités mexicaines ont mis en œuvre PROGRESA, un programme social multidimensionnel de lutte contre la pauvreté extrême. Alors qu'il ne s'agit certainement pas du premier programme de lutte contre la pauvreté au Mexique, il présente plusieurs éléments innovateurs, à savoir une intervention multidimensionnelle, la promotion de la demande de services et non pas de l'offre de services et l'intégration d'un volet pour l'évaluation du programme lui-même.

Le caractère multidimensionnel de la stratégie de lutte contre la pauvreté poursuivie par PROGRESA est déterminé par le fait que les actions prévues se déploient à la fois dans les domaines de l'éducation, la santé et la nutrition afin de renforcer le capital humain des enfants et des adultes.

Pour ce qui est du volet évaluation, ce dernier a rendu possible la collecte de données expérimentales permettant ainsi d'obtenir des estimations assez fiables des impacts réels du programme sur la population cible. Plusieurs études ont pu être menées entre 1998 et 2000 afin d'évaluer les impacts de PROGRESA sur les composants du capital humain. Grâce à ces études, on a constaté certains effets positifs sur le capital humain des enfants et des bénéficiaires de l'aide de PROGRESA.

Or, le but de ce travail de recherche est celui de déterminer si le programme a eu des impacts sur certains comportements reproductifs des femmes. La réduction de la fertilité est en fait mentionnée dans les documents officiels de PROGRESA comme étant l'une des orientations du programme puisque la fertilité élevée est l'un des facteurs perpétuant le

cercle vicieux de la pauvreté. La baisse du taux de fertilité non seulement fait partie des programmes de population, mais est aussi intégrée depuis 1995 dans les programmes de développement national, ce qui démontre l'importance accordée à l'atteinte de ce but par les autorités mexicaines.

Une étude menée par Skoufias et McClafferty en 2001 avait abordé la question de savoir si PROGRESA avait eu des impacts, entre autres, sur la fertilité (mesurée par le taux de fertilité). L'étude ne fut pas à même de constater des impacts statistiquement significatifs sur la fertilité. Or, les données collectées ne peuvent nous renseigner que sur des effets à court terme. Par conséquent, il est possible que les résultats de l'étude de Skoufias et McClafferty sur le taux de fertilité souffrent de cette limitation et ne soient pas informatifs. D'ailleurs, les études susmentionnées ont relevé des impacts positifs sur certaines variables identifiées par la littérature comme étant des déterminants de la fertilité, d'où l'intérêt d'examiner d'autres indicateurs des comportements reproductifs qui sont plus susceptibles d'avoir varié durant la période d'évaluation – mars 1998/mars 2000. C'est l'une des contributions de cette recherche. Ainsi, ce mémoire élargit le champ d'analyse à la prévalence contraceptive et au désir d'enfants. Si des variations se sont produites sur ces autres comportements reproductifs, il est légitime de s'attendre à ce que, à long terme, des changements du taux de fertilité aient lieu dans les communautés d'intervention.

Le mémoire s'articule de la manière suivante. Le premier chapitre est consacré à la description du programme et à la présentation, à travers l'analyse d'un discours tenu par le président de l'époque - Ernesto Zedillo Ponce de León -, des motivations justifiant sa mise en œuvre dans les communautés rurales du Mexique. Cela permet ainsi de comprendre le cadre d'orientations politiques dans lequel PROGRESA se situe. On trace également un bref portrait démographique de la population mexicaine afin de mettre en évidence ses caractéristiques les plus saillantes. Le deuxième chapitre présente les principales théories de la fertilité et ses déterminants pour faire ressortir les éléments et les mécanismes à travers lesquels les décisions en matière de reproduction sont prises. Ainsi, en se basant sur un tel cadre théorique, et suite à l'identification d'un échantillon constitué des femmes en âge fertile vivant dans les communautés bénéficiaires de l'aide PROGRESA, on passe à

l'élaboration du modèle économétrique modélisant les différents indicateurs à l'étude. Les régressions logistiques appliquées aux indicateurs des comportements reproductifs permettront de déterminer si le programme social mexicain a eu des impacts sur les bénéficiaires de l'aide. Sur la base des résultats ainsi obtenus, on tentera de comprendre si PROGRESA répond aux orientations de la politique démographique établie par les autorités mexicaines.

## CHAPITRE 1

### PROGRESA ET LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

#### 1.1 Objectifs et orientations de PROGRESA

En mai 1998, les autorités mexicaines ont officiellement mis en œuvre PROGRESA – acronyme pour *Programa de Educación, Salud y Alimentación* –, un programme social de lutte contre la pauvreté extrême consistant en transferts d'argent et d'aides alimentaires conditionnels. Pendant les trois premières années, sa mise en œuvre a été limitée au milieu rural où, selon les statistiques officielles, est concentré le plus grand secteur de la population mexicaine vivant en conditions de pauvreté extrême (Banque mondiale, 2004 : XX). En 2002, le programme a été renommé Oportunidades et, en conservant les mêmes caractéristiques, il a également été introduit dans le milieu urbain.

L'objectif de PROGRESA est celui de rompre le cercle vicieux de pauvreté, mortalité infantile, conditions précaires de santé des enfants, manque d'éducation et fertilité élevée qui se perpétue au sein des ménages pauvres (Secretaría de Desarrollo Social<sup>1</sup>, s.d.). Afin d'atteindre cet objectif, le programme a été conçu de façon multidimensionnelle : ses actions se déploient en fait dans trois domaines d'intervention, à savoir la santé, l'éducation et la nutrition. La rationalité de l'intervention dans ces trois domaines spécifiques trouve son fondement dans la reconnaissance de l'importance à la fois de l'éducation, des conditions de santé et de la nutrition pour le renforcement du capital humain.

---

<sup>1</sup> Il s'agit du ministère mexicain du Développement social.

L'éducation est considérée depuis longtemps comme facteur stratégique dans la lutte contre la pauvreté (Skoufias, 2005 : 3). L'éducation aurait des impacts positifs sur le capital humain d'un individu, où par capital humain on entend « *education, training, medical care, and so on [...]. They are called human capital because people cannot be separated from their knowledge, skills, health, or values in the way they can be separated from their financial and physical assets* » (Becker, 1975). Le capital humain ne joue pas seulement « un rôle essentiel dans la performance économique, mais [...] il génère aussi des bénéfices individuels et sociaux, notamment parce qu'il améliore la santé, le bien-être et la façon dont les parents élèvent leurs enfants et [...] il favorise l'engagement social et politique » (OCDE, 2005 : 9) Étant un facteur agissant sur le capital humain, l'éducation contribue indirectement au bien-être de la personne. Afin d'élever le niveau d'éducation des enfants pauvres, les autorités mexicaines poursuivent, par le biais des actions véhiculées par PROGRESA, trois objectifs spécifiques, à savoir l'augmentation du taux d'inscription, du taux de fréquentation et du rendement scolaire. Pour ce qui est du taux d'inscription, l'accent est mis au niveau secondaire où les décrochages sont plus fréquents que dans les autres niveaux. À cette fin, des bourses d'études d'un montant plus élevé sont octroyées. De plus, afin de réduire les décrochages, la fréquentation de l'école est prônée à travers des contrôles auprès des autorités scolaires. D'ailleurs, les bénéfices PROGRESA en matière éducative sont retirés si les enfants s'absentent de l'école pour un nombre de jours supérieur à 15% du nombre total des journées prévues par le calendrier scolaire (Skoufias, 2005 : 4).

Pour ce qui est du volet ayant trait à la santé, l'objectif est celui de prévenir des carences alimentaires ainsi que des soins médicaux insuffisants se traduisant souvent en conditions précaires de santé dès la naissance de l'enfant ou pendant les cinq premières années de vie, ceux-ci étant les plus critiques dans le développement d'un enfant. Les actions prévues consistent, d'une part, en l'octroi de suppléments nutritionnels aux femmes enceintes et qui allaitent, ainsi qu'aux enfants âgés de moins de cinq ans et, d'autre part, en l'obligation d'effectuer des visites médicales périodiques.

Les aides, de nature financière et alimentaire, sont octroyées tous les deux mois aux mères de famille, mais sont subordonnées au respect de certains devoirs à l'égard de leur famille. Elles doivent garantir l'assiduité scolaire de leurs enfants, mener les enfants à des visites médicales périodiques et participer à des réunions de formation sur la santé et l'hygiène. Le fait d'octroyer les aides aux femmes est justifié par la prise en compte des préférences des femmes en ce qui concerne le bien-être familial, ainsi que du plus haut degré de fiabilité des femmes par rapport à celui des hommes en ce qui concerne le respect des obligations à la charge des bénéficiaires (Adato *et al.*, 2000 : 25). Ces caractéristiques expliquent également la multiplication de programmes de développement adressés aux femmes (Savard, Dauphin, Martin et Spence, 2002). Un investissement dans les femmes se révélerait ainsi plus efficace et productif qu'un investissement dans les hommes.

Pour ce qui est des aides, celles-ci sont de trois types. Le premier type consiste en une subvention d'un montant égal à 10 % du coût du panier alimentaire de base fixé par les autorités comme étant le seuil de pauvreté, c'est-à-dire environ 125 pesos par mois (Skoufias, 2005 : 5). Puis, des bourses d'études sont données aux mères pour chaque enfant inscrit au premier ou deuxième cycle d'études. Les limites d'âge prévues pour l'enfant sont de 7 et 18 ans. Les montants des bourses d'études ne sont pas fixes, mais ils varient selon deux caractéristiques de l'enfant : l'âge et le sexe. Le lien entre les montants des bourses d'études et l'âge permet une forme de compensation aux familles pour les revenus non gagnés du travail que l'enfant aurait réalisé s'il n'allait pas à l'école. Pour ce qui est du sexe, un montant plus élevé est accordé aux familles qui ont des filles. L'objectif est de promouvoir la scolarisation des filles chez lesquelles le taux d'abandon scolaire est plus élevé que celui des garçons. Pour terminer, la troisième forme d'aides consiste en suppléments nutritionnels destinés aux femmes enceintes, allaitant et aux enfants âgés de moins de 5 ans. Au total, les aides comptent pour environ 22% du revenu moyen des bénéficiaires (Adato *et al.*, 2000 : 4).

PROGRESA focalise son action sur le ménage considéré non seulement comme source de production du capital humain, mais aussi comme lieu de perpétuation de la pauvreté<sup>2</sup>. Le ménage pauvre est alors l'unité de référence de la stratégie de développement poursuivie par le biais de ce programme social, car, selon ses concepteurs, c'est au sein du ménage qu'il existerait des facteurs entravant l'essor de ses membres.

D'un côté, la condition de pauvreté dans laquelle ces ménages vivent entraverait, par la voie d'une nutrition inadéquate ou insuffisante, le sain développement physique et mental des enfants. Ce dernier, à son tour, rendrait difficile l'apprentissage scolaire et, ce faisant, limiterait la capacité des enfants d'acquérir une formation permettant d'exploiter les opportunités existantes dans la société. De plus, le développement physique et mental des enfants vivant dans des ménages pauvres serait également affecté par la participation à des activités économiques. Celles-ci, réalisées pour contribuer aux besoins de la famille, sont souvent accomplies sous conditions pénibles ou non adéquates pour un enfant compte tenu du degré de développement physique atteint.

D'autre côté, les femmes, en se mariant très jeunes, débuteraient leur vie reproductive très tôt en raison de facteurs liés tant à leurs propres valeurs et traditions qu'aux difficultés d'accès à la contraception. Ainsi, les nombreuses grossesses, associées à une nutrition non adéquate et au manque de soins périnataux, favoriseraient des taux de mortalité périnatale et infantile élevés et des problèmes de développement des enfants ayant survécu au-delà de cinq ans. En fait, il est reconnu amplement dans la littérature que :

L'influence d'une mère sur son enfant commence, en effet, avant la naissance et se prolonge tout au long de l'enfance. Des conditions précaires de santé et une alimentation déficiente peuvent avoir des conséquences dévastatrices sur sa grossesse et sur sa capacité d'allaiter son enfant. L'état de santé et le niveau éducatif de la mère sont alors décisifs pour le développement physique et intellectuel de l'enfant. Lorsqu'une mère est analphabète et manque d'autonomie, elle perd confiance en elle, ce qui diminue sa capacité de prendre soin de son enfant et de l'éduquer. Un enfant qui connaît des lacunes sur le plan de son développement mental, émotionnel

---

<sup>2</sup> "Progresa reconoce que la familia es al mismo tiempo el espacio privilegiado para hacer frente a las adversidades económicas y sociales, y en ocasiones el lugar donde residen los factores que tienden a perpetuar de generación en generación la pobreza extrema" (Secretaría de Desarrollo Social, s.d)

et intellectuel peut difficilement se rattraper (Currie, 1999; Deutsch, 1998).  
(Banque mondiale, 2003 : 81)

C'est ainsi que l'existence de conditions précaires de santé dès la naissance dans un milieu pauvre permettrait l'instauration d'un cercle vicieux au sein du ménage entre pauvreté, mortalité infantile, conditions précaires de santé des enfants, manque d'éducation et fertilité élevée. PROGRESA cherche alors à intervenir directement et indirectement sur chacun des éléments du cercle vicieux qui entravent l'accès à l'éducation, à une nutrition adéquate et aux soins de santé, et cela afin d'élever le bien-être de chacun des membres du ménage et du ménage dans son ensemble.

## **1.2 Impacts de PROGRESA**

Les objectifs que les autorités mexicaines cherchent à atteindre par le moyen de la mise en œuvre de PROGRESA s'insèrent dans une perspective tant à court terme qu'à long terme.

À court terme, on cherche à modifier les taux d'inscription, d'assistance et de rendement scolaire et à augmenter le nombre moyen de visites médicales dans une année. À long terme, plusieurs orientations ont été établies, parmi lesquelles on retrouve la réduction de la fertilité. Comme il sera expliqué plus loin, un taux de fertilité élevée est considéré comme l'un des facteurs perpétuant la pauvreté, raison pour laquelle sa diminution fait partie des objectifs à atteindre à long terme (*Secretaría de Desarrollo Social, s.d.*).

Plusieurs études sur les impacts de PROGRESA sur le capital humain, menées en tirant avantage de la particulière conception de ce programme dont on expliquera les caractéristiques saillantes plus loin, ont été réalisées par une équipe internationale d'évaluateurs indépendants.

### **1.2.1 Impacts de PROGRESA sur la santé**

On a précédemment mentionné que ce programme social prévoit plusieurs actions en faveur de la santé des enfants et des bénéficiaires en général. Dans une étude réalisée par Gertler (2000) et couvrant la période 1998-1999, il ressort que PROGRESA a eu pour effet la

réduction de 12 % du taux de morbidité des enfants vivant dans les ménages bénéficiaires et âgés de 0 à 5 ans (Gertler, 2000 : 18).

Behrman et Hodinott (2000) se sont par contre penchés sur les mesures anthropométriques de l'enfant comme indicateur de l'état de santé. Sur la base de leur analyse, il y aurait eu une réduction de la probabilité de l'arrêt de croissance des enfants bénéficiaires âgés de 12 à 36 mois et, également, l'augmentation de leur croissance moyenne annuelle.

D'autres analyses ont eu pour objectif la détermination des impacts sur l'état de santé des adultes. À ce sujet, Gertler (2000) constate que les adultes âgés de 18 à 50 ans vivant dans les communautés récipiendaires ont moins de difficultés à réaliser leurs activités quotidiennes par rapport aux adultes du même âge vivant dans les communautés non-récipiendaires. De plus, les premiers peuvent parcourir une distance plus longue sans se fatiguer par rapport aux deuxièmes (Gertler, 2000 : 2).

### **1.2.2 Impacts de PROGRESA sur l'éducation**

Une autre série d'études analysant les impacts de PROGRESA sur le capital humain s'est penché sur l'éducation des enfants. Schultz (2000) et Behrman, Sengupta et Todd (2000) ont sondé l'éducation des enfants qui est mesurée, respectivement, par le taux d'inscription et le rendement scolaire. Pour ce qui est du premier, les analyses économétriques ont mis en évidence l'augmentation du taux d'inscription à l'école secondaire des enfants bénéficiaires âgés de 12 à 14 ans. Ce sont notamment les filles qui ont davantage vu augmenter leur taux d'inscription à l'école secondaire. Cependant, aucune évidence n'a été trouvée concernant le taux d'inscription à l'école primaire (déjà assez élevé avant PROGRESA) ni le taux de présence à l'école. Pour ce qui est du deuxième indicateur étudié, le rendement scolaire, les auteurs de l'étude ne concluent pas non plus à un impact significatif du programme en raison, selon eux, de la très courte période examinée.

### 1.2.3 Impacts indirects de PROGRESA

D'autres études ont été réalisées afin d'identifier les conséquences sur d'autres aspects de la vie des bénéficiaires. Un programme peut en fait avoir des effets qui n'avaient pas été prévus au moment de sa conception ou qui n'étaient pas inclus parmi les objectifs à court terme. Par exemple, le programme mexicain semble avoir eu des impacts sur les relations au sein du ménage et sur le statut de la femme au sein du ménage : d'un côté, il a augmenté la probabilité qu'une femme décide seule de l'utilisation à conférer au revenu additionnel reçu et, d'un autre côté, il a diminué la probabilité qu'une femme permette que ce soit l'époux qui prenne seul les décisions concernant les enfants.

Un autre aspect qui a fait objet d'étude est la fertilité. Dans une synthèse réalisée par Skoufias et McClafferty (2001) sur les impacts de PROGRESA, il apparaît que ce dernier n'a eu aucun impact significatif sur la fertilité (Skoufias et McClafferty, 2001 : 29). Les auteurs ont analysé l'influence des aides octroyées en matière d'éducation sur les décisions en matière de fertilité (mesurée par le taux de fertilité) à partir de l'hypothèse que les aides en matière éducationnelle avaient modifié les coûts associés à l'arbitrage (*trade-off*) entre qualité et quantité d'enfants<sup>3</sup>. La conclusion à laquelle ils parviennent est qu'aucune différence statistiquement significative n'existe<sup>4</sup> entre la fertilité des femmes pauvres des communautés récipiendaires, c'est-à-dire des femmes recevant les aides depuis mai 1998, et celle des femmes pauvres des communautés de contrôle, c'est-à-dire des femmes recevant les aides depuis décembre 2000. Les auteurs expliquent ce manque d'évidences par l'incertitude des parents quant à la durabilité des bénéfices et ils considèrent qu'il serait possible de constater des variations significatives du taux de fertilité seulement après avoir assuré l'allocation des aides pendant une période de temps prolongée.

Alors que la réduction de la fertilité ne fait pas partie des objectifs à atteindre à court terme, il n'en reste pas moins qu'elle fait partie des orientations de la stratégie de développement véhiculé par PROGRESA. De surcroît, la baisse du taux de fertilité est inscrite depuis longtemps parmi les priorités des autorités mexicaines. C'est depuis 1971 que la réduction

<sup>3</sup> Voir le chapitre 2 pour une explication de cet argument.

<sup>4</sup> Pour une description de la conception de l'évaluation de PROGRESA, voir le paragraphe intitulé « méthodologie ».

du taux de fécondité dans toutes les régions et secteurs de la société est poursuivie par les programmes de population. La croissance démographique est, en fait, identifiée comme étant un obstacle au développement tant économique que social du pays puisqu'elle constitue un frein à l'économie nationale et qu'elle est cause d'épuisement des ressources naturelles, source d'instabilité sociale et de déséquilibres fiscaux (CONAPO, 2004 : 45). Le discours d'inauguration du programme national de population pour la période 1995-2000 prononcé par le président Zedillo de León en 1995 représente un exemple de la logique à la base des interventions en matière de contrôle démographique. Le discours fait référence aux actions qui allaient être prises par le gouvernement durant le même quinquennat où la mise en œuvre de PROGRESA était prévue. L'importance de ce texte aux fins de la présente recherche réside dans le fait qu'il met en relation la politique démographique avec la politique sociale et, ce faisant, il introduit certains éléments qui seront présentés dans la revue de la littérature en matière de fertilité, notamment l'existence d'un lien très étroit entre la pauvreté et la fertilité.

Mais avant de procéder à l'analyse du texte susmentionné, il semble opportun de préciser qu'une analyse du bien-fondé des craintes et des actions proposées par les autorités mexicaines en matière de contrôle démographique dépasserait largement le cadre du présent travail. On ne peut cependant s'abstenir de mettre en évidence que les préoccupations en matière démographique non seulement existaient au moment de la conception et mise en œuvre de PROGRESA, mais étaient de plus à l'ordre du jour. Ainsi, l'objectif de l'analyse du discours est également d'élucider les intentions des autorités mexicaines dans le domaine de la démographie, ce qui permet de comprendre de façon plus large le cadre d'orientations politiques dans lequel PROGRESA se situe. À travers l'analyse économétrique réalisée au chapitre 3, il sera alors possible de déterminer si PROGRESA a eu le mérite de contribuer à atteindre les objectifs fixés en matière de population et, de ce fait, de parvenir aux objectifs de développement socio-économique. De surcroît, l'analyse du document susmentionné permettra de mettre en évidence les groupes cibles pour les autorités mexicaines, c'est-à-dire les individus considérés comme étant les principaux responsables de la croissance démographique au Mexique et, de ce fait, méritant une attention particulière dans les programmes de population et de développement.

### **1.3 Le discours du Président Zedillo pour l'inauguration du Programa Nacional de Población 1995-2000 : lien entre la fertilité et la pauvreté**

Le discours prononcé par Zedillo à l'occasion de l'inauguration du *Programa Nacional de Población* 1995-2000 met bien en évidence le rapport intense existant entre les questions démographiques et le développement socio-économique. Dès la première phase du discours d'inauguration, cette relation est introduite : « Le Programme national de population est le premier en exécution du Plan national de développement »<sup>5</sup> (traduction libre). La relation entre le Programme national de population et le Plan national de développement est alors immédiatement clarifiée : le premier est un instrument d'exécution du deuxième, ce qui implique que les objectifs établis dans le premier document n'ont pas de raison propre, mais dépendent des objectifs en matière de développement énoncés dans le deuxième. Cette relation de subordination de la politique démographique à la politique de développement ressort également des affirmations suivantes. Par exemple, il est déclaré que le profil de la population mexicaine ne correspond pas aux ressources naturelles disponibles dans le pays ou encore que l'augmentation de la population érode de manière constante les avancées faites en matière de développement. D'ailleurs, le concept de développement présenté soulève des ambiguïtés. Alors que, dans le texte, il semble parfois inclure une dimension sociale, ou tout au moins une conception plus large du développement, telle que véhiculée par les termes « bien-être » et « amélioration de la qualité de vie », dans d'autres parties du discours le développement est limité à une conception économique, des expressions telles que « croissance économique » et « progrès » étant utilisées.

Les effets néfastes de la croissance démographique sur le sain développement du pays sont nombreux. D'abord, la croissance démographique est considérée comme étant incompatible avec le développement durable, ainsi que cause de la rareté des ressources naturelles. Ensuite, on comprend que la croissance démographique freine la croissance économique traduite par création d'emplois rémunérés de manière adéquate et le développement social

---

<sup>5</sup> « Por muy buena razones el Programa Nacional de Población es el primero que se presenta en cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo » (Zedillo Ponce de León, 1995).

au profit de tous. De plus, l'augmentation de la population représenterait un obstacle à la participation des individus à la vie démocratique du pays.

À la lumière de ces constats, « les stratégies du Programme national de population incluent l'incorporation et la coordination des critères démographiques dans les programmes sectoriels »<sup>6</sup> (traduction libre). Or, les critères démographiques sont énoncés comme étant a) le plein respect du droit constitutionnel de décider de manière libre, responsable et informée sur le nombre et l'espacement des enfants ; b) le respect des décisions prises par la famille, les traditions, la viabilité des ressources naturelles et du but commun de construire une nation de possibilités et justice. Ceci étant, le Président Zedillo déclare que l'observance de ce respect est liée à une attitude de coresponsabilité de la génération présente. Il semble intéressant de noter que le mot « coresponsabilité » apparaît dans le texte sept fois. L'accent est ainsi mis à maintes reprises sur la responsabilité partagée de tous les Mexicains envers le futur développement de la société mexicaine. Alors qu'au moment de l'élaboration du Programme national de population aucune intervention n'ait été sollicitée de la part des participants, il n'en reste pas moins que leur contribution est demandée pour rendre le programme effectif (Molyneux, 2006 : 436)<sup>7</sup>.

Plusieurs objectifs spécifiques sont mentionnés afin d'atteindre l'objectif ultime de la réduction du taux de croissance de la population. Il s'agit de a) la réduction de la mortalité et de la fécondité ; b) une distribution géographique plus uniforme de la population; c) une plus grande offre de services de santé et d'éducation aux communautés indigènes ; d) la reconnaissance de la famille comme unité de référence de la société (donc aussi comme source de transmission des valeurs et comportements) ; et e) la pleine intégration de la femme à la société.

L'une des cibles du programme de population pour la période 1995-2000 est la population indigène. Compte tenu du fait que l'action proposée à son égard est l'augmentation de

---

<sup>6</sup> *“Por eso, las estrategias del Programa Nacional comprenden la incorporación y coordinación de los criterios demográficos en los programas sectoriales”* (Zedillo Ponce de León, 1995).

<sup>7</sup> Voir aussi Adato et al., 2001, p. 21. Les femmes interpellées sur le type de programme gouvernemental qu'elles préféreraient mentionnent des programmes de création d'emploi.

l'offre des services de santé et d'éducation, il est clair que a) les indigènes sont considérés comme l'un des principaux groupes responsables de la croissance démographique dans le pays et que b) leur contribution à l'accroissement de la population n'est pas attribuée aux conditions de pauvreté dans lesquelles ils vivent, mais à la difficulté d'accès aux services qui permettent d'atteindre la réduction de la fertilité, à savoir le système sanitaire et le système scolaire. Les actions prévues par PROGRESA semblent d'ailleurs répondre parfaitement aux objectifs susmentionnés par le programme de population, étant donné qu'elles sont déployées dans les domaines éducatif et de la santé afin de faciliter l'accès aux services offerts par ceux-ci.

Avant de passer à la revue de la littérature qui permettra de comprendre les mécanismes par lesquels le programme social mexicain de lutte contre la pauvreté pourrait avoir exercé une influence sur les comportements reproductifs des femmes, il semble important de tracer un portrait de la population mexicaine afin d'en présenter les caractéristiques les plus saillantes.

#### **1.4 Bref portrait démographique de la population mexicaine**

Depuis une trentaine d'années, les autorités mexicaines cherchent à faire face à la croissance démographique du pays. C'est en 1973 que l'approbation de la Loi générale de la population marqua un tournant dans l'attitude du gouvernement mexicain à l'égard de la croissance démographique. Avant cette date, la croissance démographique avait été encouragée afin de peupler son vaste territoire et de protéger ses frontières (Cosío-Zavala, 1994 : 103). Cependant, l'augmentation de la population devint une préoccupation majeure à partir des années 70 (Cosío-Zavala, 1994 : 101) en raison des effets néfastes qu'on lui attribuait sur le développement socio-économique du pays entier. Nonobstant les interventions gouvernementales visant une réduction très importante du taux de fécondité au cours des dernières années, la population mexicaine a doublé par rapport à 1965 : alors qu'elle était estimée à 42,5 millions en 1965, elle s'accroîtra à 91,6 millions d'habitants en 1995 (*Programa Nacional de Población*) et à 101 millions d'habitants en 2000 (CONAPO, 2001 : 53).

La croissance démographique est principalement attribuée au retard pris par la réduction du taux de fécondité par rapport à la réduction du taux de mortalité, notamment du taux de mortalité infantile. En effet, tandis que ce dernier<sup>8</sup> diminuait déjà à partir de 1930, grâce aux progrès de la médecine (*Programa Nacional de Población*), en passant de 18 % en 1930 à 3 % en 1994 (*Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*), les taux de fertilité et de fécondité restaient encore très élevés. Encore aujourd'hui, bien que le taux de fécondité au niveau national ne soit plus très élevé, environ 2,9 enfants par femme, il varie beaucoup selon plusieurs clivages, notamment géographique, éducatif et ethnique.

Pour ce qui est du clivage géographique, Delaunay présente un panorama de la population mexicaine en identifiant deux morphologies de sa distribution. Le premier est celui des régions septentrionales situées à la frontière Mexique-États-Unis. Caractérisées par l'homogénéité et une fécondité en recul, elles se différencient notamment des campagnes rurales métisses des régions centrales et méridionales du Mexique (Delaunay, 1994 : 45). De plus, les États les plus marginalisés sont aussi les États où le taux de fécondité est le plus élevé : dans le cas de Puebla et Oaxaca, par exemple, le taux de fécondité est estimé à 4,5 enfants par femme, alors qu'il est estimé à 2,3 enfants par femme dans le District fédéral (CONAPO, 1997 : 26). La deuxième morphologie identifiée par Delaunay est celle qu'il appelle de « polarité urbaine » : le taux de fécondité est toujours moindre dans les villes que dans leurs environs, restant néanmoins dépendant du contexte général (Delaunay, 1994 : 45). On remarque ainsi qu'en milieu rural, dans les villages ayant moins de 2 500 habitants, le taux de fécondité est supérieur à celui des localités situées en milieu urbain, la différence étant de deux enfants par femme.

En prenant en considération le clivage éducatif, le taux global de fécondité au niveau national était de 3,4 enfants par femme en 1990, alors que dans le cas des femmes sans scolarité il s'élevait à 5,6 enfants. Quelques années de scolarité de plus étaient alors suffisantes pour diminuer le taux à 2,4 enfants par femme (*Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*). Comme on le verra plus loin, l'éducation semble jouer un rôle très important dans les décisions en matière de reproduction.

---

<sup>8</sup> La référence s'applique au taux de mortalité des enfants âgés de moins d'un an.

En terminant, pour ce qui est du clivage ethnique, les autochtones contribuent de façon plus importante au maintien d'une population élevée : en 1990, on comptait 5,7 enfants par femme indigène, c'est-à-dire le double par rapport aux femmes non indigènes (2,8 enfants par femme). Un nombre si considérable est attribué à plusieurs facteurs, notamment à la mortalité infantile encore très élevée - 56 décès par mille naissances, contre 33 décès par mille naissances dans le reste du pays (*Programa Nacional de Población*). En ce qui concerne la pauvreté, cette dernière est considérée comme étant un facteur qui encourage la préférence à avoir beaucoup d'enfants afin de pouvoir compter sur une force de travail et des sources de revenu additionnelles<sup>9</sup>.

Un autre aspect relié à la population et qui est source de préoccupation pour les autorités gouvernementales est sa distribution très inégale sur le territoire national : 40 % de la population mexicaine est concentrée dans seulement quatre des trente et un États constituant la fédération mexicaine. De surcroît, comme dans beaucoup d'autres pays d'Amérique latine, la densité par habitant en milieu urbain est très élevée. La population urbaine représentait 57,4 % de la population nationale en 1990. Parallèlement, on constate un degré de dispersion de la population restante entre une myriade de petites localités rurales : en 1990, environ 28 millions d'habitants vivaient dans 155 000 localités de moins de 5 000 habitants (*Programa Nacional de Población*).

La population indigène est un composant important de la population, en raison de sa taille, ainsi que pour ses comportements reproductifs qui se différencient du reste de la population nationale<sup>10</sup> – comme il a déjà été mis en évidence précédemment en présentant leur taux de fertilité et de mortalité infantile. La population indigène, estimée à 12,7 millions de personnes en 2000 (CONAPO, 2002 : 169), se concentre dans peu d'États, notamment les États du sud ou du sud-est du pays tels que Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Puebla et Yucatan qui regroupent 60,9 % de la population indigène (INEGI, 2003). Parallèlement à cette

---

<sup>9</sup> Voir le chapitre 2 pour plus de détails.

<sup>10</sup> La population indigène du Mexique est la plus importante en termes absolus en Amérique latine et se place au huitième rang au niveau mondial.

situation de concentration en peu d'États, les peuples autochtones sont dispersés entre une multitude de petites localités d'une population souvent inférieure à cinquante habitants.

Il faut remarquer que le taux de fécondité, jugé encore trop élevé par les autorités mexicaines, a diminué de manière importante au cours des trois dernières décennies. Ce résultat a principalement été attribué à l'augmentation de la prévalence contraceptive au cours des vingt dernières années (Gómez de León et Hernández, 1998 : 293). En effet, alors qu'en 1976 le taux d'utilisation de la contraception parmi les femmes mariées en âge fertile était environ 33 %, en 1995, il était de 66 % (Gómez de León et Hernández, 1998 : 294). Il faut aussi remarquer l'hétérogénéité qui se cache derrière ces chiffres. Le taux d'emploi de méthodes contraceptives est inférieur parmi les femmes vivant en milieu rural, les femmes moins scolarisées, les femmes vivant en condition de pauvreté (Gómez de León et Hernández, 1998 : 294), ainsi que parmi les femmes indigènes. Dans ce dernier cas, seulement 48,3 % des femmes mariées utilisaient une méthode contraceptive en 1997, pourcentage qui est bien inférieur à la moyenne nationale - 68,5 % - (CONAPO, 2004 : 207). Les jeunes femmes représentent quant à elles un point focal de l'action du gouvernement et cela pour deux raisons. Tout d'abord, les femmes qui se marient avant l'âge de 20 ans ont en moyenne un nombre supérieur d'enfants - 6,8 - que celles se mariant après 24 ans - 3,7- . De plus, les jeunes femmes âgées de 15 à 29 ans sont considérées comme étant la principale source de la croissance démographique future. Une dernière raison réside dans le fait que les femmes âgées de moins de 24 ans ont un taux d'emploi de méthodes contraceptives encore assez réduit, ce qui fait qu'une femme sur trois a son premier enfant avant l'âge de vingt ans.

Le tableau ci-dessous offre un portrait des tendances de l'utilisation de la contraception de 1976 à 2000 selon différentes caractéristiques. Ainsi, il ressort clairement que l'éducation, le lieu de résidence et la langue parlée, indigène ou non, représentent des clivages importants dont on doit tenir compte lorsqu'on regarde la prévalence contraceptive. Selon ces statistiques officielles, seulement 48 % des femmes non scolarisées avaient recours à la contraception en 1997 (c'est-à-dire peu avant la mise en œuvre de PROGRESA), contre 69 % en 2000. Ces pourcentages sont assez similaires à ceux rencontrés lorsqu'on prend la

langue comme critère distinctif. Parmi les femmes parlant une langue indigène, le taux d'emploi de la contraception en 1997 est inférieur (48 %) à celui des femmes ne parlant pas une langue indigène (70 %). Pour terminer, en milieu rural le pourcentage de femmes ayant recours à la contraception en 1997 est plus bas (54 %) qu'en milieu urbain (73 %).

La croissance constante de la prévalence contraceptive entre 1976 et 2000 est une autre constatation qui peut être tirée de ce tableau. Dans certains cas, l'usage de contraceptifs a triplé - par exemple parmi les jeunes âgées de 15 à 19 ans (de 14 % à 45 %) -, voire quadruplé - par exemple dans le cas des femmes n'ayant pas de scolarité (de 12 % à 48 %).

TABLEAU 1. POURCENTAGE DE FEMMES EN ÂGE FERTILE QUI ONT RECOURS À DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES SELON LES CARACTÉRISTIQUES SÉLECTIONNÉES (1976-2000)

	1976	1987	1992	1997	2000
<b>Total</b>	30,2	52,7	63,1	68,5	71,0
<b>Âge</b>					
15-19	14,2	30,2	36,4	45,0	42,3
20-24	26,7	46,9	55,4	59,3	62,0
25-29	38,6	54,0	65,7	67,8	70,9
30-34	38,0	62,3	70,1	75,4	77,0
35-39	37,9	61,3	72,6	76,1	79,5
40-44	25,1	60,2	67,4	74,5	80,1
45-49	11,8	34,2	50,5	61,4	65,7
<b>Nombre d'enfants</b>					
0	6,5	15,3	20,7	23,9	n.d
1	27,2	50,5	56,6	59,8	n.d
2	39,1	60,0	71,0	75,4	n.d
3	38,4	67,5	75,0	80,6	n.d
4 ou plus	29,6	51,3	62,6	70,4	n.d
<b>Niveau scolaire</b>					
Pas de scolarité	12,8	23,7	38,2	48,0	68,7
Primaire incomplet	25,5	44,8	56,4	61,3	68,0
Primaire complet	40,3	62,0	66,7	69,8	70,4
Secondaire ou plus	55,8	69,9	73,6	74,8	74,3
<b>Lieu de résidence</b>					
Rural <sup>1</sup>	13,7	32,5	44,6	53,6	64,32
Urbain	42,1	61,5	70,1	73,3	75,3
<b>Langue indigène</b>					
Parle une langue indigène	n.d	n.d	n.d	48,3	n.d
Ne parle pas une langue indigène	n.d	n.d	n.d	70,2	n.d

<sup>1</sup> Localités < 2500 habitants

<sup>2</sup> Localités < 15 000 habitants

## CHAPITRE 2

### LA RECHERCHE SUR LA FERTILITÉ

#### 2.1 Les différentes approches dans la littérature sur la fertilité

La fertilité a été abordée à partir de différentes disciplines telles que la démographie, l'économie et l'anthropologie, ce qui souligne son caractère multidimensionnel. Chaque discipline a traité la fertilité sous un angle différent, produisant ainsi un parcellement du savoir scientifique et une multiplication des théories. La démographie et l'économie ont, notamment, abordé la fertilité en tant que phénomène de nature biologique et en tant que problème lié au développement socio-économique; alors que l'anthropologie a traité la fertilité comme un phénomène de « construction sociale » (Bledsoe, citée par Greenhalgh, 1995 : 15) et, par conséquent, non uniquement liée à des éléments d'ordre socio-économique.

De plus, les différences dans la conception de la reproduction caractérisant la démographie, l'économie et l'anthropologie se reflètent dans des conceptions différentes quant à la valeur que les ménages attribueraient aux enfants. La démographie et l'économie interprètent le désir d'enfants en termes de coûts/bénéfices économiques, alors que l'anthropologie l'interprète plutôt en termes de réponse à des interactions sociales et comme moyen de construction de l'identité des femmes.

Avant de procéder à l'analyse des déterminants de la fertilité, on présente dans les paragraphes suivants un résumé des différentes approches afin de mettre en évidence les

implications de l'adoption de chacune d'entre elles dans un programme de réduction de la fertilité.

### 2.1.1 L'approche démographique

Sous l'angle de la démographie, la littérature sur la fertilité s'est développée autour de la question de la transition démographique vécue par les sociétés européennes et nord-américaines à la fin du XIXe siècle. En observant l'évolution démographique et familiale expérimentée par ces sociétés - caractérisées, au début, par des taux élevés de mortalité infantile, ainsi que de fertilité et fécondité<sup>11</sup> et par l'existence de familles élargies, puis, par de faibles taux de mortalité infantile et la présence de familles nucléaires à la suite du phénomène de « modernisation » des sociétés -, les démographes ont considéré un tel parcours comme inéluctable pour toute société, en l'élevant ainsi au rang de règle universelle. Cette théorie, connue comme la théorie classique de la transition démographique<sup>12</sup>, a ensuite été appliquée aux pays en développement caractérisés par des taux élevés de fertilité et fécondité. C'est ainsi que les gouvernements de ces pays ont pendant longtemps promu le développement socio-économique afin de contenir une explosion démographique future perçue comme menaçante pour la santé de l'économie nationale.

La théorie classique de la transition démographique et familiale est ancrée dans la vision évolutionniste, engendrée par la théorie de la modernisation de Talcott Parsons (Vimard, 1998 : 82), ainsi que dans la conviction de l'existence d'un lien de causalité entre le développement socio-économique et la fertilité. Toutefois, à la lumière de recherches successives, plusieurs courants, culturaliste, institutionnaliste et contextualiste, ont ébranlé la certitude de la théorie classique relative à la primauté du lien causal entre les déterminants socio-économiques et la fertilité pour expliquer les processus de transition

---

<sup>11</sup> La fécondité est définie comme étant le "comportement procréateur d'un groupe" ou, en d'autres mots, "le fait d'avoir conçu. Le fait d'avoir mis au monde au moins un enfant, ou pour certains, la fécondité d'un sujet ou d'un couple est prouvée par le fait qu'il y a eu une grossesse antérieure, quelle qu'en ait été l'issue". Par contre, on entend par fertilité la "capacité physiologique de donner vie à des enfants chez une femme, un homme, un couple, un groupe ou une population" (Lexique de la Médecine de la Reproduction).

<sup>12</sup> Les principaux représentants de cette théorie sont Thompson, Landry, Notestein et Davis. Pour plus de détails voir Amadou Noubissi, 1994.

démographique. Grâce à ces apports, on reconnaît, par exemple, que « [...] les pratiques de fécondité s'inscrivent dans un jeu d'institutions traditionnelles encadrant les fameuses variables intermédiaires comme la nuptialité, la contraception et l'avortement, les pratiques sexuelles, etc. » (Guilmoto, 2003 : 12). La théorie classique a ainsi été enrichie par la prise en considération de nouveaux déterminants de nature non socio-économique, la vision évolutionniste restant cependant inaltérée.

Il faut également reconnaître à la démographie le mérite d'avoir fait évoluer les connaissances sur la fertilité en identifiant une catégorie particulière de déterminants, à savoir celle des déterminants proches<sup>13</sup>. Un problème qui se présente dans l'étude des déterminants de la fertilité est, en fait, l'identification des voies par lesquelles les facteurs socio-économiques, culturels et autres exercent leur influence sur celle-ci. Les déterminants proches sont conçus pour résoudre ce problème, puisqu'il s'agit des facteurs biologiques et comportementaux sur lesquels lesdites variables agissent directement. Ce sont donc ces facteurs qui produisent des effets directs sur la fertilité.

### **2.1.2 L'approche économique**

Les études sur la fertilité se nourrissent aussi des apports en provenance de la littérature économique, notamment de l'introduction du concept de rationalité des comportements reproductifs et la prise en compte de la dimension microéconomique. Cette dernière, par ailleurs, a été négligée par la démographie qui traitait la fécondité principalement au niveau macroéconomique (Tabutin, 2000 : 1).

Les comportements reproductifs des ménages des pays en voie de développement ont été, pendant longtemps, considérés comme le résultat de l'inconscience, du manque de prévoyance ou encore du fatalisme, alors que parmi les populations européennes la reproduction était considérée comme étant le fruit d'un choix rationnel (Guilmoto, 2003 : 12). La fertilité élevée était, par conséquent, perçue comme le résultat de l'incapacité des femmes à contrôler leur vie reproductive parce que soumises aux normes religieuses ou à la

---

<sup>13</sup> Bongaarts et Potter identifient sept déterminants proches : le mariage, la stérilité, l'infécondité post-partum, la fécondité naturelle, la contraception, la mortalité intra-utérine naturelle et l'avortement (Bongaarts et Potter, 1983 : 5).

tradition. Mais c'est grâce à l'apport de Becker<sup>14</sup>, prônant l'application de la logique de la microéconomie, relative aux décisions de consommation, aux décisions relatives aux investissements dans le capital humain du ménage - parmi lesquelles figurent les comportements reproductifs —, que la littérature économique a contribué à reconnaître la rationalité des décisions relatives à la taille du foyer prises par les ménages des pays en voie de développement. En vertu de cette approche, la fécondité est le résultat de la maximisation d'une fonction de bien-être. En d'autres mots, « [...] *the quantity of children born to a family is the outcome of one of a large set of family decisions influenced by a common set of relative shadow prices corresponding to different household activities* » (Rosenzweig et Evenson, 1977 : 1065).

Plusieurs déterminants apparaissent dans la modélisation économétrique de la fertilité. Parmi les plus importants se trouvent l'instruction des mères, la mortalité infantile et juvénile, le salaire de la mère et des enfants (Strauss et Thomas, 1995 : 1940), la présence d'infrastructures offrant des services de santé, incluant la présence de programmes de planification familiale. Pour ce qui est du premier facteur, on peut citer, par exemple, les résultats tirés de l'analyse de données recueillies en 1990 dans 100 pays : l'étude montre une relation négative entre les années de scolarité des femmes et le taux de fertilité<sup>15</sup>. Plusieurs explications, telles que l'augmentation pour les femmes du coût d'opportunité du temps et une meilleure élaboration/compréhension des informations provenant, entre autres, des infrastructures et du personnel de santé, ont été proposées pour expliquer ce type de relation (Strauss et Thomas, 1995 : 1927). Par contre, pour ce qui est des autres déterminants susmentionnés, les résultats sont assez controversés, comme on le verra en détail plus loin dans ce mémoire<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Cette approche est appelée de la « nouvelle économie du ménage » (NEM), dont la principale contribution est celle de Gary Becker. Pour plus de détails voir John Strauss et Duncan Thomas (Strauss et Thomas, 1995 : 1887 et ss.).

<sup>15</sup> Cette étude a été réalisée par Stephan Klasen, « Malnourished and Surviving in South Asia, Better Nourished and Dying Young in Africa: What Can Explain this Puzzle? », document présenté à la réunion annuelle de l'European Society for Population Economics, Université de Munich 1999 (cité par la Banque mondiale, 2003 : 85). Notamment, Klasen découvre qu'une seule année de scolarité de plus faisait chuter le taux de fécondité des femmes de 0,23 naissance.

<sup>16</sup> Voir paragraphes 5 et ss.

### 2.1.3 L'approche anthropologique

La vision déterministe unidirectionnelle et eurocentriste caractérisant les approches démographique et économique en matière de fertilité a été critiquée par la littérature anthropologique (Greenhalgh, 1995 : 8). Il est en fait possible d'identifier trois approches anthropologiques ayant contribué de manière fondamentale à la compréhension de la fertilité, à savoir l'économie politique, le féminisme et le constructivisme social. Trois éléments théoriques clés ont ainsi été introduits dans l'étude de la fertilité. Le premier réclame la prise en considération des éléments d'ordre politique, économique, social et culturel se situant tant au niveau local que global afin d'acquérir une vision complète et exhaustive des comportements reproductifs (Greenhalgh, 1995 : 5)<sup>17</sup>. Un deuxième élément prône le rapprochement aux études féministes afin de considérer la reproduction comme un processus ancré dans la construction sociale du genre (*gendered process*). Le troisième élément est la reconnaissance de la fécondité en tant que phénomène social et, par conséquent, résultat et réponse des interactions sociales (Greenhalgh, 1995 : 14).

Ces trois éléments permettent ainsi de soustraire la reproduction de la sphère privée et individuelle, à laquelle elle avait été confinée par la théorie économique, et de lui re-conférer sa dimension sociale.

## 2.2 PROGRESA et le cercle vicieux de la pauvreté

On a déjà mentionné que les documents relatifs à PROGRESA font référence au cercle vicieux de la pauvreté et au fait que l'un des éléments de ce cercle est la fertilité élevée. La fertilité est alors cause et conséquence de la pauvreté. Il s'avère ici nécessaire de comprendre les modalités et les raisons de ces relations.

### 2.2.1 Pauvreté et fertilité : quelle relation?

La relation entre pauvreté et fertilité est source de débat depuis environ trois décennies, mais c'est surtout à partir des années 90 que cette relation a de plus en plus suscité l'intérêt

---

<sup>17</sup> Voir aussi Ginsburg et Rapp, (Ginsburg et Rapp, 1991: 312).

des analystes en parallèle à l'intérêt croissant des organisations internationales envers cette thématique.

Tel que mis en relief par Schoumaker et Tabutin, la littérature concernant l'analyse de la relation entre pauvreté et fertilité est assez récente, datant environ de 1970, mais ce sujet avait déjà été introduit par Malthus au XVIII<sup>e</sup> siècle (Schoumaker et Tabutin, 1999 : 3). Il s'agit donc d'un terrain d'étude encore peu connu, ce qui est, peut-être, à l'origine de la variété de modèles observés jusqu'à présent expliquant la relation entre pauvreté et fertilité.

Les auteurs susmentionnés, à travers une revue de plus de 40 études menées jusqu'en 1999 et ayant trait à la relation entre pauvreté et fertilité, constatent que même si on peut retrouver des références quant à l'existence d'une relation causale entre pauvreté et fertilité dans certains articles, par exemple dans l'affirmation que les pauvres ont une fertilité plus élevée par rapport aux personnes mieux loties, cette relation ne trouve pas de validité universelle dans la réalité. Certaines analyses ont en fait relevé l'existence de faibles taux de fertilité dans des contextes pauvres (Maloney *et al.* cité par Schoumaker, 1998 : 103). Qui plus est, l'expression « malthusianisme de la pauvreté » fait désormais partie de la terminologie démographique, et ceci depuis plusieurs années. Par cette expression, on fait référence au phénomène par lequel la diminution de la fertilité s'accompagne de l'accroissement de la pauvreté (Cosio-Zavala, 1999 : 18). Dans ce cas-ci, les enfants, loin de représenter une dotation pour le ménage comme il est souvent soutenu par ceux qui appuient la thèse de la coexistence de taux élevés de fertilité et de pauvreté, deviendraient une « menace » pour la survie même des membres de la famille. Alors qu'on retournera sur ce point et plus en général sur les arguments avancés pour expliquer les tendances des taux de fertilité dans les contextes caractérisés par la pauvreté, il faut anticiper que l'un des arguments est en fait ancré dans la valeur attribuée aux enfants, ces derniers pouvant ainsi apporter tant bénéfices que préjudices économiques à la famille.

Comme on l'a mentionné précédemment, les relations entre pauvreté et fertilité observées jusqu'à présent par la littérature sont assez variées : à J inversé, négatives ou positives (Schoumaker et Tabutin, 1999 : 6). On a une relation à J-inversé lorsque « la fécondité

commence par augmenter des classes pauvres aux classes un peu mieux loties avant de sensiblement reculer dans les groupes les plus riches » (Schoumaker et Tabutin, 1999 : 6). Alors que chez les gens les plus pauvres, la pauvreté serait à l'origine de stérilités primaires et secondaires intenses, de ruptures d'unions plus fréquentes et de relations sexuelles moins fréquentes - dues aux migrations vers la ville ou vers d'autres pays - et d'une mortalité intra-utérine plus élevée, ainsi causant la baisse du taux de fertilité, chez les gens un peu plus riches, les effets négatifs susmentionnés de la pauvreté sur la fertilité seraient freinés. La fécondité par conséquent augmenterait. La relation est négative si la diminution du taux de fécondité correspond à l'amélioration du niveau de vie. À l'inverse, on parle de relation positive quand l'augmentation de la fécondité correspond à l'amélioration du niveau de vie.

Alors que ces équations mettent en évidence une relation bivariée existante entre fertilité et pauvreté au niveau macro, il est important de comprendre que lorsqu'on regarde la relation de plus près, c'est-à-dire en désagrégeant selon différentes variables, telles que l'éducation et le milieu d'habitat, il est possible que la relation pauvreté - fertilité ne soit plus si directe. Schoumaker et Tabutin schématisent bien ce phénomène à l'aide d'un diagramme illustrant les différents chemins possibles de la relation pauvreté - fertilité et qui a été repris ci-dessous avec quelques modifications.

FIGURE 1. DIFFÉRENTS « CHEMINS » RELIANT PAUVRETÉ ET FERTILITÉ

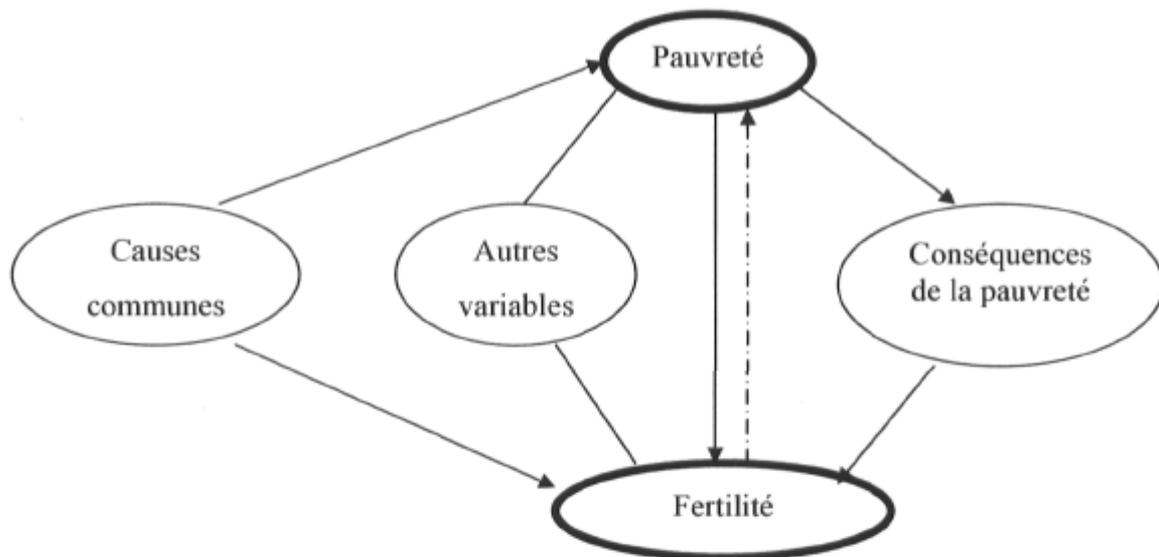


Diagramme tiré de Schoumaker et Tabutin, 1999 : 20.

À partir de ce diagramme, on peut principalement tirer trois constatations. D'abord, la pauvreté peut agir directement aussi bien qu'indirectement, à travers les conséquences qu'elle provoque, sur le taux de fertilité (voir paragraphe 5, section IV). De plus, il existe d'autres facteurs pouvant affecter à la fois la pauvreté et la fertilité, de là l'importance de contrôler certaines variables dans la relation à l'étude. Pour terminer, la fertilité peut avoir des répercussions sur la pauvreté. C'est d'ailleurs par cette dernière raison que les autorités mexicaines justifient des interventions dans le domaine de la reproduction depuis plusieurs années.

Au-delà des modalités de la relation pauvreté – fertilité, il est aussi important de comprendre les raisons de cette relation. Plusieurs arguments ont été avancés à ce propos, parmi lesquels il y aurait la valeur attribuée aux enfants, la diffusion de la contraception et les effets découlant de la pauvreté sur les fonctions reproductives et sur la structuration des relations sociales. Avant de les passer en revue, il faut préciser qu'une partie de la variété observée des relations entre pauvreté et fertilité s'explique par le développement assez récent des études concernant les transitions démographiques et, plus généralement, les phénomènes démographiques. Ce qui fait en sorte que les indicateurs utilisés pour la

pauvreté et la fertilité varient d'une étude à l'autre, favorisant ainsi l'hétérogénéité des relations. Ce problème a déjà été mis en évidence par plusieurs auteurs tels que Schoumaker (Schoumaker, 1998 : 102) et Hirschman (Hirschman, 1994 : 204). Une solution à ce problème apparaît cependant être encore lointaine, nonobstant les conséquences importantes sur l'interprétation des résultats. Malgré l'évolution du concept de pauvreté au cours des dernières décennies, d'une vision unidimensionnelle conceptualisant la pauvreté comme absence de ressources économiques à une vision multidimensionnelle de la pauvreté comme problème de fonctionnalité dans la société, sa mesure ne fait pas l'unanimité. Par exemple, la pauvreté est parfois mesurée en termes de revenu du chef de famille, de dépenses totales du ménage, d'actifs ou encore d'un indice composite tenant compte non seulement des revenus, mais aussi de l'éducation, de l'accès aux infrastructures de base, etc. Il en va de même dans le cas de la fertilité pour laquelle on a recours parfois à l'indice synthétique de fertilité, à la descendance finale, au taux global de fertilité, etc. L'utilisation d'indicateurs différents d'une étude à l'autre peut être à l'origine de relations différentes ou avec des intensités distinctes et pose des problèmes d'interprétation des résultats des analyses statistiques et économétriques. Il est alors important de bien identifier les indicateurs qui représentent les phénomènes que l'on veut étudier et de mettre en garde le lecteur de possibles conséquences découlant de ce choix sur les résultats de l'étude.

### **2.2.1.1 Les enfants : bénéfice ou préjudice?**

L'argument des décisions en matière reproductive et, plus généralement, des décisions prises par les membres du ménage et ayant trait aux investissements dans le capital humain est l'essence de l'argument relatif à la valeur attribuée aux enfants pour expliquer les décisions reproductives.

La théorie explicative des mécanismes régissant la prise de décisions au sein du ménage se base sur l'approche microéconomique. Au centre de cette dernière approche se trouve le concept d'utilité marginale. L'utilité est la satisfaction dérivant de la consommation d'un bien. L'utilité marginale est, par conséquent, la satisfaction additionnelle que l'on peut retirer d'un bien en augmentant d'une unité la consommation du même bien. Selon la

théorie microéconomique, les acteurs agissant sur les marchés (du travail, des biens et services, des capitaux) cherchent à maximiser l'utilité découlant de la consommation des biens qui sont offerts sur les marchés. La recherche de la maximisation de l'utilité est cependant limitée par des contraintes, ce qui implique que l'individu ne puisse pas satisfaire tous ses besoins.

Un raisonnement analogue à celui-ci a également été appliqué au ménage afin de comprendre les mécanismes régulateurs de la prise de décisions par ses membres. Un élément fondamental à considérer est que les contraintes auxquelles un ménage doit faire face ne sont pas seulement celles relatives aux coûts des biens à se procurer à l'extérieur du ménage, mais aussi celles relatives au temps (Silber, 1981 : 561). Étant donné que le temps est une ressource limitée, il comporte ce qu'on appelle un « coût d'opportunité ». Toute activité réalisée et tout bien consommé ont en fait un coût d'opportunité dérivant, respectivement, de la non-réalisation d'une activité alternative et de la non-consommation d'un bien alternatif. Pareillement, l'emploi du temps dans la réalisation d'une activité entraîne des coûts, en termes de bénéfices perdus dans la réalisation d'une autre activité. Plus le coût d'employer du temps dans une certaine activité est élevé, plus le coût d'opportunité de cette activité est haut et, par conséquent, on réalisera l'activité seulement si l'on s'attend à en tirer une utilité plus élevée que de l'activité alternative.

La notion de coût d'opportunité est fondamentale dans la théorie microéconomique du ménage (la nouvelle économie du ménage, NEM), car le temps est l'une des contraintes principales auxquelles les membres du ménage doivent faire face. Le fait d'avoir des enfants, de manière comparable à n'importe quelle autre activité, engendre un coût d'opportunité, à savoir celui de se prendre soin des enfants au lieu de réaliser d'autres activités, y compris les activités rémunérées. En conséquence, le coût d'opportunité d'avoir un enfant additionnel participe dans la détermination du nombre d'enfants à mettre au monde.

Sur la base de ce que l'on vient d'expliquer, il est généralement considéré dans les contextes pauvres que les enfants représentent une dotation pour le ménage. En effet, le

coût d'opportunité lié à chaque enfant serait peu élevé en vertu de la rareté de la demande de travail pour les parents, et notamment pour la femme, à l'extérieur du ménage. Qui plus est, les bénéfices d'avoir un enfant additionnel dans les contextes caractérisés par la pauvreté seraient majeurs par rapport à ceux de ne pas l'avoir. Cela s'expliquerait par le mécanisme des économies d'échelle, qui ferait en sorte que les coûts associés à chaque enfant additionnel dans le ménage soient réduits de manière plus que proportionnelle, grâce au partage des mêmes ressources au sein du ménage (Coudouel, Hentschel, et Wodon, 2004 : 31).

De leur côté, les enfants représentent souvent une source supplémentaire de main-d'œuvre et de revenu. Ils peuvent aider les autres membres de la famille aux tâches tant à l'extérieur de la maison, en accompagnant les adultes dans leurs activités économiques, qu'en son sein, en prenant soin de leurs frères et sœurs ou en réalisant le travail domestique (Schoumaker, 1998 : 106). Une fois grands, ils deviennent aussi une source de revenu et de sécurité à la fin de la vie active des parents.

L'application de l'approche de la microéconomie aux décisions prises au sein du ménage enlèverait définitivement la raison d'être d'arguments tels que le fatalisme. Avoir une famille nombreuse serait alors non pas le résultat d'un fatalisme, mais plutôt de la rationalité avec laquelle on poursuit une stratégie de survie : cette dernière permet en fait d'assurer au ménage une main d'œuvre abondante, de multiplier les possibles sources de revenu additionnelles et, à la fois, de diversifier et diminuer les risques (de décès, maladie et chômage) qui sont plus élevés dans les contextes pauvres.

#### **2.2.1.2 La contraception**

Le concept de demande non satisfaite de contraception est au centre de l'argument selon lequel la fertilité des pauvres est très élevée à cause de la difficulté ou tout court de l'absence d'accès à la contraception moderne. Alors que les pauvres manifesteraient le désir de limiter leur fertilité, ils se trouveraient dans l'incapacité de se pourvoir de méthodes efficaces en raison du manque d'information et/ou d'offre de contraception.

La façon de calculer la demande insatisfaite de contraception consiste à faire la différence entre le désir exprimé d'enfants et le nombre réel d'enfants mis au monde : on considère ainsi qu'il existe une demande insatisfaite de contraception là où le nombre d'enfants désirés est inférieur au nombre d'enfants conçus. Le fait d'avoir plus d'enfants que ceux désirés est alors perçu comme conséquence de l'incapacité de régler sa propre reproduction en conséquence des problèmes liés à l'accès à la contraception (Schoumaker, 1998 : 104).

Cet argument a été confirmé par de nombreux exemples. Dans certains pays où des politiques de planification familiale ont été mises en place de manière plus ou moins vigoureuse parmi certains secteurs de la population, les gouvernements ont réussi à atteindre les objectifs démographiques fixés. Tel est le cas du Mexique, où la diffusion de l'offre de contraception associée à des politiques de planification familiale a eu pour effet la réduction du taux de fécondité de 5 à 2 enfants par femme. Dans le cas mexicain, la diffusion de la contraception a été reconnue comme étant la meilleure politique pour atteindre les objectifs démographiques. Mais il en a été autrement pour d'autres réalités où la diffusion de l'offre des méthodes contraceptives n'a pas eu les effets espérés. Par exemple, en Afrique subsaharienne, nonobstant les efforts réalisés pour rendre la contraception à la portée de tous, la prévalence contraceptive moderne est encore très limitée, variant de 0 à 6 %. Qui plus est, au Zimbabwe, pays de l'Afrique subsaharienne où la prévalence contraceptive est la plus élevée (27 %), la contraception n'est pas utilisée en tant que moyen de limitation des naissances, mais comme moyen d'espacement entre les naissances (Noumbissi, Wayack, 2000 : 177).

Ces constats impliquent que l'amélioration de l'accès et de l'offre à la contraception ne mène pas nécessairement à une augmentation de la prévalence contraceptive. La contraception ne peut d'ailleurs pas être considérée une pratique neutre. Alors qu'il est amplement reconnu par la littérature que sa pratique date depuis longtemps, il n'en reste pas moins que ses modalités sont fortement ancrées dans chaque culture. Ainsi, la simple promotion de l'utilisation de la contraception n'est souvent pas suffisante pour induire des changements des pratiques de contrôle de la reproduction.

### **2.2.1.3 Les effets découlant de la pauvreté**

La pauvreté est une condition ayant des retombées non seulement directes, mais aussi indirectes sur les conditions de vie des personnes. Directement, le fait d'être pauvre résulte, par exemple, en problèmes de malnutrition et d'éducation limitée ou carrément absente, car le manque de ressources empêche d'investir dans ces domaines. Indirectement, la pauvreté a comme conséquences, par exemple, l'exclusion ou la limitation des opportunités de travail et de l'accès à l'information sur les ressources existantes. Ainsi, la pauvreté est à l'origine d'un cercle vicieux faisant en sorte que le manque d'accès aux ressources et opportunités, de quelque nature qu'elles soient, résulte en un manque d'accès à d'autres ressources et opportunités.

Si l'on prend le cas des conséquences indirectes de la pauvreté sur la fertilité, on peut ainsi penser au fait que la première fait obstacle à l'achat de contraceptifs modernes, considérés plus efficaces que les contraceptifs traditionnels. L'incapacité de contrôler la reproduction par des moyens efficaces, à son tour, peut impliquer dans certains cas une fertilité et fécondité plus élevées. Un nombre supérieur d'enfants dans un ménage signifie une quantité inférieure de ressources à investir dans le capital humain de chacun de ses membres. Ainsi, les enfants de ce ménage résulteront être plus faibles et très probablement moins éduqués, ce qui conduit au point de départ du cercle de la pauvreté.

C'est à ce genre d'arguments qu'est liée la thèse des avantages découlant d'une famille peu nombreuse présentés dans le paragraphe suivant.

### **2.2.1.4 Qualité et quantité d'enfants : un arbitrage ?**

Le grand apport de Gary Becker est d'avoir introduit l'idée d'un arbitrage entre la qualité et la quantité d'enfants qu'un couple décide avoir. Il s'agit d'un concept très important pour la nouvelle économie du ménage, car il représente un pas ultérieur vers la compréhension des décisions en matière de reproduction. Selon Becker, les membres du ménage, au moment de prendre des décisions quant au nombre d'enfants à mettre au monde, ne prendraient pas seulement en considération les coûts liés à la quantité, mais aussi les coûts liés à la qualité des enfants, c'est-à-dire qu'ils s'interrogent sur la quantité de ressources, en termes

d'argent et de temps, qu'ils sont prêts à investir dans chaque enfant (Rosenzweig et Wolpin, 1980 : 227). Les membres du ménage doivent décider si allouer une quantité mineure de ressources pour une quantité majeure d'enfants, ce qui résulterait en une qualité inférieure de ceux-ci, ou, au contraire, une quantité majeure de ressources sur une quantité mineure d'enfants, ce qui résulterait en une meilleure qualité de ces derniers.

Afin d'encourager les parents à modifier leurs préférences à l'égard des enfants, il serait alors nécessaire de modifier le coût d'opportunité d'investir dans la qualité plutôt que dans la quantité des enfants. En termes économiques, une intervention visant à augmenter l'élasticité du prix de la qualité par rapport à l'élasticité du prix de la quantité serait nécessaire. Selon ce raisonnement, par exemple, un degré d'éducation plus élevé porterait les femmes à nourrir des aspirations majeures pour leurs enfants et, par conséquent, à réduire leur fécondité afin de concentrer une quantité majeure des ressources à leur disposition sur un nombre inférieur d'enfants (UNFPA, 2005 : 11).

Des interventions en ce sens ont été réalisées à travers divers programmes sociaux dans différents pays. Un exemple classique est celui des programmes de repas scolaire. L'offre des repas à l'école semble encourager les enfants à fréquenter l'école autant que les parents à les y envoyer. Les programmes de repas scolaire ont en fait l'avantage de rendre l'école plus attirante aux yeux des enfants et de diminuer la charge de travail et de stress des parents (Mullainathan, 2004 : 8). PROGRESA est un autre exemple d'intervention ayant pour objectif de modifier les préférences des parents à l'égard des décisions à propos de leurs enfants. Ce programme social vise, en fait, le renforcement du capital humain des enfants en faisant de l'investissement dans ceux-ci une option viable pour les parents. Les mères reçoivent un soutien financier pour que leurs enfants aillent à l'école et l'une des conditions pour recevoir l'aide de PROGRESA est la présence à au moins 85 % des cours. Pareillement, les suppléments nutritionnels sont donnés aux enfants et aux femmes allaitant seulement si celles-ci assurent des visites médicales sur une base régulière.

Ainsi, tel que mis en évidence par Wolpin et Rosenzweig, la logique des interventions gouvernementales dans le champ de la fertilité trouve souvent ses fondements dans des

arguments de nature économique faisant figurer les décisions d'investissement dans le capital humain comme un calcul de coûts/bénéfices :

*« government initiatives at limiting fertility and increasing health and schooling are attempts to alter the structure of prices faced by a household in making its resource allocation decisions »* (Rosenzweig et Wolpin, 1982 : 209).

La littérature a cependant indiqué une alternative à la voie économique par laquelle modifier les préférences en matière reproductive. Les théories sociales prônent le déclin de la fertilité par le biais d'une transformation sociale comme, par exemple, la modification de normes acceptées et un poids plus important des intérêts des femmes dans les objectifs communs d'une famille (Sen, 1999 : 216). PROGRESA cherche à intervenir aussi dans ce dernier domaine. La perspective de genre fait en effet partie des orientations du programme. Comme on le verra dans le paragraphe suivant, plusieurs actions sont prises en ce sens.

### **2.2.2 Les déterminants des changements des comportements reproductifs et les objectifs de PROGRESA**

Aux fins du présent travail de recherche, il importe de savoir sur quels facteurs PROGRESA peut être intervenu et, ce faisant, amené des changements aux comportements reproductifs des femmes des régions rurales.

Après examen des composants du programme social mexicain, il est possible de supposer que celui-ci ait produit des effets sur l'arbitrage entre la qualité et la quantité des enfants, sur l'autonomisation des mères et des filles et sur les taux de mortalité infantile et maternelle. La littérature économique fait d'ailleurs état de nombreuses évidences montrant l'importance de ces déterminants afin que des changements puissent se produire en relation avec les comportements reproductifs.

Pour ce qui est du premier effet, on rappelle ici que PROGRESA prévoit deux types de soutien économique pour les familles vivant dans les communautés bénéficiaires : un

transfert monétaire chaque deux mois et des bourses d'études pour les enfants âgés de 8 à 18 ans. Ces deux types de soutien financier visent à modifier l'arbitrage entre la qualité et quantité d'enfants et, par cela, à influencer les décisions en matière reproductive faites par les couples. D'un côté, les transferts monétaires aux mères de famille pourraient faire diminuer la nécessité d'avoir plus d'enfants pour survenir aux besoins des membres de la famille. De plus, étant donné que la littérature a montré que pour les mères le bien-être des enfants est prioritaire, on peut s'attendre à ce que l'effet de PROGRESA en ce sens soit plus grand que si l'aide était remise aux pères de famille. D'un autre côté, le programme social mexicain octroie des bourses d'études aux mères ayant à leur charge des enfants âgés de 8 à 18 ans. Le montant des bourses varie selon l'âge et le sexe afin de rendre pour les familles plus avantageux, d'un point de vue économique, d'envoyer les enfants à l'école plutôt qu'au travail. La famille pourrait alors décider d'investir davantage dans la qualité des enfants que dans leur quantité, ce qui aurait des répercussions sur les décisions reproductives (Todd et Wolpin, 2002 : 6). Cependant, cette conclusion semble être mise en question par une étude récente réalisée par Todd et Wolpin (2002). Dans cette étude, basée sur une méthodologie différente de celle utilisée jusqu'à présent pour l'évaluation de ce programme et ayant pour but d'évaluer les impacts de PROGRESA sur la présence à l'école et sur les décisions concernant la fertilité, Todd et Wolpin (2002) constatent non seulement qu'à long terme le programme aurait des effets très faibles sur la fertilité, mais ils observent aussi que la fertilité serait légèrement plus faible sans le soutien financier qu'avec celui-ci. Todd et Wolpin ont recours à une synergie entre les estimations structurelles de modèles des comportements humains et l'expérimentation sociale. Cela leur permet d'évaluer les impacts de stratégies alternatives non incluses dans la conception de PROGRESA.

Pour ce qui est de l'autonomisation des femmes, le programme est susceptible d'avoir renforcé cet aspect à travers plusieurs actions. Premièrement, les modalités d'opération du programme, en prévoyant des transferts d'argent à réaliser directement en faveur des femmes, permettent aux bénéficiaires d'acquérir une autonomie économique majeure à l'égard de leur conjoint. En fait, en bénéficiant d'une nouvelle source de revenus, qui est parfois la seule, les femmes bénéficiaires ne sont plus obligées de demander l'argent et

l'approbation de leur conjoint lorsqu'elles considèrent nécessaire d'effectuer des dépenses pour la famille, pour les enfants ou pour elles-mêmes<sup>18</sup>. Bien que l'autonomisation ne puisse pas être réduite à l'autonomie économique, il est reconnu amplement par la littérature que cette dernière peut contribuer à la première.

L'autonomie féminine se définit comme la capacité des femmes à diriger leur propre vie, à prendre des décisions et à avoir de l'influence sur les projets qui les concernent (Banque mondiale, 2003 : 84). De plus, un degré plus élevé d'autonomie féminine a également des effets positifs sur les autres membres de la famille. Par exemple, une étude révèle qu'une plus grande autonomie des femmes correspond à un taux moindre de mortalité infantile. À ce propos, une étude citée par la Banque mondiale constate que l'augmentation de l'indice d'autonomie permettrait d'espérer une diminution importante (jusqu'à 50 %) de la mortalité infantile dans les pays où le revenu est de 500 \$ ou moins *per capita* (Boone, 1996, citée par Banque mondiale, 2003 : 84).

Deuxièmement, l'amélioration de la nutrition des femmes enceintes ou allaitant grâce à des suppléments nutritionnels représente un gain pour leur santé, outre celle de l'enfant à naître (Banque mondiale, 2003 : 81), ce qui se traduit également dans un gain pour leur autonomisation.

Une troisième action du programme propice au renforcement de l'autonomisation des bénéficiaires est l'éducation en matière de santé, d'hygiène et d'alimentation qui leur est donnée. Les notions acquises dans ces domaines contribuent à que les femmes soient préparées non seulement à faire face plus efficacement à des maladies, voire à des situations d'urgence, mais aussi à les prévenir. C'est ainsi que l'éducation en matière de santé, d'hygiène et d'alimentation peut avoir une incidence tant sur le bien-être des enfants

---

<sup>18</sup> Trois facteurs peuvent représenter une entrave à l'acquisition d'une autonomie majeure des bénéficiaires sur le plan économique. D'abord, comme certains médecins le témoignent, il arrive souvent que les bénéficiaires soient obligées de donner l'argent de PROGRESA à leur conjoint. Deuxièmement, certaines femmes déclarent ne pas avoir acquis une autonomie élargie parce que, à cause de leur statut de bénéficiaires PROGRESA, elles ne reçoivent plus d'argent de la part de leur conjoint pour répondre aux besoins des enfants et de la maison. Troisièmement, le montant des transferts d'argent représente 20 % du panier alimentaire de base, ce qui implique qu'il n'est pas suffisant pour conférer aux bénéficiaires une autonomie complète dans leur couple en matière économique.

que sur celui des mères. Pour ce qui est des enfants, il est en effet plus probable que ces derniers jouiront d'un bon état de santé physique et mental et d'un développement normal tout au long de leur vie (Banque mondiale, 2003 : 81). Pour ce qui est des mères, il est probable qu'elles bénéficieront de la réduction du temps et d'argent employés aux soins des membres de la famille, et davantage de temps à consacrer au travail.

Quatrièmement, l'octroi de subventions et de bourses d'étude conditionnelles à la fréquentation des établissements scolaires favorise l'augmentation du taux de scolarité parmi les filles. Celui-ci est jugé être un déterminant de l'autonomisation puisque l'instruction scolaire est considérée un moyen important d'être fonctionnel dans une société. L'instruction, en effet, aide à une meilleure compréhension et élaboration des informations communiquées et cela est à l'avantage tant des mères que des enfants. De surcroît, l'éducation contribuerait à conférer à la femme un plus grand pouvoir de négociation au sein du ménage, ce qui se traduirait par une probabilité plus élevée de communication entre les époux quant aux décisions en matière reproductive, notamment en matière d'utilisation des méthodes contraceptives.

Une dernière action susceptible d'avoir renforcé l'autonomisation des femmes repose sur le fait que PROGRESA donne aux bénéficiaires plusieurs occasions, telles que les réunions des bénéficiaires, les séances éducatives en matière d'hygiène, de santé et de nutrition, ainsi que les activités communautaires, pour sortir de la maison et partager leurs expériences avec d'autres femmes. De plus, le fait de présenter et soutenir ses propres idées vis-à-vis d'autres personnes favorise le développement d'une confiance plus grande en soi-même.

Comme on l'a mentionné auparavant, la mortalité infantile et maternelle représente le deuxième champ où les actions du programme peuvent avoir résulté en impacts tangibles. Dans le plan de PROGRESA, des actions spécifiques sont prévues afin de réduire tant le taux de mortalité infantile que celui de la mortalité maternelle. Il s'agit notamment des suppléments nutritionnels, des visites médicales périodiques et de l'éducation des mères en matière d'hygiène, de santé et d'alimentation.

Après avoir cité les composants du programme social mexicain aptes à produire des variations sur les déterminants de la fécondité, il importe maintenant de comprendre les mécanismes à travers lesquels lesdits composants peuvent influencer les comportements reproductifs de la population ciblée par le programme.

Comme on le verra plus loin dans ce mémoire, les décisions en matière de reproduction, comme toute autre décision concernant le capital humain, ne sont cependant pas déterminées seulement par des considérations d'ordre économique, ce qui peut représenter une limite pour les objectifs de programmes sociaux reposant sur un tel cadre conceptuel.

### **2.2.2.1 L'autonomisation des femmes et ses dimensions**

On entend par autonomisation un processus qui, en façonnant l'environnement social, modifie les relations de pouvoir entre les sexes (Sen et Batliwala, 2000 : 17). C'est ce concept qui permet de comprendre la raison pour laquelle des femmes ayant les mêmes caractéristiques socio-économiques peuvent présenter des modèles différents en matière de reproduction.

Malgré les nombreuses traductions du mot anglais *empowerment* par autonomie, il faut distinguer l'autonomisation - terme exact pour la traduction de *empowerment* - de l'autonomie, car cette dernière comporte une dimension statique alors que la première embrasse tant le processus que le résultat de ce processus. L'autonomie est plutôt définie comme étant « *the ability...to obtain information and use it as the basis for making decisions about one's private concerns and those of one's intimates (Dyson and Moore, 1983)* » (Jeejebhoy, 2000 : 205) et, également, comme étant « *the degree of women's access to, and control over, material resources (including food, income, land and other forms of wealth) and to social resources (including knowledge, power and prestige) within the family, in the community, and in the society at large (Dixon, 1978)* » (Jeejebhoy, 2000 : 205). De manière intuitive, on peut tirer de ces définitions du concept d'autonomie la conclusion que l'acquisition d'une meilleure autonomie n'implique pas nécessairement l'existence d'un processus d'autonomisation, lorsqu'on entend par autonomisation, en

accord avec la conception de Kabeer, l'acquisition de la capacité de faire des choix (Kabeer, 2001 : 19).

L'autonomisation est aussi un phénomène multidimensionnel. Jusqu'à présent, la littérature a identifié trois dimensions de l'autonomisation : l'autonomisation de ressources, l'autonomisation d'agencéité et l'autonomisation de réalisations/accomplissements (*achievements*). Ces trois dimensions apparaissent indivisibles puisque chacune d'entre elles contribue à la signification de l'un des indicateurs d'autonomisation, ainsi qu'à en garantir la validité en tant que mesure de cette dernière.

#### **2.2.2.2 L'autonomisation de ressources**

Pour ce qui est de l'autonomisation de ressources, un lien de causalité est souvent établi de manière automatique entre la possession d'une ressource et une capacité accrue de faire des choix. Toutefois, plusieurs études montrent que la possession de ressources (économiques, sociales ou humaines) n'est pas en elle-même suffisante pour qu'on puisse attribuer à une femme un degré d'autonomisation supérieur à celui d'une autre femme dépourvue de telles dotations. Par exemple, le droit de possession d'une propriété foncière *de jure* ne garantit pas sa possession *de facto*. À ce propos, un cas exemplaire est celui offert par les femmes musulmanes et hindoues de l'Inde. Bien que les femmes hindoues, à différence des femmes musulmanes, se voient reconnu par la loi le droit d'hériter la terre, les coutumes existantes parmi les sociétés hindoues ont comme effet celui d'annuler cette différence existante sur le plan légal et de renvoyer les Indiennes hindoues à la même condition que les musulmanes quant à l'héritage de la terre (Kabeer, 2001 : 29). Comme il a été mis en évidence par Kabeer, « *the main methodological point [...] is that the 'resource' dimension has to be defined in ways which spell out their potential for human agency and valued achievements more clearly than simple 'access' indicators generally do if it is to be useful as a measure of empowerment* » (Kabeer, 2001 : 30). Ce qui implique que les études comparatives portant sur l'autonomisation doivent également s'assurer de mesurer le contrôle effectif des ressources de la part des femmes et ne pas s'arrêter à en constater la possession légale.

### 2.2.2.3 L'autonomisation d'agencité

Concernant l'agencité<sup>19</sup>, il est possible de distinguer deux formes de la capacité d'agir. La première inclut les formes négatives, telle qu'être protégée de la violence (*freedom from threat*), notamment celle exercée par le mari, et la deuxième les formes positives, à savoir l'autorité dans la prise de décision (*decision-making*) au sein du ménage concernant le bien-être des enfants, les dépenses alimentaires, les dépenses pour la maison, la reproduction, la liberté de mouvement dans des lieux publics, le droit de la femme à travailler à l'extérieur du ménage, etc.<sup>20</sup> Par rapport aux formes positives de l'agencité, il faut faire une distinction entre l'acquisition de la part de la femme d'une voix plus forte dans la prise de décision dans les domaines qui sont déjà de sa compétence et l'acquisition d'une voix plus forte dans les domaines auparavant de décision exclusive du mari, du couple ou d'un autre membre de la famille ou dans des domaines stratégiques de sa vie. Dans le premier cas, il semble en effet difficile de pouvoir décréter l'existence d'un processus d'autonomisation, alors que dans le deuxième cas il semble pleinement avoir lieu un processus de changement des relations de pouvoir au sein du ménage (Kabeer, 2001 : 33). Ceci est d'importance vitale pour la compréhension des études comparatives concernant les mesures de l'autonomisation. De plus, ceci met en évidence les limitations des moyens statistiques lorsqu'on veut mesurer des concepts multidimensionnels tels que l'autonomisation (Kabeer, 2001 : 34). Il est également important de remarquer le fait que les processus d'autonomisation se manifestent souvent au sein du ménage sans manifestations extérieures afin de ne pas susciter de situations de déshonneur face à la communauté (Kabeer, 2001 : 35).

### 2.2.2.4 L'autonomisation de réalisations

Le taux de mortalité infantile est souvent considéré et utilisé par la littérature économique comme l'un des indicateurs de l'autonomisation des femmes. Dans plusieurs études, on

<sup>19</sup> Traduction du mot anglais *agency*. Giddens, tel que repris par Marie France Labrecque, définit l'agencité comme étant la capacité de l'individu non seulement d'agir, mais aussi de se projeter dans son action (Labrecque, 2001 : 11).

<sup>20</sup> Pour une liste exhaustive des domaines du « decision-making » généralement inclus dans les études de cas, voir Naila Kabeer (Kabeer, 2001 : 32). Voir aussi l'étude menée par Jeejebhoy concernant la comparaison du degré d'autonomie des femmes vivant dans deux États indiens socialement et culturellement très différents (Jeejebhoy, 2000 : 218).

présente les réductions atteintes de ce taux comme étant le résultat d'un gain dans l'autonomisation des femmes. Toutefois, dans une vision de l'autonomisation comme un changement des relations de pouvoir, des variations des taux de mortalité infantile n'apparaissent pas nécessairement comme la conséquence de l'acquisition de pouvoir majeur des femmes au sein de la famille. D'après Kabeer, en fait, il s'agirait davantage de l'acquisition d'une meilleure efficacité par la femme dans son rôle joué en tant que mère, que de l'acquisition de pouvoir en tant que femme (Kabeer, 2001 : 37). Il en va différemment lorsque les résultats peuvent être interprétés comme une réduction des inégalités de genre. Ainsi, une augmentation du taux de scolarité parmi les filles - lorsqu'elle ne reflète pas une diminution du taux de scolarité des garçons - peut bien être considéré comme le résultat d'un processus d'autonomisation des femmes, car elle est le signal d'un changement du pouvoir des mères au sein du ménage. Dit autrement, « [...] *in situations of gender discrimination, evidence that the enhancement of women's agency led to a reduction in prevailing gender inequalities in functioning achievements can be taken as evidence of women's empowerment* » (Kabeer, 2001 : 39).

#### **2.2.2.5 Les mesures de l'autonomisation et ses liens avec les comportements reproductifs**

Après avoir présenté une brève explication du concept d'autonomisation et de ses dimensions, il est maintenant question de savoir quels sont les liens entre autonomisation et comportements reproductifs et quels sont les instruments utilisés dans la littérature afin de mesurer l'impact de l'autonomisation sur la fécondité.

Il faut d'abord mentionner le vaste accord existant sur les effets de l'autonomisation sur la fécondité et sur le nombre d'enfants désirés. En général, on soutient que l'autonomisation des femmes amène à la réduction du nombre d'enfants désirés et de la fécondité. Sen, par exemple, affirme que « *the agency role of women is also particularly important for the reduction of fertility rates* » (Sen, 1999: 198), là où il considère le rôle actif des femmes comme étant un facteur d'autonomisation (Sen, 1999: 190).

Ceci étant, une explication exhaustive des mécanismes à travers lesquels l'autonomisation affecte les comportements reproductifs est absente de la littérature économique. On observe néanmoins une série de tentatives d'explication des liens entre autonomisation et comportements reproductifs par la formulation d'hypothèses se basant parfois sur l'éducation des femmes, sur leur participation à la main-d'œuvre salariée, ou sur la perception d'un salaire, ou sur la possession de terres ou de propriétés d'autre nature et, plus récemment, sur le concept d'« autonomie », ce dernier incluant également les indicateurs susmentionnés. Malgré tous ces efforts, les voies à travers lesquelles l'autonomisation des femmes influence leurs comportements reproductifs restent assez embrouillées, malgré plusieurs démarches vers une meilleure compréhension de ce sujet.

Ceci étant dit, le deuxième problème qui se pose concerne l'opérationnalisation de l'autonomisation. Comme l'on vient de le mentionner, la littérature - économique et autre - a souvent eu recours dans les études comparatives à des indicateurs tels que l'éducation ou la participation des femmes à une quelconque activité économique réalisée à l'extérieur du ménage.

Pour ce qui est de l'éducation en tant que facteur d'autonomisation, les auteurs se sont servis de plusieurs mesures, telles que le niveau scolaire atteint, les années de scolarité complétées ou l'alphabétisation. L'alphabétisation a par exemple été utilisée lors d'une étude statistique tirée de l'analyse des données fournies par le recensement national de 1981 et portant sur 296 districts de l'Inde (Murthi, Guio et Drèze, 1995, cité par Sen, 1999 : 197). Murthi, Guio et Drèze constatent que l'augmentation du taux d'alphabétisation des femmes de 22 à 75 % réduit le taux de mortalité infantile de 156 enfants par mille enfants à 110 enfants par mille enfants. Un autre exemple est celui de l'étude menée par Klasen analysant les données recueillies en 1990 sur 100 pays. Cette étude fait état de l'existence d'une relation négative entre les années de scolarité des femmes et le taux de fécondité (Klasen, 1999, cité par Banque mondiale, 2003 : 85).

D'autres études ont retenu comme indicateurs de l'autonomisation la participation des femmes à des activités économiques ayant lieu à l'extérieur du ménage. Un vaste corps de

littérature est dédié à ce sujet à travers les études évaluatives des impacts des programmes de microcrédit (Banque mondiale, 2003 : 54; Hofmann et Marius-Gnagnou, 2001 : 14).

Ces indicateurs constituent une évidence de ce que Sen appelle le « rôle actif de la femme ». À ce propos, il faut cependant faire une mise en garde : le fait d'avoir atteint un niveau supérieur d'éducation scolaire ou de participer à la force de travail n'implique pas nécessairement un degré plus élevé d'autonomisation. Afin de mieux expliquer cette précision, on peut faire recours à l'étude menée par Jejeebhoy sur les dimensions, les déterminants et les influences de différents degrés d'autonomie<sup>21</sup> des femmes dans deux États indiens ruraux. Dans son article, l'auteure met en évidence, parmi d'autres éléments, comment des mesures de l'autonomie<sup>22</sup>, telles que l'éducation ou le type d'emploi, ne sont pas nécessairement des mesures adéquates à la compréhension du pouvoir des femmes indiennes dans leur société. En d'autres mots, le fait de posséder un niveau plus élevé d'éducation ne garantit pas une plus grande autonomie (Jejeebhoy, 2000 : 218). Dans certaines réalités, comme par exemple celle très peu égalitaire de l'Uttar Pradesh où la stratification selon le sexe est très marquée, l'autonomie est essentiellement déterminée par des facteurs liés aux traditions (co-résidence avec la belle-mère, montant de la dot, âge et parité), alors que dans des contextes plus égalitaires comme celui du Tamil Nadu l'éducation et l'activité économique jouent un rôle beaucoup plus important dans le façonnage de l'autonomie (Jejeebhoy, 2000 : 233). Jejeebhoy met ainsi en relief l'importance que les institutions sociales ont dans la détermination du degré d'autonomie dont les femmes peuvent bénéficier. Dans la même ligne de pensée, Drèze et Murthi affirment que « *[s]everal studies failed to find much evidence of a positive link between women's education and 'female autonomy', casting doubt on one of the major pathways through which the former was supposed to reduce fertility [...]* » (Drèze et Murthi, 2000: 3).

---

<sup>21</sup> Jejeebhoy est d'avis que les concepts d'autonomie et d'autonomisation convergent lorsqu'on prend en considération le but concerné, à savoir l'acquisition de contrôle sur sa propre vie face à la famille, à la société et aux marchés (Jejeebhoy, 2000 : 205).

<sup>22</sup> Les dimensions identifiées et ensuite mesurées de l'autonomie sont : le pouvoir de prise de décision en matière économique et en matière d'enfants, la mobilité, ne pas être l'objet de menaces de la part du conjoint, ainsi que l'accès et le contrôle sur les ressources économiques.

D'autres indicateurs utilisés pour mesurer l'autonomisation des femmes sont l'âge au mariage, la résidence avec la famille de l'époux, la différence d'âge au mariage, la résidence près de la famille après le mariage, l'âge, la durée du mariage, le nombre d'enfants et notamment de garçons, le mariage avec un membre de la famille élargie et le montant de la dot.

De plus en plus, le concept d'autonomisation est également lié au concept de pouvoir de négociation. L'autonomisation consisterait au contrôle sur les ressources matérielles, aux facteurs auxquels on peut avoir recours afin d'influencer le processus de négociation, à la capacité de mobiliser ses réseaux interpersonnels et aux caractéristiques de chaque individu (Adato *et al.*, 2000 : 26). Un excellent travail sur le pouvoir de négociation est celui mené par Adato *et al.* concernant les impacts de PROGRESA sur la condition de la femme et sur les relations au sein du ménage, comme nous allons le voir dans la section suivante.

#### **2.2.2.6 Les actions prévues par PROGRESA pour l'autonomisation des femmes**

Comme il a déjà été mis en relief à plusieurs reprises dans le présent mémoire, les actions de PROGRESA sont régies par plusieurs principes, parmi lesquels se trouve l'égalité de genre. Aux fins du programme social mexicain, l'importance de ce principe réside dans le fait que l'égalité de genre est considérée comme indispensable pour rompre le cercle de la pauvreté au sein du ménage et ainsi permettre l'amélioration des conditions de vie non seulement des femmes, mais aussi de celles de toute la famille et notamment celles des enfants<sup>23</sup>. On peut ainsi dire que PROGRESA vise le déclenchement d'un processus d'autonomisation puisque, selon ce que l'on vient d'écrire dans les paragraphes précédant, la recherche de l'égalité de genre implique nécessairement un processus de modification

---

<sup>23</sup> Parmi les orientations du programme social mexicain, on trouve la focalisation sur l'égalité de genre. Ainsi SEDESOL, qui correspond au ministère mexicain du Développement social, écrit à propos de l'égalité de genre: « ces inégalités [*sociales entre hommes et femmes*] se traduisent presque toujours en désavantages majeurs pour les femmes en les rendant plus vulnérables à vivre en conditions de pauvreté et en entravant leurs efforts pour améliorer leur condition individuelle et celle de leurs enfants. Pour combattre cette réalité, PROGRESA soutient l'égalité de genre et encourage la participation des femmes pour qu'elles puissent bénéficier de possibilités véritablement égalitaires pour leur plein développement personnel. Également, il [*PROGRESA*] reconnaît qu'en améliorant ses conditions de vie, les femmes ont accès à une meilleure position pour améliorer la condition de vie des membres du ménage, et notamment celle des enfants. »[Traduction libre] (SEDESOL).

des relations de pouvoir entre hommes et femmes dans des contextes où la discrimination est basée sur une telle catégorisation des individus. Dans PROGRESA, cet objectif est recherché à travers la participation en première ligne des femmes à la mise en œuvre dudit programme, tant en signe de reconnaissance de la part des autorités étatiques du rôle primordial joué par la femme dans le bien-être de la famille<sup>24</sup> qu'en tant que moyen pour garantir l'efficacité et l'efficience des transferts d'argent en vertu de certaines caractéristiques féminines depuis longtemps soulignées par la littérature économique, notamment la loyauté et l'engagement à l'égard du ménage et de son bien-être, ainsi que le plus haut degré de fiabilité des femmes par rapport à celui des hommes en ce qui concerne le respect des obligations<sup>25</sup> (Adato *et al.*, 2000 : 4). La participation des bénéficiaires aux programmes de développement a été reconnue comme étant fondamentale pour l'autonomisation elle-même, comme l'expliquent Sen et Batliwala,

*« empowerment is not something that can be done from the outside; it is something women need to do for themselves. [...] However, external change agents who can set off or catalyse the empowerment processes are often essential, especially in situations where traditionally women have had minimal control over resources or voice in decision-making in the household or the community, and where their exposure to new ideas and thinking is limited »* (Sen et Batliwala, 2000 : 19).

La portée de PROGRESA pour l'autonomisation des femmes a fait l'objet de plusieurs analyses (Adato *et al.*, 2000; Skoufias, 2005; González de la Rocha, 2003). Ces analyses partent de l'hypothèse, entre autres, selon laquelle l'attribution du contrôle d'une partie des ressources économiques du ménage aux mères pourrait permettre aux femmes une meilleure autonomie économique. Si les femmes devaient souvent demander à leur conjoint l'argent (et la permission) pour effectuer les dépenses pour le ménage et les enfants avant le début du programme social, ce modèle pourrait avoir changé après la mise en œuvre de PROGRESA.

---

<sup>24</sup> « Por esta razón, Progresá canaliza los apoyos económicos (las becas, apoyos para útiles y la ayuda para alimentos) a través de las madres de familia, reconociendo así su importancia para el desarrollo de la familia y su compromiso y responsabilidad para hacer el mejor uso de estos apoyos. » [nous soulignons] (SEDESOL).

<sup>25</sup> Un exemple de la littérature économique à ce sujet est offert par Duncan Thomas (Thomas, 1990, cité par Adato, de la Brière, Mindek et Quisumbing, 2000: 5).

L'une des analyses menées à ce sujet est celle précédemment mentionnée de Adato *et al.* (2000). Dans la première partie de l'article, écrite par Bénédicte de la Brière et Agnes Quisumbing et relatif aux impacts du programme social mexicain sur l'acquisition de pouvoir de négociation des femmes au sein du ménage, cet aspect est abordé. Les auteures prennent en considération deux domaines où ce pouvoir de négociation peut se manifester : il s'agit de la prise de décisions au sein du ménage et de l'apprentissage scolaire des filles et des garçons.

Les résultats de l'étude sont les suivants : pour ce qui est de la prise de décisions au sein du ménage, PROGRESA ne semble pas avoir modifié de manière significative les tendances en matière de décisions parmi les ménages pauvres, à l'exception de l'utilisation de l'argent additionnel de la femme. Selon les résultats des régressions multinomiales logistiques, entre 1998 et 1999 les femmes des ménages pauvres voient augmenter la probabilité de prendre de manière autonome les décisions relatives à l'utilisation de l'argent supplémentaire dont elles disposent. De plus, dans le cas des ménages recevant l'aide monétaire de PROGRESA, il y a eu une diminution de la probabilité que ce soit l'homme seulement qui prenne les décisions en matière de fréquentation de l'école, de contrôles médicaux et de l'achat de vêtements pour les enfants (Adato *et al.*, 2000 : 44).

Les résultats ainsi obtenus sont interprétés par les auteurs comme un clair signal que PROGRESA n'a pas seulement exercé des impacts sur le pouvoir de négociation des femmes au sein du ménage grâce à son composant « transferts », mais également grâce à ses autres composants, telles que les séances éducatives sur la santé, l'hygiène et l'alimentation adressées aux bénéficiaires (Adato *et al.*, 2000 : 49).

### **2.2.3 L'éducation**

L'éducation est le deuxième déterminant des changements reproductifs identifié par la littérature.

La relation entre l'éducation, la taille de famille désirée et la fécondité a fait l'objet de plusieurs études. En général, ces études ont mis en évidence un lien négatif entre l'éducation et la fécondité, notamment entre l'éducation de la femme et sa fécondité. Dit autrement, un degré d'éducation supérieur est associé à un taux de fécondité plus faible. Cela semble être vrai indépendamment du type d'indicateur utilisé pour l'éducation, que ce soit l'indicateur dichotomique 'alphabète/analphabète' ou l'une des mesures de l'éducation formelle, telles que le niveau scolaire complété ou le nombre d'années de scolarité réalisé.

PROGRESA prévoit l'attribution de bourses d'études d'un montant plus élevé pour les filles que pour les garçons afin de modifier la mentalité des parents en les incitant à envoyer leurs filles à l'école de la même manière qu'ils le font avec leurs fils. Adato *et al.* ont constaté un effet positif de PROGRESA dans le cas des localités récipiendaires de l'aide (Adato *et al.*, 2000 : 47). Les impacts d'une meilleure instruction des filles sur leur autonomisation ne sont cependant pas encore déterminables à cause du court laps de temps qui s'est écoulé depuis le début du programme.

On a déjà fait référence à l'éducation en tant qu'indicateur de l'autonomisation des femmes. L'éducation peut également produire des impacts directs sur la fertilité indépendamment des effets sur l'autonomie des femmes par exemple en permettant une meilleure compréhension des informations. Les effets directs de la hausse du niveau d'éducation sur la fertilité sont présentés dans le paragraphe suivant.

### **2.2.3.1 Les influences de l'éducation des femmes sur les comportements reproductifs**

Parmi les évidences du lien entre éducation des femmes et fertilité, il faut mentionner à nouveau l'étude de Klasen. L'étude, qui se base sur une comparaison des données recueillies en 1990 en provenance de 100 pays, met en évidence qu'une seule année de scolarité additionnelle des femmes est suffisante pour réduire le taux de fécondité de 0,23 naissance, voire de 0,32 naissance si l'on ajoute encore un an de scolarité de plus (Klasen cité par Banque mondiale, 2003 : 85).

La relation découverte par Klasen trouve son explication dans les conséquences présumées de la scolarisation des femmes. Ainsi, par exemple :

Le degré d'éducation de la mère influence en grande partie la qualité de l'alimentation et des soins qu'un enfant reçoit. La scolarisation a aussi un impact sur la capacité de la mère à défendre son enfant contre les adversités de la vie, contre les variations dans les prix, par exemple, qui pourraient influencer sur l'alimentation (Thomas et Strauss, 1992). (Banque mondiale, 2003 : 84)

La capacité propre des mères instruites à faire face aux adversités rencontrées par leurs enfants dès les premières années de vie semble également être corrélée à la baisse de la mortalité infantile. Plusieurs études menées dans des pays en voie de développement constatent les effets néfastes de l'absence de scolarité chez les femmes sur le taux de mortalité infantile de leurs enfants. Malgré les difficultés à déterminer avec précision l'intensité d'une telle relation, il est néanmoins considéré certain que les chances de survie des enfants âgés de moins d'un an augmentent lorsque la mère est scolarisée. En particulier,

Les derniers sondages sur la démographie et la santé, réalisés dans plus de 40 pays en voie de développement, démontrent que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est plus bas dans les familles où les mères ont fréquenté l'école primaire que dans celles où les mères n'ont pas été scolarisées, et ce taux chute lorsque ces dernières ont fait des études secondaires. (Banque mondiale, 2003 : 81)

De surcroît, il semble que la scolarisation ait des effets positifs surtout lorsque la mère est appelée à jouer un rôle actif à l'égard de la santé de ses enfants. Les nombreuses évidences en matière de vaccination des enfants en font preuve. Dans plusieurs pays, en fait, on a constaté une relation positive entre la scolarisation des mères et le taux de vaccination des enfants (Banque mondiale, 2003 : 81; Kabeer, 2001 : 37). Il en va ainsi aux Philippines et au Guatemala. Dans ce premier pays, malgré un lieu de résidence éloigné des services de base (aqueducs, services de santé), la scolarisation des femmes a une incidence sur la santé de leurs enfants (Barrera, 1990; cité par Banque mondiale, 2003 : 81). Dans le cas du Guatemala, Pebley, Goldman et Rodriguez rapportent que, lorsque les mères sont plus scolarisées, elles sont plus susceptibles d'utiliser les services de garde pour leurs enfants et

de s'assurer qu'ils reçoivent tous les vaccins (Pebley, Goldman et Rodriguez, 1996; cité par Banque mondiale, 2003 : 81).

Dans la même ligne de pensée, Kabeer affirme que l'éducation des mères influence les probabilités de survie des enfants de manière indirecte par son association à des standards sanitaires plus élevés. Dans le cas des probabilités de vaccination des enfants, par contre, cette influence s'exerce de manière directe.

La relation entre éducation des femmes et fécondité a toutefois été récemment questionnée par certaines études n'ayant pas relevé d'association significative entre les deux indices. Par exemple, dans le cas indien :

« [...], *some studies - mainly at the village level - report no significant correlation between female education and fertility. [...], observed differences in fertility across groups or over time are attributed to other factors, including reductions in infant mortality, family planning programmes and the rising cost of children, and different risk environments.*  
» (Drèze et Murthi, 2000: 3)

Deux éléments importants ressortant de cette citation sont, *primo*, le déni de l'universalité d'une corrélation négative entre l'éducation et la fécondité des femmes et, *secundo*, l'existence d'autres facteurs pouvant annuler l'effet négatif de l'éducation sur la fertilité.

Les résultats de ces études suscitent maintes interrogations quant aux mécanismes par lesquels l'éducation des femmes peut affecter leur fécondité. La littérature s'est d'ailleurs penchée sur ce problème et a identifié essentiellement trois voies d'influence : (i) la taille désirée de famille (ii) la relation entre la taille désirée de famille et le nombre planifié de naissances et (iii) la capacité des femmes d'atteindre l'objectif fixé quant au nombre prévu de naissances (Drèze et Murthi, 2000 : 4).

### 2.2.3.2 Les effets de l'éducation des femmes sur la taille désirée de la famille

Dans la littérature concernant la relation éducation - fertilité, on mentionne principalement quatre raisons, dont deux d'ordre économique basées sur le calcul coûts/bénéfices, afin d'expliquer les modifications dans les préférences exprimées par les femmes quant à la taille idéale de leur famille (Drèze et Murthi, 2000 : 4 et ss.).

Tout d'abord, un degré plus élevé d'éducation entraînerait une augmentation du coût d'opportunité du temps des femmes, en augmentant les possibilités d'emploi et en améliorant les conditions reliées à celui-ci. Dans le cas de conflit entre le temps dédié au travail de production et le temps dédié à la reproduction, il semble plus probable que l'augmentation du temps consacré au travail de production se fasse aux dépens de celui du travail de reproduction. Autrement dit, l'éducation contribuerait à l'augmentation des coûts associés à la maternité et de ce fait, à la diminution des bénéfices associés à une famille nombreuse. Ainsi, les femmes seraient moins dépendantes de leur progéniture, notamment des enfants mâles, là où il y a des préférences quant au sexe de l'enfant (Drèze, Murthi, 2000 : 4).

Une autre explication du lien éducation - fertilité perçoit dans l'éducation une voie vers le 'progrès' social, en ce sens que les femmes plus éduquées deviendraient plus réceptives aux normes sociales modernes et aux campagnes de planification familiale (Drèze, Murthi, 2000 : 4; Sen, 1999 : 199).

L'éducation des hommes semble par contre exercer une influence assez limitée sur la mortalité infantile. Selon l'étude déjà mentionnée de Murthi, Guio et Drèze, des interventions visant à augmenter le taux d'alphabétisation parmi les hommes résulteraient être assez peu efficaces pour obtenir une réduction de la mortalité infantile. Ces auteurs ont en fait simulé les impacts de l'augmentation de l'alphabétisation des hommes de 22 à 75 % sur la mortalité infantile. Les résultats ainsi obtenus révèlent que cette dernière baisserait seulement de 169 à 141 ‰ (une différence de 28 ‰), alors qu'une égale intervention sur l'alphabétisation des femmes produirait une réduction de 46 ‰, c'est-à-dire de 156 à 110 ‰ (Murthi, Guio et Drèze cité par Sen, 1999 : 198).

### **2.2.3.3 Les effets de l'éducation sur la relation entre la taille désirée de la famille et le nombre prévu de naissances**

L'éducation des mères est également considérée comme étant un facteur fondamental pour la réduction de la mortalité infantile et juvénile et, par conséquent, de la fertilité, grâce à la relation entre ces deux dernières. Dans plusieurs pays, en effet, on a constaté que des taux élevés de mortalité infantile et juvénile sont souvent accompagnés par des taux élevés de fertilité et fécondité. Une telle corrélation semble être due au fait que les couples vivant dans des environnements caractérisés par un taux élevé de mortalité infantile et juvénile adoptent une stratégie de remplacement lors de la prise de décision en matière de reproduction. Cela impliquerait que face à l'incertitude quant à la survie de leurs enfants, les couples décideraient d'avoir plus d'enfants afin d'assurer le 'remplacement' des enfants qui mourront probablement au cours des mois ou des années suivant leur naissance<sup>26</sup>. Il est jugé que les risques de perte d'enfants pourraient cependant être réduits si les mères étaient à même de mieux faire face aux causes se trouvant à l'origine d'une telle mortalité. Si tel était le cas, les couples pourraient modifier leurs préférences quant au nombre planifié d'enfants, ce qui amènerait une réduction des taux de fertilité et fécondité. Cette connexion n'est cependant pas automatique, ni assurée. Le cas du Mexique montre bien le contraire. Dans ce pays, nonobstant une diminution de la mortalité infantile très importante, la fécondité semble avoir « répondu » à une telle chute seulement après plusieurs décennies.

Il faut remarquer qu'un taux élevé de naissances ne peut toujours être attribué à une stratégie vouée à contrecarrer les effets des taux élevés de mortalité. D'autres considérations peuvent être à la base de comportements pro-natalistes : par exemple, Charbit montre comment les décisions en matière de reproduction répondent également à des exigences de nature différente (Charbit, 1999 : 24). Cet auteur, en fait, expose le cas d'une femme sénégalaise ayant eu dix-neuf grossesses, alors que le nombre idéal d'enfants qu'elle avait déclaré était de huit. L'explication donnée par la même enquêtée était que les

---

<sup>26</sup> Cet effet de la mortalité infantile et juvénile sur la fécondité est appelé, en fait, effet de remplacement. Voir à ce propos Bruno Schoumaker (Schoumaker, 1998 : 110).

enfants 'de plus' avaient été conçus afin de pallier les peines de la sœur pour la perte de son seul enfant et pour des problèmes de stérilité de la co-épouse.

Un dernier effet produit par l'éducation sur les décisions de reproduction serait la meilleure maîtrise de la femme sur sa fertilité grâce à une plus grande facilité d'accès à la contraception. L'éducation rendrait les femmes plus « perméables » à l'introduction de nouvelles pratiques contraceptives.

## **CHAPITRE 3**

### **IMPACTS DE PROGRESA SUR LES COMPORTEMENTS REPRODUCTIFS**

#### **3.1 Cadre théorique et méthodologique**

Avant de procéder à la description de la méthodologie qui a été suivie pour l'analyse des données, il semble important de souligner l'élément central sur lequel, à l'égal des études menées pour déterminer les impacts de PROGRESA sur le capital humain, elle se fonde : la conception particulière du programme social mexicain.

#### **3.2 Conception de PROGRESA**

Lorsque des autorités publiques décident de réaliser un programme de lutte contre la pauvreté (cela s'applique également à tout programme indépendamment de son but), elles se trouvent devant un choix stratégique concernant les modalités de ciblage des bénéficiaires du programme.

Une stratégie consiste à l'absence de ciblage : toute la population est alors incluse dans la catégorie « bénéficiaire » afin d'assurer que tout individu, indépendamment de ses caractéristiques, reçoive les avantages prévus par le programme. Il s'agit d'une stratégie qui peut être efficace, car elle ne laisse pas de place à l'exclusion, mais très rarement efficiente, car, dans le but de réduire la pauvreté, on fera également bénéficier des individus qui ne sont pas pauvres, à la fois en réduisant les avantages dont pourraient bénéficier les pauvres.

Dans les pays où le budget consacré aux programmes sociaux est très réduit, cette stratégie se révélerait assez peu optimale.

Une deuxième stratégie cherche à surmonter le problème de la rareté de ressources par l'identification de critères à partir desquels réaliser le ciblage. Dans ce cas-ci, seulement certains individus, notamment ceux répondant aux critères établis, auront le droit de bénéficier des aides accordées par le programme social de lutte contre la pauvreté. Bien que cette deuxième méthode ait l'avantage d'optimiser l'allocation des ressources, elle présente aussi des désavantages, à savoir l'exclusion éventuelle d'individus qui devraient bénéficier du programme et les coûts associés au processus de ciblage (Skoufias, 2005 : 34).

Le problème du ciblage des bénéficiaires a dû être abordé lors de la conception de PROGRESA. Les concepteurs du programme ont alors eu recours à une méthode comprenant plusieurs étapes afin d'identifier les bénéficiaires. La première étape a consisté en la sélection des localités réalisée sur la base de l'indice de marginalité, c'est-à-dire sur un indice composite considérant plusieurs critères. Ces derniers sont : le pourcentage d'adultes alphabétisés ; l'accès à l'eau potable ; l'accès à l'assainissement des eaux et à l'électricité ; le nombre moyen de personnes par chambre ; la proportion de pièces avec le sol en terre ; et, pour terminer, le pourcentage de population employée dans le secteur primaire. De plus, des critères d'ordre géographique et d'autres critères ayant trait à la disponibilité des services aux citoyens ont été retenus, notamment la taille des localités (ce qui a mené à l'exclusion de celles avec un nombre d'habitants inférieur à 50 ou supérieur à 2500), la distance entre les localités et la proximité des infrastructures scolaires et médicales - afin d'encourager la demande de ces services- (Skoufias et McClafferty, 2001 : 11). Les 72 345 localités ainsi sélectionnées sur un total de 105 749 ont été graduellement intégrées au programme lors d'une série de 11 phases, dont la première a commencé en août 1997 et la dernière en mars 2000.

La deuxième étape a été la classification des ménages en deux catégories : les pauvres, et les non pauvres, respectivement, les bénéficiaires et les non-bénéficiaires. Cette deuxième catégorisation a été réalisée sur la base non seulement de la position du ménage selon

l'indice du seuil de pauvreté, mais aussi d'un indicateur composite construit à partir d'autres caractéristiques socio-économiques des ménages. Au total, les ménages ainsi choisis représentent 2,6 millions de mexicains, ce qui correspond à 40% des familles vivant en milieu rural et environ à 10% des familles vivant sur le territoire mexicain (Skoufias, 2005 : 1).

### **3.3 Le volet « évaluation » dans PROGRESA**

Un élément distinctif du programme concerne l'inclusion d'un volet permettant son évaluation. Comme on l'a déjà remarqué dans le premier chapitre, ce volet s'est révélé très important, car il a permis de conduire des études concernant les effets de PROGRESA sur les bénéficiaires. Une méthodologie spécifique a été conçue pour l'évaluation du programme en tirant profit de l'expansion graduelle du programme aux différentes localités bénéficiaires (Skoufias, 2001 : 8).

Après avoir sélectionné 7 des 31 États mexicains, 506 localités ont été identifiées aux fins de l'évaluation des impacts du programme. Ces dernières, assignées de manière aléatoire au groupe des localités « traitement » (320) et au groupe des localités « contrôle » (186), ont été choisies à partir d'un univers de 4546 localités desdits 7 États et devaient être intégrées dans le programme au plus tard au début de sa septième phase d'expansion (Skoufias, 2005 : 27). Au sein de chacun de ces deux groupes, on a ensuite identifié les ménages pauvres et les ménages non pauvres, tels que déjà identifiés lors de la deuxième étape susmentionnée. Finalement, des enquêtes ont été réalisées auprès de tous les ménages de l'échantillon entre mars 1998 et mars 2000. On a ainsi collecté, au fil des ans, des données concernant différents domaines comme l'éducation, la santé, les ressources économiques, la reproduction et les caractéristiques des ménages sur tous les individus de l'échantillon.

Comme on l'expliquera plus en détail dans le paragraphe suivant, la conception de la partie évaluative du programme social mexicain présente l'avantage de permettre la comparaison entre deux groupes de ménages similaires quant à leurs conditions socio-économiques.

### **3.4 Données expérimentales vs données non expérimentales : le problème de l'évaluation des impacts des programmes sociaux et l'exception de PROGRESA**

Les données relatives à PROGRESA sont un exemple de données expérimentales. La nature des données est une caractéristique très importante aux fins des évaluations des programmes sociaux, car elle permet une analyse plus précise des impacts. En effet, pour qu'il soit possible d'étudier avec exactitude les impacts d'un programme, il faudrait avoir la possibilité de mesurer les indicateurs d'intérêt sur la même personne non seulement après que celle-ci ait bénéficié du programme, mais également dans le cas où le programme a été mis en œuvre sans que la personne ne reçoive les aides du programme (Skoufias, 2000 : 6). Étant donné qu'il n'est pas possible d'étudier une même personne dans deux situations différentes au même moment, les impacts d'un programme social sont souvent estimés en faisant recours à la différence des mesures relevées entre ceux qui ont participé et ceux qui n'ont pas participé au programme. Cependant, une telle estimation résulte être faussée par le fait que l'on compare deux individus ayant des caractéristiques différentes (Skoufias, 2005 : 29). Ce sont ces mêmes caractéristiques qui déterminent la participation au programme (Heckman, Ichimura, Smith et Todd, 1998 : 1021) et qui sont à l'origine du « biais d'autosélection ». C'est un biais parce qu'il provoque la sous-estimation (ou la surestimation) des impacts d'un programme social en comparant des individus qui ne sont pas identiques. Il s'agit d'autosélection parce que ce sont les caractéristiques propres aux individus qui déterminent leur participation au programme. Pour mieux comprendre ce que l'on entend par « biais d'autosélection », on peut apporter comme exemple celui d'un programme d'aide sociale. Il est clair qu'un programme d'aide sociale devrait avoir comme conséquence l'augmentation du revenu des participants.

Or, si on veut évaluer si le programme a eu des impacts positifs sur le revenu des bénéficiaires, en suivant la méthode que l'on vient de décrire, on devrait soustraire de la moyenne du revenu des participants la moyenne du revenu des non-participants au programme. Le résultat sera très probablement négatif, car un programme d'aides sociales ne permettra jamais aux participants de devenir aussi riches que les non-participants. Ce qui ne signifie cependant pas que le programme n'ait pas eu d'effets positifs sur le revenu des participants, mais plutôt que le biais de la sélection est de signe négatif et, par son

amplitude, dépasse l'effet positif escompté du programme. Le problème réside plutôt dans le fait de comparer deux groupes de personnes qui ne sont pas comparables.

Dans le domaine de la médecine, on a de plus en plus développé la construction de données expérimentales afin d'étudier les impacts de certains médicaments ou traitements médicaux. La méthodologie suivie est la suivante. Tout d'abord, on recrute des personnes ayant les mêmes caractéristiques biologiques et physiques. Ensuite, on les sépare en deux groupes, dont l'un est soumis au traitement médical et l'autre reçoit un placebo. Des données sont collectées tout au long du traitement. Par la différence des effets moyens dans les réponses données par chacun de ces deux groupes, les médecins peuvent tirer des conclusions quant aux impacts du traitement médical fourni.

Le volet d'évaluation de PROGRESA a suivi une méthodologie assez comparable à celle que l'on vient de décrire. L'identification d'un groupe de ménages bénéficiaires immédiats du programme (les pauvres des localités de traitement) et d'un groupe similaire de ménages admissibles au programme dans le futur (les pauvres des localités de contrôle) permet la comparaison des différents indicateurs construits entre des unités comparables. Ce qui signifie que d'éventuelles différences entre les ménages avant l'intervention (*ex ante*) ne devraient pas être systématiques, ou, en utilisant la terminologie statistique, elles ne devraient pas être statistiquement significatives. Ceci étant, il est cependant possible que des différences statistiquement significatives soient présentes parmi les individus, car l'assignation aléatoire ne concerne que les localités, et non pas les ménages, ni les individus (Adato *et al.*, 2001 : 30).

### **3. 5 Construction de la base de données de référence**

La base de données de référence utilisée pour l'analyse statistique et économétrique a été obtenue par la manipulation d'une base de données datant de novembre 1997 provenant du recensement *Encuesta de Características Socioeconómicas de los Hogares* (ENCASEH), et de deux bases de données additionnelles, datant de mars 1998 et de mars 2000, tirées des enquêtes d'évaluation *Encuesta de Evaluación de los Hogares* (ENCEL).

Les premières deux bases de données constituent la *baseline*, c'est-à-dire la source de toutes les informations relatives aux ménages concernant les aspects socio-économiques, les relations au sein du ménage et les comportements liés à la reproduction et contraception avant le début du programme. L'enquête de novembre 1997, comme il a déjà été mentionné auparavant, a rendu possible la classification des ménages en deux groupes : les éligibles et les non éligibles aux fins du programme. La base de données de mars 1998 a fourni les informations sur les ménages au temps  $t = 0$ , c'est-à-dire avant l'octroi des aides.

La dernière enquête, celle de mars 2000, se différencie des précédentes, car elle a été utilisée pour collecter de l'information ayant trait à un seul domaine : la fertilité.

La manipulation des bases de données susmentionnées a ainsi permis d'obtenir une base constituée des observations relatives à 10 636 individus de sexe féminin<sup>27</sup>. Ceci a été possible à travers deux étapes. On a d'abord identifié et extrapolé les individus de sexe féminin âgés de 13 à 47 ans de la base de données datant de mars 1998. Ensuite, on a comparé ces derniers avec les femmes enquêtées en mars 2000 - dont les observations correspondantes sont recueillies dans la base de données datant de mars 2000. La comparaison a permis l'identification des femmes dont les observations concernant certains des aspects de la reproduction étaient disponibles pour mars 1998 et mars 2000.

### **3.5.1 Variables dépendantes et indépendantes**

Pour ce qui est de la construction des variables dépendantes et indépendantes nécessaires à l'étude des impacts du programme, on a gardé les observations communes aux deux questionnaires et ayant trait aux comportements reproductifs.

Les variables dépendantes représentant les comportements reproductifs à étudier sont la demande exprimée d'enfants, l'emploi de contraceptifs, le type de contraceptif utilisé, la motivation pour laquelle aucune méthode de contraception n'est utilisée et la fertilité. En

---

<sup>27</sup> On rappelle que ce sont seulement les bénéficiaires âgés de 15 à 49 ans qui ont répondu au questionnaire de mars 2000.

particulier, ces indicateurs peuvent être considérés comme une forme d'opérationnalisation des questions suivantes :

- a. Désirez-vous avoir plus de/un autre enfant(s)?
- b. Avez-vous actuellement recours à une méthode contraceptive?
- c. Avez-vous actuellement recours à une méthode contraceptive irréversible?
- d. Pour quelle raison n'utilisez-vous actuellement aucune méthode contraceptive?
- e. Êtes-vous actuellement enceinte?

En termes statistiques, ces indicateurs assument le rôle de variables dépendantes<sup>28</sup>, dont on cherche à expliquer la variation par le moyen d'une série de variables indépendantes. Les variables dépendantes identifiées sont de type dichotomique, c'est-à-dire qu'elles peuvent être égales soit à 1 soit à 0. Ainsi, quand une observation relative à la demande d'enfants est égale à 1, cela implique que la femme désire avoir plus d'enfants (elle a donc répondu « oui » à la question a) ; dans le cas contraire, la valeur assumée par la variable dépendante est 0. Il en va ainsi pour toutes les autres variables dépendantes énumérées. Une mention doit être faite pour ce qui a trait à la question d), dont l'objectif est celui de vérifier si la probabilité du non-recours à la contraception a augmenté parce que la femme allaite ou est enceinte<sup>29</sup>. La variable associée, par conséquent, prend la valeur 1 si le non-recours est dû à l'allaitement ou à la grossesse et 0 dans les autres cas.

Étant donné qu'il est probable que le programme ait produit des effets hétérogènes, on étudiera notamment comment les impacts du programme peuvent varier selon deux caractéristiques : l'âge de la bénéficiaire et la langue parlée (cette dernière considérée comme *proxy* pour l'ethnicité). On retient l'âge parce que les attentes en matière de reproduction sont différentes selon l'étape du cycle de vie et parce que ce sont les jeunes

---

<sup>28</sup> On rappelle ici qu'une variable dépendante (également appelée variable expliquée ou endogène), est une variable dont on cherche à expliquer la variation à travers le recours à une ou plusieurs autres variables indépendantes (également appelées variables explicatives ou exogènes).

<sup>29</sup> Si on constate une augmentation de la probabilité que les femmes justifient le non-recours à la contraception par le fait d'être enceintes ou d'allaiter, cela impliquerait que le programme les encourage à augmenter leur taux de fertilité. Cette augmentation pourrait être favorisée par les suppléments nutritionnels accordés par PROGRESA aux femmes enceintes ou allaitant.

femmes qui ont le plus grand potentiel démographique qui, de ce fait, est plus important dans la formulation d'hypothèses concernant les variations du taux de fertilité à long terme. L'autre variable retenue est la langue parlée comme facteur tant de communication que d'identité culturelle. Ainsi, on considérera la langue comme *proxy* de l'ethnie afin de déterminer si PROGRESA a contribué à atteindre les objectifs fixés par le gouvernement en matière démographique. On rappellera le fait que les populations indigènes sont expressément mentionnées dans le programme national de population pour les années 1995-2000. De plus, comme on l'a vu dans le portrait de la population mexicaine présenté dans le premier chapitre de ce mémoire, les taux de fertilité les plus élevés se retrouvent parmi la population indigène.

Afin de tenir compte des possibles différences existantes en raison du caractère non aléatoire de la sélection des individus constituant le ménage, on contrôlera pour un certain nombre de variables, telles que le niveau d'éducation de l'enquêtée - mesurée par les années de scolarité et par la capacité de lire et écrire un message -, son statut au sein du ménage – chef de ménage ou non -, le nombre d'accouchements à terme et celui des enfants décédés, l'État de résidence et la distance minimale d'une infrastructure médicale.

### **3.6 PROGRESA et ses actions sur les comportements reproductifs**

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées quant aux impacts de PROGRESA sur les comportements reproductifs.

Tout d'abord, des impacts pourraient découler du composant « revenu » du programme. Les contributions de nature financière pourraient en fait être regardées comme une incitation à avoir plus d'enfants, au même titre que les « bonus » accordés dans différents pays occidentaux à la naissance du premier enfant ou d'enfants successifs avec le but d'augmenter la fertilité. Pour ce qui est de l'hétérogénéité des résultats par l'âge, un effet « incitatif » pourrait avoir eu lieu à l'égard notamment des jeunes femmes désireuses de bénéficier de l'aide financière pendant la période de sa mise en oeuvre. Ainsi, elles pourraient anticiper la naissance de leur descendance.

Un deuxième élément du programme qui pourrait être corrélé à des changements des comportements reproductifs est représenté par le volet éducatif. Les voies à travers lesquelles l'éducation exerce son influence sur la fertilité n'ont pas encore été identifiées de manière certaine et plusieurs hypothèses ont été avancées. Une voie pourrait être celle d'une meilleure élaboration/compréhension des informations provenant de différentes sources, telles que les services de santé et les médias<sup>30</sup>, améliorant de cette façon la capacité à utiliser la contraception. Une autre voie serait celle de retarder l'âge du mariage, et par conséquent le raccourcissement de la vie reproductive et l'allongement de la vie d'étudiant (Schoumaker, 1998: 110). Dans les deux cas, les variations des attitudes des jeunes femmes pourraient mener à long terme à une baisse de la fertilité.

Un autre effet potentiel du programme est celui de la conditionnalité de l'aide, consistant en l'octroi de bourses d'études aux enfants âgées de 8 à 18 ans, subordonnée à l'assistance minimale de 85 % des classes. Comme on l'a déjà mentionné dans le chapitre précédent, le montant des bourses varie selon l'âge et le sexe afin de rendre le travail des enfants moins rentable, modifiant ainsi l'arbitrage entre quantité et qualité des enfants en faveur de la qualité. Ce composant du programme pourrait avoir comme effet une baisse de la fertilité des femmes.

Un autre impact susceptible de se produire est celui lié aux suppléments nutritionnels donnés aux femmes enceintes, allaitant et aux enfants âgés de moins de cinq ans. Ces suppléments pourraient, en effet, contribuer à la baisse de la mortalité infantile et juvénile ce qui, à son tour, pourrait se traduire par une baisse de fertilité grâce à l'annulation des effets génésique, d'assurance et de remplacement identifiés comme les effets expliquant le lien souvent existant entre un taux élevé de mortalité infantile/juvenile et un taux élevé de fertilité (Schoumaker, 1998: 110).

Pour terminer, des modifications des attitudes face à la reproduction pourraient aussi avoir lieu grâce à un deuxième composant éducatif du programme. PROGRESA prévoit en effet tant des réunions informatives en matière d'hygiène et de santé, incluant entre autres la

---

<sup>30</sup> Gerry Rodgers, cité par Bruno Schoumaker (Schoumaker, 1998 : 110). Voir aussi John C. Caldwell (cité par Strauss et Thomas, 1995 : 1927).

planification familiale et la contraception, que des visites médicales régulières pour les enfants. Lors de ces rencontres, les femmes bénéficiaires ont donc la possibilité de recevoir des informations relatives à la contraception et, ce faisant, d'acquérir un outil important pour contrôler la reproduction. Ce sont les femmes plus âgées qui pourraient être les plus touchées par ce volet, car, ayant déjà atteint le nombre d'enfants désirés, elles pourraient être à même de bloquer de manière définitive leur reproduction. Cependant, cette conclusion pourrait ne pas être validée dans le cas où ces femmes soient celles qui ont le plus intériorisé les valeurs traditionnelles et, par conséquent, soient les plus sceptiques quant au recours aux moyens modernes de contraception. D'un autre côté, il est possible que les jeunes femmes deviennent la cible privilégiée des autorités médicales pour bloquer ou réduire leur fertilité dès le début de leur vie reproductive. Des études ont en effet constaté qu'en Amérique latine les femmes ont recours à la contraception seulement une fois que le nombre d'enfants désirés a été atteint, à savoir de 5 à 8 enfants (Vimard, 1998 : 87). Ceci pourrait signifier que le personnel médical exerce des pressions surtout sur les jeunes femmes — ayant un potentiel démographique plus important dans la croissance démographique mexicaine future — pour qu'elles adoptent plus largement des méthodes contraceptives. On pourrait également avancer l'hypothèse que les réunions périodiques entre les bénéficiaires pourraient se traduire en véhicule des normes comportementales relatives aux conduites en matière de reproduction. Lors de ces réunions, les femmes ont en fait la possibilité de communiquer entre elles et de partager leurs expériences en matière reproductive, ce qui pourrait amener certaines femmes à changer leurs comportements afin d'être plus conformes aux valeurs ainsi véhiculées par PROGRESA.

Tous ces résultats ne sont cependant pas escomptés et, au contraire, une interrogation se pose quant à savoir si le programme social mexicain est à même d'influencer si profondément et en si peu de temps des comportements qui sont l'expression de mentalités ancrées dans un réseau de forces constitué par les traditions, les attentes à l'égard de chaque sexe et la perception des opportunités existantes à l'extérieur du ménage. De plus, la longue tradition mexicaine de mise en oeuvre de programmes sociaux à court terme et d'envergure limitée, ainsi que la faible considération manifestée depuis toujours par les autorités

gouvernementales à l'égard des indigènes et paysans contribuent à ce que ces populations considèrent toute intervention étatique avec hostilité ou méfiance.

### **3.7 Analyses non paramétriques et paramétriques**

Afin de réaliser l'analyse des impacts de PROGRESA sur les comportements reproductifs des femmes on aura d'abord recours à une analyse de nature non paramétrique et ensuite, afin de la rendre plus rigoureuse et obtenir des résultats plus robustes, on réalisera une analyse paramétrique.

#### **3.7.1 L'analyse non paramétrique**

La première étape de l'analyse des données consiste à vérifier si les groupes en examen sont distribués de manière similaire par rapport aux différentes variables dépendantes et indépendantes avant l'intervention. On rappelle ici que la raison d'être de cette démarche est de s'assurer qu'il n'y ait pas de différences systématiques parmi les sous-échantillons pouvant biaiser les estimations des impacts du programme. L'hypothèse nulle est alors la similarité des distributions des sous-échantillons par rapport aux différentes variables dépendantes et indépendantes. L'hypothèse alternative est la différence des distributions de ces échantillons par rapport à ces mêmes variables d'intérêt.

Des tests différents ont été utilisés en considération de la nature de la variable (qualitative ou quantitative) et de sa distribution (suivant ou non la loi normale) : des tests non paramétriques si la variable est quantitative avec une distribution normale; et des tests non paramétriques pour les variables qualitatives et pour celles quantitatives ne suivant pas la loi normale. Ce procédé a été appliqué pour les différences entre les bénéficiaires et les femmes admissibles<sup>31</sup>. La valeur critique (p-value) fixée pour décider de la significativité des différences détectées par les tests statistiques mentionnés est de 5 %.

La deuxième étape consiste à tracer, pour chacun des deux groupes de l'échantillon, un premier portrait des variations des indicateurs des comportements reproductifs ayant eu lieu

---

<sup>31</sup> Les femmes admissibles au programme vivant dans les communautés de contrôle ont reçu l'aide de PROGRESA seulement à partir de décembre 2000.

entre mars 1998 et mars 2000. À cette fin, on a eu recours à des tableaux de fréquence et aux moyennes afin de donner un aperçu de la tendance des comportements reproductifs.

### 3.7.2 L'analyse paramétrique

L'analyse paramétrique utilisée dans cette analyse se base sur la méthode appelée différence en différence (*difference-in-difference*) ou double différence, consistant à obtenir l'estimation des impacts d'une politique en soustrayant, pour chaque indicateur identifié, la différence des moyennes du groupe contrôle, après et avant la mise en œuvre de la politique, à la différence des moyennes du groupe traitement, après et avant la mise en œuvre de la politique. Le tableau ci-dessous permet de mieux visualiser en quoi la méthode de la différence en différence consiste.

TABLEAU 2. MÉTHODE D'ESTIMATION DIFFÉRENCE EN DIFFÉRENCE OU DOUBLE DIFFÉRENCE

	<b>Groupe traitement</b>	<b>Groupe contrôle</b>	<b>Différence en différence</b>
<b>T=0</b>	$Y^*_{t0}$	$Y^*_{c0}$	
<b>T=1</b>	$Y^*_{t1}$	$Y^*_{c1}$	
<b>Différence</b>	$Y^*_{t1} - Y^*_{t0}$	$Y^*_{c1} - Y^*_{c0}$	$(Y^*_{t1} - Y^*_{t0}) - (Y^*_{c1} - Y^*_{c0})$

Dans le tableau,  $Y^*_{t0}$  représente, pour chacune des variables indépendantes identifiées, la moyenne du groupe traitement avant la mise en œuvre du programme ( $t=0$ ), alors que  $Y^*_{t1}$  représente la moyenne de ce groupe après la mise en œuvre du programme ( $t=1$ ). Pareillement,  $Y^*_{c0}$  représente la moyenne du groupe contrôle avant la mise en œuvre du programme ( $t=0$ ), alors que  $Y^*_{c1}$  représente la moyenne après la mise en œuvre du programme ( $t=1$ ). L'estimation obtenue par la méthode de la double différence est alors la mesure de l'impact du programme social.

La méthode de la différence en différence se base sur deux hypothèses clés. La première est que le comportement du groupe contrôle entre les deux périodes équivaldrait au comportement du groupe traitement en l'absence de traitement. La deuxième hypothèse est

que les effets indirects ou les effets de « *spillover* » d'un programme social sur les communautés de contrôle sont négligeables (Skoufias, 2005 : 44). Les avantages de cette méthode résident d'abord dans le fait de permettre la comparaison entre deux groupes similaires dans le temps et, de ce fait de pouvoir tenir compte d'éventuelles variables non observées liées à la sélection, qui sont également constantes dans le temps (deuxième avantage). Le troisième avantage est celui de permettre la prise en compte de chocs macroéconomiques pouvant se présenter pendant la période à l'étude (Ravallion, 1999 : 128) et qui seraient la source de modifications de comportements.

Cependant, une limite de la mesure des impacts d'un programme social à travers un tableau comme celui décrit ci-dessus consiste en la difficulté de tenir compte des probables effets hétérogènes dus à des caractéristiques telles que l'âge et la langue parlée. Il est en fait peu probable que la population bénéficiaire ait répondu de manière uniforme au programme. Au contraire, on considère que plusieurs facteurs sont intervenus, ayant comme conséquence la variation des réponses des bénéficiaires face au programme. Pour cette raison, on a modélisé les différents indicateurs des comportements reproductifs à travers un modèle économétrique qui tient compte de ces différences.

Le modèle de référence est le suivant :

$$(1) \quad Y = b_0 + b_1 t + b_2 \text{ âge} + b_3 \text{ langue} + b_4 \text{ contba}_1 + b_5 T + b_6 \text{ âge} T + b_7 \text{ langue} T + c X + e$$

où  $T = \text{contba}_1 * t$

Dans cette équation, les observations relatives à chaque individu en mars 1998 et en mars 2000 ont été combinées et traitées comme étant observations indépendantes de manière à rendre possible l'observation des variations des comportements reproductifs dans le temps.

$Y$ , étant la variable dépendante dont on étudie la variation suite à la mise en œuvre du programme, est fonction d'une équation linéaire dont  $t$  est égal à 1 après le traitement (mars 2000) et à 0 avant le traitement (mars 1998);  $\text{âge}$  est la valeur de la variable explicative relative à la classe d'âge de l'enquêtée dont l'effet est  $b_2$ ; et  $\text{langue}$  est la deuxième variable

explicative dont l'effet est  $b_2$ ; *âge T* et *langue T* sont deux termes d'interaction capturant les effets hétérogènes du programme. Ce sont ces deux termes qui permettent de dévoiler l'existence d'effets spécifiques sur la base de l'âge et de la langue. *contba\_1* est la variable identifiant les communautés traitement et celles de contrôle.  $b_3 T$  représente l'effet du programme où  $T$  est égal à 1 si l'individu a reçu le traitement et 0 dans les trois cas restants, c'est-à-dire avant le traitement (mars 1998) tant pour les communautés de traitement que celles de contrôle et après le traitement (mars 2000) si l'individu réside dans une communauté contrôle. Le terme d'erreur est identifié par la lettre  $e$  et, pour terminer,  $X$  représente les variables de contrôle, notamment l'alphabétisation, les années de scolarité de l'enquêtée, l'État de résidence, la distance minimale d'une infrastructure médicale, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'enfants décédés au moment de l'enquête et le statut de la femme au sein du ménage.

La première hypothèse nulle qu'on a testée pour chacune des variables dépendantes est de définir s'il y a des différences inexplicables (par les variables explicatives) entre les individus des communautés bénéficiaires et des communautés non bénéficiaires existantes avant la mise en œuvre du programme. L'hypothèse nulle à tester est alors :

$$(2) \quad H_0 : b_4 = 0$$

La randomisation étant faite au niveau des villages et non au niveau des individus ou ménages, il est possible de trouver  $b_4$  différent de zéro. Dans un cas pareil, il s'avère nécessaire de contrôler, dans l'équation (1), les variables pour lesquelles des différences significatives ont été identifiées de manière à que les résultats de l'équation ne soient pas biaisés par l'existence de différences entre les individus des deux types de communauté.

Deuxièmement, dans les cas où aucune différence statistiquement significative n'est relevée entre les femmes vivant dans les deux types de localités, on vérifie si le programme a eu des impacts. À cette fin, l'hypothèse nulle à tester est la suivante :

$$(3) \quad H_0 : b_5 = b_6 = b_7 = 0$$

Troisièmement, dans les cas où le programme a eu des impacts significatifs, on a vérifié s'il y a eu hétérogénéité des impacts. Dans ce cas-ci, l'hypothèse nulle testée est la suivante :

$$(4) \quad H_0 : b_6 = b_7 = 0$$

### 3.8 Description de l'échantillon de référence

Comme il a été mentionné auparavant, l'échantillon de référence<sup>32</sup> est constitué par 10 636 femmes, regroupées en deux types de communauté : les communautés de traitement, dans lesquelles vivent 6476 femmes, dont 4201 (65 %) pauvres, et les communautés de contrôle, dans lesquelles vivent 4160 femmes, dont 2577 (62 %) pauvres.

L'âge moyen des femmes constituant l'échantillon de référence est de 32,8 ans en mars 1998, mais l'intervalle d'âge est assez large, car l'échantillon comprend des femmes âgées de 13 à 47 ans. L'écart en matière d'âge entre les communautés de traitement (32,81 ans) et celles de contrôle (32,76) est très réduit et non significatif statistiquement.

La répartition géographique n'est pas équilibrée et, dans ce cas, les différences sont statistiquement significatives. Veracruz est l'État le plus représenté tant dans les communautés de traitement (27 %) que dans celles de contrôle (38 %). À l'autre extrémité se trouve Querétaro, qui est l'État fédéré le moins représenté dans les deux communautés, respectivement avec 5 % et 7 %.

Une autre variable analysée est l'éducation, mesurée par l'alphabétisation et les années de scolarité complétées. Pour ce qui est du premier indice, il apparaît que presque un tiers de la population dans chacun des deux groupes est analphabète (c'est-à-dire qu'il ne peut ni lire ni écrire un message), plus précisément 26 % dans le groupe programme et 28 % dans le groupe contrôle. On considère que ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Concernant le deuxième indice, on constate tout d'abord que plus d'un cinquième de la population dans chacun des deux groupes n'a pas été scolarisé. De plus, la moitié de la population féminine enquêtée dans les communautés de traitement n'a pas continué l'école au-delà de la quatrième année de l'école primaire et la cinquième année

---

<sup>32</sup> Voir le tableau de l'Annexe A.

pour celles de contrôle. La moyenne d'années de scolarisation est 7,62 pour les premières et 7,67 pour les deuxièmes. Seulement 8,3 % des femmes des communautés de traitement et 9,21 % des femmes des communautés de contrôle ont fréquenté l'école secondaire. Par l'application du test non paramétrique de Mann-Whitney pour les distributions ne respectant pas la loi normale, les différences entre les deux communautés ne résultent pas significatives en 1998.

Alors qu'en matière d'éducation les deux sous-échantillons ne présentent pas de différences systématiques, il n'en va pas de même pour la langue parlée. Les tableaux croisés montrent que, dans les communautés de contrôle, il y a une proportion plus élevée (8 %) de femmes ne parlant que la langue autochtone que dans les communautés de traitement (6 %) et que cette différence est significative à 1 %.

L'analyse statistique a également contrôlé l'existence d'éventuelles différences liées à la composition du ménage, au nombre d'enfants vivants au moment de l'enquête, à la distance minimale d'un centre médical (incluant les pharmacies) et au nombre d'enfants décédés (y compris, au-delà des enfants nés et morts après un certain temps, les avortements et les mort-nés<sup>33</sup>).

Concernant la composition du ménage, on a considéré si les femmes interviewées étaient chef de ménage. Le pourcentage d'enquêtées ayant ce statut au sein du ménage est assez limité : 3,8 % dans les communautés de traitement et 3,7 % dans celles de contrôle. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

Une autre variable prise en considération est le nombre d'enfants vivants. Ce dernier est similaire dans les deux communautés en mars 1998 : 3,9 par femme.

---

<sup>33</sup> La différence entre un mort-né et un avortement réside dans la longueur de la période de gestation : on peut parler d'avortement seulement pendant les premières 26 semaines de gestation. À partir de la 27<sup>e</sup> semaine, on parle d'un mort-né si aucun signal de vie n'a été donné au moment de l'accouchement (dans le cas contraire, il s'agit d'un enfant né vivant et décédé après une certaine période) (Roussey).

Pour ce qui est de la distance minimale d'un centre médical, on a découvert que les femmes doivent parcourir en moyenne plus de 8 kilomètres. Notamment, ce sont les femmes du groupe programme qui sont les plus éloignées, 9 kilomètres étant la distance à parcourir, contre 8,7 kilomètres dans le cas du groupe contrôle. Cette différence est significative à 1 %.

Une autre variable prise en considération est la mortalité. La moyenne du nombre d'enfants décédés est assez similaire dans les deux communautés, à savoir autour de 0,21 par femme.

### **3.8.1 Similarités et différences entre les bénéficiaires et les femmes admissibles au programme PROGRESA**

Le sous-échantillon de référence est tiré de l'échantillon de 10 636 femmes âgées de 13 à 47 ans analysé dans la section précédente, dont on a retenu seulement les femmes bénéficiaires<sup>34</sup>. À partir de ce sous-échantillon, constitué par 6778 femmes, on a réalisé une analyse similaire à celle présentée plus haut afin de mettre en évidence les différences existantes entre les bénéficiaires vivant dans les communautés programme et les bénéficiaires vivant dans les communautés témoin. Les différences statistiquement significatives ressorties de cette analyse ont trait à la distribution géographique, à l'« ethnie » et à la distance minimale d'infrastructures médicales. Aux fins de déterminer les effets du programme PROGRESA sur les bénéficiaires, on a par conséquent inséré ces trois variables dans l'équation (1) comme variables de contrôle.

En ce qui concerne la première variable, au-delà de ce qu'on a déjà signalé en relation à la majeure représentativité de Veracruz par rapport aux autres États et de la très faible représentativité de Querétaro, il faut également mentionner qu'il y a d'autres importantes différences de la distribution à travers les États. Par exemple, alors que 42 % des femmes admissibles résident dans l'État de Veracruz, ce sont seulement 29,5 % des bénéficiaires qui y résident. Par contre, Hidalgo trouve une majeure représentativité parmi les femmes recevant les aides PROGRESA – 21 % - que parmi celles en attente de les recevoir – 13 %. Il en va de même pour Guerrero - respectivement 11 % et 7 % -, Puebla – 17,8 % et 16 %.

---

<sup>34</sup> Voir le tableau de l'Annexe B.

Le cas de San Luis Potosí est le seul cas présentant une différence de représentativité inférieure à 1 %.

Considérant l'ethnie, on découvre que, parmi les récipiendaires, il y a un pourcentage plus réduit de femmes parlant seulement une langue autochtone – 7,2 % -, alors que dans le cas des bénéficiaires futures ce sont 11,1 %.

En matière d'éducation, le pourcentage de femmes n'ayant fréquenté l'école est 27,91 % dans les communautés programme et 29,31 % dans les communautés témoin. Ces proportions sont beaucoup plus élevées que celles présentées dans l'analyse précédente, où un cinquième de l'échantillon n'avait pas été scolarisé, alors que, dans cette deuxième analyse, ce chiffre augmente presque à un tiers. Parmi les femmes ayant au moins une année de scolarisation, 93,47 % et 91,61 % respectivement ont arrêté leurs études au niveau primaire. Concernant l'alphabétisation, plus d'un tiers de la population ne sait ni lire ni écrire et il apparaît que dans les communautés contrôle le nombre d'analphabètes (33,5 %) est supérieur à celui des communautés traitement (31,2 %), sans cependant que cette différence soit significative.

Concernant l'âge des enquêtés, qui est autour de 32,5 ans, et le statut de la femme au sein du ménage, il n'y a pas de différence significative à remarquer. La distance minimale des infrastructures médicales reste, quant à elle, une variable « discriminante » entre les deux groupes, car les récipiendaires des communautés programme se trouvent moins éloignées des infrastructures médicales - 8,73 kilomètres - que les récipiendaires des communautés témoin - 8,79 kilomètres ( $p\text{-value} < 0,05$ ).

La mortalité en mars 1998 est plus élevée que celle observée précédemment : 0,23 enfant mort par femme (incluant avortements et mort-nés).

Pour terminer, en ce qui concerne le nombre d'enfants vivants, on remarque que la moyenne – 4,28 enfants par femme - est plus élevée pour les bénéficiaires immédiates que pour les bénéficiaires futures – 4,23 enfants par femme.

### 3.8.2 Analyse non-paramétrique des tendances des indicateurs des comportements reproductifs des bénéficiaires et des femmes admissibles au programme PROGRESA

Lorsqu'on regarde les tendances des indicateurs des comportements reproductifs sélectionnés au cours de la période à l'étude, on constate que plusieurs variations ont eu lieu parmi les bénéficiaires.

En ce qui concerne le désir d'enfants, tant dans les communautés programme que dans les communautés témoin, le pourcentage des femmes déclarant vouloir plus d'enfants a diminué de manière importante. Dans le groupe traitement, la différence est de 5 % et dans le groupe contrôle de 3 %. Alors qu'en 1998 les proportions étaient, respectivement, 21 % et 22 %, en 2000 elles étaient de 16 % et 19 %. De plus, les différences en mars 2000 apparaissent être significatives.

TABLEAU 3. DÉSIR D'ENFANTS SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE (MARS 1998-MARS 2000)

	1998				2000			
	Traitement		Contrôle		Traitement		Contrôle	
	%	#	%	#	%	#	%	#
<b>Oui</b>	20,87	821	22,04	528	16,17	679	19,06	491
<b>Non</b>	67,73	2664	66,86	1602	78,26	3287	75,47	1944
<b>Indécise</b>	11,39	448	11,10	266	5,57	234	5,47	141
<b>Total</b>	100	3933	100	2396	100	4200	100	2576
<b>Pearson chi2</b>	1,2219				9,3887			
<b>p-value</b>	0,543				0,009			

Nonobstant la baisse considérable du pourcentage du désir d'enfants, l'utilisation de la contraception reste presque invariable parmi les bénéficiaires immédiates des aides. Parmi celles-ci, le taux d'emploi d'un moyen de contraception passe de 43,24 % à 42,94 %. La variation est encore plus importante (3 %) parmi les bénéficiaires futures : le taux varie de 43,66 % en mars 1998 à 40,16 % en mars 2000. Les différences entre les deux groupes ne résultent cependant pas significatives.

TABLEAU 4. UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE  
(MARS 1998- MARS 2000)

	1998				2000			
	Traitement		Contrôle		Traitement		Contrôle	
	%	#	%	#	%	#	%	#
<b>Oui</b>	43,24	1713	43,66	1051	42,94	1800	40,16	1033
<b>Non</b>	56,34	2232	55,75	1342	56,11	2353	58,79	1512
<b>Ne répond pas</b>	0,43	17	0,58	14	0,95	40	1,05	27
<b>Total</b>	100	3962	100	2407	100	4192	100	2572
<b>Pearson chi2</b>	0,8695				5,0832			
<b>p-value</b>	0,647				0,079			

Pareillement à l'analyse précédente concernant la comparaison des communautés de traitement et de contrôle, on constate qu'un nombre important de femmes utilise une méthode contraceptive irréversible. En fait, plus d'un tiers de la population utilisatrice de méthodes contraceptives déclare avoir recours à une méthode irréversible. Bien qu'avant et après la mise en œuvre de PROGRESA le recours à une méthode irréversible soit plus élevé parmi les bénéficiaires immédiates que parmi les bénéficiaires futures, c'est dans ce dernier groupe que les modifications ont eu lieu avec une intensité majeure. Dans le groupe contrôle, en effet, le taux d'emploi de méthodes contraceptives irréversibles passe de 36 % en 1998 à 46 % en 2000, c'est-à-dire une hausse équivalente à 10 %, alors que, parmi les bénéficiaires immédiates, il augmente de 6 %, c'est-à-dire de 40 % à 46 %.

TABLEAU 5. TYPE DE CONTRACEPTION UTILISÉE SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE  
(MARS 1998 – MARS 2000)

	1998				2000			
	Traitement		Contrôle		Traitement		Contrôle	
	%	#	%	#	%	#	%	#
<b>Stérilisation</b>	40,11	681	36,39	381	46,02	822	46,07	469
<b>Autres méthodes</b>	59,89	1017	63,61	666	53,98	964	53,93	549
<b>Total</b>	100	1698	100	1047	100	1786	100	1018
<b>Pearson chi2</b>	3,7709				0,0006			
<b>p-value</b>	0,052				0,981			

Pour ce qui est du quatrième indicateur, un pourcentage inférieur de femmes pauvres dans les communautés programme (13 %) avait déclaré en 1998 n'avoir recours à aucune méthode contraceptive parce qu'enceintes ou allaitant par rapport aux femmes des

communautés témoin (15 %). En 2000, on constate cependant une réduction des différences (qui n'étaient pas statistiquement significatives) : dans les deux cas, les pourcentages s'établissent autour de 16 %.

TABLEAU 6. JUSTIFICATIONS DU NON-RECOURS À LA CONTRACEPTION SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE (MARS 1998- MARS 2000)

	1998				2000			
	Traitement		Contrôle		Traitement		Contrôle	
	%	#	%	#	%	#	%	#
<b>Enceinte/Allaitement</b>	13,25	286	14,87	194	15,58	364	15,55	234
<b>Autres</b>	86,75	1873	85,13	1111	84,42	1973	84,45	1271
<b>Total</b>	100	2159	100	1305	100	2337	100	1505
<b>Pearson chi2</b>	1,7861				5,2209			
<b>p-value</b>	0,181				0,074			

En terminant, pour ce qui est de l'indicateur de fertilité, il faut remarquer d'abord que les bénéficiaires du groupe contrôle ont eu - 7,43 % - et gardent en 2000 - 6,95 % - un taux de fertilité plus élevé que les bénéficiaires du groupe programme - 6,74 % en 1998 et 5,59 % en 2000. Toutefois, ces différences ne sont pas significatives.

TABLEAU 7. FEMMES ENCEINTES SELON COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE (MARS 1998- MARS 2000)

	1998				2000			
	Traitement		Contrôle		Traitement		Contrôle	
	%	#	%	#	%	#	%	#
<b>Oui</b>	6,74	265	7,43	178	5,59	235	6,95	179
<b>Non</b>	93,18	3664	92,45	2215	94,38	3965	93,02	2397
<b>Ne répond pas</b>	0,08	4	0,12	3	0,02	1	0,04	1
<b>Total</b>	100	3933	100	2396	100	4201	100	2577
<b>Pearson chi2</b>	2,9867				6,476			
<b>p-value</b>	0,235				0,983			

### 3.9 Résultats des analyses paramétriques

Les graphiques ci-dessus offrent un portrait des variations des indicateurs des comportements reproductifs des bénéficiaires de l'aide PROGRESA pendant la période mars 1998 - mars 2000. Ils présentent cependant deux lacunes. D'un côté, ils ne permettent pas de tenir compte de différentes caractéristiques pouvant influencer les comportements

des bénéficiaires et, ce faisant, ils rendent les estimations moins précises. De l'autre côté, ils ne sont pas un outil adéquat pour observer les variations des comportements reproductifs parmi des individus ayant des caractéristiques différentes. Ainsi, il n'est pas possible de savoir si, à la suite de la mise en œuvre du programme, les femmes plus jeunes ont adopté en matière reproductive des comportements différents de ceux adoptés par les femmes plus âgées. Afin de surmonter ces problèmes, on a eu recours aux régressions logistiques<sup>35</sup>. Les résultats ainsi obtenus, relatifs à l'échantillon de 6778 femmes, montrent de la même façon que l'étude de Skoufias et McClafferty l'absence d'impacts significatifs sur la fertilité. La comparaison de l'indicateur de fertilité entre les bénéficiaires et les femmes éligibles au programme ne relève pas d'effets significatifs du programme<sup>36</sup>. Des impacts significatifs n'ont pas plus été observés par rapport au recours à la stérilisation. Ces conclusions sont tirées en conséquence de la comparaison faite entre un modèle économétrique privé des variables se référant au programme et un modèle incluant lesdites variables. Le test utilisé pour déterminer si ces modèles pouvaient être considérés suffisamment différents est le test du rapport de vraisemblance. Le seuil retenu pour accepter l'hypothèse nulle – à savoir l'équivalence des deux modèles - est de 5 %.

Pour ce qui est des autres indicateurs des comportements reproductifs analysés, les modèles ont relevé des impacts significatifs de PROGRESA. Leur signe, positif ou négatif, varie selon l'indicateur et selon les caractéristiques des bénéficiaires. Le signe est négatif en relation à la demande d'enfants, exception faite pour les jeunes filles sur lesquelles le programme a un effet additionnel positif, et en relation à la raison pour laquelle aucune méthode contraceptive n'est utilisée chez les jeunes femmes – alors que le programme n'a pas d'effets moyens sur l'ensemble de l'échantillon. Par contre, le signe est positif en relation à l'utilisation de la contraception chez les femmes âgées de 13 à 29 ans. Les résultats obtenus sont présentés dans les paragraphes suivants.

---

<sup>35</sup> La régression logistique est une technique statistique ayant pour objectif de faire des prévisions sur les valeurs assumées par une variable dépendante catégorielle suite à la variation d'une ou plusieurs variables indépendantes.

<sup>36</sup> C'est-à-dire, en faisant référence au modèle présenté au paragraphe 7.c, qu'il n'est pas possible de rejeter l'hypothèse nulle  $H_0 : b_5 = b_6 = b_7 = 0$

### 3.9.1 Le désir d'enfants

Un premier constat à tirer du tableau des résultats de la régression logistique (annexe C, tableau 10)<sup>37</sup> et relatif au désir d'enfants est que des variations ont eu lieu dans le temps indépendamment de la mise en œuvre du programme. La tendance dans la période examinée est celle d'une diminution de la probabilité associée au désir exprimé d'enfants de 2 points de pourcentage. De même, parmi les femmes chef de ménage, la probabilité de vouloir plus d'enfants diminue de presque 10 points de pourcentage, le statut au sein du ménage apparaissant comme étant la variable la plus importante dans la détermination de la probabilité relative au désir d'enfants. L'âge, le nombre d'enfants vivants et l'État de résidence sont d'autres caractéristiques modifiant la probabilité de vouloir plus d'enfants. Pour ce qui est de l'âge, les jeunes femmes âgées de 13 à 29 ans voient la probabilité d'exprimer un désir d'enfants positif augmenter de 13 points de pourcentage par rapport aux femmes plus âgées. Le nombre d'enfants vivants est une autre variable dont on doit tenir compte. À chaque enfant additionnel vivant est associée une diminution de la probabilité d'exprimer un désir d'enfants positif qui est égale à 4,67 points de pourcentage. L'indicateur en question montre également des variations liées à l'État de résidence. Ainsi, on constate que la demande d'enfants est plus élevée dans la région de Guerrero, Querétaro et San Luis Potosí que dans l'État de Veracruz, respectivement de 14, 11 et 11 points de pourcentage. À l'inverse, cette même probabilité est moins élevée à Puebla en comparaison avec Veracruz (3 points de pourcentage de moins). Concernant les effets de PROGRESA, on constate que parmi les bénéficiaires, le désir exprimé d'enfants a baissé de 4 points de pourcentage par rapport aux femmes admissibles à PROGRESA de mars 1998 à mars 2000. Même s'il n'est pas possible de noter des effets hétérogènes du programme selon la langue parlée, on observe que le programme social mexicain a des effets additionnels selon l'âge. À la suite de la mise en œuvre du programme, la probabilité d'exprimer un désir positif d'enfants additionnels augmente de presque 4 points de pourcentage parmi les bénéficiaires âgées de 13 à 29 ans. Par conséquent, ces dernières voient la probabilité d'exprimer un désir positif d'enfants additionnels de 15 points de pourcentage plus élevé que les bénéficiaires plus âgées.

---

<sup>37</sup> On rappelle ici que les États inclus dans la présente analyse sont Veracruz, Puebla, San Luis Potosí, Querétaro, Hidalgo et Guerrero.

Le pourcentage des cas classifiés correctement par le modèle économétrique utilisé correspond à 81 %.

### **3.9.2 L'utilisation de la contraception**

Pour ce qui est du deuxième indicateur des comportements reproductifs, les tests réalisés pour déterminer la présence d'effets du programme et la présence d'hétérogénéité de ces effets ont donné des résultats positifs permettant de rejeter les hypothèses nulles.

Le tableau 10 de l'annexe C met en évidence plusieurs éléments. En premier lieu, la langue parlée, le statut au sein du ménage et le fait de résider à Guerrero sont les caractéristiques les plus importantes dans la détermination de la probabilité d'avoir recours à la contraception. Ainsi, la probabilité que les femmes parlant seulement une langue indigène utilisent une méthode contraceptive est réduite de 21 points de pourcentage par rapport aux femmes parlant aussi l'espagnol. De plus, si elles sont le chef du ménage, cette probabilité est ultérieurement réduite de 10 points de pourcentage. Le fait de résider à Guerrero plutôt qu'à Veracruz contribue également pour 0,27 de la diminution de la probabilité d'avoir recours à la contraception.

Les autres caractéristiques significatives, mais toutefois moins fortement liées à l'emploi de contraceptifs, sont l'âge, le nombre d'enfants vivants et les années de scolarité. Chez les femmes plus jeunes, la probabilité d'utiliser la contraception est réduite de 0,06 par rapport aux femmes plus âgées. Par contre, le fait d'avoir un enfant de plus et le fait d'avoir une année de plus de scolarisation sont associés à une augmentation de la probabilité d'avoir recours à une méthode contraceptive de 0,01. Le modèle économétrique a également relevé une tendance très atténuée dans le temps vers la diminution de la probabilité d'avoir recours à la contraception : en 2000 cette probabilité chute de 4 points de pourcentage par rapport au niveau en 1998.

Pour ce qui est des effets du programme, on remarque que ce dernier a eu des impacts sur l'utilisation de la contraception. L'effet moyen du programme est celui d'augmenter

l'utilisation de la contraception de 4 points de pourcentage. Des effets hétérogènes ont été remarqués sur les bénéficiaires âgées de moins de 30 ans : la probabilité qu'elles aient recours à une méthode contraceptive a diminué de 1 point de pourcentage par rapport aux bénéficiaires plus âgées.

Dans ce cas-ci, le modèle économétrique résulte être moins performant que dans le cas de l'indicateur relatif au désir d'enfants, car il classifie correctement seulement 60 % des cas.

### **3.9.3 Le type de contraception utilisée**

Les résultats de la régression logistique n'ont pas permis de constater la présence d'effets de PROGRESA sur les bénéficiaires. Le test de vraisemblance effectué pour déterminer si le modèle économétrique contenant les variables relatives à l'effet commun du programme était différent du modèle ne contenant pas lesdites variables n'a pas permis de rejeter l'hypothèse nulle. Par conséquent, on conclut à l'absence d'impacts de PROGRESA sur le type de méthode contraceptive utilisée par les bénéficiaires.

### **3.9.4 Les raisons du non-recours à la contraception**

Étant donnée la difficulté d'obtenir les données relatives à la fertilité pour l'année 1999, on a construit un indicateur, appelé « raison », permettant de comprendre pourquoi aucune méthode contraceptive n'est utilisée. Si la raison donnée est l'allaitement, cela implique qu'une grossesse s'est produite au cours de l'année précédente à l'enquête. Cela représente une façon alternative de déterminer si le programme a encouragé les femmes récipiendaires du programme à avoir plus d'enfants.

Or, le tableau 10 de l'annexe C, cinquième colonne, montre que, si le programme n'a pas eu en moyenne d'effets significatifs sur cet indicateur, il a cependant eu des effets significatifs sur les récipiendaires âgées de moins de 30 ans. La probabilité que celles-ci n'aient pas recours à la contraception parce qu'enceintes ou allaitant a augmenté d'environ 7 points de pourcentage. Ainsi, par rapport aux bénéficiaires plus âgées cela représente une augmentation de la probabilité de 15 points de pourcentage.

Le statut au sein du ménage, l'appartenance à un groupe d'âge et l'État de résidence représentent également des facteurs distinctifs. Alors que dans les cas du statut au sein du ménage et de l'État de résidence les effets marginaux sont négatifs, il en va différemment pour l'appartenance à un groupe d'âge, auquel est associé une hausse de la probabilité d'être enceinte ou allaitant pour les bénéficiaires âgées de 13 à 29 ans de 8 points de pourcentage.

Le modèle économétrique utilisé pour l'indicateur « raison » s'est révélé assez performant, car il classe correctement 85 % des cas.

### **3.9.5 La fertilité**

Afin d'avoir un indicateur additionnel mesurant la fertilité, on a également étudié la variation de la probabilité de se déclarer enceinte au moment de l'enquête. Les résultats de la régression logistique présentés dans l'annexe C montrent l'absence d'effets du programme sur cet indicateur. Ce résultat confirme les conclusions de l'étude de Skoufias et McClafferty susmentionné.

### **3.9.6 Interprétation des résultats**

En résumant les résultats, les régressions logistiques ont permis plusieurs constatations. En premier lieu, le programme a eu des effets sur le désir exprimé d'enfants, sur l'utilisation de la contraception et sur la raison du non-recours à la contraception, tandis qu'il n'a pas été possible de relever d'impacts sur les indicateurs de fertilité et du recours à une méthode contraceptive irréversible. Or, ces résultats ne peuvent pas ni confirmer ni infirmer l'étude de Skoufias et McClafferty. En fait, alors qu'on n'a pas constaté des effets de PROGRESA sur l'indicateur de la fertilité, des impacts sur d'autres indicateurs des comportements reproductifs ont été identifiés pouvant avoir un effet à long terme sur la fertilité.

Ensuite, on n'a pas observé d'effets moyens du programme chez certains indicateurs, néanmoins on a pu observer des effets spécifiques sur les jeunes bénéficiaires. C'est le cas

des justifications pour lesquelles aucune méthode contraceptive n'est utilisée. Parmi les jeunes filles bénéficiaires, on a en fait constaté une diminution de la probabilité de ne pas avoir recours à la contraception parce qu'enceintes ou parce qu'elles allaitaient au moment de l'enquête par rapport aux bénéficiaires plus âgées.

De plus, le recours à des modèles économétriques a permis de tenir compte des effets hétérogènes du programme qu'on vient de mentionner, ce qui n'aurait pas été possible par le recours à des méthodes statistiques.

En quatrième lieu, le fait que le désir d'enfants ait diminué en moyenne chez les femmes des communautés PROGRESA à la suite de la mise en œuvre du programme sans qu'elle ne soit cependant accompagnée par une hausse généralisée de la probabilité d'avoir recours à la contraception ne représente pas nécessairement une contradiction. Il faut considérer que la diminution de la probabilité d'exprimer un désir d'enfants positif ne se traduit pas automatiquement par l'adoption de mesures pour réduire la fertilité. Au deuxième chapitre de ce mémoire, on a mis en évidence que PROGRESA n'a pas modifié dans la courte période étudiée les rôles respectifs entre hommes et femmes au sein du ménage et encore moins dans les communautés où le programme a été mis en œuvre. Puisque la reproduction est aussi une construction sociale et un moyen de construction de l'identité, il semble difficile de penser qu'on aurait pu constater une hausse immédiate de la probabilité d'avoir recours à la contraception. D'un autre côté, PROGRESA n'avait pas non plus l'objectif d'offrir des possibilités d'emploi ni de créer des alternatives ou des ressources pour les populations auxquelles il s'adressait. Ceci implique que si aucun changement n'a été apporté au contexte dans lequel le programme a été mis en œuvre, il est peu probable que les femmes changent leurs préférences à l'égard de la taille de la famille. Il faut cependant nuancer ces constatations en tenant à l'esprit, d'une part, que la période examinée est très courte et que, d'autre part, les statistiques officielles présentées dans le tableau 1 au premier chapitre montrent une augmentation de l'utilisation de contraception en milieu rural<sup>38</sup> en 2000 par rapport à 1997.

---

<sup>38</sup> Les statistiques font cependant référence aux localités ayant moins de 15 000 habitants, alors que dans le cas de PROGRESA les localités rurales considérées étaient celles avec une population variant entre 50 et 2

Une autre constatation concerne les impacts du programme sur les jeunes femmes. Il est ressorti des analyses que le programme a eu pour effet la réduction de la probabilité du désir d'enfants et, en même temps, l'augmentation de la probabilité d'utilisation de la contraception. L'impact a néanmoins été différent dans le cas des jeunes femmes. PROGRESA a augmenté la propension des jeunes femmes à exprimer un désir d'enfants plus élevé, mais il a parallèlement diminué la probabilité de recours à la contraception par rapport aux bénéficiaires plus âgées. De plus, il a augmenté la probabilité que les jeunes filles bénéficiaires justifient le non-recours à la contraception au moment de l'enquête parce qu'enceintes ou allaitant. Cela laisse penser que le programme mexicain de lutte contre la pauvreté extrême ait été perçu par les jeunes femmes comme une sorte d'incitatif à anticiper la naissance de leur progéniture.

Pour ce qui est de la variable retenue relative à la langue parlée, le programme ne semble pas avoir eu d'effets significatifs sur les indicateurs étudiés en relation aux femmes parlant seulement une langue autochtone. Il est possible que ce résultat soit attribuable au fait que, dans le présent travail de recherche, on a utilisé la langue comme indicateur pour l'identification d'idées plus traditionnelles. Alors que le fait de parler espagnol peut signifier un accès plus facile à l'information (Adato *et al.*, 2000 : 38), le fait de parler une langue autochtone n'est pas un élément suffisant pour déterminer l'appartenance à un groupe social ayant des caractéristiques distinctes d'un autre groupe social ne parlant pas la même langue (Bello, 2004 : 30). Bien que le fait de parler seulement une langue autochtone est certainement un élément entravant ou limitant les contacts avec la sphère publique officielle, le fait de parler espagnol n'implique pas nécessairement l'acceptation des normes de l'État mexicain. On peut par exemple supposer que des bénéficiaires parlant espagnol et ayant conservé les valeurs traditionnelles typiques des sociétés autochtones aient été incluses dans le groupe de bénéficiaires parlant l'espagnol. Ceci ferait en sorte qu'il ne soit pas possible de discerner d'effets spécifiques sur le groupe de bénéficiaires parlant seulement une langue autochtone. Si des données avaient été recueillies par rapport à d'autres éléments identifiés par la littérature comme étant constitutifs de l'ethnicité, on

---

500 habitants. Ce qui implique qu'il n'est pas certain que cette augmentation s'applique également aux localités PROGRESA.

aurait possiblement été à même d'observer des impacts spécifiques. D'un autre côté, on peut avancer l'hypothèse que les femmes parlant seulement une langue autochtone ne se trouvent pas « isolées » du reste de la société grâce aux liens familiaux ou d'amitié entretenus avec l'entourage parlant espagnol, ce qui leur permet d'être en contact avec les valeurs de la culture dominante mexicaine telles que véhiculées via les moyens de communication.

Une dernière observation concerne le fait qu'il est important de mettre en perspective les résultats obtenus. Les variations des probabilités correspondantes à chacun des indicateurs des comportements reproductifs sont en fait très réduites, bien que significatives dans plusieurs cas. Par conséquent, il semble difficile de prévoir le déclenchement d'une transition démographique à court terme.

## CONCLUSION

Le Mexique est un pays de contrastes et présentant encore beaucoup de problèmes liés au développement économique et social. D'un côté, la pauvreté atteint plus de la moitié de la population et se concentre parmi certains secteurs de la société, tels que le milieu rural et les peuples autochtones. D'un autre côté, la croissance démographique, qui a ralenti lors des dernières décennies, représente encore un défi pour les autorités gouvernementales, car elle exerce de la pression sur l'ensemble du système économique. De ce fait, depuis plusieurs années les autorités mexicaines cherchent à faire face à la fois à la pauvreté et à la croissance démographique à travers des actions coordonnées. PROGRESA est le premier exemple d'action conjointe dans ces deux domaines. Ce programme de lutte contre la pauvreté extrême a eu comme cible, pendant les trois premières années de sa mise en œuvre, des localités ayant entre 50 et 2500 habitants. Ces localités sont surtout habitées par des autochtones vivant dans des conditions de pauvreté extrême et ayant des taux de fertilité et fécondité plus élevés que le reste de la population.

L'action de PROGRESA est multidimensionnelle en vertu du fait qu'on considère que « *addressing all dimensions of human capital simultaneously has greater social returns than their implementation in isolation* » (Skoufias, 2005 : 2). Le programme semble déjà avoir eu plusieurs impacts sur le capital humain. Par exemple, le taux d'inscription à l'école a augmenté parmi les enfants bénéficiaires du programme et la nutrition et l'état de santé se sont améliorés tant pour les enfants que pour les adultes bénéficiaires. Par contre, la seule étude menée sur la fertilité n'a pas relevé d'effets significatifs. Dans le présent mémoire, le fait d'étendre l'analyse à d'autres comportements reproductifs, plus facilement susceptibles de varier à court terme, a permis de prendre acte de l'existence d'impacts de PROGRESA

dans le domaine de la reproduction. L'analyse souffre certainement de la période très limitée à l'étude, mais elle est néanmoins concluante. De plus, le fait d'inclure dans les modèles économétriques des termes d'interaction permettant de tenir compte des effets hétérogènes a enrichi l'analyse et a contribué à explorer plus en détail les différents effets de PROGRESA sur les comportements reproductifs. Ainsi, on a noté que si le programme n'a pas eu d'impacts additionnels sur les femmes autochtones, il a influencé les comportements des jeunes femmes âgées de moins de 30 ans.

Ceci nous porte à conclure que les impacts du programme social mexicain ne répondent pas pleinement aux attentes des autorités mexicaines en matière de contrôle démographique. Les deux groupes cibles, identifiés par l'analyse du discours du Président Zedillo à l'occasion de l'inauguration du Programme national de population et par le portrait de la population mexicaine réalisé par le Conseil de la population, ne semblent pas avoir modifié leurs comportements reproductifs dans le sens espéré. Qui plus est, les jeunes femmes ont vu augmenter la probabilité d'exprimer un désir positif d'enfants, ce qui peut être interprété tant comme la volonté d'augmenter la taille de la famille que d'anticiper la descendance, sans que cela ne se traduise nécessairement par une hausse de leur fertilité dans les années suivantes. Ce constat semble d'ailleurs trouver appui sur l'étude de Todd et Wolpin (2002) selon lequel à long terme PROGRESA aurait des effets très faibles sur la fertilité. De plus, on pourrait espérer une baisse de la fertilité à long terme, étant donné que l'effet moyen du programme a été de réduire la probabilité de vouloir plus d'enfants et qu'il a eu un effet positif, mais très faible, sur l'utilisation de la contraception chez les jeunes filles. Il faut cependant tenir compte du fait que, d'un côté, la réduction du désir d'enfants n'implique pas nécessairement une baisse du taux de fertilité et, de l'autre côté, que le programme mexicain de lutte contre la pauvreté n'a pas été à même de modifier les relations au sein du ménage et encore moins celles au sein de la société mexicaine. Ces derniers ne comptaient pas parmi les objectifs à court terme du programme, mais il est difficile de croire en la possibilité d'une réduction du taux de fertilité si rien n'est fait pour intervenir concrètement sur la structure des relations entre hommes et femmes, étant donné le caractère social de la reproduction. De plus, si la réduction du désir d'enfants est attribuable au déclenchement du mécanisme d'arbitrage entre qualité et quantité d'enfants, provoqué par l'octroi des

bourses d'études aux enfants âgés de 8 à 18 ans, et non pas aux réunions en matière d'hygiène, de santé et de planification familiale, on pourrait prévoir que, dans le cas d'une interruption de PROGRESA, le désir d'enfants retourne aux niveaux précédents. À l'inverse, si la réduction du désir d'enfants s'est produite grâce à l'éducation en matière de santé et planification familiale, on pourrait penser que les femmes l'ayant reçue ont acquis des connaissances leur permettant de percevoir moins favorablement des naissances nombreuses. On pourrait s'attendre, par conséquent, à ce que ce changement soit durable et non conditionné par la poursuite de PROGRESA ou d'autres programmes similaires.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adato, Michelle, Bénédicte de la Brière, Dubravka Mindek et Agnes Quisumbing. 2000. *El impacto de PROGRESA en la condición de la mujer y en las relaciones al interior del hogar*, Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute, 130 p.  
En ligne : <[http://www.ifpri.org/themes/progresas/pdf/Adato\\_mujer.pdf](http://www.ifpri.org/themes/progresas/pdf/Adato_mujer.pdf)>. Consulté le 5 août 2005.
- Banque mondiale. 2003. *Genre et développement économique. Vers l'égalité des sexes dans les droits, les ressources et la participation*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development /THE WORLD BANK, 377 p.
- Banque mondiale. 2004. *La pobreza en México: una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del Gobierno*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial, Washington, D.C., 350 p. En ligne: [http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICOINSPANISH/Resources/b\\_resumen.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICOINSPANISH/Resources/b_resumen.pdf). Consulté le 23 septembre 2006.
- Becker, Gary S. 1975. "Human Capital", The Concise Encyclopedia of Economics. Liberty Fund, Inc. Ed. David R. Henderson. Library of Economics and Liberty. En ligne: <<http://www.econlib.org/library/Enc/HumanCapital.html>>. Consulté le 16 Janvier 2007.
- Behrman, Jere R., and John Hoddinott. 2000. *An Evaluation of the Impact of PROGRESA on Pre-School Child Height*. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 50 p.
- Behrman, J., Piyali Sengupta et Petra Todd. 2000. *The Impact of PROGRESA on Achievement Test Scores in the First Year*. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 56 p.
- Bello, Álvaro. 2004. *Etnicidad y ciudadanía en América Latina La acción colectiva de los pueblos indígenas*. Santiago de Chile : Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes/ GTZ, 222 p. En ligne: [www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCG2230PE/lcg2230e.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCG2230PE/lcg2230e.pdf). Consulté le 23 septembre 2006.

- Bongaarts, John et Robert G. Potter. 1983. « Introduction and Overview ». In *Fertility, Biology and Behavior: an analysis of the proximate determinants*. New York, Toronto: Academic Press, pp. 1-20
- Charbit, Yves. 1999. « Famille et fécondité : pour une démographie compréhensive ». *Sociologie et Sociétés*, vol. 31, no 1, pp. 23- 34.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 1997. *La situación demográfica de México, 1997*.  
En ligne : <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1997/pdf/sd1997.pdf>. Consulté le 23 octobre 2006.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2001. *Plan Nacional de Población: 2001-2006: hacia la construcción de nuestro futuro demográfico con libertad, equidad y responsabilidad*. Mexico : Consejo Nacional de Población, 364 p. En ligne : <<http://www.conapo.gob.mx/>>. Consulté le 12 janvier 2007.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2004. Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994 - 2003. En ligne :  
< <http://www.conapo.gob.mx/prensa/informes/cairo+10.htm> >. Consulté le 30 septembre 2006.
- Cosio-Zavala, Maria Eugenia. 1994. *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*. Paris : L'Harmattan et Institut des Hautes Études de l'Amérique latine, 256 p.
- Cosio-Zavala, Maria Eugenia. 1999. « Les deux modèles de transitions démographiques en Amérique latine et les inégalités sociales : le malthusianisme de pauvreté ». En ligne : <<http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text149.pdf>> Consulté le 30 octobre 2006.
- Coudouel, Aline, Jesko S. Hentschel, et Quentin T. Wodon. 2002. « Poverty Measurement and Analysis ». In Jeni Klugman (sous la dir.). *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*. Washington, DC: The World Bank: En ligne : [http://povlibrary.worldbank.org/files/5467\\_chap1.pdf](http://povlibrary.worldbank.org/files/5467_chap1.pdf) . Consulté le 6 novembre 2006.
- Delaunay, Daniel. 1994. « Fécondités mexicains : le choix des lieux ». *Traces*, no 26, pp. 42-60.
- Drèze, Jean et Mamta Murthi. 2000. « Fertility, Education and Development », Discussion Paper, n. 20 (janvier), 31 p.
- Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). 2005. *État de la population mondiale 2005. La promesse d'égalité. Égalité des sexes, santé en matière de*

*procréation et objectifs du Millénaire pour le développement*, Fonds des Nations Unies pour la population, 128 p.

En ligne : <[http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/fr\\_swp05.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/fr_swp05.pdf)>. Consulté le 28 septembre 2005.

- Gertler, P. J. 2000. *The Impact of PROGRESA on Health*. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 35 p.
- Ginsburg, Faye et Rayna Rapp. 1991. « The Politics of Reproduction ». *Annual Review of Anthropology*, vol. 20, pp. 311-343.
- Gómez de León, José et Daniel Hernández. 1998. « Poverty and Contraceptive Use in Rural Mexico », pp. 293-310.  
En ligne :  
<<http://www.cicred.org/Eng/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Gomezhernandezesp.PDF>>. Consulté le 5 mars 2006.
- Gonzalez de la Rocha, Mercedes. 2003. « México: Oportunidades y capital social », document présenté au séminaire CEPAL « Capital Social y programas de superación de la pobreza: lineamientos para la acción », Santiago, Chile, 10 et 11 novembre.
- Greenhalgh, Susan. 1995. *Situating Fertility: Anthropology and demographic Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press, 308 p.
- Guilmoto, Christophe Z. 2003. « Une lecture géographique des mécanismes de baisse de la fécondité en Inde ». *Série Santé de la reproduction, fécondité et développement*, document de recherche no 1, Marseille : Laboratoire Population-Environnement-Développement, IRD et Université de Provence, 23 p.
- Heckman, James, Hidehiko Ichimura, Jeffrey Smith et Petra Todd. 1998. « Characterizing Selection Bias Using Experimental Data ». *Econometrica*, Econometric Society, vol. 66, n. 5, pp. 1017-1098.
- Hirschman, Charles. 1994. « Why fertility changes ». *Annual Review of Sociology*, vol. 20, pp. 203-233.
- Hoffman, Elizabeth et Kamala Marius-Gnanou. 2001. *L'approche "genre" dans la lutte contre la pauvreté: le cas de la microfinance*. En ligne: <<http://chaireunesco.u-bordeaux3.fr/pdf/genre2001.pdf>>. Consulté le 5 mars 2006.
- Jejeebhoy, Shireen J. 2000. « Women's Autonomy in Rural India: its Dimensions, Determinants, and Influence of Context ». In *Women's Empowerment and Demographic Processes. Moving Beyond Cairo*, sous la dir. de Harriet B. Presser et Gita Sen. New York ; Toronto : Oxford University Press, pp. 205-238.

- Kabeer, Naila. 2001. "Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment". *Discussing Women's Empowerment – Theory and Practice*. Stockholm: Sida Studies, no 3 (mars), pp. 17-54. En ligne: <<http://www.sida.se>>. Consulté le 25 octobre 2005.
- Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática (INEGI). 2003. *Estadísticas a propósito del día internacional de las poblaciones indígenas*. En ligne: <<http://www.coparmex.org.mx/contenidos/publicaciones/Entorno/2003/sep03/h.htm>>. Consulté le 3 octobre 2006.
- Labrecque, Marie France. 2001. « Perspectives anthropologiques et féministes de l'économie politique ». *Anthropologie et Sociétés*, vol. 25, n. 1, pp. 5-21. En ligne : <<http://www.erudit.org/revue/as/2001/v25/n1/000207ar.pdf>>. Consulté le 24 août 2006.
- Lexique de la Médecine de la Reproduction. En ligne: [http://www.aly-abbara.com/livre\\_gyn\\_obs/termes/reproduction\\_definitions.html#fecondite](http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/reproduction_definitions.html#fecondite).
- Molyneux, Maxine. 2006. « Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progres/Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme ». *Social Policy and Administration*, vol. 40, no 4 (août), p. 425-449.
- Mullainathan, Sendhil. 2004. *Development Economics through the Lens of Psychology*. En ligne: < [www.yjs.fi/kuvat/Mullainathan.pdf](http://www.yjs.fi/kuvat/Mullainathan.pdf) >. Consulté le 3 janvier 2007.
- Ngom, Pierre. 2000. « Réseaux informels de communication et santé de la reproduction au Sénégal ». In Pilon, Marc et Agnès Guillaume, 2000. *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, IRD Éditions, pp. 193-206.
- Noumbissi, Amadou. 1994. « Fécondité et développement : de quelques théories ». In *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, N'Guessan Koffi, Agnès Guillaume, Patrice Vimard et Benjamin Zanou (ed.). Paris: ORSTOM Editions, pp. 321-337.
- Noumbissi, Amadou et Madeleine Wayack. 2000. « La femme camerounaise face aux méthodes contraceptives modernes. Rejet ou inaccessibilité ? ». In Pilon, Marc et Agnès Guillaume, 2000. *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, IRD Éditions, pp. 177-187.
- Organisation de coopération et développement économiques (OCDE). 2005. *La sélection et la définition des compétences clés*. En ligne : <<http://www.oecd.org/dataoecd/36/55/35693273.pdf>>. Consulté le 16 Janvier 2007.
- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. En ligne: <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/otras/pnd/pndind.htm>. Consulté le 2 octobre 2006.

- Programa Nacional de Población 1995-2000. En ligne: <http://www.cddhcu.gob.mx/camdip/comlvii/compyd/pnp.htm>. Consulté le 30 septembre 2006.
- Rosenzweig, Mark R., et Robert Evenson. 1977. « Fertility, Schooling, and the Economic Contribution of Children in Rural India: an Econometric Analysis ». *Econometrica*, vol. 45, n. 5, juillet, pp. 1065-1079.
- Rosenzweig, Mark R. et Kenneth I. Wolpin. 1980. « Testing the Quantity-Quality Fertility Model: The Use of Twins as a Natural Experiment ». *Econometrica*, vol. 48, n. 1, janvier, pp. 227-240.
- Rosenzweig, Mark R. et Kenneth I. Wolpin. 1982. « Governmental Interventions and Household Behavior in a Developing Country. Anticipating the Unanticipated Consequences of Social Programs », *Journal of Development Economics*, no 10, pp. 209-225.
- Roussey, Michel. (n.d). *Situation sanitaire et sociale des enfants Institut Mère-Enfant*, annexe pédiatrique, Hôpital sud, Rennes Cedex 2. En ligne : [http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/situation\\_sanitaire.htm#1.2](http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/situation_sanitaire.htm#1.2). Consulté le 8 novembre 2006.
- Savard, Luc, Anyck Dauphin, Marie-Claude Martin et Randy Spence. 2002. *Lutte à la pauvreté dans les pays en développement : Doit-on cibler les ménages ou les femmes?*. En ligne: [http://www.idrc.ca/fr/ev-25403-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/fr/ev-25403-201-1-DO_TOPIC.html). Consulté le 27 novembre 2006.
- Schoumaker, Bruno. 1998. « Pauvreté et fécondité : un aperçu de la littérature des 25 dernières années ». In *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, sous la dir. de Francis Gendreau. Paris : Éditions ESTEM, pp. 99-116.
- Schoumaker, Bruno et Dominique Tabutin. 1999. « Relation entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud. Connaissances, méthodologie et illustrations ». Document de travail no 2 (février), Université catholique de Louvain, Département de Sciences de la Population et du développement, 37 p.
- Schultz, T. Paul. 2000. *Final Report: The Impact of PROGRESA on School Enrollments*. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 70 p.
- Secretaría de Desarrollo Social. S.d. *Información del Programa de Educación, Salud y Alimentación*. En ligne: [www.sedesol.gob.mx](http://www.sedesol.gob.mx). Consulté le 10 août 2006.
- Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. New York : Anchor Books, 366 p.
- Sen, Gita, et Srilatha Batliwala. 2000. « Empowering Women for Reproductive Rights ». In *Women's Empowerment and Demographic Processes. Moving Beyond Cairo*, sous

- la dir. de Harriet B. Presser et Gita Sen. New York ; Toronto : Oxford University Press, pp. 15-36.
- Silber, Jacques. 1981. « La théorie économique des ménages et l'étude des phénomènes démographiques ». *Population*, 36e Année, n. 3 (mai - juin), pp. 557-575.
- Skoufias, Emmanuel. 2005. « PROGRESA and its Impacts on the Welfare of Rural Households in Mexico », Research Report n. 139, Washington, D.C: International Food Policy Research Institute, 98 p.
- Skoufias, Emmanuel et Bonnie McClafferty. 2001. « Is PROGRESA Working? Summary of the Results of an Evaluation by IFPRI », *FCND Discussion Paper*, no 118 (juillet). Washington, D.C: International Food Policy Research Institute, 65 p.
- Strauss, John, et Duncan Thomas. 1995. « Human Resources: Empirical Modeling of Household and Family Decisions ». In *Handbook of Development Economics*, sous la dir. de Hollis Chenery et T.N. Srinivasan, vol. III. Amsterdam; New York: North-Holland, pp. 1883-2023.
- Tabutin, Dominique. 2000. *Indices au niveau individuel de fécondité, de mortalité des enfants et de nuptialité*. Document de travail no 9 (mai). Université catholique de Louvain. Département des sciences de la population et du développement, 21 p.
- Vimard, Patrice. 1998. « Transition démographique et familiale: une relecture des théories à la lumière de la crise ». In *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud* sous la dir. de Francis Gendreau. Paris : Éditions ESTEM, pp. 81-98.

## ANNEXE A

TABLEAU 8. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES 10 636 FEMMES CONSTITUANT L'ÉCHANTILLON DE RÉFÉRENCE, SELON LA COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE - MARS 1998

	Communautés traitement		Communautés contrôle		p-value
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
<b>Réциpiendaires de l'aide PROGRESA</b>					
Oui (pauvres)	4 201	64,87	2 577	61,95	0,002*
Non (non pauvres)	2 275	35,13	1 583	38,05	
<b>Âge</b>	32,81 (moyenne)	33 (médiane)	32,76 (moyenne)	33 (médiane)	0,8305 (z-value)
<b>État de résidence</b>					
Guerrero	621	9,59	213	5,12	0,000*
Hidalgo	1 482	22,88	613	14,74	
Puebla	1 180	18,22	669	16,08	
Querétaro	316	4,88	286	6,88	
San Luis Potosí	1 115	17,22	810	19,47	
Veracruz	1 762	27,21	1 569	37,72	
<b>Alphabétisation</b>					
Oui	4 783	73,86	3 009	72,33	0,222
Non	1 690	26,10	1 149	27,62	
<b>Scolarisation</b>					
Oui	4 966	76,90	3 166	76,34	0,511
Non	1 492	23,10	981	23,66	
<b>Années de scolarité</b>	7,62 (moyenne)	7 (médiane)	7,67 (moyenne)	7 (médiane)	0,3592 (z-value)
<b>Langue parlée</b>					
Langue autochtone seulement	368	5,68	341	8,20	0,000*
Espagnol (et langue autochtone)	6 108	94,32	3 819	91,80	
<b>Chef de ménage</b>					
Oui	246	3,80	154	3,70	0,798
Non	6 230	96,20	4 006	96,30	
<b>Nombre d'enfants vivants</b>	3,92 (moyenne)	4 (médiane)	3,94 (moyenne)	4 (médiane)	0,9888
<b>Distance</b>	9,05	6	8,68	7	0,000*

	Communautés traitement		Communautés contrôle		p-value
	Nombre (moyenne)	Pourcentage (médiane)	Nombre (moyenne)	Pourcentage (médiane)	
<b>minimale d'une infrastructure médicale</b>					
<b>Nombre d'enfants décédés</b>	0,22	0	0,22	0	0,7343

\* Significatif à 0,05

## ANNEXE B

TABLEAU 9. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES 6778 FEMMES RÉCIPENDAIRES DE L'AIDE PROGRESA, SELON LA COMMUNAUTÉ DE RÉSIDENCE - MARS 1998

	Communautés traitement		Communautés contrôle		p-value
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
<b>Réциpiendaires de l'aide PROGRESA</b>	4 201	62	2 577	38	/
<b>Âge</b>	32,45 (moyenne)	32 (médiane)	32,37 (moyenne)	32 (médiane)	0,6453 (z-value) 0,000*
<b>État de résidence</b>					
Guerrero	478	11,38	187	7,26	
Hidalgo	909	21,64	340	13,19	
Puebla	747	17,78	412	15,99	
Querétaro	171	4,07	127	4,93	
San Luis Potosí	658	15,66	425	16,49	
Veracruz	1 238	29,47	1 086	42,14	
<b>Alphabétisation</b>					0,193
Oui	2 880	68,56	1 712	66,43	
Non	1 318	31,37	863	33,49	
<b>Scolarisation</b>					0,216
Oui	3 019	72,09	1 816	70,69	
Non	1 169	27,91	753	29,31	
<b>Années de scolarité</b>	5,27 (moyenne)	6 (médiane)	5,24 (moyenne)	6 (médiane)	0,8586 (z-value) 0,000*
<b>Langue parlée</b>					
Langue autochtone seulement	305	7,26	287	11,14	
Espagnol (et langue autochtone)	3 896	92,74	2 290	88,86	
<b>Chef de ménage</b>					0,292
Oui	154	3,67	82	3,18	
Non	4 047	96,33	2 495	96,82	
<b>Nombre d'enfants vivants</b>	4,28 (moyenne)	4 (médiane)	4,24 (moyenne)	4 (médiane)	0,3498
<b>Distance minimale d'une infrastructure médicale</b>	8,73 (moyenne)	6 (médiane)	8,79 (moyenne)	7 (médiane)	0,000*
<b>Nombre d'enfants décédés</b>	0,23 (moyenne)	0 (médiane)	0,23 (moyenne)	0 (médiane)	0,7437

ANNEXE C

TABLEAU 10. RÉSULTATS DES RÉGRESSIONS LOGISTIQUES – BÉNÉFICIAIRES VS FEMMES ADMISSIBLES À PROGRESA

VARIABLE	DEMANDE D'ENFANTS		UTILISATION DE LA CONTRACEPTION		TYPE DE CONTRACEPTION UTILISÉE		JUSTIFICATIONS POUR LE NON-RECOURS À LA CONTRACEPTION		FERTILITÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE	
	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>
<b>Année de base (1998)</b>	-2,43* (0,12)	-2,06	-4,72* (0,02)	-2,74	11,06** (0,03)	4,24	-0,57 (0,02)	-0,37	-0,47 (0,01)	-0,67
<b>Classe d'âge</b>	12,89** (0,01)	12,61	-6,33** (0,01)	-4,40	-26,53** (0,02)	-11,88	7,92** (0,01)	5,78	5,31** (0,01)	7,85
<b>Langue autochtone</b>	-0,09 (0,02)	-0,04	-20,53** (0,03)	-6,16	3,17 (0,07)	0,47	-3,22 (0,02)	-1,40	-0,80 (0,01)	-0,65
<b>Communauté traitée</b>	-0,12 (0,01)	-0,11	-3,04 (0,02)	-1,88	3,35 (0,02)	1,37	-2,69 (0,002)	-1,75	-0,50 (0,01)	-0,76
<b>Programme</b>	-4,22* (0,02)	-2,50	4,01*** (0,02)	1,76	-5,82 (0,03)	-1,70	0,19 (0,02)	0,09	-0,57 (0,01)	-0,54
<b>Jeunes traitées</b>	3,75* (0,02)	2,31	4,80* (0,02)	2,22	5,36 (0,03)	1,55	7,34* (0,02)	3,44	-0,07 (0,01)	-0,08
<b>Femmes autochtones traitées</b>	-1,87 (0,03)	-0,60	4,84 (0,05)	0,93	-6,11 (0,09)	0,68	2,84 (0,04)	0,75	0,57 (0,02)	0,28
<b>Alphabétisation</b>	2,10 (0,01)	1,49	-0,53 (0,02)	-0,27	1,25 (0,03)	0,42	-1,61 (0,02)	-0,89	0,32 (0,01)	0,37
<b>Années de scolarité</b>	-0,18 (0,00)	-1,11	1,66** (0,00)	6,80	-0,09 (0,00)	-0,25	0,33 (0,00)	1,49	-0,11 (0,00)	-1,02

VARIABLE	DEMANDE D'ENFANTS		UTILISATION DE LA CONTRACEPTION		TYPE DE CONTRACEPTION UTILISÉE		JUSTIFICATIONS POUR LE NON-RECOURS À LA CONTRACEPTION		FERTILITÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE	
	Effets marginaux (%)	t-stat	Effets marginaux (%)	t-stat	Effets marginaux (%)	t-stat	Effets marginaux (%)	t-stat	Effets marginaux (%)	t-stat
État de résidence										
Guerrero	13,93** (0,02)	7,88	-27,10** (0,02)	-12,85	-14,50** (0,04)	-3,29	-7,55** (0,01)	-5,36	0,41 (0,01)	0,47
Hidalgo	-0,14 (0,01)	-0,13	5,29** (0,02)	3,50	8,25** (0,02)	3,68	-4,79 ** (0,01)	-3,72	-0,81 (0,01)	-1,29
Puebla	-3,08* (0,01)	-2,97	-3,34* (0,01)	-2,31	-2,84 (0,02)	-1,27	-4,77 ** (0,01)	-3,98	-0,35 (0,01)	0,57
Querétaro	10,53** (0,02)	5,46	-11,56** (0,02)	-4,94	-4,10 (0,04)	-1,02	-6,22** (0,01)	-3,48	-0,69 (0,01)	-0,68
San Luis Potosí	10,76** (0,01)	9,02	-0,41 (0,01)	-0,27	-5,63* (0,02)	-2,52	-3,58* (0,01)	-2,80	0,27 (0,01)	0,42
Chef de ménage	-9,64** (0,01)	-4,88	-23,37** (0,02)	-7,94	10,58 (0,06)	1,67	-9,11** (0,02)	-3,63	-2,87* (0,01)	-2,09
Nombre d'enfants morts	-0,18 (0,01)	-0,25	-0,70 (0,01)	-0,78	-1,27 (0,01)	-0,90	0,47 (0,01)	0,59	-0,11 (0,00)	-0,26
Nombre d'enfants vivants au moment de l'enquête	-4,67** (0,00)	-21,87	1,46** (0,00)	5,84	2,73** (0,00)	6,59	0,42 (0,00)	1,91	-0,44** (0,00)	-3,66
Distance minimale d'une infrastructure médicale	-0,03 (0,00)	-0,79	-0,09 (0,00)	-1,39	0,03 (0,00)	0,27	0,10 (0,00)	1,78	0,03 (0,00)	1,41

VARIABLE	DEMANDE D'ENFANTS		UTILISATION DE LA CONTRACEPTION		TYPE DE CONTRACEPTION UTILISÉE		JUSTIFICATIONS POUR LE NON-RECOURS À LA CONTRACEPTION		FERTILITÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE	
	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>	<i>Effets marginaux (%)</i>	<i>t-stat</i>
<b>Constante</b>	/	-2,83	/	-4,51	/	-4,17	/	-9,97	/	-12,44
<b>Cas correctement classifiés</b>	81,22%		59,92%				84,83%			

\*Significatif à 5%

\*\* Significatif à 1%

\*\*\* Significatif à 10%

Erreur-type entre parathèses