

Déterminants socioéconomiques et culturels du contrôle des naissances dans les bidonvilles de Mumbai : une contribution à la compréhension du malthusianisme de la pauvreté

BERTRAND Anne-Laure, ORIS Michel*
PRABHAT Deepali, OZA Sanjay**

Introduction

La question du contrôle des naissances parmi les populations les plus pauvres a été longuement débattue au cours des dernières décennies, car elle a pris le statut de grille de lecture de la transition démographique. John Caldwell (1982) interprète le passage d'un niveau de fécondité élevé à faible comme le résultat d'une inversion des flux de richesses intergénérationnels (« The wealth flows theory of fertility decline » (Caldwell J.C., 1982 : 333-351)). En période pré-transitionnelle, les soutiens vont des enfants vers les parents, tandis qu'en situation post-transitionnelle, ce sont les parents qui investissent dans leurs enfants moins nombreux (principalement par l'éducation). Caldwell, qui s'est notamment intéressé aux Yorubas du Nigeria, montre que dans ce type de société – caractérisé par une grande pauvreté, un faible niveau d'instruction et une vie en milieu principalement rural – les enfants sont considérés comme une richesse, tant symbolique¹ que matérielle. La nécessité de donner naissance à une nombreuse descendance s'explique également par un enjeu pragmatique : il faut qu'un nombre suffisant d'enfants survive pour pouvoir soutenir les parents jusqu'à leur mort. La vision matérialiste ne consiste pas seulement en l'idée qu'un enfant représentera par la suite un « bâton de vieillesse » pour ses parents, mais également qu'il sera, dès son plus jeune âge, apte à aider dans les tâches quotidiennes, que ce soit aux champs ou à la maison : « *Most [of those activities] involve carrying, picking up or pounding, all of which can be done by children.* »² Il en résulte évidemment une fécondité importante.

Cependant, dès les années 1980 s'observe une diffusion du contrôle des naissances et une diminution de la fécondité parmi les populations pauvres des campagnes ou des bidonvilles d'Amérique Latine et d'Asie. Ce phénomène, appelé « malthusianisme de la pauvreté », a été théorisé par Maria-Eugenia Cosio-Zavala

¹ « *Half of all respondents still agree that « A man with 12 children is blessed » [...] »*, Caldwell J.C., 1982 : 101.

² Caldwell J.C., 1982 : 106.

* Université de Genève, Centre Interfacultaire de Gérontologie et d'Etude des Vulnérabilités et NCCR LIVES, Suisse.

** Women of India Network, Mumbai, Inde.

qui le définit comme suit : « *Dans un contexte de faible niveau de vie, de malnutrition, de déscolarisation et de carences en tous genres, la naissance de nombreux enfants est souvent perçue par les familles comme mettant en danger leur survie immédiate. Lorsque des programmes de planification familiale offrent à tous les moyens de limiter les naissances, y compris aux plus pauvres et aux plus marginalisés, ces programmes bénéficient d'un large consensus social.* » (Cosio-Zavala M.-E., 2001 : 6) La combinaison entre des conditions de vie difficiles et une offre abondante de moyens de contrôle des naissances entraîne donc une fécondité plus faible. Avec le malthusianisme de la pauvreté, on entre par ailleurs dans une logique de temporalité courte : les parents en situation de grande précarité n'ont pas le temps d'attendre que les enfants deviennent « utiles ». Ils ne peuvent plus investir dans le futur, mais doivent avant tout penser au présent, à l'immédiat, ce qui signifie souvent qu'une bouche de plus à nourrir n'est pas envisageable, quand bien même l'enfant pourrait représenter une aide à l'avenir. Ce phénomène semble d'autant plus présent dans le contexte des bidonvilles, où l'espace est réduit et où la contribution des enfants à l'économie domestique ne fait plus guère sens. Cette transformation de l'économie familiale a un impact particulièrement fort sur la fécondité dans les pays au sein desquels, durant les années ou décennies précédentes, les autorités ont développé des offres en matière de contrôle des naissances, en particulier de stérilisations. Généralement imposée auparavant, cette offre rencontre désormais une demande (Cosio-Zavala M.-E., 2001 : 67). A priori, les pauvres gens qui font appel à la stérilisation sont des perdants des grandes campagnes de libéralisation et d'ajustements structurels de la fin du xx^e siècle, en Amérique Latine comme en Asie. Ces populations sont caractérisées par une existence précaire et la médiocrité des ressources dont elles disposent en cette aube du xxi^e siècle. Cette nouvelle forme de régulation des naissances n'aurait donc rien à voir avec des dynamiques positives d'*empowerment* en général, et féminines en particulier. Nous essayerons cependant de montrer dans les conclusions que cette interprétation globale peut appeler certaines nuances.

Mais avant d'en arriver là, nous allons par ce travail plonger au cœur des bidonvilles de l'Inde, à Mumbai, dans la zone de Bandra Est. Ces *slums* constituent une zone mixte, où les niveaux de pauvreté varient et où cohabitent des croyants de trois religions différentes : hindous, musulmans et bouddhistes. Tant en raison de leur urbanisme anarchique que parce que les bidonvilles sont des aires caractérisées par d'importants flux migratoires, il est difficile d'obtenir des données sur ces populations. De fait, nous manquons souvent d'informations contextualisées, que ce soit en Inde ou, plus généralement, dans l'ensemble de l'Asie (Demont Fl., 2011)³. En nous permettant d'avoir accès à un riche ensemble de données sur la population de Bandra Est, l'ONG WIN – the Women of India Network – contribue à combler ce manque et à améliorer notre connaissance des conditions de vie dans un type d'habitat où, selon Jacques Véron (2006 : 77-78), plus de 920 millions d'individus résidaient en 2001, dont 262 millions en Asie Centrale et du Sud.

La principale mission de WIN n'est pourtant pas de récolter des données, mais d'œuvrer pour la santé (et tout particulièrement la santé sexuelle et reproductive des femmes) dans le but de réduire la pauvreté et ses conséquences néfastes dans les bidonvilles. Le programme comprend des structures de planning familial, avec la mise en place de plusieurs centres de santé (ou « cliniques ») dans la zone de Bandra Est.⁴ WIN étant engagé en faveur de l'*empowerment* des femmes, les principales actrices du programme

³ Une heureuse exception est l'étude menée par Mme Vella (Vella S., 2004).

⁴ 19 centres (en 2009) et un groupe de médecins volontaires s'occupant des problèmes de santé des femmes et des enfants et proposant l'accès à des méthodes de contrôle des naissances, des consultations, des vaccins et des informations sur l'hygiène et la nutrition. Parallèlement, diverses formations (couture, confection de bijoux et de jouets, peinture, esthétique, décorations au henné, jardinage et

sont évidemment des femmes. Ces *health workers* jouent un rôle essentiel dans le projet, constituant le lien entre la population et les centres de santé⁵. Leur travail est d'informer les femmes sur les questions de santé, d'hygiène et de soins aux enfants, et au besoin elles les encouragent à se rendre dans les structures de WIN. La collecte de données constitue la seconde partie de leur tâche. Grâce à elles, nous avons eu accès au recensement qu'elles ont effectué en 2009 – dénombant 76 132 individus, soient 37 158 femmes et 38 974 hommes vivant dans les « quartiers » desservis par WIN –, base de données que nous avons utilisée pour analyser la question du contrôle des naissances dans les bidonvilles.

Notre recherche s'inscrivant dans une initiative déjà en route, il nous a fallu consacrer passablement de temps au nettoyage de la base de données afin de la rendre exploitable pour nos analyses. Recensant la population de Bandra Est pour l'année 2009, cette base est évidemment imparfaite et cependant extrêmement riche. Imparfaite, pour des raisons inhérentes à la récolte de données dans des bidonvilles, où les mouvements de populations sont fréquents (ce qui rend par ailleurs difficile toute étude suivant une perspective longitudinale), et qui sont marqués par une grande pauvreté et un faible niveau d'éducation parmi les classes d'âge les plus avancées. Extrêmement riche, grâce aux *health workers* : ces femmes étant elles-mêmes habitantes des bidonvilles de Bandra Est, elles bénéficient d'un lien privilégié avec les habitants, qui a été patiemment construit et reconstruit au fil des ans. La récolte de données sur des questions aussi sensibles que les pratiques contraceptives a ainsi été rendue possible grâce à la relation de confiance liant les *health workers* aux femmes des bidonvilles.

La prévalence contraceptive dans les bidonvilles de Bandra Est

Les informations relatives à l'usage du contrôle des naissances n'ont été récoltées que pour les femmes mariées de Bandra Est, ce qui montre que les relations sexuelles hors mariage restent un sujet tabou dans une société où le mariage est quasi-universel. Nous avons donc calculé le taux de prévalence contraceptive pour les femmes mariées âgées entre 15 et 49 ans. Il nous a fallu exclure de cette population les femmes enceintes (« être enceinte » étant considéré comme un moyen de contraception par WIN, cela posant évidemment problème pour nos analyses). Au final, les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans (et non enceintes) sont au nombre de 14 592, ce qui représente 19 % de la population totale des bidonvilles de Bandra Est.

Le tableau 1 indique la prévalence contraceptive totale et par groupe d'âge parmi ces femmes. 43,3 % d'entre elles n'utilisent pas de méthode de contrôle des naissances, en dépit des efforts de WIN pour promouvoir le planning familial. Cela peut en partie être expliqué par la question de l'infertilité (selon l'enquête DLHS-3, 8 % des femmes du Maharashtra – l'état dont Mumbai est la capitale – souffrent d'infertilité) (IIPS, 2010), mais surtout par le modèle de limitation des naissances suivi par la grande majorité des couples indiens : la pratique dite « d'arrêt ». « *Couples who have started to reproduce and subsequently want to limit their fertility can follow two strategies: birth spacing or stopping. Spacing consists of*

arrangements floraux) sont proposées aux femmes qui désirent s'investir dans une petite activité. Initié il y a plus de cinquante ans par une femme, Dr. Indumati Parikh, le projet WIN a pris sa forme actuelle (reposant sur le modèle des centres de santé et des *health workers*) au début des années 2000.

⁵ On trouve déjà cette approche visant à toucher la population via des ONG et le recours aux *community health workers* dans le Programme d'Initiatives Locales en Inde (« India Local Initiatives Program ») fondé en 1999 et implémenté à Kolkata, dans l'Himalaya, au Punjab et en Himachal Pradesh. Voir Paxman J.M., Sayeed A., Buxbaum A. *et al.* (2005).

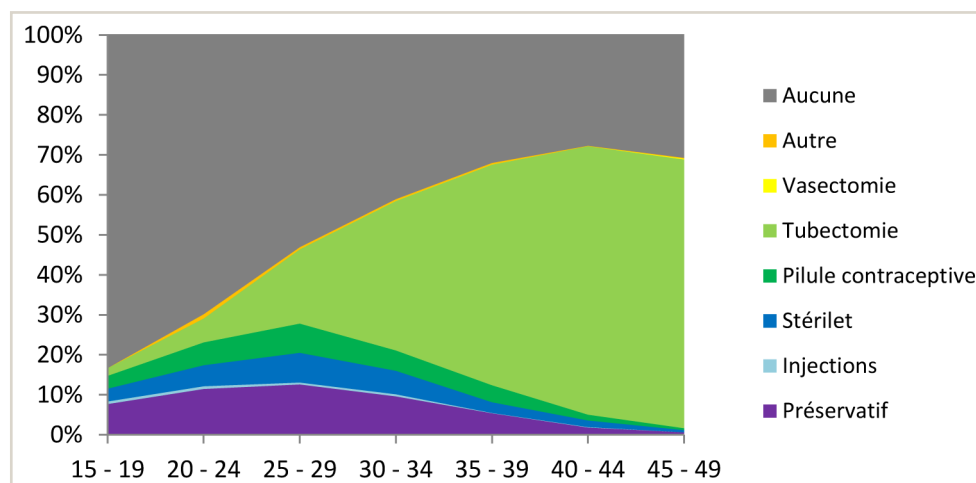
increasing the intervals between successive births, while the stopping strategy attempts to prevent further reproduction altogether after the maximum desired number of children has been reached [...]» (Van Bavel J., 2004 : 117). Ce modèle se vérifie dans le tableau 1, puisque le taux de protection ne cesse d'augmenter avec l'âge. La légère diminution dans la classe d'âge 45-49 ans peut s'expliquer par le fait que certaines femmes atteignent la ménopause, mais également par l'idée que, dans la culture indienne, avoir des rapports sexuels une fois devenus grands-parents n'est plus envisageable (les couples cessant d'avoir des rapports lorsque leurs enfants se marient) (Guilmoto C., Kulkarni P., 2004 : 29).

Tableau 1. Prévalence contraceptive totale et par groupe d'âge parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans (en pourcentage), population de Bandra Est (2009)

| | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | Total |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| Usage du contrôle des naissances | 16,7 | 30,2 | 46,9 | 58,9 | 68,0 | 72,3 | 69,3 | 56,7 |
| Non usage du contrôle des naissances | 83,3 | 69,8 | 53,1 | 41,1 | 32,0 | 27,7 | 30,7 | 43,3 |

La figure 1 présente les différentes méthodes de contrôle des naissances utilisées en fonction de l'âge des femmes. La stérilisation féminine (ou « tubectomie ») représente la méthode la plus utilisée, et ce, dès le groupe d'âge 25-29 ans. Malgré le traumatisme causé par les campagnes de stérilisations massives lors de l'état d'urgence (1975-1977) (Véron J., Rajan S.I., (2006)), cette méthode est désormais la plus couramment utilisée en raison de son faible coût (le plus souvent, l'opération est même gratuite), sa fiabilité, et l'absence de compétences spéciales requises pour son utilisation (nul besoin de devoir s'en rappeler tous les jours comme la pilule contraceptive, ou de savoir s'en servir comme dans le cas du préservatif). Selon l'enquête DLHS-3, 35 % des couples indiens optent pour la stérilisation (dont 1 % seulement pour les stérilisations masculines), sur un total de 47,1 % des couples utilisant une méthode contraceptive (IIPS, 2010, : 2, 170 et 243). Dans notre population d'habitantes des bidonvilles, 39,2 % des femmes ont eu recours à la stérilisation féminine (soit près de 70 % des femmes protégées par une méthode de contrôle). La stérilisation masculine (« vasectomie ») n'est, quant à elle, pratiquement pas utilisée à Bandra Est, avec seulement 5 cas recensés.

Figure 1. Prévalence contraceptive et méthodes de contrôle des naissances par groupe d'âge parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, population de Bandra Est (2009)



Les femmes les plus jeunes n'utilisent pour la plupart aucun moyen de contrôle de la fécondité, étant donné leur probable volonté de donner naissance à des enfants rapidement après leur mariage. Parmi celles qui choisissent tout de même d'y avoir recours, ce sont évidemment les méthodes contraceptives « réversibles » (par opposition aux méthodes « irréversibles », soit les stérilisations) qui sont le plus utilisées : préservatif, stérilet et pilule principalement. Avec l'âge, l'impact cumulatif de la stérilisation résulte en une forte prévalence une fois arrivée la quarantaine (67,1 % parmi les femmes âgées de 40 à 44 ans).

Les bases d'une analyse multivariée : variables, hypothèses et méthodes

Pour explorer plus précisément les déterminants de la régulation des naissances, les variables qui sont présentes dans la base de données se situent à différents niveaux : individu, ménage et contexte. Le tableau 2 donne la liste des variables que nous avons employées. Outre les diverses informations démographiques (âge, sexe, statut matrimonial, relation avec la chef de ménage⁶), nous y trouvons également des indications de type socioéconomique et socioculturel (revenu, éducation, statut par rapport à l'emploi (c'est-à-dire : ayant déclaré une activité professionnelle ou sans emploi), religion et niveau de pauvreté dans le quartier). Notons que ces deux dernières catégories sont de type contextuel : la religion et le degré de pauvreté ont été observés ou estimés par WIN selon l'appartenance des individus aux différentes cliniques, c'est-à-dire aux zones géographiques du bidonville où ils habitent. Pour finir, comme nous venons de le voir, nous disposons pour chaque femme mariée de l'information relative à l'usage d'une méthode de contrôle des naissances. À partir de ces données, nous avons pu générer de nouvelles variables, à commencer par la taille du ménage, qui a par la suite servi au calcul du revenu moyen par personne dans chaque ménage. Ensuite, après être parvenu à relier maris et femmes, nous avons pu déduire la différence d'âge entre les conjoints (l'âge de l'épouse ayant été soustrait à l'âge de l'époux). De même, il a été possible de connaître le nombre d'enfants par femme – respectivement

Tableau 2. Variables

| individu | ménage | contexte |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| âge | taille du ménage | quartier |
| sexe | revenu par personne dans le ménage | religion prédominante |
| éducation | nombre d'enfants dans le ménage | niveau de pauvreté (WIN) |
| relation avec la chef de ménage | nombre de fils dans le ménage | |
| statut marital | nombre de filles dans le ménage | |
| revenu | différence d'âge entre conjoints | |
| statut par rapport à l'emploi | | |
| méthode de contrôle des naissances | | |

⁶ Comme l'action de WIN est centrée sur les femmes, la personne désignée par les *health workers* au sein de chaque ménage comme « chef de famille » est, de fait, une femme. La variable « relation avec la chef de ménage » indique donc simplement le lien unissant l'individu à cette femme (par exemple : ego, fille, tante, belle-mère, etc.).

garçons et filles – vivant dans le ménage⁷, mais ce uniquement pour les femmes « chefs de ménage » (qui représentent 79,4 % de la population des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans).

Nos analyses ont donc pour objectif l'étude des facteurs influençant l'usage de méthodes de contrôle des naissances. De plus, nous souhaitons mieux comprendre les déterminants du choix du type de méthode parmi les femmes contrôlant leur reproduction, notamment en opposant les femmes optant pour la stérilisation à celles employant des contraceptifs réversibles. Pour ce faire, nous avons effectué des régressions logistiques sur la population des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans afin d'en faire ressortir les modèles multivariés que nous allons analyser par la suite.

Avant de passer aux résultats, il convient de revenir sur nos hypothèses, synthétisées dans le tableau 3. Tout d'abord, nous nous attendons à un effet marqué de l'âge sur le comportement des femmes vis-à-vis du contrôle des naissances, comme nous avons déjà pu l'esquisser dans la section 1. Les chances d'avoir recours au planning familial doivent augmenter avec l'âge puisque c'est le modèle de la « contraception d'arrêt » qui prévaut. Cependant, au vu des résultats de l'analyse descriptive, des valeurs moins élevées sont attendues pour les femmes ayant atteint 45 ans, ce qui, comme on l'a vu, pourrait s'expliquer par l'entrée en ménopause ou l'arrêt de l'activité sexuelle une fois la femme devenue grand-mère. Autre conséquence du modèle de la « contraception d'arrêt », nous nous attendons à ce que l'utilisation du planning familial augmente avec le nombre d'enfants présents (survivants) dans le ménage. Selon la même logique, les chances d'avoir recours à la stérilisation devraient également croître avec le nombre d'enfants. Toutefois, ces résultats seront peut-être à nuancer selon le sexe des enfants : si nous pensons que les tendances seront similaires en fonction du nombre de fils, il est plus difficile de se prononcer par rapport au nombre de filles. En effet, dans un contexte de préférence pour les garçons, l'impact des filles sur les pratiques contraceptives est plus délicat à estimer (Jayaraman A., Mishra V., Arnold F., 2009 : 29-38). La mesure de la différence entre le nombre de fils et de filles devrait permettre d'affiner l'analyse. De plus, dans les bidonvilles de Mumbai où l'espace à disposition pour le logement est très réduit, la taille du ménage devrait s'avérer un déterminant important du recours au contrôle des naissances. Nous nous attendons donc à une augmentation de la prévalence contraceptive avec celle du nombre des individus vivant sous le même toit. Il est par contre difficile d'estimer si cela a un impact sur le type de méthode utilisée.

La question de l'effet du revenu par personne dans le ménage et du niveau de pauvreté moyen est ambiguë. En effet, on peut penser que les plus pauvres ont plus de difficultés à avoir accès au planning familial. Cependant, suivant la théorie du malthusianisme de la pauvreté, les plus défavorisés seraient justement ceux qui désireraient le plus avoir recours au contrôle des naissances, en tout cas une fois qu'ils ont déjà des enfants, tandis que les catégories moins vulnérables ne ressentiraient pas la pression issue des conditions de vie précaires et de l'incertitude du lendemain. Concernant le choix du type de méthode, il est également difficile de se prononcer étant donné que WIN tente de rendre accessible à tous – gratuitement ou à très bas coût – les différentes méthodes de contrôle des naissances. Nous ne serions donc pas surpris si les résultats des analyses n'étaient pas significatifs sur ce point, mais ce serait bien sûr très spécifique à Bandra Est.

⁷ Il s'agit de tous les enfants en vie et résidant dans le ménage. Cette information n'est certes pas parfaite, puisque nous disposons de données de recensement et non d'un suivi longitudinal. Cependant, cette donnée reste très intéressante pour notre analyse puisqu'elle nous permet de comprendre l'usage de la contraception chez les femmes en fonction du nombre d'enfants vivant sous leur toit.

Le fait d'avoir une activité professionnelle étant considéré comme un indicateur d'*empowerment* féminin, nous nous attendons à ce que les femmes ayant déclaré un emploi aient une plus forte propension à utiliser une méthode de contrôle des naissances, mais soient moins enclines à se faire stériliser. Il en va de même pour l'éducation : les femmes ayant été éduquées auront probablement plus tendance à avoir recours au planning familial. De plus, l'usage d'une méthode réversible demandant généralement quelques connaissances de base, nous devrions observer une diminution des chances de se faire stériliser avec l'augmentation du niveau d'éducation. Pour poursuivre avec les indicateurs d'*empowerment*, l'autonomie de la femme est approchée par l'écart d'âge entre les conjoints, avec une diminution lorsque le mari est plus âgé que sa femme (Abadian S., 1996 : 1797). Le recours à des méthodes de contrôle des naissances, et plus particulièrement à celles de type réversible, pourrait donc reculer au fur et à mesure que l'écart augmente. Pour finir, la position de la femme dans le ménage (mesurée par

Tableau 3. Hypothèses

| Variable | Usage d'une méthode de contrôle des naissances | Recours à la stérilisation parmi les femmes utilisant une méthode de contrôle des naissances |
|--|--|--|
| Age | ↗ | ↗ |
| Nombre d'enfants par femme dans le ménage | ↗ | ↗ |
| Nombre de fils par femme dans le ménage | ↗ | ↗ |
| Nombre de filles par femme dans le ménage | ↗/- | ↗/- |
| Différence entre le nombre de fils et de filles par femme dans le ménage | Égalité : ? | Égalité : ? |
| | Fils > filles : ↗ | Fils > filles : ↗ |
| | Filles > fils : ↘ | Filles > fils : ↘ |
| Taille du ménage | ↗ | - |
| Revenu par personne dans le ménage | ↗/↘ | - |
| Niveau de pauvreté moyen | ↗/↘ | ↗/↘ |
| Statut par rapport à l'emploi | ↗ | ↘ |
| Niveau d'éducation | ↗ | ↘ |
| Différence d'âge entre conjoints (âge mari - âge femme) | ↘ | ↗ |
| Relation avec la chef de ménage | Chef de ménage : ↗ | Chef de ménage : - |
| | Filles : ↗/↘/- | Filles : - |
| | Autres générations descendantes : ↗/↘/- | Autres générations descendantes : - |
| | Génération collatérales : ↗ | Génération collatérales : - |
| | Mère/Belle-mère : ↗/- | Mère/Belle-mère : - |
| Religion prédominante | Hindouisme : ↗ | Hindouisme : ↗ |
| | Islam : ↘ | Islam : ↘ |
| | Bouddhisme : ? | Bouddhisme : ? |

Légende : ↗ relation positive ; ↘ relation négative ; - pas d'effet

la variable *relation avec la chef de ménage*) devrait également donner des résultats intéressants par rapport à l'*empowerment*. Nous pensons que les femmes qui occupent une position importante dans le ménage sont plus autonomes et ainsi capables de choisir d'utiliser le contrôle des naissances. Cela signifie que les chances d'y avoir recours seraient plus fortes dans les catégories « chefs de ménage », « générations collatérales » et « mère/belle-mère ». Au contraire, les effets seront sans doute plus nuancés pour les « filles » et les « autres générations descendantes », puisque leur pratique dépendra probablement de l'opinion de leurs parents sur le sujet. Notons que les catégories « autres générations ascendantes » et « autres » n'ont pas pu être incluses dans l'analyse en raison de leur trop faible effectif. Concernant le choix du type de méthode, il est difficile de prévoir l'effet des catégories compte tenu du fait que la position dans le ménage est fortement liée à l'âge, mais aussi à l'opinion des autres femmes – notamment de la mère ou de la belle-mère – sur la question.

Pour conclure, nous nous attendons à ce que la religion ait un grand pouvoir explicatif sur les pratiques de contrôle des naissances, plusieurs études ayant montré qu'en Inde, « *Muslims are much more likely than Hindus to intend to have additional children and, among those who do not want more children, Muslims are much less likely than Hindus to use contraceptives* » (Jayaraman A., Mishra V., Arnold F., 2009 : 22). Dès lors, nous devrions constater premièrement que dans les quartiers à prédominance hindoue, les chances d'avoir recours au planning familial seront plus grandes que dans les quartiers à prédominance musulmane. Deuxièmement, les chances d'utiliser une méthode de type irréversible devraient être plus élevées dans les quartiers hindous, comparés aux quartiers musulmans. Nous n'avons par contre pas d'hypothèse quant aux pratiques contraceptives dans les secteurs à majorité bouddhiste. Ces derniers étant à l'origine des intouchables qui ont quitté l'hindouisme en se convertissant au bouddhisme, il est possible que leurs pratiques soient proches de celles des hindous.

Le tableau 4 présente les principaux résultats des régressions logistiques. Les dimensions socioéconomiques seront discutées dans la prochaine section, et les variables socioculturelles dans la suivante.

Avant d'analyser les déterminants socioéconomiques et socioculturels du contrôle des naissances, nous pouvons d'ores et déjà constater l'importance de l'âge de la femme concernant son choix vis-à-vis du planning familial : le tableau 4 montre l'augmentation des chances d'avoir recours au contrôle des naissances avec l'âge, et la tendance est également claire concernant la stérilisation (avec un rapport de cote de 157 pour les 45-49 ans !). Ces résultats ne font que confirmer les conclusions de nos analyses descriptives.

L'effet des variables socioéconomiques

L'analyse de variables de type socioéconomique se heurte – comme c'est compréhensible dans ce type de contexte – à des problèmes de qualité et de fiabilité des données, et ce, tout particulièrement concernant le revenu. La variable *revenu par personne dans le ménage* (tableau 4) ne donne pas de résultats significatifs, si ce n'est une légère tendance des plus pauvres à plus utiliser des méthodes de contrôle des naissances que les « plus favorisés » (plus de 1 600 roupies par personne et par mois, soit environ 23 euros) : on en revient au malthusianisme de la pauvreté. Cependant, ce résultat est à prendre avec précaution, et la variable mesurée au niveau du quartier – *niveau de pauvreté moyen* – apparaît de

Tableau 4. Résultats des régressions logistiques pour (1) l'usage d'une méthode de contrôle des naissances et (2) le recours à la stérilisation⁹ parmi les femmes utilisant une méthode de contrôle des naissances, femmes mariées de 15 à 49 ans, Bandra Est (2009)

| | (1) Usage d'une méthode de contrôle des naissances | | (2) Recours à la stérilisation parmi les femmes utilisant une méthode de contrôle des naissances | |
|---|--|------|--|------|
| | R.C. | Sig. | R.C. | Sig. |
| Résultats pour toutes les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans | | | | |
| | N = 12955 | | N = 7580 | |
| <i>Age (réf. 20 à 24)</i> | | *** | | *** |
| 15 à 19 | 0,576 | * | 0,671 | |
| 25 à 29 | 1,526 | *** | 2,579 | *** |
| 30 à 34 | 2,096 | *** | 7,044 | *** |
| 35 à 39 | 2,801 | *** | 18,039 | *** |
| 40 à 44 | 3,450 | *** | 52,402 | *** |
| 45 à 49 | 3,079 | *** | 157,002 | *** |
| <i>Niveau d'éducation (réf. Pas d'éducation/illettrée)</i> | | ** | | *** |
| Jardin d'enfants et école primaire (1-4) | 1,224 | * | 0,981 | |
| École élémentaire (5-7) | 1,072 | | 0,993 | |
| Niveau secondaire (8-10) | 1,047 | | 0,618 | *** |
| Études supérieures (11+) | 0,863 | | 0,368 | *** |
| Statut par rapport à l'emploi : En activité (réf. Pas d'activité) | 1,517 | *** | 0,959 | |
| <i>Revenu par personne dans le ménage (réf. 0 à 399 roupies)</i> | | ** | | ** |
| 400 à 799 Rs | 1,104 | | 0,849 | |
| 800 à 1199 Rs | 1,097 | | 1,052 | |
| 1200 à 1599 Rs | 1,044 | | 0,883 | |
| 1600 à 1999 Rs | 0,844 | | 1,230 | |
| 2000 à 2999 Rs | 0,918 | | 1,053 | |
| 3000 Rs et plus | 0,865 | | 1,621 | * |
| <i>Relation avec la chef de ménage (réf. Chef de ménage)</i> | | *** | | |
| Filles | 0,369 | *** | 1,062 | |
| Autres générations descendantes | 0,282 | *** | 1,437 | * |
| Génération collatérales | 0,469 | *** | 0,985 | |
| Mère/Belle-mère | 0,637 | ** | 1,958 | |
| <i>Différence d'âges entre conjoints (âge mari - âge femme), en années (réf. 0)</i> | | *** | | ** |
| -11 et plus | 1,460 | | 0,515 | |
| -6 à -10 | 0,615 | | 0,532 | |
| -5 à -1 | 0,913 | | 1,067 | |
| 1 à 5 | 1,264 | | 1,415 | |
| 6 à 10 | 1,480 | ** | 1,758 | * |
| 11 à 15 | 1,377 | | 1,788 | * |
| 16 à 20 | 2,119 | ** | 2,555 | * |
| 21 et plus | 0,840 | | 2,625 | |

⁹ Ce qui signifie, dans 99.9 % des cas, la stérilisation féminine.

| | (1) Usage d'une méthode de contrôle des naissances | | (2) Recours à la stérilisation parmi les femmes utilisant une méthode de contrôle des naissances | |
|--|---|-----|--|-----|
| <i>Religion prédominante (réf. Hindouisme)</i> | | *** | | *** |
| Islam | 0,620 | *** | 0,294 | *** |
| Bouddhisme | 0,668 | *** | 0,861 | |
| <i>Niveau de pauvreté moyen (réf. Très pauvre)</i> | | *** | | *** |
| Très pauvre et pauvre | 1,825 | *** | 2,865 | *** |
| Pauvre | 1,747 | *** | 2,600 | *** |
| Pauvre et moyen | 2,145 | *** | 1,564 | ** |
| Moyen | 1,550 | *** | 1,525 | * |
| <i>Taille du ménage (réf. 4)</i> | | *** | | *** |
| 2 et 3 | 0,339 | *** | 0,283 | *** |
| 5 | 1,167 | ** | 1,094 | |
| 6 | 1,080 | | 1,011 | |
| 7 et plus | 0,995 | | 1,079 | |
| Résultats complémentaires pour les femmes chefs de ménage | | | | |
| | N = 10985 | | N = 6924 | |
| <i>Nombre d'enfants par femme dans le ménage (réf. 0)</i> | | *** | | *** |
| 1 | 3,221 | *** | 0,547 | * |
| 2 | 7,912 | *** | 2,276 | ** |
| 3 | 13,059 | *** | 3,792 | *** |
| 4 | 10,856 | *** | 3,120 | *** |
| 5 | 9,225 | *** | 2,398 | ** |
| 6 | 7,559 | *** | 2,040 | * |
| 7 et plus | 4,285 | *** | 1,256 | |
| <i>Différence entre le nombre de fils et de filles par femme dans le ménage (réf. Même nombre de fils et de filles ou pas d'enfants)</i> | | *** | | *** |
| Plus de fils que de filles | 0,938 | | 1,059 | |
| Plus de filles que de fils | 0,745 | *** | 0,504 | *** |
| Résultats complémentaires (autres variables) pour les femmes chefs de ménage | | | | |
| | N = 11063 | | N = 6936 | |
| <i>Nombre de fils par femme dans le ménage (réf. 0)</i> | | *** | | *** |
| 1 | 2,501 | *** | 2,070 | *** |
| 2 | 4,495 | *** | 4,146 | *** |
| 3 | 4,207 | *** | 4,581 | *** |
| 4 | 2,940 | *** | 4,782 | *** |
| 5 et plus | 2,284 | ** | 1,276 | |
| <i>Nombre de filles par femme dans le ménage (réf. 0)</i> | | *** | | *** |
| 1 | 1,951 | *** | 1,736 | *** |
| 2 | 2,645 | *** | 1,604 | *** |
| 3 | 2,543 | *** | 1,588 | ** |
| 4 | 2,158 | *** | 1,175 | |
| 5 et plus | 1,907 | * | 1,034 | |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

fait bien plus fiable, d'autant qu'elle apporte une nuance intéressante au phénomène du malthusianisme de la pauvreté. En effet, dans les quartiers que les travailleurs de WIN jugent *très pauvres*, les femmes ont bien moins recours à une méthode de contrôle ; tandis que leurs consœurs qui vivent dans des secteurs à peine mieux lotis (« très pauvres à pauvres » ou « pauvres ») ont plus de chance d'être protégées (R.C. de 1,82 et 1,75 respectivement). Les femmes des bidonvilles les plus miséreux ont ainsi beaucoup de peine à accéder à la régulation des naissances, ou s'y refusent, ou n'y pensent pas. Mais quand elles sont protégées, nonobstant que l'on contrôle pour l'âge et pour la religion, ces femmes ont curieusement plus tendance à avoir recours aux méthodes réversibles que les autres. C'est un résultat étrange, mais qui peut être expliqué par l'action de WIN, tournée vers les plus pauvres : même sans argent, il est possible de ne pas se tourner exclusivement vers la stérilisation⁹. Le malthusianisme de la pauvreté, au sens d'un arrêt définitif par usage de la stérilisation, est maximal dans les quartiers où la population vit juste au-dessus de la misère la plus profonde. Il y a clairement un effet de seuil puisque, parmi les femmes protégées, à partir d'une valeur de référence de 1 dans les quartiers « très pauvres », nous passons brutalement à un rapport de cote de 2,87 dans les quartiers « très pauvres et pauvres », de 2,6 dans les quartiers « pauvres », puis de 1,56 dans les aires « pauvres et moyennes » et 1,52 dans les « moyennes ».

Concernant l'emploi, l'analyse confirme notre hypothèse puisqu'elle montre que les femmes ayant déclaré exercer une activité professionnelle ont 1,5 fois plus de chance d'avoir recours au contrôle des naissances que les autres. Cependant, le fait d'être en activité ne semble pas avoir d'influence en ce qui concerne le choix du type de méthode. Soulignons également que la grande majorité des femmes mariées n'a pas déclaré d'activité professionnelle (92,8 %). Cette sous-déclaration résulte à la fois du caractère partiel, aléatoire et informel de nombreux petits travaux, mais indique aussi la limite des opportunités économiques dans le monde saturé des bidonvilles. WIN organise des ateliers pour permettre la création de petites activités, mais leurs effets ne pourront se mesurer qu'à l'avenir.

La variable *niveau d'éducation* apporte aussi des éléments de compréhension intéressants. Malgré les faibles variations dans les rapports de cote, ce sont les femmes qui ont reçu un minimum d'éducation qui sont les plus susceptibles d'utiliser une méthode de contrôle des naissances¹⁰. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que le message de WIN concernant le planning familial est mieux compris par les femmes ayant été, même pour peu de temps, à l'école. L'analyse montre également que ce sont les plus éduquées (niveau secondaire ou supérieur) qui sont les plus réticentes face à la stérilisation (R.C. de 0,62 et 0,37 respectivement), ce qui confirme également nos hypothèses. Il semble donc qu'une « barrière éducationnelle » soit à l'œuvre, restreignant l'usage des méthodes réversibles aux femmes les moins éduquées.

Conformément aux hypothèses, les chances d'utiliser une méthode de contrôle des naissances augmentent avec le nombre d'individus vivant dans le ménage (variable *taille du ménage*). Cependant, après avoir atteint un certain seuil (6 personnes), s'observe un cas de causalité inverse : c'est l'absence de

⁹ Il faut garder à l'esprit que la zone la plus misérable selon WIN correspond à un seul quartier, Indira Nagar, et, dans notre base de données, à 725 femmes, dont 121 utilisent des méthodes réversibles, 230 des méthodes irréversibles et 374 n'ont recours à aucune méthode de contrôle des naissances.

¹⁰ Les régressions effectuées sur les femmes chefs de ménage (avec l'ajout des variables concernant les enfants) présentent des résultats différents pour la catégorie « études supérieures », i.e. des rapports de cote supérieurs à 1,1. Les tendances restent inchangées pour les autres catégories.

contrôle qui conduit à une plus grande famille. Concernant le choix du type de méthode, la taille du ménage n'a apparemment pas d'influence, à l'exception bien sûr des petits ménages (2 ou 3 personnes) puisque les couples vivant dans ces foyers n'ont probablement pas encore eu d'enfant (ou seulement un), ce qui augmente évidemment les chances d'avoir recours à des méthodes de contraception réversibles plutôt que définitives.

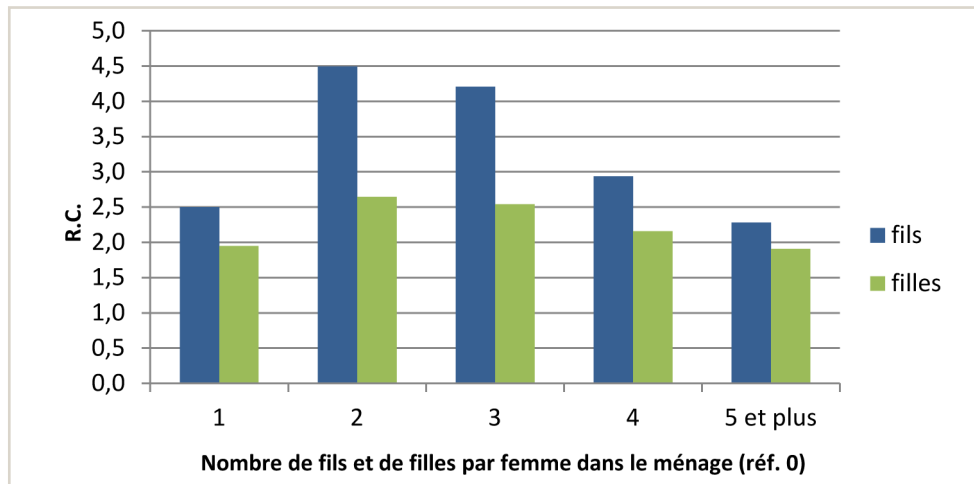
Ces résultats sont de fait intimement liés à la question du nombre d'enfants par femme dans le ménage. À nouveau, la probabilité d'avoir recours au contrôle des naissances augmente avec le nombre d'enfants (avoir 3 enfants dans le ménage multipliant par 13 les chances d'utiliser une méthode de contrôle par rapport à ne pas avoir d'enfant), mais s'observe de nouveau une causalité inverse : à partir de 4 enfants, les rapports de cote diminuent (même s'ils restent toujours largement supérieurs à ceux des catégories « pas d'enfants ou seulement 1 enfant »). Les raisons de la première tendance de ce schéma sont simples : l'espace disponible pour se loger dans les habitations des bidonvilles étant très réduit, un « effet de saturation » est à l'œuvre, puisqu'un enfant de plus signifie moins d'espace pour chaque membre de la famille. De plus, les parents sont inquiets pour le futur de leur progéniture : « [...] la limitation de la taille des familles peut provenir des difficultés qu'il y a à fournir des soins de santé et à scolariser de très nombreux enfants » (Cosio-Zavala M.-E., 2003 : 12), sans parler du coût de leur mariage. On retrouve pleinement la logique du malthusianisme de la pauvreté. La tendance observée est identique pour la question de la stérilisation : les couples n'ayant que peu d'enfants se tournent évidemment plus vers des méthodes réversibles que ceux ayant déjà 3 ou 4 enfants dans le ménage. Cependant, une diminution des rapports de cote se note dès le 4^e enfant. Cela peut être dû au fait qu'une femme qui a préféré les méthodes réversibles à la stérilisation durant plusieurs années s'en trouve satisfaite et ne désire pas en changer. Si ces résultats pouvaient être confirmés par des recherches plus poussées, cela s'avérerait un élément important dans une perspective de politique de planning familial.

De la question du nombre d'enfants découle naturellement celle de leur sexe. Or, si le *nombre* d'enfants vivant dans le ménage permet de souligner des thématiques relevant d'interrogations d'ordre socio-économique, la problématique du *genre* renvoie, quant à elle, à des préoccupations de type socioculturel.

L'impact des variables socioculturelles

Les discriminations selon le sexe des enfants sont toujours très présentes en Inde, et nos analyses ne font que confirmer la persistance de la préférence pour les garçons. La figure 2 synthétise les résultats pour l'utilisation du contrôle des naissances. Bien que les tendances soient similaires à celle de la variable *nombre d'enfants par femme dans le ménage* (avec effet de seuil et causalité inverse), une grande différence entre les rapports de cote se note selon le nombre de fils ou de filles. Les chances qu'une femme utilise une méthode de contrôle des naissances lorsqu'elle a déjà deux fils sont 4,5 fois supérieures à celles d'une femme n'ayant pas de fils, tandis qu'elles ne sont « que » 2,6 fois plus élevées pour une femme ayant deux filles à la maison. Ces résultats sont confirmés par la variable *différence entre le nombre de fils et de filles par femme dans le ménage* : les femmes ayant plus de filles que de fils sont bien moins susceptibles d'avoir recours au planning familial et à la stérilisation que les autres. En somme, le nombre de filles importe peu, c'est celui des garçons mis au monde et survivant qui est décisif dans le choix d'avoir recours au contrôle des naissances.

Figure 2. Rapports de cote du nombre de fils et de filles par femme dans le ménage pour l'utilisation d'une méthode de contrôle des naissances



Ces discriminations se retrouvent également dans le choix du type de méthode, comme le montrent les écarts entre les rapports de cote (1,8 au maximum pour « une fille » par rapport à « aucune », alors que les chances de se faire stériliser sont plus de 4,7 fois supérieures pour une femme ayant eu « quatre fils » par rapport à une femme n'ayant eu « aucun garçon »). De fait, les risques (cotes) d'avoir recours à la stérilisation croissent toujours avec le nombre de fils (excepté pour la dernière catégorie), tandis qu'au contraire, ils diminuent légèrement avec l'augmentation du nombre de filles. Ces résultats confirment qu'avoir des filles importe peu tant que le nombre de fils désiré n'est pas atteint. Une femme souhaitant encore donner naissance à un fils dans le futur se tournera donc – logiquement – vers des méthodes contraceptives réversibles. Le sexe des enfants est bien un indicateur crucial pour comprendre le choix du type de méthode de contrôle des naissances.

Or, la question du sex-ratio est intimement liée à celle de la religion, puisque l'on sait que plus la fécondité d'une population est élevée (comme c'est notamment le cas en Inde chez les musulmans), moins il y a de risque d'avoir recours à la sélection, contrairement aux populations ayant une fécondité plus faible où la pression pour donner naissance à un fils est, de fait, plus forte (Sauvain-Dugerdil C., Thariat M.-P., 2009 : 25 ; Attané I., Guilamoto C., 2007). L'analyse de la question de la religion – ici, la religion prédominante dans le quartier – apporte dès lors un éclairage important pour comprendre les pratiques contraceptives à Bandra Est. Conformément à nos hypothèses, les femmes vivant dans des quartiers hindous sont plus enclines à pratiquer le contrôle des naissances que celles vivant dans des quartiers musulmans ou bouddhistes. Cependant, nous devons rester prudents quant à l'interprétation de ces résultats. La question du recours au planning familial par les couples de confession musulmane est un sujet très débattu, le contrôle des naissances étant considéré par certains comme un outrage à la volonté de Dieu. Or, « [si] une fécondité excessive provoque des risques prouvés pour la santé de la mère et des enfants, ou des difficultés économiques ou de la gêne pour le père, ou empêchent les parents d'élever correctement leurs enfants, les musulmans seraient autorisés à réguler leur fécondité de manière à réduire ces difficultés. » (Roudi-Fahimi F., 2004 : 3). Pour D. Dharmalingam et P. Morgan (2004 : 532-533), « [i]n the Indian context, Muslims may have more children and may be less willing to use contraceptives because they see less opportunity for upward mobility and are less trustful of institutions that may provide for insurance or security. A divertive issue is the possibility that Muslims

may be motivated to have more children to strengthen their position vis-à-vis Hindus and that higher fertility is a symbol of Muslim identity. Moreover, Islam's opposition to specific contraceptive methods (e.g., sterilization) may limit the use of these methods among Muslims if the thrust of governmental family planning programs is on terminal methods. [...] We also found that differences persist in the face of socioeconomic controls. Thus, in our view, the minority-group thesis is the more likely explanation ». Le débat théologique ainsi que la position minoritaire des musulmans en Inde peuvent donc expliquer ce clivage entre les pratiques de contrôle des naissances des différentes religions.

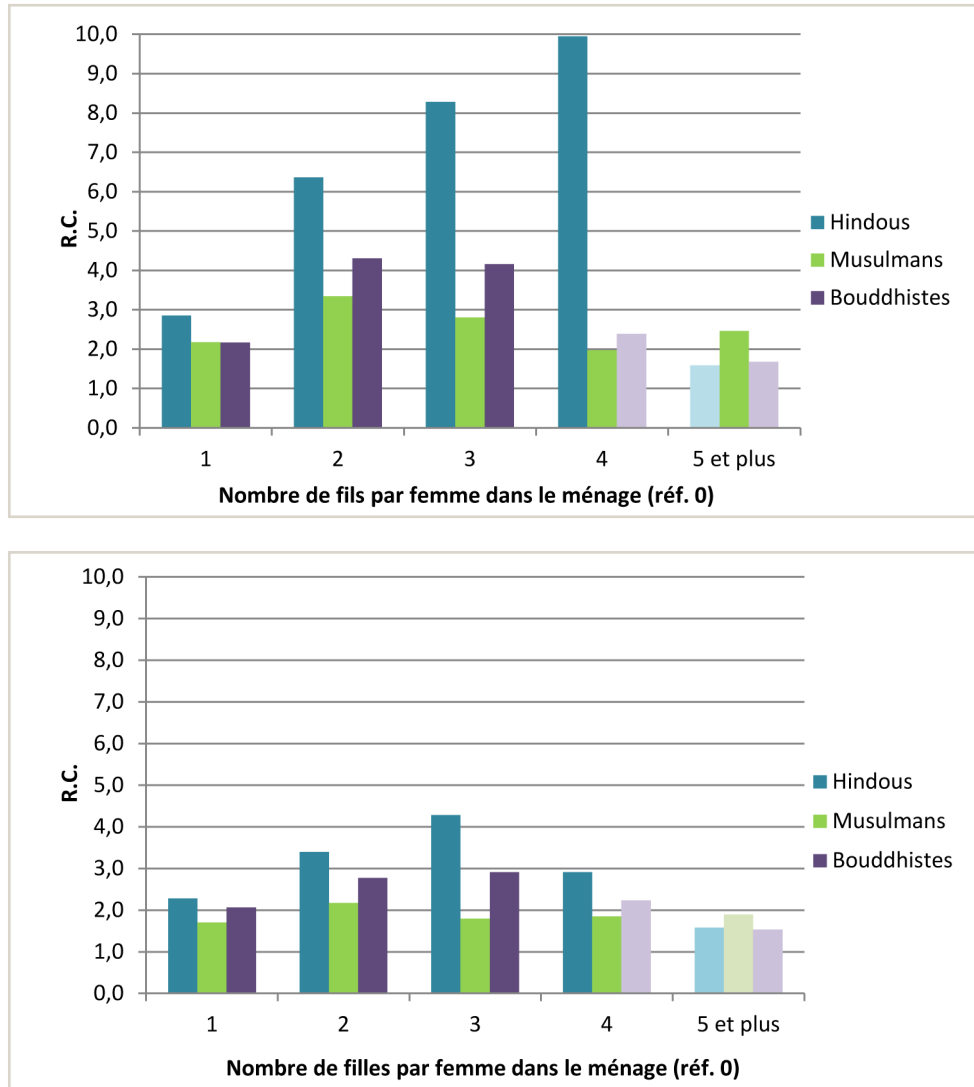
Les résultats des analyses sur la préférence pour les garçons nous ont menés à nous demander si la religion avait également un impact sur ces discriminations de genre. Les figures 3 et 4 montrent les résultats des trois régressions que nous avons effectuées en stratifiant selon la variable *religion prédominante*. Si la préférence pour les fils s'observe parmi les trois religions, les figures montrent une grande différence entre les résultats des femmes vivant dans les quartiers hindous et les autres. La probabilité de pratiquer le contrôle des naissances est grande chez les hindous (R.C. de près de 10) lorsqu'une femme a quatre fils (par rapport à une femme n'ayant pas de garçon), mais les chances ne sont multipliées que par 2,9 pour les femmes qui ont quatre filles (à nouveau, par rapport à une femme n'ayant pas de fille à la maison). Le fait de vivre dans un quartier hindou augmente donc le risque que le contrôle des naissances soit associé à la préférence pour les garçons.

Les analyses mettent également en évidence l'impact de la religion sur la question du choix de la méthode de contrôle des naissances. Les femmes vivant dans des quartiers musulmans ont plus de 3,4 fois plus de chance d'utiliser une méthode de contraception de type réversible, tandis que les femmes des quartiers hindous sont celles qui se montrent les plus enclines à avoir recours à la stérilisation. Les femmes des quartiers bouddhistes présentent la même tendance que celles des aires hindoues, mais dans une moindre mesure. La forte préférence des femmes des quartiers musulmans pour les méthodes de type réversible trouve à nouveau son explication dans les préceptes religieux : « *Une majorité écrasante de théologiens [musulmans] qui ont approuvé l'emploi des contraceptifs modernes ont exprimé des réserves quant aux méthodes permanentes de stérilisation féminine ou masculine. Les théologiens qui s'opposent à la stérilisation comme méthode de planification familiale estiment que cette pratique constitue une interférence avec la volonté divine et une tentative de changer ce que Dieu a créé.* » (Roudi-Fahimi F., 2004 : 5).

La question de l'*empowerment* des femmes est, quant à elle, relativement complexe. Si nous avons vu que les variables socioéconomiques du *statut par rapport à l'emploi* et du *niveau d'éducation* donnaient des résultats intéressants (les femmes en activité et ayant reçu un minimum d'éducation ayant plus de chance d'avoir recours au contrôle des naissances que les autres), les conclusions sont plus nuancées pour la variable *différence d'âge entre conjoints*. Contrairement à nos attentes, les femmes dont le mari est plus âgé qu'elles apparaissent plus enclines à se tourner vers le planning familial que celles ayant le même âge que leur mari, ou dont le conjoint est plus jeune, mais il convient de prendre ce résultat avec précaution en raison du faible nombre de femmes dans ces dernières catégories. Cependant, lorsqu'on se penche sur le choix du type de méthode, la tendance est claire : plus le mari est âgé par rapport à sa femme, plus celle-ci aura recours à la stérilisation. Cela est probablement dû à leur faible niveau d'autonomie au sein de leur couple, contrairement aux femmes dont l'âge est proche de (ou supérieur à) celui de leur mari. Ces dernières sont donc plus capables de tenir tête à leur mari que les autres en cas de désaccord, notamment si elles ne souhaitent pas se faire stériliser.¹¹

¹¹ Il est évident que le choix dépend également de l'opinion du mari. Cette donnée nous manque pour pouvoir affiner l'analyse.

Figures 3 et 4. Rapports de cote du nombre de fils et de filles par femme dans le ménage pour l'utilisation d'une méthode de contrôle des naissances, stratification par la religion prédominante¹²



Pour finir, la *relation avec la chef de ménage* confirme nos hypothèses : les femmes chefs de ménage sont celles qui sont le plus susceptibles d'avoir recours au contrôle des naissances. Au contraire, celles dont le statut peut être considéré comme « inférieur » au sein du ménage (filles et autres générations descendantes) sont celles qui ont le moins de chances d'utiliser une méthode de contrôle, alors que les femmes appartenant à la même génération que la chef de ménage et la mère (ou belle-mère) de la chef de ménage se situent entre-deux. Ce dernier point peut être expliqué par le fait que, comme nous l'avons vu à la section 1, les relations sexuelles ne sont plus envisageables une fois devenus grands-parents (ce qui rend évidemment inutile l'usage d'une méthode de contrôle des naissances). Ainsi, si l'on accepte de faire le lien entre position dans le ménage et mesure d'autonomie de la femme, il semble clair que celles qui ont été nommées « chefs de ménage » par les *health workers* sont plus *empowered* et ont de fait davantage la capacité d'avoir recours au contrôle des naissances. À nouveau, les femmes chefs

¹² Les couleurs « pâles » représentent les rapports de cote ne présentant pas de différence significative par rapport à la catégorie de référence.

de ménage et celles appartenant aux générations collatérales sont les plus susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptives réversibles, contrairement à celles appartenant aux générations descendantes ou ascendantes, même s'il convient de rester prudent sur ces résultats au vu du faible niveau de significativité¹³. Cependant, parmi les femmes appartenant aux générations descendantes, la tendance peut être interprétée comme la conséquence d'une plus faible autonomie (et donc capacité) qui affecte le choix du type de méthode de planning familial. En résumé, parmi les femmes protégées par une méthode de contrôle, l'*empowerment* fait une réelle différence dans le choix du type de méthode. Les programmes de planning familial désirant réduire le recours aux stérilisations devraient donc, pour y parvenir, lutter pour l'amélioration de l'autonomie des femmes.

Conclusion : Une économie culturelle de la reproduction

Au terme de ces analyses, nous pouvons donc affirmer que le modèle du malthusianisme de la pauvreté s'applique effectivement aux pratiques contraceptives des femmes des bidonvilles de Mumbai. Dans cette population défavorisée de Bandra Est, les pratiques irréversibles sont dominantes ; la majorité des femmes opte pour la stérilisation une fois le nombre d'enfants désiré (ou supportable) atteint. Cependant, ce phénomène est à nuancer. Tout d'abord, malgré les difficultés inhérentes à la récolte d'informations fiables pour les données de type socioéconomiques, nous avons pu obtenir des résultats intéressants, notamment lorsque les mesures sont effectuées au niveau du quartier : les plus miséreux n'ont en fait qu'une très faible probabilité d'avoir recours au contrôle des naissances. L'extrême pauvreté constitue donc la première nuance à apporter au modèle du malthusianisme de la pauvreté, puisqu'elle constitue un obstacle à l'utilisation des méthodes de planning familial. Un minimum d'*agency* semble bien nécessaire pour avoir recours au contrôle des naissances. Cependant, ces aires de misère ne sont pas abandonnées à elles-mêmes, précisément car WIN y est présente, ce qui explique un résultat paradoxal : la petite minorité de femmes qui, dans ces quartiers, ont recours à une régulation de leur reproduction le font – plus que les autres – à travers des méthodes réversibles.

La deuxième nuance à apporter concerne l'impact des questions socioculturelles, avec en premier lieu les discriminations de genre. En effet, nous avons constaté que c'est le nombre de fils présents dans le ménage qui est décisif pour le contrôle des naissances, le nombre de filles n'étant pris en compte que dans une moindre mesure. Malgré les difficultés économiques à subvenir aux besoins des enfants, les couples continueront tout de même à vouloir donner naissance à un fils si le nombre des garçons présents dans le ménage n'est pas suffisant à leurs yeux. Comme nous l'avons vu, la religion constitue également un élément de réponse important pour expliquer les pratiques contraceptives (particulièrement concernant les restrictions au recours à certaines pratiques pour les musulmans). Les considérations socioculturelles – notamment en ce qui concerne la préférence pour les garçons et l'affiliation religieuse – primeraient donc sur les problèmes économiques pour expliquer certains choix en matière de contrôle des naissances.

¹³ La variable *relation avec la chef de ménage* apparaît en effet être non significative pour expliquer le choix du type de méthode (tableau 4). Toutefois, les régressions logistiques effectuées montrent que cette variable était significative avant l'ajout de la variable *taille du ménage* au modèle. Cela est dû au fait que ces deux variables sont étroitement corrélées.

Troisièmement, nous avons pu constater – tant par les résultats de nos analyses que par notre expérience sur le terrain – qu’une dynamique d’*empowerment* des femmes est bel et bien à l’œuvre dans les bidonvilles de Bandra Est. Cependant, si nous supposons que le phénomène n’est pas étranger à l’action de WIN, nous manquons de données sur la situation dans les autres bidonvilles de Mumbai pour pouvoir effectuer une comparaison.

Quoi qu’il en soit, et quel que soit le nombre d’enfants présents dans les ménages, une amélioration continue du niveau d’éducation des enfants et des jeunes se constate¹⁴. Malgré le fait que les parents se retrouvent dans une logique de temporalité courte, celle du malthusianisme de la pauvreté, ils semblent vouloir investir dans l’éducation de leurs enfants. Une hypothèse serait alors que les familles confrontées à la précarité pourraient – dans une logique de survie immédiate – avoir recours au contrôle des naissances, mais cependant investir dans l’éducation de leurs enfants dans l’espoir qu’une fois sortis de l’école, ceux-ci puissent trouver du travail dans le contexte d’une Inde en pleine expansion économique... Ce qui pourrait finalement profiter aux parents dans leurs vieux jours. Nous avons vu, au début, que le malthusianisme de la pauvreté apparaissait comme une rupture par rapport à la théorie de Caldwell, en ce sens que les parents se trouvent contraints à subir les aléas d’une temporalité courte, celle de la précarité de leurs conditions de vie, et considèrent n’avoir plus le loisir de se projeter dans une temporalité plus longue, celle où leurs enfants travailleraient et les supporteraient. Mais en fait, nous voyons ici que ces deux approches peuvent se rejoindre, le contrôle des naissances – auquel les couples ont recours par nécessité suivant la logique du malthusianisme de la pauvreté – pouvant résulter en un réel « retour sur investissement », puisque les enfants, moins nombreux et mieux éduqués, seraient de fait capables d’aider leurs parents une fois devenus adultes. Plutôt que leur opposition, c’est l’intégration des deux théories qui apparaît comme la meilleure grille de lecture des changements récents.

Références bibliographiques

- Abadian S., 1996, *Women’s autonomy and its impact on fertility*. *World development*, 24(12), pp. 1793-1809.
- Attané I., Guilamoto C. (dirs), 2007, *Watering the neighbour’s garden: the growing demographic female deficit in Asia*. Paris : CICRED.
- Boserup E., 1985, *Economic and demographic interrelationships in sub-Saharan Africa*. *Population and Development Review* 11(3), pp. 383-397.
- Caldwell J.C., 1982, *Theory of fertility decline*. London : Academic Press.
- Cosio-Zavala M.-E., 2003, *Pauvreté, fécondité et planification familiale : Introduction*. Paris : CICRED.
- Cosio-Zavala M.-E., 2001, *Baisse de la fécondité, développement humain et politiques de population*. In A. Léry et P. Vimard (coord.). *Population et développement : les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire* (pp. 59-67). *Les Documents et Manuels du CEPED* (12). Paris : Centre français sur la population et le développement/Laboratoire Population-Environnement.

¹⁴ À Bandra Est, 79,8 % des jeunes hommes et 78,8 % des jeunes femmes âgés de 15 à 19 ans ont un niveau d’éducation égal ou supérieur au secondaire, tandis qu’ils ne sont respectivement que 71,1 % et 40,4 % parmi les 35-39 ans. Notons au passage que les jeunes femmes sont en train de rattraper leurs confrères masculins. Parmi les femmes de 55-59 ans, seules 12,8 % ont un niveau d’éducation secondaire ou supérieur, contre 48,3 % des hommes.

- Demont Fl., 2011, *Dynamiques démographiques et parcours de vie au Cambodge 1998-2008 : des trajectoires individuelles et familiales à l'épreuve du développement*. Genève : Thèse en Démographie, Université de Genève.
- Dharmalingam D., Morgan P., 2004, *Pervasive Muslim-Hindu fertility differences in India*. *Demography* 41(3), pp. 529-545.
- Guilmoto C., Kulkarni P., 2004, *Les femmes, la caste et l'Etat. Cinquante ans de planification familiale en Inde*. In A. Gauthier (dir.). *Les politiques de planification familiale : cinq expériences nationales* (pp. 25-74). Paris : CEPED.
- International Institute for Population Sciences (IIPS) (Ed.), 2010, *District Level Household and Facility Survey (DLHS-3), 2007-2008 : India*. Mumbai : IIPS.
- Jayaraman A., Mishra V., Arnold F., 2009, *The relationship of family size and composition to fertility desires, contraceptive adoption and method choice in South Asia*. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 35(1), pp. 29-38.
- Paxman J.M., Sayeed A., Buxbaum A. et al., 2005, *The India Local Initiatives Program : A model for expanding reproductive and child health services*. *Studies in Family Planning*, 36(3), pp. 203-220.
- Roudi-Fahimi F., 2004, *L'Islam et la planification familiale. Rapport de politique générale sur le MOAN*. Washington : Population Référence Bureau.
- Sauvain-Dugerdil C., Thiriart M.-P., 2009, *Développer le genre en démographie : de la naissance à l'âge adulte*. Paris : CEPED.
- Sen A., 1999, *Development as freedom*. Oxford : University Press.
- Van Bavel J., 2004, *Detecting stopping and spacing behavior in historical demography: a critical review of methods*. *Population*, 59(1), pp. 117-128.
- Vella S., 2004, *Discrimination sexuelle et infanticide en Inde du Sud*. *Espace Populations Sociétés*, 2004(1), pp. 29-43.
- Véron J., Rajan S.I., 2006, *La politique de population de l'Inde face à l'inertie des évolutions démographiques*. In Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (dirs). *Démographie : analyse et synthèse. VII Histoire des idées et politiques de population* (pp. 595-623). Paris : INED.
- Véron J., 2006, *L'Urbanisation du monde*. Paris : La Découverte.
- Véron J., 2002, *Dynamique de la population*. In M.-C. Saglio-Yatzimirsky (dir.). *Population et développement en Inde* (pp. 34-54). Paris : Ellipses.