



**POLITIQUE DE POPULATION,
MÉDIATEURS INSTITUTIONNELS
ET RÉGULATION DE LA FÉCONDITÉ
AU YUCATAN (MEXIQUE)**

**Arlette GAUTIER
André QUESNEL**



CRISTOM
Editions

Arlette GAUTIER
André QUESNEL

**POLITIQUE DE POPULATION,
MÉDIATEURS INSTITUTIONNELS
ET RÉGULATION DE LA FÉCONDITÉ
AU YUCATAN (MEXIQUE)**



INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE
POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION

EL COLEGIO DE MEXICO - CEDDU
Centro de Estudios Demográficos
y de Desarrollo Urbano

Editions de l'ORSTOM

INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION

Collection **ÉTUDES et THÈSES**

PARIS 1993

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les «copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective» et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, «toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite» (alinéa 1^{er} de l'article 40).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

Arlette GAUTIER
André QUESNEL

**POLITIQUE DE POPULATION,
MÉDIATEURS INSTITUTIONNELS
ET RÉGULATION DE LA FÉCONDITÉ
AU YUCATAN (MEXIQUE)**

AVANT-PROPOS

Le Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México (CEDDU, COLMEX) et l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM) mènent en collaboration, depuis 1979, des programmes de recherche et de formation en démographie dans le cadre d'une convention générale.

L'étude qui est présentée ici s'inscrit dans un programme intitulé : "Politiques de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité dans différents contextes agraires du Mexique". Il est dirigé par Susana LERNER (CEDDU) et André QUESNEL (ORSTOM). Engagé en 1986 dans la région du *henequén* (sisal) de l'État du Yucatan, ce programme se poursuit depuis 1989 dans la région sucrière de l'État du Morelos. Il fait suite à un programme du CEDDU, dirigé par Susana LERNER : "Dynamique démographique dans différents contextes agraires du Mexique", qui a été réalisé dans les deux zones mentionnées ci-dessus, et dans la vallée del Yaqui de l'État du Sonora.

Les travaux de terrain de cette étude dans la zone *henequén* du Yucatan ont été menés par Arlette GAUTIER (ORSTOM, Paris X-Nanterre) de juin 1986 à février 1987.

INTRODUCTION

Les recherches sur la fécondité et celles sur l'évaluation démographique des politiques de population sont devenues les plus nombreuses parmi les études socio-démographiques, ce qui se comprend aisément face à l'augmentation du nombre des pays en développement qui mènent des politiques démographiques (5 en 1960 sur 126 en 1986) (1). Or il est remarquable que dans ces études les processus de mise en œuvre des politiques démographiques ne soient pas abordés. D'un autre côté, et plus globalement, l'action politique quant à elle, a longtemps été essentiellement étudiée de trois points de vue : la science politique s'est intéressée aux textes juridiques et aux discours politiques, la science administrative à l'évaluation des politiques, la sociologie aux organisations. Ce n'est que récemment que s'est développée l'étude de l'action de l'État au concret et notamment des politiques publiques (2).

Les corpus théoriques de ces deux approches ont longtemps été séparés et, si on a mesuré l'effet multiplicateur des politiques de réduction de la fécondité, on ne sait guère par quels moyens elles arrivent à atteindre leur objectif. En particulier l'analyse du "style" de fonctionnement des programmes de planification familiale a été négligée, au profit notamment du rôle de la disponibilité des méthodes contraceptives. L'impact des programmes est encore souvent analysé de façon trop exclusive, soit comme la rencontre avec une demande non formulée mais révélée par l'Enquête mondiale de fécondité (EMF), soit comme l'imposition autoritaire d'une pratique.

En conséquence, tous les chemins de traverse qui vont des mécanismes de la formation d'une demande à ceux "du consentement à la domination" (3) en passant par le "consommérisme" institutionnel (je prends ce qui m'intéresse, je laisse le reste) sont encore trop inexplorés. Pourtant des études comme celles de CHASTELAND (4) montrent la diversité des politiques : développement de l'éducation et de l'information, offre de méthodes contraceptives, incitations financières, et recours à la dissuasion et même à la coercition. Mario BRONFMAN (5), comme d'autres auteurs (6), insiste aussi sur la nécessité d'étu-

-
1. United Nations World Population trends and policies, *Monitoring report*, New-York, 1988, 14.
 2. Jean LEICA, *et al. Traité de science politique*. Paris, Puf. Bruno JOBERT et Pierre MULLER, *L'État en action*. Paris, Puf, 1987 : 242 p. Jean PADIOLEAU, *L'État au concret*. Paris, 1982 : 222 p.
 3. Selon la formule de Godelier, reprenant un thème classique en philosophie politique depuis La Boétie.
 4. Jean-Claude CHASTELAND, "Les politiques de population dans le Tiers Monde huit ans après Bucarest : espoirs et réalités", *Politique de Population*, janvier 1984, n° 2.
 5. Mario BRONFMAN, "Planification de la famille : discours et méthode. Le cas de l'Amérique latine". Miméo. Mexico, Colegio de México.
 6. Ruth SIMMONS, Gayl D. NESS, Georges B. SIMMONS, "On the institutional analysis of population programs". *Population and Development Review* vol. IX, n° 3, septembre 1983 : 457-474.

dier la mise en œuvre des politiques et non plus seulement les discours et les résultats. Il conclut : "Notre analyse est que les pratiques coercitives et autoritaires dans la mise en œuvre des politiques sociales en Amérique latine dépendent du type d'objectif posé, des critères d'évaluation, du rôle joué par les groupes cibles durant le processus et de la distance sociale existante entre ceux qui élaborent la politique et ceux qui la subissent. Une analyse plus fine devrait déterminer si cette dynamique est un effet indésirable - un effet pervers selon les termes de BOUDON - du processus politique ou s'il est lié au type de relation existant en Amérique latine entre la société politique et les individus".

Quant aux études sur la fécondité, la plus importante des distinctions relève de leur niveau d'analyse : micro ou macro. Les études micro-économiques de la fécondité, développées en premier lieu par Gary BECKER (7), portent sur les individus et utilisent le modèle des choix de consommation : les enfants sont des biens comme les autres et les parents choisissent entre diverses opportunités, en fonction notamment du montant des salaires féminins. EASTERLIN (8) a développé ce modèle en cherchant à établir que le mécanisme de formation des choix est fonction de la comparaison entre le niveau de vie pendant l'enfance et celui vécu au moment des choix reproductifs. Cependant, pour RYDER (9) comme pour KELLERHALS (10), ces études concernent un niveau analytique non opératoire car les décisions liées à la fécondité relèvent plus de normes sociales que d'un calcul économique rationnel de maximisation des avantages. La source principale des changements de fécondité dépend des variations dans la structure institutionnelle. Dans ce sens MAC NICOLL (11) s'interroge sur le contexte général de la fécondité : situation économique, mesures légales et administratives, normes sociales, alors que KRAEGER (12) se demande : à quelles fins sociales les objectifs et les relations démographiques sont-ils organisés ? Par ailleurs les chercheurs reconnaissent qu'il est essentiel de savoir qui a le pouvoir de décider en matière de fécondité et comment se prend cette décision : alors que les études micro-économiques prennent la famille pour une unité homogène, CALDWELL, CAIN et RYDER (13) insistent

7. Gary BECKER, *A treatise on family*. Harvard University Press, 1981.

8. Richard EASTERLIN, "The economics and sociology of fertility : a synthesis", in Charles TILLY (eds), *Historical Studies of Changing Fertility*. Princeton university press, 1978 : 57-133.

9. Norman RYDER, "Fertility and family structure". *ONU - Fertility and family*, 1984 : 279-320.

10. Jean KELLERHALS *et al.* *Mariages au quotidien*. Lausanne, Edition Favre, 1982.

11. Geoffrey MAC NICOLL, "Institutional determinants of fertility change". *Population and Development Review*, septembre 1980, vol. VI, n° 3 : 441-462.

12. Philip KRAEGER, "Demography in situ". *Population and Development Review*, 1982, vol. VIII, n° 2 : 237-266.

13. Mead CAIN, "Perspectives on family and fertility in developing countries", *Population Studies*, vol. XXXVI, n° 2, juillet 1982 : 159-175.

sur la nature fondamentalement inégale des relations en son sein ; ainsi le chef de famille a souvent le bénéfice des choix reproductifs dont les coûts reposent sur les femmes et les enfants. Suivant en cela CALDWELL, RYDER note d'ailleurs que la nature du contrat intergénérationnel est le premier déterminant des changements de la fécondité. Par ailleurs, LÉRIDON (14) a bien montré que les décisions de fécondité ne sont pas prises une fois pour toute mais qu'elles sont l'objet d'une négociation au sein du couple selon un processus très complexe ; cela sans oublier que les enfants ne sont pas toujours planifiés du fait des aléas de la contraception.

L'enjeu ici est de délaissier l'analyse du discours des politiques de développement en général, et de population en particulier, pour celle de la traduction en action de ces politiques et de l'influence de ces actions sur les comportements reproductifs. ALBA et POTTER (15) ont d'ailleurs remarquablement défriché ce sujet pour le Mexique, en montrant comment les politiques économiques (notamment agraires et sociales) ont pu maintenir les bases micro-économiques d'une forte fécondité et par là entrer en contradiction avec la politique de planification familiale. Cependant à ces travaux et à la remarquable synthèse réalisée par Maria COSIO (16) sur les politiques de population au Mexique, il paraît nécessaire d'ajouter une analyse plus fouillée de la mise en place et des moyens des programmes ainsi que de la demande d'enfants selon différentes situations agraires mexicaines, comme l'a fait Mario BRONFMAN pour le Chiapas (17).

Le questionnement porte donc sur :

- les **institutions**. Comment la politique définie au niveau central est-elle mise en œuvre concrètement ? Quelles sont les différentes institutions qui interviennent et quels sont leurs rôles ? Quelle est leur logistique, les agents qui la réalisent, leur perception de la politique de population ? Quels sont les arguments et les moyens qu'ils utilisent pour faire passer leurs objectifs ? Quelles sont les méthodes contraceptives qu'ils privilégient ? Pour cela il n'est pas suffisant de s'en tenir à ce que disent les médiateurs institutionnels de leurs pratiques, il faut confronter ce discours à ce qu'en perçoivent les familles ;

14. Henry LÉRIDON, *La seconde révolution contraceptive*. Paris, PUF/INED, *Cahiers*, 1987, n° 117 : 219-248.

15. Francisco ALBA et Joseph E. POTTER, "Population and development in Mexico since 1940 : an interpretation", *Population and Development Review*, mars 1986, vol. XII, n° 1 : 47-75.

16. Maria COSIO, *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*. Thèse de doctorat d'État de Démographie, Paris V, 1988.

17. Mario BRONFMAN, *Chiapas*, Miméo, Colegio de México.

- les familles. Comment la fécondité est-elle perçue selon les catégories sociales, la génération et le sexe ? Les familles ont-elles intégré le discours anti-nataliste officiel, l'ont-elles réinterprété ou refusé ?
- les pratiques contraceptives. Elles sont considérées ici comme la résultante des politiques et des intérêts des familles ; on cherchera donc à y déchiffrer les signes du fonctionnement de la politique et des particularités propres à chaque groupe.

A. LE CONTEXTE MEXICAIN

Le Mexique est un cas intéressant car la fécondité extrêmement élevée, a subi une forte baisse après la mise en œuvre d'une politique de réduction de la fécondité, politique pour laquelle il a d'ailleurs reçu un prix de l'ONU en 1986. La croissance de la population mexicaine a été l'une des plus fortes du monde entre 1950 et 1970 (dépassant plus de 3 % l'an), voire la plus élevée dans la décennie 1960-1970 avec un taux de croissance annuelle de 3,4 %.

Cette croissance est due d'une part à une forte baisse de la mortalité, amorcée dès 1930 (18) et qui accompagne la stabilité politique et le développement économique, et d'autre part au maintien d'une fécondité élevée (19). Faible mortalité et forte fécondité sont liées au modèle de développement mexicain fondé sur une économie dualiste : d'un côté une agriculture très parcellisée, peu productive, mais bénéficiant d'aides publiques continues, quoique limitées, se maintient en entraînant à la fois un fort exode rural et une exigence croissante de la force de travail familiale ; de l'autre, des secteurs économiques [agricole et urbain-industriel] tournés vers une production destinée à l'exportation, absorbant la majeure partie des investissements productifs et sociaux, favorisent, appellent et intègrent une population croissante. Ce modèle, et les politiques qui l'accompagnent, favorisent le maintien d'une fécondité élevée au sein des familles mexicaines et génèrent des déséquilibres démo-économiques, dont le plus connu réside dans le développement de la mégalopole de Mexico (20).

Au début des années 1970, partant du postulat que l'essoufflement de la croissance économique annonçait l'incapacité de l'économie à absorber de nouveaux actifs, une grande partie de la communauté scientifique mexicaine [sensible au courant néo-malthusien qui prévaut largement dans la commu-

18. Ainsi le taux de mortalité, qui était de 40 ‰ en 1895-1915, n'était plus que de 18 ‰ en 1935 et de 10 ‰ en 1975. Marta MIER Y TERAN - "El gran cambio demográfico". *Demos*, 1991 : 4.

19. La descendance finale a même augmenté : de 6 enfants par femme pour la génération 1930 à 7 pour la génération 1960. Maria COSIO, *op. cit.* : 346-437.

20. André QUESNEL et Patrick LIVENAIS, "La fécondité au Mexique", *Espaces, population, sociétés*, vol. III, n° 1, février 1985 : 9-34.

nauté scientifique internationale] érige le maintien des niveaux de fécondité en problème de population (21). La nécessité d'une politique de population, visant aussi bien le contrôle de la structure et de la distribution de la population que celui de sa croissance naturelle, s'impose alors aux pouvoirs publics. C'est dans ce sens qu'est définie la loi de population de 1974, rompant ainsi avec la position populationniste de la première loi de population de 1940. L'accent est mis sur la redistribution de la population mais surtout sur la réduction de la fécondité. La Coordination nationale de la planification familiale (CONAPO) est créée dans ce but en 1977. Elle définit un programme dont elle confie la réalisation aux institutions médicales nationales.

Ces institutions sont essentiellement : l'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS), réservé à ceux qui paient une cotisation, et le ministère de la Santé (SSA) qui permet l'accès des autres Mexicains à un certain nombre de cliniques ou de dispensaires où ils ne paient que la moitié environ des frais médicaux. Le programme de planification familiale (PPF) a eu pour première cible la population urbaine marginale. Lorsqu'il devint à la fois officiel et prioritaire il apparut que le problème majeur consistait à toucher le monde rural : ainsi WELTI (22) note qu'en 1976, 58 % des Mexicaines n'ont pas accès au système de soins publics. Pour remédier à cela trois actions furent entreprises (23) :

1) l'articulation du programme de planification familiale avec le système de soins traditionnel ; cela consiste essentiellement à intégrer les sages-femmes au système bio-médical. La SSA et l'IMSS ont ainsi formé respectivement 7 200 et 10 182 matrones à la planification familiale ; en 1986 4 500 continuent à travailler en ce sens avec l'IMSS (les chiffres pour la SSA ne sont pas connus).

2) le développement de petites cliniques en milieu rural : ainsi la SSA a créé 1 200 centres de santé de 1974 à 1978 et formé de nombreuses responsables de communauté lors du programme de santé rurale (1977-1980), tandis que depuis 1979 l'IMSS, associé au COPLAMAR (Coordination générale du plan national pour les zones pauvres et les groupes marginalisés), a ouvert un grand nombre de dispensaires dans des zones marginalisées où les individus

21. Viviane BRACHET-MARQUEZ, "Le planning familial au Mexique. Processus de formation d'une politique publique", *Sciences sociales et santé*, vol. III, n° 1, février 1985 : 9-33.

22. Carlos WELTI, "Efectos de desarrollo socio-económico y la disponibilidad de servicios anticonceptivos sobre la fecundidad en México en 1976", *Investigación demográfica en México. México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*, 1980 : 822.

23. Francisco ALARCON NAVARRO y Jorge MARTINEZ MANAUTOU, *Innovaciones administrativas*. México, IMSS, 1986. María Del Carmen ELU DE LENERO, *De lo institucional a lo comunitario : un programa de salud rural*. México, Asociación mexicana de población, 1982 : 214.

sont soignés en échange de dix jours de travail communautaire par an. La coordination IMSS-COPLAMAR a permis de multiplier par dix le nombre des unités rurales de l'IMSS de 1979 à 1981, date à laquelle elles sont 3 024.

3) les services de l'IMSS délivrent gratuitement depuis 1980 à tous ceux qui le demandent des méthodes contraceptives ; ce fait ne semble pas connu de toutes les femmes.

Ce programme n'a pas été critiqué par les partis politiques. En revanche il a rencontré peu à peu l'opposition de l'Église catholique. Selon BRACHET-MARQUEZ, l'Église, dont on aurait attendu un refus doctrinal de la politique gouvernementale, s'était montrée au début très indulgente et manifestait une pluralité de positions. Cette tolérance n'est plus de mise en 1986, ainsi l'évêque Genaro ALAMILLA critique violemment le prix accordé par l'ONU à la politique de population du gouvernement mexicain. Cependant il ne s'oppose pas à la planification en tant que telle : *"l'Église n'est pas nataliste par nécessité, elle ne demande pas que les gens aient plus d'enfants qu'ils ne peuvent en élever"* (24). La planification paraît donc totalement légitimée, toutefois l'Église s'oppose aux méthodes employées, qualifiées d'"anti-naturelles". Cette nouvelle vigueur date de l'élection du Pape Jean-Paul II, qui fait en effet de nombreuses homélies contre la contraception, lesquelles sont reprises au Mexique dans les journaux et lors des prêches en chaire.

Les enquêtes nationales et sectorielles portant sur l'évolution de la fécondité et l'utilisation des méthodes contraceptives se multiplient à partir de 1973 ; elles montrent une baisse de l'indice de fécondité de l'ordre de 29 % entre 1970 et 1979 (l'indice passant de 6,7 à 4,7) et plus particulièrement de 21 % entre 1975 et 1979. Cette baisse se poursuit puisque l'indice synthétique de fécondité n'est plus que de 3,8 en 1986. Des études plus fines (25) portant sur les changements dans les variables intermédiaires de la fécondité (âge au mariage, durée d'union, allaitement, contraception) montrent que la baisse intervenue entre l'EMF (1976) et l'END (Enquête nationale démographique) (1982) est imputable pour la presque totalité à l'extension de la pratique anti-conceptionnelle. En effet le recul de l'âge à l'union provoque une légère baisse de la fécondité alors que la réduction de la durée de l'allaitement l'augmente très légèrement. La pratique contraceptive touche toutes les classes d'âge et toutes les classes sociales mais de façon différenciée ; elle s'intensifie relativement plus de 1978 à 1982 en milieu rural, chez les femmes de plus de 30 ans et chez les moins éduquées.

24. *Uno más uno* : 3, 28 mai 1986.

25. F. JUAREZ, T. PULLUM, J.B. CASTERLINE, "Cambio de la fecundidad en México". *IIIª Reunión nacional sobre la investigación demográfica en México*, El Colegio de México : 37, 1986.

Ces résultats soulignent l'efficacité du programme de planification mis en œuvre depuis 1977 et on pourrait s'en tenir là ; toutefois le fait que d'autres pays aient connu un échec relatif de leur programme, comme l'Inde, ou bien une baisse de leur fécondité sans que soit définie une politique de population, comme le Brésil, amène à se poser la question suivante : qu'est-ce qui a provoqué l'acceptation, l'adoption ou l'imposition d'un nouveau modèle de reproduction dans la population mexicaine en moins de dix ans ? Autrement dit, plutôt que de dégager un nouveau modèle de reproduction à partir d'indicateurs socio-démographiques, il convient de chercher à comprendre dans quelles conditions apparaît l'invention d'un nouveau comportement reproductif et surtout d'identifier par quels mécanismes s'impose si rapidement celui-ci.

B. LA ZONE HENEQUÉN DU YUCATAN

Une précédente recherche dirigée par Susana LERNER "*Dynamique démographique des différents contextes agraires du Mexique*" avait permis de préciser la diversité des situations rurales au Mexique liée à son histoire. Ainsi depuis la révolution mexicaine, l'État, dans le cadre de la réforme agraire, a distribué des terres sous forme d'*ejido* (26) dont les paysans n'ont que l'usufruit, tout en appuyant financièrement les grandes propriétés privées à fort développement technologique (notamment irrigation). Sur la base de cette étude trois zones ont été considérées comme représentatives de la diversité des modes d'appropriation de la terre et des niveaux technologiques et ont donc été l'objet d'enquêtes approfondies sur les relations entre dynamique démographique et structures agraires. Il s'agit de :

- vallée de Yaqui-Sonora : région productrice de céréales et à fort niveau technologique.
- Morelos : zone hétérogène tant du point de vue de l'appropriation de la terre (*ejidal* cultivée d'une façon individuelle ou totalement privée) que du

26. L'*ejido* désigne, sous la colonisation, les terres des communautés indigènes qui sont travaillées collectivement. La législation de la réforme agraire ne définit pas ce qu'est l'*ejido*, mais dans la pratique ce terme recouvre les terres attribuées, par dotation de l'État, à des individus rassemblés dans un groupe de population (*núcleo de población*). À l'intérieur de l'*ejido*, les attributaires d'une parcelle, les *ejidatarios*, en ont l'usufruit qu'ils peuvent transmettre à leurs descendants. Le contenu communautaire de l'*ejido* a disparu, le caractère coopératif demeure au niveau de l'organisation administrative imposée par les institutions étatiques d'ordre agraire, bancaire, etc. Au cours du temps avec les dotations postérieures et l'extension des terres des premiers *ejidos*, il résulte une diversité de situations juridiques, organisationnelles et économiques des *ejidos* dans les différentes régions du Mexique.

type de culture (cane à sucre et productions vivrières) et du niveau technologique.

- zone de monoculture du *henequén* (27) au Yucatan.

Nous avons choisi d'étudier la mise en œuvre de la politique de population dans cette dernière région (28).

Cette région est située dans la zone nord-ouest du Yucatan. Elle comportait en 1980 780 000 habitants, soit 75 % de la population de l'État sur 33 % de la superficie de cet État. La capitale de l'État, Mérida, située au centre de la région du *henequén*, concentre à elle seule 50 % de la population de la zone. Cette région est caractérisée par une production agricole de monoculture : l'*henequén*, basée sur une organisation en *ejido*, elle-même totalement contrôlée par une institution fédérale, la Banque rurale du Yucatan. Les producteurs agricoles impliqués dans cette organisation, appelés "ejidatarios institutionnels", perçoivent en contrepartie de certaines tâches définies par l'*ejido* un crédit, considéré comme l'équivalent d'un salaire bien qu'il soit de quatre à six fois inférieur au salaire minimum. D'ailleurs certains *ejidatarios* revendiquent l'obtention du statut de salarié agricole. Ils cotisent à l'IMSS depuis 1972. En 1980 ils étaient 57 360 mais la restructuration menée par la Banque rurale a fait chuter leur nombre à 49 013 en 1983. Les autres producteurs agricoles sont, soit des "autonomes" qui ont exigé de cultiver individuellement des terres *ejidales*, perdant ainsi le bénéfice des crédits de la Banque rurale, soit des *parcelarios*, propriétaires de quelques champs. Selon le recensement de 1980 il y avait 11 000 *parcelarios*, 1 304 autonomes et 134 petits propriétaires ainsi que 20 000 salariés agricoles et un nombre bien plus faible de salariés non agricoles (notamment des ouvriers produisant des cordages à partir du *henequén*). Des artisans et des commerçants constituent le secteur des petits producteurs indépendants. Les 1 000 familles de l'enquête de 1980 et les 65 de 1986-1987 ont été choisies dans l'ensemble de ces catégories sociales.

Dans la suite du texte nous appellerons ES les *ejidatarios* institutionnels ; ED les *ejidatarios* indépendants, les petits propriétaires, les autonomes, et les travailleurs indépendants ; SA les salariés, majoritairement agricoles dans notre échantillon. Les ES sont à la fois pauvres et dépendants de la Banque rurale qui leur assigne un certain nombre d'heures de travail mais ils sont affiliés à l'IMSS. Les ED sont plus riches bien que leurs revenus soient aléatoires, les SA

27. Le *henequén* ou sisal est une agave dont les feuilles fibreuses servent à fabriquer des cordages ou des tapis. Forte source de revenus pour l'État mexicain lorsqu'il était exporté en quantité, il est devenu peu rentable depuis le développement des fibres synthétiques.

28. Susana LERNER, André QUESNEL, Fernando SAAVEDRA et Lucio GELLER, *Dinámica socio-demográfica de la zona henequenera*. Miméo, 1980.

sont entre les deux pour ce qui concerne les salariés agricoles, les ouvriers ayant eux des revenus relativement plus élevés. Il faut toutefois noter que de nombreux Yucatèques sont contraints à une pluriactivité pour survivre.

Durant la période 1940-1980 correspondant aux plus grands changements démographiques au Mexique, l'État du Yucatan a connu une croissance globale relativement faible jusqu'en 1970 (inférieure à 2 % l'an) comparée à celle du pays, du fait d'une forte émigration, d'une forte natalité et d'une faible mortalité. En revanche entre 1970 et 1980 les taux d'accroissement se sont rapprochés (3 % et 3,2 %) à la suite de la diminution de l'émigration et du maintien d'un taux de natalité autour de 35 ‰ alors qu'il baisse de 34,1 à 26,9 ‰ pour l'ensemble du Mexique. Toutefois ce maintien d'une forte natalité peut cacher des changements de la fécondité, en effet pour la région du Sud-Est du Mexique, qui inclut l'État du Yucatan, l'indice de fécondité a baissé de 27 % en 1970-1979 et surtout de 21 % de 1975 à 1979.

Les baisses de la mortalité et de l'émigration sont paradoxales si on les associe à l'état économique de la région en continuelle détérioration. En effet on peut se demander comment la population rurale du Yucatan, une des plus pauvres et des moins éduquées du Mexique, a pu atteindre des niveaux aussi bas de mortalité générale (7,5 ‰ en 1975) et surtout de mortalité infantile (44 ‰ contre 49 ‰ dans le pays) alors que la production du *henequén* est en crise depuis 1950. Cette situation ne s'explique que par la situation particulière du système de Santé publique au Yucatan et surtout dans la zone *henequén*. En effet, le manque ancien de main-d'œuvre et le rôle du *henequén* dans les exportations mexicaines expliquent que les *henequeneros* aient été dotés de services médicaux dans le cadre des *haciendas*, puis des services sociaux en 1934 (lors de l'expropriation des *hacendados*, gros propriétaires terriens), puis des centres du ministère de la santé et enfin de l'IMSS en 1972 (29). Au total en 1986 les dépenses fédérales en matière de santé publique (29 milliards de pesos) sont supérieures au budget annuel de l'État yucatéque (26 mds) (30). Il en résulte donc une infrastructure médicale en équipement et en personnel de santé plus importante par habitant que dans le reste du Mexique rural et ce en dépit d'une concentration des investissements à Mérida.

L'effet le plus important de ces investissements est sans doute l'intégration de l'ensemble de la population, tant au plan idéologique que pratique, à un système moderne de santé. La nature et l'augmentation des consultations auprès des médecins publics et privés, le développement de l'autoconsomma-

29. Eduardo L. MENENDEZ, *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, Ediciones de la casa chata, 1981 : 590 p.

30. *Diario de Yucatán*, 26 janvier 1987.

tion pharmaceutique, la marginalisation des guérisseurs quant au traitement de nombreuses maladies, révèlent de nouveaux itinéraires et comportements thérapeutiques de la part de la population.

Les Yucatèques sont ainsi couverts en 1982 à 94 % par le système public, dont 56 % par l'IMSS-COPLAMAR, et 30 % par la SSA (31). Il faut toutefois noter que les différentes institutions sont loin de représenter le même poids financier et donc d'offrir le même service : ainsi en 1986 les dépenses publiques de santé yucatèques provenaient pour 83 % de l'IMSS, pour 10 % de la SSA et pour 3 % de l'État régional (32). Les *ejidatarios*, qui sont souvent les plus pauvres des paysans, se trouvent ainsi avoir accès au système de santé le plus puissant. On peut se demander si cette intégration poussée à un système de santé moderne facilite l'évolution des attitudes et des comportements liés à la fécondité, ce d'autant que lors de l'enquête de 1980 les femmes du groupe ES présentaient les descendance finales les plus élevées (7,1 enfants) face à celles de ED (6,1) et celles de SA (5,4).

C. L'ENQUÊTE

Le principe de l'enquête était donc de confronter les justifications et les explications de leur action, que donnent les principaux intervenants de la politique de population, à la perception qu'en ont les familles. Pour cela ont été interrogés dans trois localités tous les médecins publics et privés, toutes les sages-femmes, les curés et pasteurs, les directeurs d'écoles et les infirmières chargées de la planification familiale. Ont également été interrogés : à Mérida, quatre médecins et quatre infirmières des deux principaux hôpitaux où accouchent les femmes de la zone *henequén* ; et à Motul, dont dépend médicalement un des villages, un médecin privé et la médecin de l'IMSS chargée de la santé materno-infantile. Nous avons interrogé les femmes et les hommes des 65 familles de l'enquête de 1980 où il y avait des femmes de 15 à 49 ans, pour comprendre les éventuelles différences de positions entre les sexes car les décisions de fécondité relèvent de l'interaction au sein des couples. Des entretiens ont été menés avec 40 femmes lors d'un deuxième passage. Cette étude est donc fondée sur l'analyse de 122 questionnaires (Q) et des entretiens (E) avec 65 responsables de la politique de planification familiale et 40 femmes.

L'enquête a été réalisée en cinq mois de terrain (juin, août, décembre 1986 à février 1987) dans trois villages principaux : Canicab, Hunucma, Sinanché, et deux "secondaires" : Acanceh, dont dépend Canicab, qui n'est qu'une *hacienda* (littéralement une propriété agricole, en fait un hameau), et Yobaïn, qui

31. Graciliano ALPUCHE PINZON, 1^o informe del gobierno, 1982. Mérida, ESTADO DE YUCATÁN, 1983, sans pagination. Annexe 1.

32. *Id.* note 24.

dépend au point de vue médical de Sinanché. Ces villages ont été choisis en fonction de quatre critères :

- la représentativité des infrastructures sanitaire, scolaire et religieuse, ces dernières variant en fonction de la taille des agglomérations. Au Yucatan 25 % de la population vit dans des villages de moins de 2 500 habitants, 24 % dans des communes de 2 500 à 14 999 habitants et 51 % dans huit localités de plus de 15 000 habitants (y compris la capitale de l'État, Mérida). Dans notre échantillon de 65 familles, 20 % vivent dans un hameau, Canicab, de 1 000 habitants, 57 % dans trois villages entre 2 500 et 4 999 habitants (Acanceh, Sinanché et Yobaïn), 23 % dans une ville de plus de 15 000 habitants, Hunucma. En termes d'infrastructure 26 % de la population doit se déplacer hors de son village pour avoir accès à la médecine institutionnelle, 43 % dispose d'un dispensaire et 31 % d'une clinique ou d'un hôpital rural.
- la représentativité des catégories sociales. Dans notre population il y a 35 familles dont le chef est un *ejidatario* institutionnel (ES), parmi ceux-ci quinze n'ont pas d'autre activité, quatorze sont également salariés (généralement agricoles) et six ont une autre activité secondaire ; onze familles ont pour chef un *ejidatario* indépendant (ED) dont huit mènent également une autre activité ; les dix-neuf chefs de familles n'étant pas *ejidatarios* (SA) se décomposent en sept salariés agricoles, quatre salariés non-agricoles, six travailleurs indépendants et deux "autres". À Canicab il n'y a que des *ejidatarios* institutionnels alors que la composition sociale de Sinanché est la plus diversifiée.
- la représentativité de diverses situations de natalité : Hunucma a connu une légère baisse (moins 6 ‰ de 1970 à 1980) mais le taux de natalité y reste très fort : 45 ‰ alors qu'Acanceh-Canicab avec une baisse de 4 ‰ arrive à un taux moyen de 36 ‰ et Sinanché avec une baisse record de 13 ‰ atteint un des taux les plus bas de la région : 30 ‰.
- par ailleurs nous repassions dans les villages enquêtés en 1980, il fallait donc que le nombre d'entretiens déjà réalisés y ait été suffisant.

Ces contraintes nous ont donc conduit à choisir les cinq villages suivants :

1) **Acanceh** : ce village comptait 8 020 personnes au recensement de 1980 et 11 000 au moment de l'enquête, si l'on tient compte uniquement de l'accroissement naturel. Il comprend une clinique, deux médecins privés dont seulement un à plein temps, deux pharmacies, trois sages-femmes, trois écoles primaires, deux collèges, un lycée. Un prêtre y réside et il y a un groupe d'action catholique.

2) **l'hacienda Canicab** fait partie administrativement d'Acanceh. 990 habitants y résident, treize familles ont été interviewées. Il n'y a aucune infrastructure sanitaire ; une "promotrice de santé" vient de temps à autre, trois sages-femmes, toutes très âgées, une école primaire. Un groupe protestant et un groupe d'action catholique y militent, mais le curé vient très rarement car les

habitants n'ont pas l'argent nécessaire pour rembourser son trajet. Le village était très isolé jusqu'en 1983, date à laquelle a été achevée une route carrossable : depuis un car vient tous les jours ouvrables. Les chefs de famille sont tous des *ejidatarios* institutionnels, qui doivent cependant mener une activité supplémentaire pour survivre. Quelques femmes mariées vont travailler depuis peu comme domestiques à Mérida, ce qui constitue un phénomène tout à fait nouveau. D'autres femmes ramassent les résidus du *henequén* pour un salaire de misère.

3) Hunucma, 15 448 habitants en 1980, 19 000 en 1986 selon les données de l'état civil, quinze familles ont été interviewées. L'infrastructure sanitaire y est dense puisqu'il y a un hôpital rural de l'Institut mexicain de sécurité sociale dont relève la moitié de la population, un centre de santé pour les autres, deux pharmacies, sept médecins privés, sept sages-femmes traditionnelles. Les enfants peuvent y poursuivre leurs études jusqu'à l'équivalent du baccalauréat. Il y a toujours eu un curé résident et l'actuel titulaire, très dynamique, anime de nombreux groupes ; deux caractéristiques qui expliquent peut-être la faible diffusion du protestantisme dans cette ville. Il y a actuellement 1 150 *ejidatarios*, dont 300 travaillent dans le *henequén* et les autres dans des programmes de diversification agricole.

4) Sinanché avait 3 293 habitants en 1980 et a sans doute peu progressé du fait de la chute spectaculaire de la natalité et de la migration, plus fréquente qu'ailleurs, vers les "îles" : Cancun ou Mujeres. Ce village est très particulier dans la mesure où de nombreux *ejidatarios*, mécontents des crédits que leur octroyait la Banque, l'ont quittée pour travailler seuls ; mais du fait des caractéristiques de la distribution des terres, ils ont souvent dû arrêter et émigrer. Cependant la dotation en terres est importante pour les *ejidatarios* institutionnels et leurs revenus sont supérieurs à ceux du village voisin de Yobaïn. La composition sociale de ce village est en conséquence très diversifiée. Il n'y a guère de possibilités de travail féminin d'autant plus que Mérida se trouve à 66 km soit une heure et demi de trajet en car. En 1986 on y trouvait une clinique IMSS, inaugurée en 1972 ; deux frères installés depuis moins d'un an comme médecins privés et vendant quelques médicaments ; une sage-femme. Les non-ayants-droits peuvent aller au centre de santé de Telchac Pueblo, à quelques kilomètres. Les ayants-droits gravement malades et les accouchements non-urgents sont envoyés à Motul à 19 km. Aux deux écoles primaires s'est ajouté en septembre 1986 un module d'enseignement secondaire. Le curé n'est pas résident et ne semble être guère estimé (trop vieux, fatigué, ne fait que passer) à la différence de celui d'Hunucma.

5) Yobaïn, 2 400 habitants selon le maire, dépend de la clinique de Sinanché, dont le médecin contrôle les deux sages-femmes. Il y a deux écoles primaires et un module de secondaire.

LA MISE EN PLACE DE LA POLITIQUE DE POPULATION

La politique démographique mexicaine a été étudiée tant du point de vue de son élaboration, au niveau politique (BRACHET-MARQUEZ) et économique (ALBA et POTTER), que des mesures législatives nécessaires pour sa mise en œuvre (IMSS) et de son efficacité (COSIO). Ce qui est moins connu c'est comment elle a été mise en œuvre, quelle a été la logistique des différents intervenants, les arguments avancés de part et d'autre pour légitimer le changement de normes de la reproduction ainsi que les méthodes diffusées. Pourtant les changements législatifs et les normes administratives ne prennent un sens qu'en fonction des moyens qui ont été mis en œuvre pour les faire passer dans la réalité sociale, de la mobilisation des acteurs publics en sa faveur ainsi que de l'adéquation entre son message et ce que peut entendre la population visée. Il faut donc être sensible aux nuances, aux contradictions éventuelles entre les différents intervenants et accepter de commencer par une description quelque peu impressionniste des situations rencontrées dans les différents villages. Seul ce détour permettra de préciser ce qui se dit et se joue réellement dans la mise en œuvre du programme mexicain au Yucatan. L'information provient des textes administratifs et médicaux, considérés comme des normes, et comparés à ce que disent des pratiques institutionnelles les médiateurs et les femmes.

A. RÔLE ET ORGANISATIONS DES INTERVENANTS

L'action de l'État s'effectue par la mobilisation de toutes ses institutions tant dans le champ de l'idéologie que dans celui de la santé ; elle ne rencontre que l'opposition de l'Église catholique.

1. Les institutions non sanitaires

CONEPO (Conseil étatique de la population), radio-télévision, système scolaire, sont mobilisés pour la légitimation de la planification familiale.

Le CONEPO du Yucatan ne semble pas calculer d'objectifs chiffrés mais diffuse diverses brochures et organise des conférences, surtout auprès des lycéens. Ses effectifs et ses moyens, très réduits, lui interdisent cependant toute présence réellement significative.

La radio joue un rôle important de propagande : les messages gouvernementaux en tous genres y sont nombreux et enthousiastes. Parmi ceux-ci se trouvent, un peu noyés dans la masse, les slogans en faveur de la planification familiale : de l'ancien "la petite famille vit mieux" à celui de 1987 "avoir peu d'enfants pour leur donner beaucoup". On entendait également des petites saynètes où de jeunes parents montraient qu'ils avaient pu améliorer leur situa-

tion professionnelle parce que leur famille réduite leur en laissait le temps. La télévision fut mise à contribution en 1977 avec le feuilleton "Accompagne-moi" dont le succès fut tel que l'ONU le diffuse maintenant dans d'autres pays en développement, notamment en Inde (1). 81 % des foyers étudiés disposent d'une radio ou d'une télévision.

La scolarisation, encore très faible, cependant a beaucoup progressé durant les dix dernières années. Il y a désormais des classes primaires dans tous les villages et mêmes dans les hameaux comme Canicab et des modules d'enseignement secondaire viennent de s'ouvrir dans les deux villages de Sinanché et Yobaïn, ce qui réduit considérablement le coût des études secondaires en éliminant le prix du billet de car et de l'alimentation à l'extérieur. Selon les directeurs d'école primaire il n'y aurait pas de cours sur la planification familiale à ce niveau bien que les plus âgés quittent l'école à 14 ans et ne tardent souvent pas à avoir leurs premières relations sexuelles. En revanche des cours ont lieu dans le premier cycle du secondaire. En deuxième année douze heures sont consacrées en classe de sciences naturelles au contrôle des naissances et à l'appareil reproductif. En troisième année, le professeur de sciences sociales consacre de six à douze heures, selon l'organisation des écoles, aux problèmes démographiques actuels. Un sondage dans les écoles secondaires d'Acanceh montre que la norme des deux-trois enfants est la seule affichée par les écoliers ; en revanche et peut-être par timidité, ils connaissaient très peu de méthodes anticonceptionnelles.

Un autre organisme, le DIF (système national de développement intégral de la famille) joue un certain rôle dans la politique de planification familiale. Selon Luis ENERO (2), il s'opposait en 1979 aux méthodes anticonceptionnelles et prônait celle du rythme (continence périodique) mais au Yucatan en 1986 ses distributions de lait en poudre donnent l'occasion de parler de la nécessité de planifier sa famille et des différentes méthodes, du moins à Sinanché.

2. Les institutions de la santé

Comme nous l'avons déjà indiqué le Yucatan se singularise par rapport aux autres zones rurales du Mexique par le caractère ancien de la médecine publique, particulièrement dans la zone *henequén*, et inversement par la faiblesse des pratiques traditionnelles, comme l'a bien montré MENENDEZ (3). Cependant les 30 000 *ejidatarios* exclus de 1976 à 1983 doivent se retourner

1. Joani HOCQUENGHEIM, "Televisa : le rêve américain en espagnol". Mexico, *Autrement*, n° 18, mai 1986 : 178.

2. Luis ENERO, *Valores ideológicos y las políticas de población en México*. Mexico, Edicol, 1979.

3. *Op. cit.*

vers la SSA, l'IMSS-COPLAMAR, la médecine privée ou traditionnelle : guérisseurs ou sages-femmes.

Ces variations de couverture institutionnelle se manifestent clairement dans notre échantillon de 65 femmes, puisque sur les 292 grossesses relevées de 1952 à 1987, 18 % n'étaient pas couvertes par l'IMSS alors que ce pourcentage monte à la moitié en 1980-1981 pour redescendre au tiers après. L'appartenance à l'IMSS dépend également de la profession : ainsi elle concerne tous les *ejidatarios* institutionnels mais seulement 75 % des *ejidatarios* indépendants, 61 % de ceux qui sont aussi salariés, 68 % des autres catégories.

C'est donc un système de santé publique particulièrement puissant qui s'ouvre à la planification familiale et en son sein domine l'IMSS, connu pour sa volonté d'application massive du PPF. Selon le chirurgien du centre materno-infantile de Mérida, même si dès 1960-1961 on commence à parler des méthodes contraceptives au Yucatan et si les moyens sont fournis depuis 15-20 ans aux *henequeneros*, la campagne pour la planification familiale n'a vraiment commencé qu'en 1973. De fait une femme de l'échantillon a su dès 1971 que l'on donnait des pilules dans la clinique de l'IMSS.

Quelle est la situation en 1986 ? Elle peut s'apprécier du double point de vue de l'approvisionnement matériel et de la mobilisation du personnel. Tous les centres que nous avons visités, qu'ils soient de la SSA ou de l'IMSS, disposaient de pilules, stérilets et condoms. Ces derniers manquaient à Motul où ils n'étaient distribués qu'à l'unité aux sages-femmes traditionnelles. En revanche les vaccins destinés aux enfants ont manqué pendant deux mois, au grand désespoir des mères qui passaient souvent voir ce qu'il en était. Deux explications contradictoires en ont été données :

- 1) les vaccins sont produits aux États-Unis et les souches biologiques se seraient révélées défectueuses,
- 2) le centre de production se trouve à Mexico et il a été endommagé par le séisme.

Quant au centre de santé de Hunucma il ne dispose jamais de vaccins puisqu'il n'a pas de frigidaire... Cependant une grande campagne de vaccination anti-polio (financée par le Rotary Club) a été un succès au début de l'année 1986. Par ailleurs le seul hôpital rural de l'échantillon, celui d'Hunucma, pratique des stérilisations, comme le centre materno-infantile et l'hôpital Juarez de Mérida. Les patientes de Sinanché sont envoyées à Motul et celles d'Acanceh à Uman. Ces résultats confirment ceux de l'enquête de POTTER, MOJARRO et HERNANDEZ (4) concernant 32 cliniques et hôpitaux de

4. Joseph POTTER, Octavio MOJARRO, et Daniel HERNANDEZ, "Influencias de los servicios de salud en la anticoncepción rural de México". III^e Reunión nacional sobre la investigación demográfica en México. Mexico, 3-6 novembre 1986.

l'IMSS et de la SSA : il n'y a pas de problème d'approvisionnement pour les deux méthodes prioritaires : pilules et stérilets, en revanche les vaccins biologiques manquent parfois.

Le système de santé publique a fixé divers objectifs chiffrés pour mobiliser son personnel (5). À l'IMSS on parlait en 1972 de rendement par consultation, en 1977 de taux d'acceptation et d'utilisation, en 1983 de couverture selon la méthode. En 1984 il s'agissait que 40 % des femmes entrées pour accoucher ou pour un avortement sortent avec une méthode contraceptive, pourcentage passé à 60-70 % en 1986. En 1985 l'objectif chiffré doit être vu en fonction du risque reproductif, plus grand pour les femmes très jeunes ou les multipares de plus de 35 ans, comme nous le verrons plus loin. Selon l'enquête institutionnelle déjà mentionnée, tous les centres de l'IMSS et la moitié des centres de la SSA connaissent le nombre d'utilisatrices qu'ils doivent convaincre, pourcentage qui diminue de moitié en ce qui concerne les méthodes qu'ils doivent promouvoir. Les objectifs des centres de la SSA sont plus élevés que ceux de l'IMSS mais très peu de médecins les atteignent dans les deux cas.

Au Yucatan, le directeur de la planification familiale de l'IMSS pose plus généralement l'objectif de cinq nouvelles utilisatrices par mois et par médecin. Les médecins publics interrogés savent généralement qu'il y a des objectifs chiffrés et qu'il faut parler des méthodes contraceptives à toutes les femmes d'âge reproductif ayant des enfants. À Sinanché cet objectif est de cinq nouvelles utilisatrices de pilules ou de stérilets par mois. À Hunucma cet objectif est chiffré par nouvelles utilisatrices et par méthodes, y compris par ligatures des trompes sans doute du fait que cet hôpital les pratique. Ainsi le directeur de médecine préventive déclare que 50 % des femmes ayant un risque reproductif faible doivent sortir après leur accouchement avec un stérilet ou une stérilisation et 70 % des femmes dont le risque est fort. L'objectif en fonction du risque reproductif n'est mentionné que par un seul autre médecin.

Selon les médecins ces objectifs sont atteints à l'IMSS, de 72 à 80 % à Hunucma, de 70 à 90 % à Sinanché, de 60 % à 80 % (pour les femmes à risque) à Acanceh. Seul le centre de santé de la SSA n'atteint que 23 % de ces objectifs, parce que, selon le médecin qui y exerçait, l'objectif serait calculé pour l'ensemble de la population alors que la plupart de celle-ci est couverte par l'IMSS. Les médecins de Sinanché estiment ces objectifs utiles parce qu'ils donnent des repères pour l'action. Les autres sont plus sceptiques, ils pensent notamment que les objectifs sont impossibles à atteindre parce qu'il y a trop de monde aux consultations : parfois plus de 30 patientes en une heure. De fait, les salles d'attente étaient pleines, ce qui n'était pas le cas à Sinanché. Deux

5. Cf. Introduction n° 19.

médecins pensent même que la planification familiale ne devrait pas relever des activités du généraliste.

Les médecins estiment qu'il n'y a ni sanctions contre ceux qui n'atteignent pas les objectifs, ni gratifications pécuniaires pour ceux qui y arrivent : ils ne sont guère encouragés que par des observations verbales et "des tapes sur la nuque". Cette forme de mobilisation est donc très loin des paiements à l'acte stérilisant, fréquents en Asie du Sud. Toutefois, il faut noter que 11 des 14 médecins interrogés dans les centres ruraux sont des stagiaires (*pasantes*) qui préparent leurs diplômes de généralistes ou de médecins familiaux : ils ont donc besoin de bonnes notes. Par ailleurs la médecine privée ouvre peu de débouchés car les jeunes médecins sont trop nombreux alors que la crise économique ne cesse de diminuer les ressources de la population. Le seul espoir des jeunes médecins est donc de réussir les concours des institutions. Ces deux phénomènes concourent à la conformité institutionnelle des médecins, malgré les critiques qu'ils peuvent adresser au programme, et à sa mise en œuvre.

Il faut noter que la politique de population n'a pu être mise en œuvre que grâce à la main-d'œuvre très peu payée constituée par les *pasantes* mais que les paysans n'apprécient guère de servir de cobayes aux jeunes médecins et jugent que certains ne font pas bien leur travail. Les *pasantes* eux-mêmes supportent mal d'être envoyés presque sans revenu loin de leurs familles. Plus généralement lors des entretiens la moitié des ruraux jugeaient efficace l'IMSS alors que les autres, tout en s'en servant faute de mieux, considéraient qu'il leur était donné des médicaments inefficaces, notamment pour les diarrhées des enfants. "*Ils donnent la même chose pour la fièvre et la diarrhée*". Les *ejidatarios* institutionnels font d'autant plus cette critique qu'ils trouvent élevées leurs cotisations. Cette dévalorisation des *pasantes* peut avoir des conséquences quant à la réception de l'information qu'ils doivent donner sur les méthodes contraceptives.

Les autres agents de santé sont les infirmières et les travailleuses sociales. Les premières expliquent aux patients attendant dans la salle d'attente pourquoi et comment planifier à l'aide de schémas ; elles parlent aussi individuellement aux femmes qui le désirent. Bien que théoriquement tout le personnel de l'IMSS doive participer au PPF, ce sont surtout les infirmières chargées de la prévention qui se sentent concernées. À Acanceh l'objectif chiffré est de dix-huit sessions d'explication par an, mais en janvier il n'y en a eu qu'une. Quant à la travailleuse sociale d'Hunucma chargée d'aller de maison en maison retrouver les récalcitrantes, elle avait cessé ses activités depuis un mois au moment de l'enquête. Celles du centre materno-infantile de Mérida allaient au début de salle en salle expliquer la nécessité de la planification familiale, désormais ce n'est plus nécessaire : les femmes viennent à elles pour qu'elles leur expliquent les différentes méthodes. Une promotrice de la SSA vient de temps à autre faire de même à Canicab.

La médecine privée est durement touchée par la crise. Ainsi selon un journal local (6), la vente des médicaments a baissé de moitié en 1986 car leur prix a beaucoup augmenté, parfois jusqu'à 146 %, et les gens préfèrent désormais s'adresser aux institutions publiques. Les médecins privés ont pour la plupart échoué au concours des institutions et vivent plutôt mal ; ils vendent généralement des médicaments. À Acanceh il y a deux médecins privés, dont l'un n'exerce que le week-end. L'autre vit relativement bien, grâce à sa pharmacie, mais il passe quand même régulièrement les concours des institutions. À Hunucma la concurrence est féroce avec huit médecins, dont trois seulement vivent correctement de leur activité. L'un, installé depuis longtemps, a sa salle d'attente toujours pleine, notamment d'*ejidatarios* institutionnels. Deux pharmacies vendent des pilules à 128 femmes par mois, en moyenne. À Sinanché deux frères ont installé depuis six mois un cabinet et une petite boutique. Seulement deux médecins privés parlent toujours de contraception, dont l'une uniquement de méthodes dites naturelles. Il leur semble que ce n'est par leur travail et que, s'ils le faisaient, ils feraient fuir leurs patients.

Le rôle important dévolu aux sages-femmes traditionnelles dans la planification familiale s'explique par leur omniprésence en ce qui concerne l'attention materno-infantile et les accouchements dans les communes rurales (de moins de 2 500 habitants) : ainsi accouchaient dans leur maison 82 % des mexicaines vivant dans ces communes en 1969 et 68 % en 1981 (7). Au Yucatan, même les femmes qui n'accouchent pas avec les matrones, vont se faire masser par elles pour mettre l'enfant dans une bonne position pour l'accouchement et pour soulager les fatigues de la grossesse. Ainsi dans notre échantillon, si 58 % des 292 grossesses ont été suivies par les matrones, un petit tiers n'a eu que ce type d'attention tandis qu'un autre tiers l'a combiné avec un suivi par les institutions publiques. Le tiers seulement des accouchements sont réalisés par des sages-femmes traditionnelles, avec une nette diminution de la moitié de 1957 à 1976 à un peu moins du tiers par la suite. L'accoucheur dépend très fortement de la catégorie sociale du chef de famille, plus même que ne le ferait croire la seule affiliation à une institution de santé, ainsi accouchent avec une sage-femme 33 % des *ejidatarios* institutionnels, mais 80 % des *ejidatarios* indépendants et 66 % des autres catégories.

Les institutions publiques ont formé certaines de ces sages-femmes pour améliorer le service qu'elles rendent aux communautés. Cependant, curieusement, aucune des trois sages-femmes de Canicab n'a été contactée alors que ce village ne dispose d'aucun dispensaire et n'a une route pavée et un service régulier de car que depuis trois ans. Le responsable de la clinique d'Acanceh a

6. *Diario de Yucatán*, 15 février 1987.

7. *Diario de Yucatán*, 26 janvier 1987.

donné pour seul motif la nécessité de ne recruter que des gens disposés à travailler avec l'IMSS. Peut-être le directeur de l'époque a-t-il eu de mauvais renseignements ? À moins que leur âge (plus de 70 ans au moment de l'enquête) n'ait joué en leur défaveur ? Mais les matrones de cet âge étaient nombreuses lors d'une de leurs réunions à Motul. Dans notre échantillon les trois quarts des sages-femmes ont entre 50 et 59 ans, les autres plus.

Sur les seize matrones interrogées seules huit travaillaient avec une institution publique, la moitié pour l'IMSS et l'autre pour la SSA. Une d'entre elles avait abandonné parce que l'IMSS exige la participation au PPF, or le prêtre avait menacé de l'excommunier si elle poursuivait dans cette voie. Elle oriente cependant les femmes vers l'IMSS pour les pilules. Dans la zone de Sinanché, Motul et Yobaïn les sages-femmes reconnaissent faire de la planification depuis plus de dix ans, soit 1976, alors qu'ailleurs elles le font depuis six ans et même moins de deux ans.

Les matrones qui sont contrôlées par les institutions publiques doivent informer les familles sur les méthodes contraceptives, en distribuer certaines et rendre compte de leur action.

Dans le cadre de leur activité d'information elles doivent parler de contraception à douze personnes par mois à Acanceh et à une personne par jour à Hunucma. Quatre disent qu'il y a dix ans elles allaient dans des familles qui les repoussaient souvent, les hommes affirmant qu'ils pouvaient entretenir leurs familles. Deux matrones seulement continuent de faire des visites dans les familles pour promouvoir la contraception.

En 1984 les sages-femmes distribuaient le tiers des pilules et injections contraceptives (depo-provera) de l'IMSS au Mexique, à l'exclusion de la vallée de Mexico, pourcentage qui montre l'importance de leur rôle dans la politique de réduction de la fécondité. Mais ce poids ne se retrouve pas au Yucatan où elles ne fournissent, toujours en 1984, que 15 % des pilules et injections (8). Elles ont un objectif de trois à cinq nouvelles utilisatrices par mois, ce qu'elles ne réalisent qu'à 50 % à Hunucma et pas du tout à Acanceh.

Les sages-femmes qui travaillent avec l'IMSS viennent tous les mois à une réunion, qui sera trimestrielle à partir de mars 1987 car l'institution ne remboursait que peu leurs frais de transport. Elles doivent alors indiquer le nombre de femmes suivies et d'accouchements, leur devenir, les utilisatrices de contraception, y compris celles qu'elles ont orienté vers une clinique pour la pose de stérilet ou la stérilisation définitive. Un infirmier leur fait un petit cours, qui a porté deux fois dans l'année sur les méthodes contraceptives, et qui est suivi

8. IMSS, Subdirección general médica, Jefatura de servicios de planificación familiar. *Informe estadístico 1984 y 1985.*

par un débat, souvent très animé. Puis on leur distribue de l'alcool, du gaz stérilisé, des pilules, des condoms, des injections.

Il faut noter qu'elles ne reçoivent aucune rétribution des institutions pour ce travail, notamment lorsqu'elles envoient des femmes se faire poser des stérilets ou stériliser. On leur rembourse tout juste le prix de leur transport vers leur centre de contrôle, mais les matrones réunies à Motul se plaignaient que cela n'ait pas été fait depuis trois mois. Le directeur de médecine préventive d'Acanceh dit que, la SSA payant une petite rétribution, l'IMSS s'y était mis, mais les matrones touchaient des deux côtés, ce qui a amené la fin de cette expérience. Elles peuvent uniquement revendre les pilules et les injections, à un prix très inférieur à celui des pharmacies, "*juste de quoi se payer un coca-cola*". Aussi disent-elles qu'elles travaillent contre leur intérêt (qui serait de suivre le plus grand nombre possible d'accouchements) mais pour le bien de la communauté.

En fait ces matrones ont besoin de la légitimité que donnent les cours de l'IMSS et s'accusent mutuellement de n'avoir pas suivi de cours ou de trop courte durée. Certaines femmes le reconnaissent en affirmant que les médecins ou les sages-femmes "*c'est pareil*" puisqu'ils sont contrôlés par l'IMSS. Cela n'empêche pas la compétition entre médecins et sages-femmes de s'exercer, d'autant plus qu'il y a une clinique dans le village.

À Sinanché la sage-femme, qui refusait d'ailleurs de se faire contrôler par les médecins de son village, se plaignait de la présidente du comité de santé qui encourageait les femmes à accoucher en clinique parce que c'est gratuit. L'antagonisme se manifeste plus souvent par les accusations des uns et des autres : les médecins se plaignent de la saleté et de l'ignorance des matrones ; celles-ci, du fait que les médecins ne savent pas reconnaître le moment adéquat pour l'accouchement et en conséquence font plus de césariennes qu'il n'est nécessaire.

3. L'opposant : l'Église catholique

Au Yucatan, selon nos informatrices, l'Église catholique mène depuis quatre à six ans une vigoureuse campagne contre la politique gouvernementale de population. Elle est fortement appuyée par les deux journaux les plus lus : le *Diario de Yucatán* et *Novedades*, mais l'action la plus vive est menée par les curés pendant les messes et les confessions. 18 des 40 femmes rencontrées, dont la moitié à Sinanché, déclarent avoir entendu le prêtre s'opposer à la pratique contraceptive alors que trois (une dans chaque village) n'ont jamais rien entendu de tel. Les prêtres menacent de refuser la communion aux femmes qui pratiquent la contraception, mais ils reconnaissent qu'elles ne viennent jamais en parler avec eux ou seulement une fois qu'elles sont déjà ligaturées, aussi certaines continuent de recevoir la communion tout en prati-

quant une contraception. La politique récente de l'Église tend généralement à diffuser les méthodes dites naturelles et particulièrement la méthode Billings.

Un groupe de diffusion des méthodes naturelles s'est créé pour appuyer cette position, il distribue des affiches et donne des cours. Basé à Mérida il a des antennes dans différentes villes yucatèques, notamment à Motul (près de Sinanché) et à Hunucma. Un groupe de "paternité responsable" s'est mis en place dans cette ville, sous l'impulsion du curé, pour diffuser ces méthodes ; ces réunions sont suivies par une trentaine de familles, dont deux de paysans. À Sinanché le groupe d'action catholique en discute aussi.

Plus traditionnellement le curé d'Acanceh propose à ces ouailles de "*fermer leur pantalon*" et de ne pas avoir de relations sexuelles, semblable en cela à un curé français en 1960 dont les propos étaient rediffusés à la télévision française (9). À cause de son opposition il n'y a aucun groupe de "paternité responsable" dans ce village.

La situation est différente à Canicab : il n'y a pas de prêtre résident et les gens y sont trop pauvres pour payer le transport d'un curé pour qu'il puisse venir dire la messe ou pour aller à Acanceh le dimanche, le car ne venant pas les jours non ouvrables. Le groupe d'action catholique n'évoque pas ces questions. Les catholiques de Canicab ne peuvent pas être informés des méthodes préconisées par l'Église, mais ils savent par la presse, toujours moins convaincante qu'un sermon individuel, qu'ils sont en état de péché.

Cependant outre l'opinion du prêtre deux autres facteurs jouent : la cohésion religieuse de la communauté et le respect qu'inspire le prêtre. Ainsi à Hunucma la moitié de la population (enfants compris) assiste aux différentes messes alors que ce n'est le cas que de 20 % de la population à Sinanché. Cette différence s'expliquerait par le fait qu'il y a toujours eu un prêtre présent dans la première ville. Par ailleurs le prêtre y est estimé de tous et très actif à la différence de ceux d'Acanceh et de Sinanché. Le curé de Sinanché, qui dirige plusieurs paroisses, est aussi critiqué pour ne pas rester assez longtemps à discuter avec ces paroissiens.

Les Églises protestantes ont des pratiques différentes. À Canicab le groupe, actif, d'évangélistes n'aborde pas ces problèmes. Ce qui est aussi le cas à Sinanché d'un des groupes "le temple de Jésus", qui a 60 fidèles. En revanche l'"Église du bon pasteur", qui reçoit 130 adultes, est plus tolérante : elle préfère les méthodes naturelles mais ne s'oppose pas à ce que ses fidèles pratiquent la contraception moderne, et même la ligature des trompes, s'ils ne peuvent suivre la nature.

On peut donc dire qu'au cours des dix dernières années le système civil appuyant la contraception s'est renforcé avec l'ouverture d'écoles, la création

9. "*30 ans de télévision française*", 1987.

de routes, le développement de la possession de radios et de télévisions, la formation des matrones. L'expulsion de certains *ejidatarios*, que compense mal la création d'un seul poste COPLAMAR à Sinanché, a toutefois réduit la clientèle de l'IMSS. En revanche l'infrastructure religieuse ne s'est développée qu'à Hunucma et les groupes protestants qui prennent en partie le relais ne sont pas aussi opposés à la contraception que les catholiques. De plus la mobilisation du système de santé, notamment des médecins, est plus forte que celle de l'Église catholique, unanime dans la condamnation des méthodes contraceptives mais pas dans la propagation des méthodes naturelles.

Après avoir vu l'organisation des différents intervenants dans la politique de population, il est temps d'analyser leurs positions respectives.

B. LES POSITIONS

Toute la question est ici de déterminer les différents niveaux d'imbrication des positions des uns et des autres. On peut ainsi postuler que les livres médicaux et les normes institutionnelles ne touchent que les médecins et le personnel paramédical le plus éduqué, que la radio touche tout le monde et que le personnel de santé influe sur les familles. À chaque fois seuls certains arguments sont repris par les destinataires d'un message, en fonction peut-on imaginer de leurs intérêts propres ou de leur force persuasive. On peut ainsi opposer les propositions qui restent internes à un champ à celles qui deviennent partagées.

Ce jeu des interactions sera examiné tant en ce qui concerne l'argumentaire proprement dit que les conditions de la reproduction présentées comme idéales.

1. Les arguments de l'Église

La position officielle de l'Église catholique n'est donc plus hostile à la planification mais elle l'est toujours à la contraception. Ainsi le *Diario de Yucatán* rapporte le 16 février 1987 les observations du pape : il faut réduire l'impact de la contraception, la stérilisation et l'avortement car la politique anticonceptionnelle a des effets profondément négatifs en augmentant la licence sexuelle et la conduite irresponsable. Les arguments de la hiérarchie, des prêtres et des groupes d'action catholique ou de paternité responsable sont identiques à quelques points près. Ils sont essentiellement au nombre de trois :

- la santé des femmes est l'argument prioritaire. Un évêque annonce que les moyens anticonceptionnels du gouvernement mettent la vie des femmes en danger. Une affiche du mouvement pour la planification naturelle avance en premier trois raisons d'ordre médical. Le curé de Sinanché évoque des cas de cancer et celui d'une femme qui aurait perdu la vue. De même le médecin catholique d'Acanceh pense que les pilules et la stérilisation changent le

caractère des femmes lesquelles en arriveraient à ne plus supporter leurs enfants.

- le péché ne vient qu'en second dans l'affiche, mais d'une façon assez persuasive puisqu'il s'agit de ne pas être occasion de péché pour son conjoint. Cependant pour pêcher il faut connaître les interdits et les curés disent que leurs ouailles sont plus ignorantes que pécheresses.
- puis les différents représentants de l'Église développent un thème plus directement politique : le gouvernement bafoue les droits de l'homme, il stérilise les indigènes sans leur demander leur avis. Selon un évêque cette campagne poursuit le cours désastreux d'ingérence de l'État, à tous les niveaux de la vie sociale, économique et privée, entamé depuis la révolution mexicaine et elle va s'amplifier dans une campagne encore plus massive de stérilisation. Tous les curés reprennent cette argumentation, ainsi le curé de Sinanché : *"ils les obligent à prendre des pilules, ils les ligaturent"*.

À cela le curé d'Hunucma ajoute un thème anti-américain : toutes les méthodes anticonceptionnelles sont des rebus dont les Américains ne veulent plus.

Mais la lutte contre la contraception peut prendre des formes détournées. Ainsi en décembre 1986 le *Diario de Yucatán* énonça que le gouvernement de l'État se proposait de légaliser l'avortement, actuellement puni de huit ans de prison. Aussitôt l'archevêque intervint pour condamner cette légalisation (8.12). Suivirent des articles sur le thème *"le fœtus est un être humain qui a droit à la vie"* (9.12). Au détour de la question de l'avortement était aussi condamné : *"l'usage indiscriminé des contraceptifs, produit de l'intention du gouvernement de détruire la société en attaquant son centre vital : la famille"* (27.12). Dans un autre article on apprenait que : *"les médecins qui pratiquent des opérations contraceptives (assimilant ainsi avortement et stérilisation NDLR) sont des victimes faciles de l'alcoolisme et des drogues"* (9.12.1986). Le 10 décembre le gouvernement avait démenti vouloir légaliser l'avortement. Cette campagne n'en a pas moins opéré un certain nombre d'amalgames qui visaient clairement à délégitimer la contraception.

L'Église catholique propose donc les méthodes naturelles et particulièrement la méthode Billings. Selon deux femmes du groupe de paternité responsable d'Hunucma : Dieu a tout prévu puisque les femmes ne sont fécondes qu'à certaines périodes du mois. Pour être en conformité avec Dieu et la nature il suffit donc d'éviter les rapports sexuels ces jours-là. Elles ajoutent, en accord avec le groupe d'action catholique de Sinanché, que ces méthodes encouragent le dialogue entre les époux et réalisent l'égalité entre l'homme et la femme. Le *Diario de Yucatán* ajoute qu'il faut aussi avoir des raisons moralement correctes même pour pratiquer ce type de contraception.

Trois des femmes interrogées à Hunucma ont entendu le curé condamner la contraception pour des raisons de santé et une parce que c'est un péché.

Deux hommes refusent que leurs femmes utilisent une contraception pour des motifs religieux, les femmes dans ce cas évoquent à la fois la religion et la santé, reprenant en cela le discours même de l'Église. Trois femmes ont même arrêté la pilule à la suite des observations du curé. Cependant d'autres femmes n'hésitent pas à dire qu'elles ne vont pas à la messe parce qu'elle n'en ont pas le temps et qu'elles ne tiennent pas compte de l'opinion du curé en matière de fécondité. La plupart invoquent différents motifs pour ne pas en tenir compte, elles mettent en avant leurs conditions de vie, ainsi une femme ligaturée : *"Je ne l'ai pas fait par goût. Dieu me pardonnera parce que je suis pauvre"*. Une habitante de Sinanché note : *"L'Église n'accepte rien à part les méthodes naturelles mais souvent l'époux rentre saoul et se fâche. À cause de cela beaucoup ne peuvent suivre ces méthodes"*. Plus virulente une femme d'Acanceh ajoute : *"Pendant la messe le curé dit que la contraception ne doit pas exister, mais nous ne savons pas ce que dit Dieu"*. Et une autre de Sinanché : *"Le curé ne va pas décider"*.

Ces arguments montrent de part et d'autre un véritable début de sécularisation puisque l'Église elle-même est obligée pour convaincre d'avancer sur un terrain parfaitement laïque, celui de la santé. Ce faisant elle exacerbe des peurs déjà existantes au sein de la population tout en délégitimant la contraception. Certains Yucatèques procèdent comme les catholiques français, dissociant leur foi de leur pratique contraceptive. Le véritable clivage se situe entre les catholiques vraiment pratiquants et les autres. Un prêtre se plaint ainsi dans le *Diario de Yucatán* le 18 décembre 1986 : *"Les gens s'éloignent de Dieu pour suivre le chemin de la perversion et du plaisir"*.

Dans ces conditions il est dommage que nous ayons éliminé toute interrogation sur la religion dans le questionnaire, craignant que la seule réponse soit : *"je suis catholique"*. En effet les entretiens ont révélé, d'une part une influence grandissante des protestants, d'autre part une diversification des pratiques et des attitudes religieuses. Ils ont ainsi montré une relation entre la pratique contraceptive, les idéaux de fécondité et l'intensité de la pratique religieuse. Les questions ainsi amputées ne permettent pas de corréler les idéaux de fécondité des femmes et des hommes avec leur pratique religieuse.

2. Les arguments des agents de la santé

Dans la constitution mexicaine, il est écrit que la planification familiale est un droit de l'Homme, cette idée est aussi soulignée dans un livre de médecine utilisé par les étudiants de l'université du Yucatan (10), mais pourtant cet argument n'est jamais repris par les agents de la santé. Vient ensuite la lutte contre

10. Esther GALLY, *Manual práctica por partera*. Mexico, Editorial la Paz, 1975 : 559 p.
J.P. GREENHILL, E.A. FRIEDMAN, *Obstetricia*. Mexico, 1977 : 789-798. Charles MAC
LENNAN et Eugène SANDBERG, *Compendio de obstetricia*. Mexico, Nueva editorial

l'avortement grâce à une planification adéquate : cette idée, qui fut avancée lors du début officiel de la PF, figure dans les dessins utilisés par l'IMSS pour ses séances d'explication mais n'est reprise que par une sage-femme. Il a peut-être eu plus d'influence au début de la politique puisqu'un mémoire d'un étudiant en médecine (11) remarque que le principal bénéfice de la politique au Yucatan est la chute du taux d'avortement de onze naissances pour mille en 1973-1976 à neuf en 1977-1980. Par ailleurs les dessins de l'IMSS montrent la PF comme un des moyens de maintenir un couple harmonieux, les conjoints ayant du temps pour discuter ensemble, ce thème a un peu plus de succès et est repris par deux médecins publics et une infirmière. Celui de la santé de la mère et de l'enfant se retrouve dans un livre de médecine et les dessins de l'IMSS. Il est depuis 1985 la justification de la politique de population et les médecins doivent remplir des fiches pour chaque patiente, mais il n'est cité que par deux médecins publics. Ce résultat paradoxal semble provenir du fait que la santé materno-infantile est plus perçue par les médecins comme un des objectifs de l'institution et une condition de la reproduction sur laquelle ils doivent intervenir (nous y reviendrons) que comme un des motifs de la politique de planification familiale.

En fait le seul véritable thème mobilisateur est celui de la surpopulation et du sous-développement qui est émis par tous les livres de médecine, les directeurs d'école et repris par cinq médecins publics et une infirmière. MAC LENNAN évoque "l'explosion démographique" et WILLIAMS, le manuel le plus souvent cité par les médecins publics, lie au surpeuplement les problèmes d'insuffisance des ressources naturelles et de la production alimentaire, ainsi que l'instabilité politique. Un médecin privé, catholique et critique des méthodes modernes pour des raisons de santé, vend cependant des pilules et des injections dans sa pharmacie attenante, parce que, outre son bénéfice immédiat : "*c'est l'unique moyen pour que la population ne croisse pas*". Un directeur d'école secondaire à Acanceh pense qu'il ne faut pas plus de deux enfants "*parce que la situation économique du pays ne le permet pas*". Cependant ce thème, déployé dans les livres d'école, ne sert pas d'argument face à la population, à la différence de ce qui se pratique en Chine.

Les arguments repris avec succès auprès des familles concernent l'économie familiale, les enfants et le travail rémunéré des femmes. En premier lieu viennent les difficultés rencontrées pour nourrir et vêtir correctement de nom-

(suite note 10, ci-contre) interamericana, 1977, trad. 1981 : 429-432 et 460-466. Stewart TAYLOR, *Obstetricia de Beck*. Mexico DF, 1979, trad. 1985. Jack A. Williams HELLMAN, *Obstetricia México* DF, Mexicana de edición, 1980 : 826-852.

11. Gabriel BOJORQUEZ PEREZ, *Impactos logrados por el programa de planificación en el IMSS*, Delegación Yucatán. Mérida, tesis de medicina, 1981.

breux enfants. Ainsi la radio passait souvent le message “*Peu d’enfants pour leur donner beaucoup*”, que tous les enfants du collège technique d’Acanhac connaissaient. Cette idée reprise par les schémas explicatifs de l’IMSS et par cinq médecins publics, une infirmière et cinq sages-femmes traditionnelles, est pour 66 % des hommes et 44 % des femmes le motif principal pour lequel les grandes familles sont jugées négativement. Lors des entretiens semi-directifs, les femmes expliquent la baisse actuelle de la fécondité par la planification et “la crise”. En effet la situation économique de cette population s’est très gravement détériorée depuis quelques années, à cause de la diminution du temps de travail - et donc des rémunérations - liée à la crise du *henequén*. Or cette fausse paysannerie pratique peu l’autoconsommation vu la pauvreté de la terre et l’absence d’irrigation : elle souffre donc particulièrement de l’hyperinflation. Pour les Yucatèques de la zone *henequén* les enfants coûtent en conséquence plus chers qu’ils ne rapportent.

La genèse de ce discours sur les conditions économiques favorables aux petites familles paraît donc assez complexe : les médecins semblent le reprendre aux familles, tellement celles-ci le manient fréquemment mais il peut aussi refléter le sentiment des médecins, mieux nantis, face à cette misère. Une femme rapporte ainsi le discours d’un médecin : “*Vous êtes trop pauvres pour nourrir de nombreux enfants*”. Un *pasante* catholique, originaire de Mexico, au départ assez critique par rapport à la contraception, finissait au terme de son séjour au Yucatan, par l’admettre à cause de la malnutrition et de la pauvreté.

La deuxième raison invoquée par la radio, par deux livres de médecine - dont l’un particulièrement destiné aux sages-femmes et aux infirmières -, par les schémas de l’IMSS et qui est reprise par une infirmière, concerne les soins à apporter aux enfants, l’affection dont ils ont besoin et plus généralement - selon un médecin public - l’éducation à leur apporter. L’attention nécessaire à chaque enfant justifie l’espacement des naissances pour 59 % des hommes et 70 % des femmes (tableau 1.4 en annexe). Ces soins comportent l’allaitement maternel et l’apprentissage des valeurs, notamment le respect qu’ils doivent à leurs parents. L’éducation est la principale raison qui fait préférer les “petites” familles à 47 % des hommes et à 34 % des femmes, soit, si l’on considère tous ceux qui citent en même temps le moindre coût : 94 % des hommes et 62 % des femmes (tableau 1.8 en annexe). La nécessité de l’éducation a été légitimée par l’école elle-même et intériorisée du fait de la situation du marché de l’emploi : “*il faut avoir terminé son primaire pour décrocher un emploi de balayeur*” disent facilement les gens.

Le travail rémunéré des femmes est l’objet de saynètes à la radio mais il n’est cité par aucun des médiateurs institutionnels ; pourtant une travailleuse sociale de la SSA aurait conseillé la planification familiale aux femmes de l’unité agro-

industrielle de Canicab “*pour qu’elles travaillent mieux*”. Ce motif n’apparaît pas dans les réponses aux questionnaires mais il est cité comme la motivation de leur pratique contraceptive par certaines femmes. Ce silence s’explique facilement par le faible nombre de travailleuses rémunérées dans la zone et le caractère dérisoire des rémunérations qui leur sont offertes.

3. Les conditions idéales de la reproduction

Les instruments de la politique de population, CONAPO et institutions sanitaires confondues, essaient de propager un certain nombre de règles concernant les conditions de la reproduction (âge de la maternité, espacement entre les naissances) et le nombre idéal d’enfants. Ces règles seront confrontées aux réponses de la population, moins pour y voir la réalité d’un désir que le degré de légitimation d’une norme.

Le Manuel de la famille paysanne édité par le CONAPO en 1982 à l’intention des responsables de communauté note ainsi que le meilleur âge pour enfanter se situe entre 20 et 30 ans, après l’enfant risquerait de naître avec des malformations et des maladies. De même la fiche d’attention materno-infantile que doivent remplir les médecins signale comme dangereux toute grossesse entamée à moins de 20 ans ou plus de 30 ans et plus encore avant 15 ans ou plus de 35 ans. Quant au prospectus, qui devait être distribué après notre départ, il indique que “*ce n’est pas le moment de faire un enfant*” lorsque l’on a moins de vingt ans ou plus de trente-quatre ans. Les familles enquêtées sont théoriquement d’accord puisque seulement 17 % des hommes et 8 % des femmes placent le mariage avant 20 ans, or pour tous l’enfant doit naître dans l’année qui suit le mariage (tableaux 1.1 et 1.3 en annexe). Cependant leur motif n’est pas la santé materno-infantile mais la maturité nécessaire au mariage. De toute façon la pratique est bien différente puisque 67 % des femmes se sont mariées avant 20 ans et selon nos interlocutrices les mariages précoces deviennent même de plus en plus fréquents. En revanche un tiers des hommes et des femmes pensent que l’âge idéal pour le dernier enfant est entre 30 et 35 ans et près d’un sur cinq après 35 ans. Il y a d’ailleurs près d’une sur cinq ‘non-réponse’ (tableau 1.5 en annexe). Bref les recommandations des institutions n’ont convaincu que 40 % des familles. En fait leurs arguments paraissent forcés aux familles car nombre d’entre elles ont eu des enfants jusqu’à un âge tardif sans que ceux-ci soient malformés ou malades.

En ce qui concerne l’espacement idéal entre les naissances le Manuel de la famille paysanne propose au moins deux ans “*sinon les enfants naissent malades*” et on ne peut leur donner le temps dont ils ont besoin. Le prospectus de l’IMSS indique un minimum d’un an et demi entre deux enfants. Les médecins proposent en général 2,5 ans entre deux enfants, les infirmières et sages-femmes entre 3,2 ans et 3,5, soit la même moyenne que les familles (3,5). 37 % des hommes et 27 % des femmes considèrent qu’il faut attendre deux

ans entre deux grossesses, 58 % des hommes et 64 % des femmes trois ans et plus (tableau 1.4 en annexe). Ce temps paraît nécessaire pour que l'enfant grandisse (49 % des hommes, 35 % des femmes) et pour l'attention qu'on doit lui apporter (10 % des hommes, 46 % des femmes). Une femme commente : *"l'enfant grandit respectueux avec la planification . On a le temps de lui enseigner le respect. Si on n'a pas le temps, la communication se perd"*. Ce motif paraît souvent déterminant dans les décisions de contraception : les femmes disent qu'ayant eu deux enfants à la suite et leur donnant en même temps le sein elles se sont alors précipitées pour demander une méthode. Pourtant curieusement la fatigue maternelle est un argument très minoritaire (6 % et 7 % respectivement), peut-être seulement parce qu'il n'est pas considéré comme légitime.

Un seul des manuels de médecine affirme catégoriquement que, vu la surpopulation actuelle, il ne faut pas que les familles aient plus de deux enfants. Le prospectus de l'IMSS engage les femmes ayant eu quatre grossesses et plus à ne pas tomber enceinte pour le moment, lequel ne peut que s'éterniser. Les groupes d'action catholique de Sinanché et de paternité responsable d'Huncma sont également favorables à des descendance réduites en fonction de l'économie, de l'âge et de la santé. *"Avec moins d'enfants, il y a moins de problèmes"* dit le responsable de l'action catholique de Sinanché, notant par ailleurs que la moitié des parents sont abandonnés par leurs enfants. Il s'oppose en cela au curé de ce village qui pense que les grandes familles sont nécessaires aux paysans, notamment du fait des migrations. Le nombre idéal d'enfants est de deux à trois pour les médecins publics et privés, deux pour les infirmières et travailleuses sociales ; seules les matrones, beaucoup plus âgées que les précédentes catégories, proposent trois-quatre enfants et deux d'entre elles disent même *"ceux que Dieu envoie"*.

En premier lieu et par rapport aux nombreuses critiques qui ont été faites à cette mesure du "nombre idéal d'enfants", précisons que notre question à ce sujet ne visait pas à prévoir le comportement des familles - d'ailleurs elles ont déjà en moyenne 3,9 enfants - ni même à sonder leurs sentiments intimes mais à savoir si elles connaissent cette norme. Ainsi les familles qui déclarent comme nombre idéal deux enfants peuvent : 1) considérer réellement qu'il s'agit du nombre d'enfants le plus adéquat compte tenu des conditions de vie régnant dans la zone, 2) penser qu'il faut donner cette réponse à une enquêteuse perçue comme représentante des institutions modernisatrices, ce serait alors une réponse de complaisance mais indiquant que la femme sait ce qu'il faut répondre.

Les familles de notre échantillon (tableau 1.2 en annexe), où les femmes ont en moyenne 31 ans, déclarent un nombre idéal d'enfants proche de celui des médecins publics, cependant sa dispersion est plus grande : 28 % des hommes et 20 % des femmes énoncent une norme de quatre enfants ou plus.

De même si l'on étudie plus en profondeur les représentations on remarque que la norme de la "petite famille" est acceptée, du moins au niveau du discours : elle n'est vue négativement que par moins de 4 % des familles. Cependant un quart des hommes et des femmes jugent qu'une famille est grande avec trois à cinq enfants, inversement un homme sur cinq nomme "petite" une famille avec quatre à six enfants (tableau 1.6 et 1.7 en annexe). Il n'y a donc pas de norme unique mais une multiplicité de modèles. On peut noter que les familles qui ne veulent pas beaucoup d'enfants reprennent le discours des médiateurs institutionnels et mettent en avant leur coût (66 % des hommes et 44 % des femmes) ainsi que les possibilités d'éducation accrues dans les petites familles (respectivement 47 % et 33 %).

Contrairement à l'idée répandue sur le machisme latino-américain (les Mexicains jugeraient de leur virilité d'après leur nombre d'enfants) et reprise fréquemment par le personnel médical, femmes et hommes définissent d'une façon très proche grande et petite famille. De même ils déclarent des chiffres idéaux assez similaires : les hommes veulent un peu plus souvent deux enfants (+ 10 %), les femmes plus souvent trois (+ 20 %), les hommes un peu plus quatre enfants et plus. Plus encore, 61 % des hommes contre 37 % des femmes considèrent les grandes familles négativement et 9 % des hommes contre 23 % des femmes les jugent positivement. 88 % des hommes et 60 % des femmes voient favorablement les petites familles, en effet 23 % des femmes craignent la mortalité infantile alors que cette inquiétude n'est partagée que par 3 % des hommes. De même, lors des entretiens, seule la moitié des femmes jugeaient que la mortalité infantile avait diminué : beaucoup ont en effet perdu un fœtus ou un bébé, et ces expériences confondues, même si l'analyse démographique les sépare, leur donnent cette impression. Elles s'accorderaient donc un enfant de plus que les deux de la norme officielle pour faire face à cette éventualité.

Des différences existent également entre les groupes sociaux, ainsi les ES affichent le nombre idéal d'enfants le plus faible et les SA le nombre le plus élevé, cela pour les deux sexes ; alors que les épouses d'ED déclarent désirer le moins d'enfants et les hommes ED un nombre intermédiaire entre les souhaits des autres catégories. Ces différenciations ne manifestent pas l'emprise de l'institution puisque les *ejidatarios*, qu'ils soient institutionnels ou indépendants, affichent un nombre idéal d'enfants moins élevé que les SA, pourtant les ED relèvent moins directement des institutions publiques que les SA, et surtout ils accouchent beaucoup plus souvent avec les sages-femmes traditionnelles. De même les femmes affichent un peu plus souvent que les hommes trois enfants et un peu moins souvent deux enfants alors qu'elles sont pourtant nettement plus en contact avec le système public de santé puisqu'elles y emmènent les enfants et qu'elles s'y font suivre lors de leurs grossesses. Ces variations, plus que de l'appartenance institutionnelle, semblent donc relever des conditions différentes d'existence selon le sexe et le groupe social.

L'appartenance culturelle, médiatisée par la langue parlée avec l'époux, joue également un rôle important (tableau 2.1 en annexe). Ainsi les hommes et les femmes communiquant en maya déclarent des normes de fécondité plus élevées que ceux qui se parlent en espagnol ou dans les deux langues : 50 % des hommes et 46 % des femmes "mayas" affirment que le nombre idéal est d'un à trois enfants alors que ce pourcentage monte à 70 %, quelque soit le sexe, pour ceux qui communiquent en espagnol. La seule différence entre hommes et femmes mayas réside dans le fait que les premiers formulent toujours un nombre idéal d'enfants (qui peut dépasser 6 enfants pour 33 % d'entre eux) alors que 31 % "ne savent pas" ces non-réponses peuvent soit marquer leur plus grande familiarité avec le système de soins publics qui les conduit à cacher leur véritable désir, soit signifier inversement "ceux que Dieu envoie".

Les femmes et les hommes qui ont migré sont plus nombreux que les autres à énoncer une norme de un à trois enfants ; la migration aurait donc un léger impact sur les désirs de fécondité.

On peut remarquer que les règles énoncées par le système public sont à la fois de nature médicale, pour ce qui est de l'âge de la maternité ou de l'espacement entre les grossesses, et d'ordre démographique puisque les risques de morbidité et de mortalité augmentent surtout à partir du septième enfant et non du quatrième (12). On constate d'ailleurs un glissement sémantique des "facteurs de risque", calculés par les démographes et les épidémiologues, au "risque", le fait que le pourcentage X de mortalité ou de morbidité est lié à certaines caractéristiques du sujet devient un risque de X % que l'on meure ou soit malade.

Il existe une certaine convergence des réponses des familles avec les recommandations du personnel médical en ce qui concerne l'âge au premier enfant, l'espacement entre les naissances et le nombre idéal d'enfants ; il y a en revanche une profonde divergence pour l'âge au dernier enfant. Encore faut-il noter que les deux premiers "accords" ne sont nullement fondés sur des raisons d'ordre démographique et surtout qu'ils ne passent nullement dans la réalité (tableau 2.2 en annexe).

Les arguments des différents acteurs de la politique familiale sont donc marqués par de fortes interactions : l'Église utilise en premier des motifs liés à la santé, les médecins emploient les arguments des familles concernant leur pauvreté et l'attention nécessaire aux enfants.

Si le message de planifier la famille semble légitimé, bien que de façon différente selon le genre et la catégorie sociale, qu'en est-il des moyens de cette planification ?

12. Mario BRONFMAN, *Chiapas*. Miméo, Colegio de México.

C. L'INFORMATION SUR LES MÉTHODES

L'information objective et variée sur la planification familiale est au Mexique un droit constitutionnel. Nous allons donc voir plus en détail les arguments en faveur de telle ou telle méthode selon les livres de médecine, les médecins et les familles ; puis essayer d'apprécier la réception de cette information ainsi que sa conformation aux exigences des droits de la personne humaine.

1. Les différentes méthodes

L'Église propose les méthodes naturelles alors que le secteur santé promeut les méthodes "*les plus efficaces et les plus sûres*". Ce dernier a donc retiré en 1981 les injections du cadre basique des médicaments (ceux dits essentiels) puis en 1983 les méthodes locales de sa comptabilisation et depuis 1984 favorise le stérilet et la ligature face aux pilules.

Toutefois avant de parler des méthodes prônées par certaines institutions il faut mentionner celle qui fut pratiquée depuis des siècles en silence dans tous les pays du monde : l'avortement provoqué. Il est illégal dans l'État du Yucatan sauf pour motifs thérapeutiques et réprouvé tant par le personnel de santé que par les prêtres. D'après le questionnaire 10 % des 292 naissances se sont terminées par un avortement et 2 % par un mort-né (sans doute parfois confondus), et ce essentiellement de 1978 à 1987, ce qui laisse présager une forte sous-déclaration pour la période antérieure. Dans ces conditions les femmes déclarent connaître l'avortement mais en les interrogeant il apparaît qu'elles ne le pensent pas comme un moyen utilisé pour éviter une naissance mais comme un accident. Certes, des femmes ont entendu dire qu'en buvant des décoctions d'herbes ou des bières on peut avorter et l'une déclare que beaucoup le font, mais lors des 40 entretiens toutes les femmes le réprouvaient, sauf l'une d'entre elles. Cette femme, qui a six enfants à 31 ans, est tombée enceinte de son quatrième alors qu'elle pratiquait l'abstinence périodique après avoir eu de forts maux de tête avec la pilule, elle a alors demandé à son médecin privé de "*faire venir les règles*" mais il a refusé parce que l'avortement "*est un crime*". Par ailleurs un des maris a proposé à sa femme de se faire avorter mais elle a énergiquement refusé. Selon son diagnostic de santé (13), la clinique d'Acanceh a traité dans l'année 1986 65 avortements (sur 781 accouchements) dont 19 auraient été provoqués, soit le tiers. Lors d'une recherche menée à l'hôpital d'O'Horan de Merida pour élucider ce problème, 77 % des femmes traitées pour les suites d'un avortement ont reconnu lors d'une seconde visite qu'il était provoqué (14). Même si c'est un comportement plus urbain, il n'est

13. IMSS, *Diagnóstico de Salud*. Clínica de Acanceh, 1987.

14. Telma E. CANTO DE CETINA, "Aborto incompleto : características de los pacientes tratados en el hospital O'Horan de Merida". *Salud pública de México*, déc. 1985 : 507.

pas inconnu du monde rural et nos chiffres doivent être pris avec précaution, d'autant qu'il n'est fait presque aucune mention d'avortements avant 1977. Il faudrait une étude exclusivement consacrée à l'avortement pour savoir ce qu'il en est.

Les **méthodes naturelles** sont essentiellement le retrait et l'abstinence à certains moments du mois, seule cette dernière méthode est proposée par l'Église. Les curés reconnaissent cependant qu'elles sont difficilement observables du fait du machisme, de l'alcoolisme et des viols qui s'ensuivent dans le couple. Quatre médecins privés sur huit les recommandent en priorité alors qu'elles sont critiquées par tous les médecins publics, sauf un, d'ailleurs catholique fervent. Les livres de médecine jugent leur efficacité très faible puisqu'il y aurait 24 grossesses par femme-année pour le rythme et 18 pour le retrait. Les médecins publics estiment qu'il y a beaucoup plus de grossesses liées à ces méthodes "naturelles" parce que les femmes ne connaissent pas le moment de leurs cycles et que ces méthodes sont inadaptées au niveau matériel et culturel de la population rurale. Cependant ils déclarent tous les expliquer, sauf à l'hôpital Juárez, et jugent, surtout à Hunucma, que de nombreuses femmes les pratiquent.

L'Église, après avoir appuyé la méthode des températures, promeut actuellement celle de Billings, fondée sur l'observation de la glaire, et la méthode sympto-thermique, combinaison de la Billings et de la température. Les explications données semblent assez inadéquates : ainsi le groupe d'action catholique de Sinanché déclare qu'il suffit de ne pas avoir de relations deux jours dans le mois, alors que ce délai va de 8 à 18 jours selon la régularité du cycle. Le médecin catholique d'Acanceh juge aussi ces méthodes trop compliquées et préfère leur demander de compter les jours.

Un aide pour les médecins édité par le DIF, l'IMSS, l'ISSSTE et la SSA propose la pilule comme la deuxième méthode pour les femmes ayant entre un et trois enfants et jusqu'à 35 ans parce qu'après elle avancerait la ménopause. Les livres de médecine considèrent la pilule comme extrêmement efficace mais présentant des contre-indications et de nombreux effets secondaires, aussi MAC LENNAN propose de l'abandonner chaque année ou tous les deux ans. Les médecins se conforment à cette prescription, d'autant qu'ils soulignent également sa facilité d'oubli. L'infirmière du centre de santé d'Hunucma remarque que les femmes se plaignent de l'obligation qui leur est faite d'arrêter de temps à autre la pilule même si elle ne leur pose aucun problème. De même une de nos 40 interviewées, qui supporte très bien la pilule, s'est vue proposer la ligature parce que selon la doctoresse "la pilule entraîne de nombreuses maladies" ; elle a dû insister pour qu'on la lui redonne. Cette pratique de l'interruption périodique de la pilule, fréquente en France dans les années 1970, n'y a désormais plus cours : les médecins ne recommandent d'arrêter la pilule qu'aux femmes présentant de réelles contre-indications médicales.

Le guide aux médecins proposait les injections en troisième lieu mais elles ont été retirées du cadre basique des médicaments en 1981 à la suite des critiques adressées au Depo-Provera. Les injections qui sont utilisées, notamment par les pharmaciens ne contiennent pas de Depo-Provera (elles sont d'ailleurs vendues en France). Les sages-femmes en sont encore pourvues, sans doute à cause de la forte demande féminine. Celle-ci a au moins trois causes : il suffit de prendre les injections une fois tous les deux ou trois mois, leur prise peut être facilement ignorée du mari, elles provoquent moins d'effets secondaires immédiats (nausées par exemple) que les pilules. En revanche leurs effets collatéraux sont plus graves mais peuvent être longtemps ignorés : risque de stérilité notamment ; elles seraient à prescrire, selon une sage-femme, seulement aux femmes de plus de trente-cinq ans ou aux femmes ayant déjà un à deux enfants.

Les livres de médecine sont généralement favorables à l'emploi du stérilet, appelé DIU au Mexique, nom qui n'a pas la même connotation de stérilisation qu'en français. MAC LENNAN le juge ainsi moins cher et posant moins de problèmes métaboliques que la pilule. Selon le guide DIF-IMSS-ISSSTE-SSA, le DIU doit être la première méthode à proposer aux femmes de moins de 35 ans ayant deux à trois enfants ou aux femmes de plus de 35 ans sans enfants ; mais elle ne sera proposée que si la ligature ne peut être réalisée quand la femme a plus de trois enfants. Ce choix du stérilet a trois raisons : il provoque moins d'effets connexes, il présente une plus grande continuité que la pilule (80 % des femmes le gardent un an, 50 % trois ans) et il coûte moins cher. Cependant l'expulsion, de moins de 10 % normalement, augmente jusqu'à 25-56 % quand il est posé après l'accouchement, pratique favorisée par l'IMSS.

De fait huit médecins publics élisent le DIU comme meilleure méthode bien que deux lui imputent certains effets secondaires et une moindre efficacité. Le chirurgien du centre materno-infantile de Mérida juge cependant que sa pose est problématique pour les femmes habitant loin car elles ne viennent pas le faire vérifier. Le *pasante* catholique du centre de santé d'Hunucma le juge abortif et le fait poser par l'infirmière. Les infirmières l'estiment favorablement parce qu'il n'est pas besoin d'y penser ; mais elles remarquent certains problèmes : difficultés d'acceptation par les maris, peurs, douleurs. Elle jugent d'ailleurs bon d'arrêter quelque temps après deux-trois ans d'utilisation. Les médecins privés ne le posent pas.

Le guide pour les médecins estime que les méthodes locales ne sont appropriées que pour doubler le début d'une autre méthode. La seule méthode locale distribuée par le système public de santé est le condom. Les médecins considèrent qu'il n'est utilisé que pour les aventures extra-conjugales. Le diaphragme n'est pas distribué parce qu'il n'est pas produit au Mexique, ce que

les médecins justifient par les mauvaises conditions d'hygiène régnantes dans le monde rural et le fait que l'homme ne veut pas attendre le temps nécessaire à son insertion.

On sait qu'aux États-Unis la stérilisation, autrefois dénigrée, est désormais devenue la méthode la plus utilisée (15) ; ce changement n'est pas encore perceptible en France, que ce soit l'effet d'un retardement ou d'une plus grande inquiétude face à ce qui est encore perçu comme une mutilation. Toujours est-il que les livres de médecine américains utilisés par les étudiants de Mérida considèrent que la stérilisation féminine ne présente pas d'effets secondaires. Cependant MAC LENNAN pense qu'elle sera abandonnée au profit de la vasectomie beaucoup plus simple techniquement et qui ne demande aucune anesthésie. Un article d'un livre de l'IMSS (16) s'interroge sur la représentation psychologique de la vasectomie mais aucun ne le fait pour la ligature, pourtant expérimentée par un bien plus grand nombre de personnes. Les médecins publics et privés s'opposent au sujet de la ligature puisque tout le personnel de santé publique pense qu'elle est la meilleure méthode car la seule définitive et la plus sûre. Il n'y aurait que les problèmes "liés à toute opération chirurgicale" (ce qui fait déjà beaucoup) et des problèmes nerveux sous la pression du mari ou si la femme change d'avis et veut un autre enfant. Cette unanimité des médecins publics est récente : la thèse de médecine de BOJORQUEZ note au contraire qu'ils sont réticents à développer ce "type d'activités" (17). En revanche la moitié des médecins privés considèrent actuellement que la stérilisation féminine provoque des troubles de la menstruation ou une inflammation des ovaires. Selon les chirurgiens français, le risque de ménopause précoce est réel : ce qui est nié par tous les médecins et chirurgiens yucatèques, bien qu'une infirmière note que de nombreuses femmes se plaignent de troubles de la menstruation. Dans notre échantillon une seule femme a été ainsi ménopausée à 31 ans, le médecin de l'IMSS lui a dit que cela n'avait rien à voir avec la ligature des trompes, que cela arrivait parfois. De plus les opérations ne sont pas toujours bien faites, ainsi sur 20 stérilisations, une des femmes a eu par la suite un avortement et l'autre un bébé : une seule des trompes avait été ligaturée. Cette inefficacité, importante pour notre échantillon (10 %) risque à terme de nuire à la perception de la ligature comme efficace.

Par ailleurs les effets secondaires dépendent beaucoup du moment de l'intervention. Ainsi selon le professeur DARBOIS la stérilisation tubaire post-partum fragilise les tissus, présente des risques infectieux, provoque une hyper-

15. Larry L. BUMPASS, "The risk of unwanted birth : the changing concept of contraceptive sterilization in the United States". *Population Studies*, 41 (3), novembre 1987 : 347-363.

16. Jorge Martinez MANAUTOU, (ed), *La revolución demográfica en México*. Mexico, IMSS, 1985.

17. *Id.*, n° 13 : 23.

vascularisation et souvent une altération de l'état général (18). Cette stérilisation post-partum est justifiée par l'américain GREENHILL pour des motifs non médicaux : les femmes, traumatisées par les douleurs de l'enfantement, l'acceptent plus facilement. La politique de l'IMSS recommande ces stérilisations post-partum parce que les femmes répugnent à revenir à l'hôpital et à laisser de nouveau leurs enfants. Aussi parfois les médecins insistent même pendant le moment de l'accouchement. Toutefois la plupart du temps les femmes avaient déjà pris la décision de se faire stériliser et avaient accouché à l'hôpital pour ce motif. Ainsi dans notre enquête seules trois femmes sur vingt ont été stérilisées à un autre moment que celui de l'accouchement.

MAC LENNAN recommande la ligature quand la femme a eu plus de huit enfants ou trois césariennes ; WILLIAMS (le livre le plus cité) la préconise dès le deuxième ou troisième enfant, alors que l'encyclopédie médicale chirurgicale française la juge imaginable, quand les conditions socio-économiques sont très mauvaises, à partir du sixième quand la femme a plus de trente-cinq ans. Le guide pour les médecins recommande la ligature si la femme a plus de 35 ans ou plus de trois enfants. Les médecins publics disent plutôt trois-quatre enfants ou "beaucoup" et plus de 30 ans en ajoutant pour l'un d'entre eux : "*pas si la femme est jeune parce qu'il y a le risque du divorce*". Les médecins privés donnent des indications beaucoup plus strictes : neuf enfants à 25 ans (ce qui doit être rare !), des varices ou des césariennes. Les infirmières et travailleuses sociales sont partagées : la ligature est possible soit à deux-trois enfants, soit quand ils sont "beaucoup", mais elles disent que seules les mères de 8 à 12 enfants les acceptent. Les femmes racontent que les médecins insistent à partir du quatrième enfant.

Les femmes qui doivent accoucher par césarienne sont toujours informées qu'elles ne pourront pas avoir plus de trois enfants. Au Yucatan en 1984 le nombre d'accouchements par césarienne est très élevé en milieu hospitalier : 20 % (19).

On peut se demander si ce nombre élevé vise à justifier de futures stérilisations, mais d'autres facteurs peuvent intervenir : l'étroitesse du bassin des Yucatèques, qui mesurent rarement plus de 1,50 m, le fait que les matrones orientent les accouchements difficiles vers l'hôpital ainsi que l'inexpérience des *pasantes* : il est plus facile de faire une césarienne que de mener à bien un accouchement qui se présente mal. Toutefois les médecins ne sont pas payés plus cher pour une césarienne que pour un accouchement normal, il n'y a donc pas d'incitation financière comme c'est le cas au Brésil (20).

18. Yves DARBOIS, "Gynécologie", *Encyclopédie médico-chirurgicale*, tome IV, 800 A 10.

19. *Tercer informe del gobierno*, 1984.

20. A. John ROSS, *et al.*, "Cohort trends in sterilization : some international comparisons". *International Family Planning Perspectives*, 13 (2), juin 1987 : 52-60.

L'idéologie et la pratique mexicaines et américaines s'opposent donc fortement à celles des Françaises, réticentes à l'égard de la ligature et moins craintives face à la pilule. Toutefois la pratique mexicaine, où les stérilisations sont féminines, se différencie fortement de la pratique américaine où les vasectomies constituent le quart des stérilisations. Elle est en revanche conforme aux tendances récentes dans de nombreux pays en développement. Encore l'idéologie médicale n'explique-t-elle pas tout puisque les médecins privés et publics ont des positions divergentes sur les méthodes naturelles, la pilule et la ligature.

Mais comment les quarante femmes décrivent-elles ces méthodes ? Elles émettent des doutes concernant l'efficacité des méthodes naturelles : sept jugent que le risque de grossesse est trop grand, une qu'"autant divorcer", une autre que c'est impossible parce que les hommes rentrent saouls et refusent cette contrainte. Cependant deux femmes de Sinanché pensent qu'un certain nombre de femmes les utilisent. Deux femmes les utilisant n'ont subi aucune pression de la part de l'IMSS pour les abandonner. Sept des femmes interrogées sur la pilule considèrent qu'elle donne des douleurs de tête, des nausées, le masque de grossesse ou qu'elle fait grossir, quatre qu'il ne faut pas la prendre trop longtemps. Par ailleurs certaines ne supportent pas les pilules de l'IMSS, qui seraient trop fortes et préfèrent celles de la SSA, du DIF ou des pharmacies qui diffusent effectivement des mini-pilules. Trois femmes se plaignent des effets des injections : douleurs au moment de la piqûre, douleurs de tête et augmentation de poids, ou du manque d'argent qui empêche de les acheter au moment adéquat.

La bonne opinion qu'ont les médecins du DIU n'est pas partagée par les femmes. Ainsi dans une enquête à Temax (21) la moitié des femmes qui le connaissaient le jugeaient mauvais pour la santé. De même dans les villages étudiés sept femmes citent des exemples défavorables et une femme le sien : elle l'a expulsé et elle est tombée enceinte. Neuf femmes pensent donc qu'il ne protège pas efficacement d'une grossesse, dont trois que le bébé en porte les stigmates, six qu'il provoque des tumeurs, des douleurs ou des infections et même le cancer, trois qu'il s'incrute et qu'une opération est nécessaire pour l'enlever, une qu'il tombe. Seules trois femmes croient ce que disent les médecins, à savoir qu'il ne fait pas mal, parce qu'une de leurs parentes l'a expérimenté sans problèmes. Aussi la majorité des femmes refusent la promotion du stérilet par les médecins au su des expériences de leurs amies et parentes. Cette mauvaise image est à la fois la cause et la conséquence du faible nombre de

21. Humberto PEREZ-CHUC, *DIU, causas de rechazo hacia el uso del DIU en las mujeres derecho habientes de la UMC, n° 30 del IMSS en Temax, Yucatán*. Mérida, tesis por el grado de médico-cirujano, 1986 : 35.

femmes qui utilisent cette méthode dans notre enquête et sans doute dans la zone *henequén* : les exemples négatifs polarisent alors l'attention. Cependant dans l'ensemble de l'État du Yucatan, sans doute surtout à Mérida, il représente 20 % des utilisatrices de contraception du système public de santé (22).

Deux des femmes interrogées parmi les non ligaturées sont enthousiastes et comptent la demander parce que cette méthode est définitive : plus de médicaments à prendre, plus de risque d'oubli, plus de surveillance médicale "c'est fini". Neuf autres femmes interrogées ont une opinion nuancée, huit autres en ont peur : la ligature donnerait des douleurs de tête ou d'épaules, le cancer, une hernie ou rendrait nerveuse. Elles commentent : "*les médecins disent que cela ne fait rien*" mais "*ils ne souffrent pas dans leur corps*", "*ils ne veulent plus qu'il y ait de chrétiens en ce monde*". Une femme raconte qu'au septième enfant elle pensa recourir à la ligature mais que son mari s'y opposa, par la suite une cousine fut opérée trois fois à la suite d'une ligature mal faite et qu'en conséquence elle a maintenant peur et s'est décidée pour la pilule au treizième enfant. Les femmes stérilisées se disent toutes contentes de l'être et ne reportent pas d'effets collatéraux sauf deux d'entre elles. Une se demande si cela n'explique pas des douleurs aux épaules les jours de lavage, lesquelles ne se produisaient pas autrefois. L'autre, dont nous avons déjà parlé, se retrouve ménopausée mais ne sait pas si elle doit l'imputer à la ligature. En France les médecins commencent à reconnaître que la ménopause peut provoquer des troubles exigeant une médication appropriée.

Quant à la vasectomie, son évocation fait rire : c'est comme si l'on disait que l'on voulait rendre impuissants les hommes... Une femme de Sinanché remarque plus sérieusement : "*Les hommes peuvent se faire ligaturer mais ici en général ils ne l'acceptent pas parce qu'ils font un travail dur, il faut couper le henequén, le déplacer. Il vaut mieux que ce soit la femme parce qu'elle ne fait rien, rien que les travaux domestiques*". En fait les femmes travaillent plus d'heures que les hommes mais leur activité est moins reconnue que celle des hommes parce qu'elle n'est pas rémunérée.

Les femmes n'acceptent donc pas les arguments du corps médical tels quels. Ainsi elles refusent le stérilet bien que cette méthode soit considérée comme la meilleure par le système public, en revanche elles sont favorables à la prise continue de la pilule bien qu'inquiétées par les réticences médicales.

2. La réception de l'information

L'information sur les méthodes dépend de l'émetteur : ils n'ont pas tous le même poids ni les mêmes priorités, mais aussi du récepteur : elle passe différemment selon le village, le sexe et l'activité du chef de famille.

22. *Diario de Yucatán*, 26 janvier 1987 : 10 et 12 citant le V^e rapport du gouverneur.

La pilule est sans conteste la méthode la plus connue avec seulement deux femmes qui ne la connaissent pas, puis viennent le stérilet et les injections avec respectivement 18 % et 26 %, la stérilisation féminine reste ignorée de 38 % des femmes, le rythme de 60 % et les autres méthodes de plus de 67 % (dont la vasectomie de 75 %). Les trois méthodes phares du système public sont bien connues alors que celle proposée par l'Église vient bien loin derrière.

L'IMSS joue un rôle essentiel dans la diffusion des méthodes puisqu'il a indiqué 60 % des premières et deuxième méthodes utilisées, tous les autres médecins n'intervenant que pour 16 %, la famille et les amis pour 9 % ; le rôle de ces derniers augmente cependant avec les troisièmes et quatrièmes méthodes lorsque l'IMSS n'intervient plus que pour un tiers des décisions. Les autres personnels de santé expliquent surtout les pilules et les injections (21 et 17 %), les amis et parents jouent un rôle important surtout pour le rythme et le retrait (23-24 %), la pilule, les injections (17 %) et la ligature (14 %) puis le DIU et les préservatifs (11-9 %). Les méthodes proposées par l'Église transigent donc plus par les amis et parents que par le personnel religieux.

En ce qui concerne la première méthode utilisée l'informateur varie fortement selon l'activité du chef de famille et donc sa forme d'insertion dans un système de santé. Ainsi l'IMSS intervient pour 85 % des *ejidatarios* institutionnels, les amis pour 7 %, les autres médecins publics et les sages-femmes respectivement pour 4 %. Les *ejidatarios* indépendants eux sont renseignés à 44 % par les matrones, à 22 % par les amis et à 11 % respectivement par l'IMSS-COPLAMAR, les autres médecins publics et les médecins particuliers. Les autres catégories sont mises au courant à 53 % par l'IMSS-COPLAMAR, 17 % par l'époux, 12 % la matrone, 6 % les autres médecins publics, les amis et les médias. On voit donc que le rôle des matrones n'est pas si insignifiant qu'il y paraît dès que l'on quitte la catégorie des *ejidatarios* institutionnels. En effet les autres catégories accouchent plus souvent avec les sages-femmes et elles jouent alors leur rôle d'informatrice. Les amis et époux prennent également le relais plus que les autres médecins publics ou privés.

Les *ejidatarios* institutionnels sont les moins au courant des injections, des méthodes locales, du rythme et même de la ligature : la moitié n'en a jamais entendu parler ; ils sont les moins informés sur toute méthode. Curieusement ce sont les *ejidatarios* indépendants les plus savants sur toutes les méthodes à l'exception du stérilet. Les autres catégories connaissent le mieux les préservatifs et le rythme. Ces connaissances dépendent en partie des réseaux d'information. Les *ejidatarios* institutionnels ont tous accès à l'IMSS et celui-ci joue un rôle essentiel dans leur information sur la pilule, le DIU (60-65 %), les injections et la ligature (43-37 %). Leurs autres sources sont loin derrière, sauf pour les méthodes naturelles. Ce n'est pas le cas des *ejidatarios* indépendants qui prennent plus souvent connaissance des injections par les autres person-

nels de santé, autant de la ligature et plus des méthodes naturelles par les amis ou parents. Pour les autres catégories, les autres personnels de santé et amis ou parents jouent un rôle important sauf pour les pilules et les ligatures dont ils sont informés par l'IMSS.

Les habitants de Canicab et Yobaïn, où il n'y a pas de centre de santé, connaissent autant que les habitants des autres villages la pilule et à peine un peu moins les injections. En revanche ils connaissent un peu plus (+ 9 %) le stérilet, moins les méthodes locales et les préservatifs, beaucoup moins le rythme, le retrait, la ligature et la vasectomie (de - 18 à - 22 %). La moindre information par le personnel de santé n'est compensée par les amis et parents que pour les injections. Les autres méthodes sont d'autant moins mentionnées par le personnel de santé qu'elles le sont peu par les amis et parents, ainsi pour la ligature la perte de 20 % provient également de la baisse de l'information par l'IMSS-COPLAMAR et par les réseaux amicaux.

Hommes et femmes sont à peu près également au courant des pilules, du rythme et du retrait mais les premiers connaissent moins les méthodes locales et la ligature (- 10 points de moins), la vasectomie (- 15), les préservatifs et le stérilet (- 19). Leur méconnaissance est cependant moindre qu'on aurait pu le craindre : un médecin avait trouvé dans une *hacienda* en 1984 jusqu'à 92 % d'hommes ignorants de toute méthode. Les canaux de cette information sont légèrement différents : l'IMSS-COPLAMAR intervient auprès des hommes plus pour le stérilet et la ligature, également pour la pilule, les injections, la vasectomie, moins pour toutes les autres méthodes. Les amis et parents ne jouent un rôle plus important que pour le rythme et le retrait.

Si l'information sur la contraception est un droit, l'exercice de ce dernier implique la connaissance de la plus grande variété de méthodes possibles pour que chaque personne choisisse celle qui convient à son cas. Cet objectif n'est pas encore tout à fait atteint. Certes le progrès est fantastique par rapport à 1976 où, selon MIRO, 25 % de la population mexicaine manquait de toute connaissance sur la contraception (23). Lors de l'enquête seules 3 % des femmes ne connaissent aucune méthode, 11 % qu'une, 25 % 2 à 3 et 61 % 4 ou plus (28 % en connaissent quatre). On peut cependant dire que 40 % des femmes ont une information très insuffisante puisqu'elles ne connaissent pas plus de trois méthodes. L'IMSS informe, de plus, de façon très différentielle selon les méthodes : moins de 7 % pour le rythme et le retrait, 12 à 14 % pour les préservatifs, les méthodes locales et la vasectomie, 35 à 38 % pour la ligature et les injections, 57 à 60 % pour la pilule et le stérilet. Ainsi deux mères,

23. Carmen A. MIRO, "Los derechos humanos y las políticas de población". *Investigación demográfica en México 1980*. México, Consejo nacional de ciencia y tecnología, 1980 : 781.

l'une ayant deux enfants à 20 ans, et l'autre 5 enfants à 34 ans, n'ont été informées que de l'existence de la ligature comme moyen contraceptif. L'information est donc conforme aux priorités de l'institution plus qu'aux impératifs des droits de l'homme, ce qui contredit les discours des médecins qui prétendent expliquer toutes les méthodes. On peut de plus se demander pourquoi ils informent aussi peu sur la vasectomie alors que cette opération est beaucoup plus simple que celle concernant les femmes, comme l'indique d'ailleurs tous les manuels lus par les étudiants.

Pour être conforme aux droits de la personne humaine l'information doit être variée mais aussi complète sur les risques de santé liés à l'utilisation des contraceptifs. On sait en effet que ces problèmes, moins graves certes que ceux liés à la grossesse, augmentent plus le niveau socio-économique est bas. Ainsi, d'après une enquête auprès de patientes de la SSA (24), le fait d'appartenir à un groupe à faible scolarité multiplie par dix les céphalées, par quatre les varices, par deux l'hypertension. Toute la hiérarchie médicale et les livres de l'IMSS prônent l'explication des possibles effets collatéraux mais les médecins de base avouent ne pas le faire : il est déjà difficile d'atteindre les objectifs chiffrés, que serait-ce s'ils parlaient des problèmes ! Ils se contentent donc d'évaluer les risques pour chaque femme et de lui proposer la méthode la plus adéquate.

Lors des entretiens semi-directifs, les femmes se partagent également entre celles qui ont entendu parler par le personnel de santé des effets secondaires et celles qui n'ont rien écouté de tel. Au centre de santé de Hunucma il est dit qu'il faut changer de pilule ou de méthode si l'actuelle ne convient pas. Il paraît contre-productif de ne pas mentionner les risques puisque toutes les femmes en ont entendu parler par une connaissance quelconque ou peuvent les expérimenter. Ainsi une femme d'Hunucma, ayant eu de fortes hémorragies et des migraines après avoir pris la pilule à son deuxième enfant, a abandonné toute idée de contraception et a maintenant six enfants.

On trouve de plus quelques cas de désinformation. Ainsi une femme de Canicab présentant un masque de grossesse à la suite de la prise de contraceptif oral se fait répondre par la doctoresse que cela n'a aucun rapport alors que c'est un des effets, rare mais bien connu, de la pilule. Cette même femme s'est retrouvée ménopausée après une ligature, là aussi on lui a répondu que cela n'avait aucun rapport. On se rappelle que selon l'END de 1982 5 % des femmes ligaturées utilisaient cette méthode définitive croyant ainsi espacer les naissances (25). Un médecin a dit à un *ejidatario* que cette méthode est réver-

24. Guillermina FIGUEIROA, "Factores de riesgo en métodos anticonceptivos". *IIIª Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México*. Mexico, 4 novembre 1986.

25. Cité par Mario BRONFMAN, Elsa LOPEZ et Rodolfo TUIRAN, "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México". *Estudios demográficos y urbanos*, vol. I, n° 2, 1987 : 165-203.

sible, sans ajouter que l'IMSS ne paierait pas pour l'opération et qu'elle échoue souvent. Cet *ejidatario* ne pensait d'ailleurs pas faire profiter sa femme de cette réversibilité, ayant déjà assez de mal à nourrir ses enfants.

L'IMSS joue donc un rôle essentiel dans l'information sur les méthodes, on peut toutefois regretter qu'il insiste essentiellement sur les méthodes de son choix et sans toujours donner tous les éléments nécessaires. Il faut d'ailleurs remarquer que, malgré leur accès prioritaire à l'IMSS, les *ejidatarios* institutionnels sont moins au courant de l'ensemble des méthodes que ne le sont les *ejidatarios* indépendants.

CONCLUSION

Quels sont donc les moyens utilisés par les différents acteurs pour faire passer leur message ? Tous emploient la répétition, encore plus marquée pour les institutions publiques du fait du poids de leur présence. Il est bien difficile aux mères d'échapper au discours sur la planification qu'elles entendent même aux distributions gratuites de lait du DIF : c'est dire à quel point ce discours sature l'espace public.

L'autre moyen c'est une information dont il faut bien dire qu'elle est biaisée des deux côtés : les prêtres exagèrent nettement les effets secondaires liés à la contraception, en revanche ceux-ci sont peu expliqués par le système public. Mais chaque institution a aussi ses moyens de pression spécifiques. Dans le cas de l'Église catholique la menace d'excommunication, d'ailleurs adressée semble-t-il aux seules sages-femmes, et celle du refus de donner la communion. Ces menaces semblent énoncées surtout envers les plus pratiquantes, les seules que ces moyens purement moraux peuvent effrayer. Le champ de la santé manie, lui, sa fonction soignante pour légitimer la planification, exagérant parfois les effets des grossesses trop nombreuses. Les médecins publics présentent ainsi la grossesse comme une maladie provoquant des effets graves sur le métabolisme si elle arrive trop tôt ou trop tard ou si elle est trop fréquente. La grossesse doit donc être médicalisée et circonscrite par le biais de la contraception, qui n'est pas - et n'a jamais été - dans le discours médical un moyen d'assurer la maîtrise de leur corps par les femmes mais un médicament contre la grossesse.

Les rapports des femmes avec l'IMSS sont également marqués d'une certaine crainte : ainsi sur les trois femmes ayant été stérilisées sans leur avis (3 sur 20 cela fait beaucoup), seule la femme qui l'a été pour des raisons médicales s'est entretenue de nouveau avec nous sans problème particulier. Une autre ne l'a accepté qu'après quatre passages et a refusé d'être enregistrée ; elle a d'ailleurs commencé par dire qu'elle n'avait jamais pratiqué la contraception avant que son mari ne la reprenne. L'autre femme n'a jamais voulu reparler avec nous. Cette crainte manifeste une attitude peu assurée face à l'IMSS et le

sentiment d'être dans une relation inégalitaire. On peut se demander si cela ne favorise pas l'imposition aussi bien de nouvelles normes en matière de fécondité que de pratiques contraceptives, parfois définitives. Ces pratiques induites par l'institution pourraient augmenter le risque d'effets secondaires en en faisant un moyen de résistance : *"Vous me dites de prendre la pilule pour ne pas me rendre malade en ayant trop d'enfants, mais c'est votre pilule qui me rend malade"*. Cette activité du système public de santé a au moins rempli son premier objectif : rendre possible la pensée d'une réduction volontaire de la fécondité, condition nécessaire de la transition démographique selon CLELAND et WILSON. Encore faut-il s'interroger sur les facteurs endogènes, non seulement culturels mais aussi économiques et sociaux, qui peuvent conduire les habitants de la zone *henequén* à utiliser cette possibilité.

FAMILLES ET FÉCONDITÉ

L'échec relatif de programmes de planification familiale dans certains pays, comme en Inde ou au Kenya, indique assez clairement que la volonté politique ne suffit pas à faire diminuer la fécondité. Même un État qui emploie la manière forte, comme la Chine, a des résultats moins brillants qu'il ne le voudrait parce que les familles rurales n'ont pas accès à des systèmes de retraite étatiques et que les politiques actuelles de reprivatisation accentuent le besoin de main-d'œuvre familiale. Les raisons de cet échec peuvent être liées à une forte mortalité infantile, particulièrement en Afrique, qu'elle soit réelle ou que les parents ne considèrent pas sa baisse comme acquise (1). Les programmes peuvent également échouer pour des motifs économiques si les enfants constituent une aide précieuse dans le travail familial ou la seule ressource dans la vieillesse, ou encore si les flux intergénérationnels favorisent les parents. Mais elles peuvent aussi relever des autres fonctions des enfants :

- rituelles pour les garçons dans le culte des ancêtres en Afrique ou en Asie ;
- "expressives" c'est-à-dire liées aux gratifications affectives immédiates que les parents retirent de leur relation à l'enfant : besoin d'accomplissement de soi, élargissement du soi à une entité plus large dans le temps (immortalité) et dans l'espace ;
- socialement instrumentales : acquisition de l'identité sociale et du statut d'adulte, désir de sociabilité, représentation de l'amour du couple, manifestation extérieure de prestige ou de statut ;
- exercice de certaines tâches appréciées : élever un enfant (2). Or les alternatives, c'est-à-dire les possibilités de réaliser ces valeurs autrement que par les enfants, sont nettement plus minces dans les milieux défavorisés que dans les autres et pour les femmes que pour les hommes, notamment en ce qui concerne l'acquisition de l'identité, l'exercice du pouvoir ou de l'influence.

Par ailleurs la stratification sexuelle peut inciter à une forte fécondité.

- D'une part les hommes chefs de famille peuvent retirer un bénéfice du travail de leurs enfants alors que tout le coût (en santé, en temps) repose sur leurs dépendants, ce qui les conduit à produire de nombreux enfants.
- D'autre part pour de nombreux auteurs le développement de la division internationale du travail s'est traduit par une diminution de l'accès des femmes aux

1. Thérèse LOCOH, *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest. Le Togo méridional*. Travaux et Documents, Cahier n° 107, INED, PUF Paris, 1984. Sylvie REY, *Entre avec la fraîcheur dans la maison*. Schémas de reproduction et de santé, évolution du statut des femmes et transformations des milieux en pays moba-gurma (Togo). Thèse es-sciences de l'université de Provence, Marseille, 1989 : 301.

2. Jean KELLERHALS, *Mariages au quotidien*, Lausanne, édition Favre, 1982 : 195.

ressources économiques mais aussi éducatives, politiques et organisationnelles ; en conséquence elles ne peuvent obtenir un certain accès à ces ressources que par le biais de leurs enfants, notamment masculins (3). Les études (4) de CAIN au Bangladesh et de CALDWELL en Inde et en Afrique confirment que les femmes y ont intérêt à avoir de nombreux enfants, tant au niveau économique que social et affectif. Elu de LENERO a également souligné la contradiction à laquelle les Mexicaines étaient confrontées : le programme de planification familiale promet une baisse de la fécondité alors que les enfants sont leur seule source de statut (5). Il faut toutefois noter qu'en 1976 57 % des Mexicaines en union interrogées lors de l'EMF déclaraient ne plus vouloir d'enfants, et surtout elles étaient déjà 41 % pour celles n'ayant eu que deux enfants (6) ; la nécessité et le désir d'assurer une grande descendance, qu'ils soient économiques ou sociaux, semblent remis en cause pour la moitié des Mexicaines. Il importe donc de réexaminer les conditions économiques et sociales qui sous-tendent le désir d'avoir de nombreux enfants.

A. LES FLUX ÉCONOMIQUES ENTRE PARENTS ET ENFANTS

On a souligné depuis longtemps le rôle économique des enfants dans les sociétés rurales par leur participation au travail familial ou au revenu global de la famille ainsi que par leur coût plus faible qu'en ville du fait de l'autoconsommation. MIER Y TERAN et RABELL (7) expliquent ainsi la différence de fécondité existant au Mexique de 1972 à 1977 entre les petits propriétaires et la petite bourgeoisie (soit un indice synthétique de fécondité de respectivement 9,3 et 5,4). Le faible coût des enfants en milieu rural a été mis en question par Eva MUELLER (8) qui, en se fondant sur les données agrégées de l'ONU ainsi que sur des études du cycle de vie familial, a au contraire montré la valeur économique négative des enfants. Elle indique que les gens perçoivent ce coût mais qu'ils seraient encouragés à avoir de nombreux enfants du fait des incertitudes qui pèsent sur l'espérance de vie. Cependant cette analyse du coût des enfants est for-

-
3. Ester BOSERUP, "Economic and demographic interrelationships in sub-saharan Africa", *Population and Development Review*, vol. XI, n° 3 : 383-397. Kathrine WARD, *Women in the world system. Its impacts of status and fertility*. N.Y., Praeger, 1984 : 115-118.
 4. John CALDWELL, *A theory of fertility decline*. Academic Press, 1982.
 5. Elu DE LENERO in June NASH and Helen ICKEN, SAFA, *Sex and class in Latin America*, New-York, Praeger, 1976.
 6. Andrée MICHEL, "Femmes et multinationales". *Current Sociology*, vol. XXXI, n° 1, printemps 1983 : 1-211.
 7. Marta M. MIER Y TERAN, C. RABELL ROMERO, "Fecundidad de grupos sociales en México 1971-1977". *Los factores del cambio demográfico en México*. Siglo XXI, México, 1984 : 221-241.
 8. Eva MUELLER, "El valor económico de los hijos en la agricultura campesina" in *Crecimiento de la población y cambio agrario*. Victor MORELOS, URQUIDI, (eds). México, Colegio de México, 1979 : 323-391.

tement entachée par la non-prise en compte du travail domestique, dont on sait cependant combien il est essentiel à la survie du groupe domestique dans les pays en développement, et qu'il motive tout autant le désir d'enfant que la production pour le marché. De plus, il n'est pas assuré que les paysans participent d'une logique économique en ce qui concerne la production d'enfant et cela même s'ils déclarent que les enfants coûtent cher. Les anthropologues ont montré que le calcul coûts/bénéfices en ce qui concerne la procréation ne relève que de certains types de sociétés et de certaines catégories de famille, en conséquence, même si le calcul d'Eva MUELLER était juste, il faudrait se demander si les paysans l'accomplissent réellement.

La zone *henequén* du Yucatan se caractérise par rapport à d'autres régions agraires mexicaines par trois particularités :

- l'autosubsistance y est rare du fait de l'absence d'irrigation et de la pauvreté des terres, mais surtout de la priorité institutionnelle accordée à la culture d'exportation du *henequén*.
- les terres appartiennent collectivement et non individuellement aux agriculteurs. De plus cette appropriation est de pure façade car la banque rurale décide de l'affectation des crédits et du nombre d'heures travaillées. Les producteurs indépendants sont donc moins nombreux que les agriculteurs contrôlés par l'État ou ceux qui vendent leur force de travail à des particuliers. La plupart des Yucatèques qui travaillent le *henequén* n'ont donc pas de patrimoine à transmettre aux enfants.
- le sous-emploi masculin est massif.

Ces singularités influent sur l'importance de l'aide des enfants, sur les coûts de ceux-ci et donc sur la nature des flux intergénérationnels par le biais d'une monétarisation importante.

1. L'aide apportée par les enfants

Seuls 12 % des hommes et 23 % des femmes approuvent l'idée que les grandes familles sont souhaitables parce que les enfants apportent une aide importante. Cette idée est deux fois plus répandue chez les femmes que chez les hommes et cela dans toutes les catégories sociales (mais trois fois plus chez les ED) et elle devient de plus en plus fréquente lorsque l'on passe des ES aux ED puis aux SA. Les opinions divergent donc à la fois selon le sexe et la catégorie sociale. Ce qui s'explique par l'utilisation différentielle des enfants : femmes et hommes n'ont pas les mêmes besoins en travail familial et garçons et filles n'ont pas les mêmes activités.

La description de la division sexuelle du travail faite à Timul, près de Sinanché, par Wilbert PINTO et Gina VILLAGOMEZ (9) peut s'appliquer à nos villages. Toutes les tâches ménagères (tirer l'eau du puits, activité qui concerne tout

9. Wilbert PINTO et Gina VILLAGOMEZ VALDEZ, *Trabajo doméstico en el ámbito rural*. Tesis por el título de licenciado en antropología social, Mérida, 1986 : 185.

l'échantillon de ces chercheurs et les deux tiers du nôtre ; préparer la nourriture, laver les vêtements et les hamacs, ce qui est physiquement très éprouvant, nettoyer la maison) sont réalisées par les femmes : quand l'épouse ne peut les réaliser elle est remplacée par sa mère ou sa fille, éventuellement par une autre femme du groupe domestique. Elles nourrissent également les poules et les porcs, s'il y en a, et aident souvent à la *milpa*, c'est-à-dire à la culture du maïs.

Tableau 1
Opinions sur les grandes familles selon la catégorie sociale et le sexe

Opinions positives des hommes en %

	Affection et autres	Aide travail	Aide vieillesse	Négatif	NR	Total	Effectifs
ES	4	16	-	64	16	100	31
ED	-	11	11	67	11	100	9
SA	6	16	12	53	13	100	17

Opinions positives des femmes en %

	Affection travail	Aide travail	Aide vieillesse	Diverses aides	Négatif	NR	Total	Effectifs
ES	3	20	6	8	46	17	100	35
ED	-	46	9	18	18	9	100	11
SA	-	21	21	10	32	16	100	19

Les hommes aident pour les courses et la recherche du bois de cuisson ; ils partagent la socialisation et l'éducation de leurs enfants : 60 % d'entre eux surveillent les devoirs. Surtout ils exercent tous une activité rémunérée alors que, dans notre échantillon seules 15 % des femmes déclarent une activité rémunérée prioritaire et 14 % une secondaire. En effet seuls les hommes ont accès à l'*ejido* collectif : les terres ont été distribuées en fonction du nombre d'hommes et non de celui d'adultes (10). Les femmes ont peu de possibilités d'emploi : domestiques à Mérida, marchandes ou sages-femmes, vendeuses de boissons ou de gâteaux ; les plus éduquées sont infirmières ou maîtresses d'école. Certes la loi de réforme agraire prévoyait de développer le travail féminin en zone rurale grâce aux unités agro-industrielles pour les femmes (UAIM) mais celles-ci ne sont que

10. Depuis la loi de réforme agraire de 1971 les femmes ont le droit nominale de l'être *ejidataria* mais dans la réalité en 1984 elles ne représentaient que 15 % des *ejidatarios*, encore étaient-elles le plus souvent des veuves dont les terres sont exploitées par les fils.

121 dans la zone *henequén* - dont seules 61 fonctionnaient en 1988 - et chacune emploie en moyenne 26 femmes (11). Aussi, dans notre étude, les hommes détiennent l'essentiel des ressources monétaires des familles ; 4 % des hommes mais 72 % des femmes n'ont aucun revenu propre et la moitié des femmes qui exercent une activité rémunérée en retirent moins de 10 000 pesos par mois alors que ce n'est le cas que de 15 % des hommes. Or le coût d'un kilo de porc est de 2 600 pesos (12).

Cette distribution des tâches se traduit par une dépendance des femmes envers les hommes : elles justifient leur obéissance à ceux-ci par le fait qu'ils les entretiennent. Par ailleurs le caractère "páronien" de ces familles (hommes pourvoyeurs de revenus, femmes ménagères) ne doit pas faire oublier que les tâches domestiques effectuées par les femmes, loin d'être "expressives", c'est-à-dire affectives, remplissent une fonction économique. Avec les salaires que les hommes gagnent ils ne pourraient pas survivre si les femmes ne tiraient pas l'eau du puits, n'allaient pas chercher le bois pour cuisiner, ne préparaient pas les tortillas etc.

L'utilisation de la main-d'œuvre familiale dépend de la catégorie sociale pour les hommes. En effet, les sociétés *ejidales* distribuent aux hommes ES des heures de travail en fonction du crédit accordé par la banque et de la terre dont elles disposent (13), en 1980 les ES n'avaient travaillé que 25 heures par semaine. Ils n'ont donc pas besoin de la main-d'œuvre des enfants puisque celle-ci ne leur apporterait aucun revenu supplémentaire. S'ils emmènent parfois leurs garçons avec eux, c'est pour leur apprendre le travail : cela n'a été le cas en 1980 que de 14 % des fils d'ES. Les salariés, eux travaillaient plus longtemps : 40 heures par semaine, mais ils ne sont payés que pour leur travail. Les ED sont les seuls à décider de l'affectation de leur travail mais tous n'ont pas besoin d'aide de la part des enfants puisque la quantité de travail nécessaire dépend de la taille de leurs propriétés : 25 % des fils d'ED étaient utilisés comme main-d'œuvre familiale en 1980, soit le pourcentage le plus élevé de toutes les catégories, bien qu'il reste assez faible.

En revanche l'aide des enfants et dans ce cas particulièrement des filles paraît nécessaire aux mères de famille, qui travaillent en moyenne 13 heures par jour ; toutefois ce besoin est d'autant plus grand qu'il y a plus d'enfants et vice-versa : les femmes ont donc intérêt à avoir une fille ou deux pour les aider mais pas plus.

11. Marie-France LABRECQUE, "Femmes, développement et idéologie : un cas au Mexique", *Recherches féministes*, vol. I, n° 2, 1988 : 22 et 35 .

12. *Diario de Yucatán*, 3 février 1987.

13. Ainsi l'*ejido* de Sinanché dispose de beaucoup de terres alors que ceux d'Acanceh et de Canicab n'en ont pas assez, ce qui induit des relations très diverses en ce qui concerne l'utilisation de la force de travail, d'autant que la productivité de ces terres dépend aussi du cycle de production, très long, de l'*henequén*.

Nous allons également utiliser l'enquête de LERNER et QUESNEL menée en 1980 (14) pour étudier l'aide réelle apportée par les enfants parce qu'elle porte sur des effectifs beaucoup plus élevés que l'enquête de 1986 : 1 428 enfants. La surreprésentation masculine commence à partir de 12 ans et s'explique par le fait que les filles vont travailler comme domestiques à Mérida et/ou qu'elles quittent la maison lorsqu'elles se marient, le plus souvent avant 20 ans. Notons tout de suite qu'il y a très peu de différence apparente de scolarisation entre les filles et les garçons, mais le fait que de nombreuses filles soient déjà employées comme domestiques à cet âge indique qu'en réalité leur niveau de scolarisation est inférieur à celui des garçons.

Tableau 2
Scolarisation et travail familial des enfants dans la zone *Henequén* en 1980

Age	Effectifs		Scolarisation		Travail familial	
	H	F	H	F	H	F
8-11 ans	269	267	89 %	88 %	4 %	10 %
12-15 ans	266	240	58 %	52 %	21 %	38 %
16-19 ans	231	155	18 %	16 %	24 %	62 %

L'utilisation de la main-d'œuvre enfantine diffère selon le sexe : les garçons n'aident pas du tout à la maison, sauf pour faire un peu les courses mais ils travaillent avec leur père ou à l'extérieur, alors que les filles, soit quittent la maison pour se marier ou pour être bonnes à Mérida, soit effectuent le travail domestique. Seule une mère qui n'a eu que des garçons admet qu'ils peuvent faire les mêmes choses que les filles, les autres pensent que les garçons ne peuvent pas faire les tâches ménagères. Une de nos interlocutrices le justifie par le fait que dans ce cas les garçons prendraient goût à ces tâches et ne voudraient pas aller travailler aux champs, idée qui peut être rationalisée par l'existence d'un certain nombre de travestis dans cette zone (12 par exemple à Sinanché selon un recensement du maire). Si l'on considère le travail d'aide familial non rémunéré, qu'il soit domestique ou agricole, il en ressort que les fillettes sont deux fois plus nombreuses que les garçons entre 8 et 15 ans à travailler pour la famille à titre principal et plus du triple entre 16 et 19 ans. Cette différence s'explique largement par le fait que le travail rémunéré des adolescentes nécessite qu'elles soient placées en ville (15) et qu'elles partent donc plus jeunes de la maison. L'aide des enfants et particulièrement des filles est donc très importante. Par ailleurs, les

14. LERNER et QUESNEL, *op. cit.* : 331-332.

15. Les salaires versés aux bonnes sont plus faibles que ceux obtenus par les garçons notamment comme maçons ; certaines gardent toutefois un bon souvenir de cette période parce que c'est la seule fois où elles ont mangé à leur faim.

garçons sont les seuls à être parfois payés par la famille, bien qu'ils ne soient jamais plus de 5 % dans ce cas.

Les parents expliquent le travail des enfants par les besoins de la famille mais aussi par la nécessité d'acquérir de l'expérience : le travail domestique (au sens de travail familial non rémunéré) marque alors la perpétuation d'une formation sous le signe de l'apprentissage en opposition à l'éducation de type scolaire.

Les enfants peuvent aussi aider leur famille en apportant des revenus gagnés à l'extérieur du foyer : en travaillant à Hunucma dans la petite industrie de la chaussure, certes en déclin ; à Sinanché dans la pêche, et partout ailleurs comme salariés agricoles pour les garçons ou domestiques pour les filles.

Quant aux émigrants, selon l'enquête de LERNER et QUESNEL, en 1980 seuls 15 % des hommes et des femmes maintenaient des relations étroites avec leur groupe domestique d'origine, et parmi ceux-ci 77 % des garçons apportaient une aide contre 55 % des filles. Ces chiffres indiquent que :

- l'aide des émigrants est faible,
- elle intervient plus en cas d'imprévus que de façon permanente,
- les revenus financiers des femmes sont moindres,
- les personnes des deux sexes ayant des relations étroites avec leurs familles sont une majorité à les aider plutôt qu'à recevoir ou à avoir des échanges réciproques.

En ce qui concerne l'aide à plus long terme, trois quarts des personnes interrogées lors des entretiens semi-directifs sont persuadées que leurs enfants les aideront plus tard et citent des exemples au sein de la communauté pour appuyer leur point de vue. Les autres argumentent : "*oui... mais s'ils ne veulent pas, on n'y pourra rien*" ou "*ça dépend*". Certains estiment que les fils continuent d'aider après leur mariage, mais la plupart pensent qu'ils arrêtent à ce moment parce qu'ils doivent entretenir leur famille, ils n'interviennent plus alors qu'en cas de coups durs. Les filles peuvent encore plus difficilement aider leurs parents financièrement après le mariage puisqu'elles reçoivent l'argent du mari, mais elles aident au lavage et à la confection de la nourriture, ce qui est également jugé important. Il faut dire que dans la zone les fils vivent souvent le début de leur vie maritale avec leurs parents et que les filles suivent leur époux qui souvent habite cependant dans le village.

L'aide pendant la vieillesse n'est guère perçue comme une incitation à une forte fécondité : seuls 5 % des hommes et 9 % des femmes la mentionnent pour juger favorablement les grandes familles. Il y a cependant de fortes différences au niveau social liées au fait que les ES perçoivent une pension pour leur retraite, certes faible mais guère moins que ce qu'ils perçoivent pour leur travail. En conséquence aucun homme ES ne cite ce motif contre 6 % de leurs épouses, alors que les autres catégories le mentionnent plus souvent : 11 % des hommes ED et SA, 21 % des épouses de SA. Les femmes citent assez souvent l'aide dans le travail et pendant la vieillesse comme motif pour avoir une grande famille :

15 % des ES, 18 % des ED, 21 % des SA, ce qui renvoie sans doute à la perception de leur plus grande longévité et donc d'un besoin plus grand de cette aide ainsi qu'au fait qu'elles sont rares à toucher une rémunération pour leur travail.

2. Les coûts liés aux enfants

Lorsque l'on demande aux familles ce qui rend difficile d'élever les enfants la moitié répondent la cherté de la vie, 10 % les maladies, 10 % les problèmes éducatifs alors que 15 % disent que ce n'est pas difficile et 10 % que l'important c'est l'amour. Voilà qui renseigne sur les priorités des ruraux interrogés : la survie économique.

Parmi les coûts financiers, celui de l'alimentation est jugé élevé par tous, car la terre est pauvre et l'irrigation trop chère. Depuis plusieurs années la sécheresse brûle le maïs, traditionnellement cultivé dans la *milpa*, et les gens ont dû vendre leurs dindons et porcs, encore nombreux en 1980, parce qu'ils ne pouvaient plus les nourrir ; ce fait seul marque assez la violence de la paupérisation subie récemment dans la zone *henequén*. Ainsi selon l'enquête de 1986-1987, 22 % des familles n'ont ni fruits ni légumes, 50 % ne disposent pas de fruits, la moitié n'ont pas d'animaux et 44 % seulement des poules ou des dindons. Il faut donc acheter tous les produits de base or ils ont augmenté de 110 % pendant l'année 1986 et la tortilla, dont la consommation quotidienne par personne se compte au demi-kilo, de plus de 200 % (16). Inutile de dire que les salaires, certes revalorisés de temps à autre, ne sont cependant pas indexés : les ruraux doivent donc encore restreindre leurs dépenses d'alimentation, lesquelles étaient déjà insuffisantes en 1983 de 64 % par rapport aux normes d'une alimentation normale. On comprend que de nombreuses personnes aient décrit une situation où l'on mange "*s'il y a de quoi*" et où l'on se couche souvent le ventre vide. En conséquence le dicton "*où il y a pour un, il y a pour deux*", parfois cité positivement, est plus souvent rejeté. Une femme estimait ainsi au double les dépenses d'une grande famille par rapport à une petite.

L'habillement, bien que souvent de seconde main, et les dépenses de santé constituent d'autres postes importants du budget familial. En effet même les assurés sociaux se plaignent de l'inefficacité du système public de santé dans le traitement de certaines maladies infantiles, notamment les diarrhées ; ils doivent alors recourir à la médecine privée et même parfois à la médecine traditionnelle.

L'école tient une place à part puisqu'elle est à la fois un coût et un investissement. Elle est jugée non coûteuse jusqu'à la fin du cycle primaire puisque les livres sont gratuits ; par ailleurs comme les enfants n'y assistent qu'une demi-journée, elle n'entre pas vraiment en compétition avec le travail familial. Un sixième des femmes disent que les enfants iront à l'école aussi loin qu'ils le pour-

16. *Diario de Yucatán* du 12 janvier 1987.

ront, notant que l'argent manque pour la nourriture et l'habillement, la moitié espère tout au plus que leurs enfants terminent le primaire pour apprendre à lire, un dixième aspire à les voir terminer le secondaire et un peu moins du tiers vise des études courtes : secrétariat, comptabilité, maître, ou même longues : docteur ou ingénieur. Ces dernières femmes ne sont pas d'ailleurs totalement altruistes : elles espèrent qu'avec un bon emploi leurs enfants pourront mieux les aider plus tard. Le choix d'une meilleure éducation relève d'une stratégie à long terme qui n'est possible que pour les familles qui ne vivent pas tout juste au seuil de la survie. Seules deux femmes jugent que les filles ne peuvent pas faire autant d'études que les garçons, l'une parce que leur destinée est purement domestique, l'autre parce qu'elle est à Canicab où il n'y a pas d'école secondaire, les garçons vont donc en vélo à Acanceh, ce qui pourrait être sexuellement dangereux pour une fille. En revanche seules deux cinquièmes considèrent que les filles doivent penser à leur avenir professionnel que ce soit pour parer à un éventuel échec matrimonial ou pour se faire "valoir par elles-mêmes".

La cherté de l'existence est perçue différemment selon les groupes sociaux car, bien qu'ils soient tous pauvres, leurs revenus n'en diffèrent pas moins : les deux tiers des ES gagnent moins de 10 000 pesos (1986) par mois et par membre de la maisonnée alors que les autres catégories ne sont que la moitié dans ce cas. La cherté de la vie justifie donc les petites familles pour plus de 70 % des hommes *ejidatarios*, qu'ils soient institutionnels ou indépendants, contre seulement 53 % des salariés et autres.

3. Le sens des flux intergénérationnels

CALDWELL a développé une théorie de la fécondité en termes de flux intergénérationnels entre parents et enfants, mesurés par la différence entre le coût de l'entretien et de l'éducation des enfants et le gain de leur participation matérielle, à court ou à long terme. Selon cette théorie il n'y a que deux types de famille du point de vue de la fécondité : celles qui tirent un bénéfice économique du fait d'avoir des enfants et les autres. CAIN insiste sur la difficulté de calculer ces flux : ils ne deviendraient positifs pour les parents qu'à 15 ans au Bangladesh et 25 ans au Sri Lanka.

Le choix d'un système de référence pour mesurer ces coûts est central. Comme le dit SCHARNBERG (17) à propos de l'utilité des enfants, l'approche utilisée devrait être celle qui se révèle la plus proche des évaluations parentales, faute de quoi on tombe dans de pseudo-évaluations standardisées. Aussi, plutôt que de calculer ces flux selon des critères extérieurs à ceux employés par les Yucatèques de la zone, il paraît plus logique de leur demander comment ils perçoivent ces flux puisque ce sont leurs propres perceptions qui orienteront leurs pratiques sans évidemment que cela implique qu'ils sachent comment ces per-

17. Cité par KELLERHALS, *op. cit.*

ceptions ont été formées. Or les Yucatèques interrogés pensent que la fécondité a diminué de plus de la moitié par rapport à la génération de leurs parents, ce qu'ils expliquent à 60 % par la "cherté de la vie" et à 40 % par la planification. Dans le même sens 66 % des hommes et 44 % des femmes jugent négativement les grandes familles au motif qu'elles coûtent cher. Par ailleurs seul un quart des 40 personnes interrogées jugent les flux intergénérationnels nuls, les autres considérant que, comme le dit une femme : "les enfants me plaisent parce que plus tard ils vont m'aider". Cependant ils coûtent trop cher ; comme le dit une mère de deux enfants qui a 20 ans : "C'est bien d'avoir beaucoup d'enfants parce qu'ils aident mais on ne peut pas". Alors que le coût financier est jugé important, le coût en temps n'est relevé que par une minorité de femmes, du fait du faible rendement financier des alternatives au travail domestique féminin.

Tableau 3
Le nombre idéal d'enfants selon la catégorie sociale et le sexe en %

Pour les femmes

Catégorie sociale	1-3	4-5	6 et plus	NR	Total
Ejid. institut.	68	14	4	14	100 (35)
Ejid. indépdt.	91	9	0	0	100 (11)
Sal. agricoles	52	32	0	16	100 (19)

Pour les hommes

Catégorie sociale	1-3	4-5	6 et plus	NR	Total
Ejid. institut.	77	16	4	3	100 (31)
Ejid. indépdt.	67	11	11	11	100 (9)
Sal. agricoles	53	41	6	0	100 (17)

Le bilan des flux intergénérationnels établi par les hommes est beaucoup plus négatif que celui réalisé par les femmes puisque la majorité d'entre eux, quelque soit la catégorie, perçoivent négativement les grandes familles alors que ce n'est jamais le cas des femmes. Par ailleurs les différences entre hommes sont assez faibles alors que celles entre femmes, selon la catégorie sociale d'appartenance, sont fortes (de 18 % à 46 %). Cela s'explique par la plus grande sensibilité des hommes au coût des enfants en tant que pourvoyeurs de revenus et surtout par la valorisation féminine de l'aide des enfants. Ces distinctions sont tout à fait corrélatées avec le nombre idéal d'enfants pour les hommes, puisqu'avec des catégories ES et ED voient positivement les petites familles et négativement les grandes ; ils sont autour de 70 % à ne pas vouloir plus de trois enfants alors que les SA sont 53 % (tableau 3). En revanche il n'y pas de lien direct pour les femmes

entre nombre idéal d'enfants et opinions sur la taille des familles, sauf pour les épouses de SA. Pourtant 25 % des deux sexes considèrent que trois enfants suffisent à constituer une grande descendance ; il n'y a donc pas de différence à ce niveau qui expliquerait la divergence d'appréciation entre les femmes et les hommes.

On peut donc dire que dans la zone *henequén* du Yucatan l'enfant est désormais considéré comme un investissement profitable mais trop élevé, et cela d'autant plus que sa rentabilité dépend directement du montant de l'investissement en éducation. La majorité des *henequéneros* ne peuvent plus nourrir leurs enfants, une minorité ne peuvent pas leur donner une éducation suffisante pour qu'ils puissent les aider plus tard. Ainsi les salariés et autres, catégorie sociale la plus "riche" de notre échantillon, déclarent un idéal de fécondité beaucoup plus élevé que les *ejidatarios* parce qu'ils trouvent que les enfants ne coûtent pas si cher et qu'ils en attendent une aide plus importante car ils peuvent investir dans leur éducation. Les *ejidatarios*, qu'ils soient institutionnels ou indépendants, et malgré le fait qu'ils aient un rapport aux institutions sanitaires plus intensif que les SA, disent tous que les familles ne peuvent plus aujourd'hui avoir plus de deux ou trois enfants parce qu'ils coûtent trop cher.

La cherté des enfants est donc le facteur principal de la baisse des idéaux de fécondité et désormais les enfants remplissent d'autres fonctions pour leurs parents.

B. LES FONCTIONS SOCIALES ET AFFECTIVES DES ENFANTS

Les enfants permettent de réaliser certains objectifs sociaux et affectifs lesquels peuvent être parfois atteints par d'autres moyens (le travail, la création, les réseaux de sociabilité) ; toutefois ces alternatives sont généralement plus faibles dans les classes dominées et pour le sexe dominé. Par ailleurs les possibilités d'atteindre ses fins dans la négociation conjugale diffèrent également selon le degré de stratification sociale et sexuelle. Il est donc nécessaire d'analyser tant la position sociale des femmes que le pouvoir domestique pour comprendre les stratégies des paysans yucatèques.

1. La position sociale des femmes

Une brève description de la situation des Yucatèques rurales, que nous avons déjà montrées accablées de travail face à un relatif loisir masculin, indique assez le haut degré de stratification sexuelle dans la zone *henequén*.

La jeune fille yucatèque en zone rurale est très surveillée par ses parents et ne reçoit aucune éducation sexuelle. Elle se marie jeune avec un homme avec qui elle a peu parlé et qu'elle a souvent "choisi", comme elle ne sort pas, parce qu'il était le seul à visiter sa famille. En tant qu'épouse elle doit effectuer les tâches ménagères, avoir des enfants, se soumettre au désir de son mari. La question du désir féminin est rarement posée comme l'indiquent les critiques faites aux

méthodes naturelles : *“Quand il rentre saoul on ne peut pas lui faire entendre raison”*. Cependant une des femmes interrogées se refusait à son mari parce qu'elle ne l'avait jamais aimé et que de plus il pratiquait le coït interrompu, alors que la procréation était pour elle la seule justification aux relations sexuelles.

Les épouses sont très surveillées tant par leurs maris, souvent jaloux, que par la communauté féminine qui propage facilement des rumeurs, notamment à l'encontre des femmes qui travaillent en ville. En général elles sortent pour voir leurs parentes ou leurs amies mais ce sont les enfants qui font les courses. Toutefois d'autres femmes ont une sphère d'autonomie plus large : ainsi selon une conjointe d'ES vivant à Hunucma : *“Il faut obéir en certaines choses à son mari et pas en d'autres. Il décide si je travaille ou pas puisqu'il m'entretient mais je ne lui demande pas la permission pour aller me promener”*.

Les hommes manifestent une sociabilité plus forte dans laquelle la consommation de rhum joue un rôle important : il n'est pas rare de les voir en pleine journée discuter sur la place du village ou aux coins des rues autour d'une bouteille. Quelles qu'en soient les causes, ce comportement est très rare chez les femmes qui valorisent fortement la chance d'avoir un mari qui ne boit pas.

Dans ces années laborieuses passées au service de la famille la maternité joue un rôle important par le temps que les femmes y consacrent mais surtout par le sens que celle-ci donne à leur existence.

Les femmes de la zone *henequén* affectent une grande partie de leurs jeunes années à la maternité : un tiers étaient déjà mariées à 17 ans, deux tiers à vingt ans et elles ne prennent alors aucune précaution : il faut avoir un enfant “dans l'année”. Cette exigence est d'ailleurs plutôt celle des femmes qui semblent anxieuses de se prouver leur capacité à enfanter : elles sont favorables à un mariage plus tardif et à une grossesse dans l'année alors que les hommes préféreraient qu'elles se marient plus jeunes mais qu'elles attendent plus longtemps pour avoir leur premier enfant. Cela reviendrait donc au même en ce qui concerne l'âge à la première maternité mais laisserait le couple seul plus longtemps.

L'allaitement est généralisé : seuls 10 % des enfants ne l'ont pas été parce que la mère n'avait pas de lait ou était malade. Il est prolongé : moins de 5 % jusqu'à 5 mois, 20 % jusqu'à 11 mois, 18,5 % jusqu'à 17 mois et 46,5 % au-delà. Il y a une certaine attraction des chiffres ronds avec un quart des enfants allaités douze mois. Les femmes justifient leur attitude, qui se démarque par rapport aux recommandations des médecins qui préconisent un allaitement de six mois, par le fait que *“l'enfant le demande et cela (leur) fait plaisir”*. La disponibilité du corps des mères est totale, il n'est pas rare en effet de voir un enfant de quatre-cinq ans déshabiller sa mère pour lui prendre le sein. Les enfants semblent apporter à leur mère une possibilité de plaisir sensuel qui leur manque par ailleurs. Ainsi les Yucatèques n'expriment jamais leur affection en public ni à l'intérieur de la maison car la famille, étendue ou pas, vit dans la même pièce. Les relations

sexuelles ont lieu en silence quand tout le monde est supposé dormir. À partir du moment où l'enfant est né il a la priorité : *“ Depuis le réveil et à toutes les heures je les surveille et même si j'ai autre chose à faire, s'il pleure je le prend dans les bras ”*. Vision idyllique qui devient cauchemar pour certaines quand ils sont trop nombreux car ils crient tous en même temps. Une autre femme de Sinanché se plaint des disputes entre enfants : *“ on ne se repose jamais ”*. Les femmes pensent généralement que la vie devient plus calme quand les enfants ont quatre-cinq ans mais deux pensent que les véritables problèmes éducatifs commencent à l'adolescence.

Pour ces femmes souvent isolées la maternité est une des seules sources de sociabilité et d'affection : *“ c'est une compagnie, parfois ils me font bien rire ”*.

La valorisation de la femme en tant que mère (le marianisme) et de l'homme en tant que père (le machisme) en relation à une nombreuse progéniture ne se retrouve guère dans nos entretiens de façon significative. Certes une épouse d'*ejidatario* à Sinanché nous disait combien elle était critiquée par les autres femmes lorsqu'elle a commencé à prendre la pilule au début des années 1970 : *“ Ce sont des femmes qui pensent qu'il faut avoir beaucoup d'enfants pour être vraiment femme ”*, mais ce jugement est désormais très minoritaire, même si des femmes ressentent encore le besoin de se justifier : on est une meilleure mère en ayant peu d'enfants. On voit à ce niveau un changement important dans la perception du nombre des enfants pendant la période où se développait le programme de planification familiale. Deux autres femmes décrivent comme machiste leur époux, ainsi celle d'un ouvrier à Sinanché : *“ Il ne pense qu'à lui, ça lui plaît d'avoir beaucoup d'enfants mais c'est moi qui doit faire tout le travail ”* et une conjointe d'*ejidatario* à Canicab : *“ C'est bien d'avoir des enfants parce qu'ils t'accompagnent, c'est du moins ce que dit leur papa, si tu n'as pas d'enfants, tu es pauvre parce que tu es seul dans ta maison ”*.

Ce temps régi par la maternité trouve cependant une alternative dans le travail rémunéré. Selon les questionnaires un tiers des femmes ont travaillé avant le mariage mais seulement 15 % continuent une activité rémunérée à titre principal et 14 % à titre secondaire, c'est donc un quart des femmes qui sont concernées. Par ailleurs parmi les femmes interrogées, cinq voudraient travailler, dont quatre quand les enfants seront plus grands en donnant d'ailleurs comme argument *“ si je n'avais pas tant d'enfants je pourrais travailler comme domestique pour payer leur éducation ”*. Elles imaginent plutôt une restructuration du temps de la maternité, qui passerait par le travail extérieur pour mieux alimenter et éduquer leurs enfants, qu'un désintéret pour celle-ci. Seule la vendeuse de produits de beauté à Sinanché dit qu'elle ne veut plus d'enfants (elle en a déjà trois) au seul motif qu'elle n'a plus de temps pour les distractions. Et une seule femme tient un discours vraiment revendicatif : *“ Pour l'époux le travail de la maison ne compte pas. Tout ce qu'il dit est parole d'évangile. J'adorerais travailler mais il n'a pas voulu, il est machiste, tu es comme une esclave dans ta maison. Les femmes sont toujours sacrifiées, ça leur plaît que nous souffrions ”*.

Pour le moment l'ampleur du travail domestique (13 heures par jour) et la faiblesse des alternatives salariales se traduit par une grande dépendance économique, laquelle n'est nullement remise en question.

L'opposition des hommes au travail féminin est assez fréquente : ainsi les unités agro-industrielles pour les femmes, créées par la loi de réforme agraire, n'ont pas pu fonctionner au départ parce qu'elles avaient besoin de l'accord de l'association *ejidale*, or toutes celles du Yucatan ont refusé de le donner et le ministère a dû enlever cette clause. La jalousie des hommes et les ragots qui pourraient circuler constituent leur argument explicite, mais implicitement ils ont peur d'être négligés : ainsi un fils refuse que sa mère travaille parce qu'elle ne pourrait plus, non pas lui confectionner les repas, mais les lui servir (18). En revanche le travail féminin est accepté par certains hommes mais ne se traduit pas forcément par une plus grande autonomie des femmes. Ainsi à Sinanché une marchande, gagnant nettement plus que son mari, *ejidatario* indépendant, se sent cependant obligée de lui préparer ses repas et n'ose pas divorcer à cause du qu'en-dira-t-on malgré leurs différends.

Par ailleurs il y a très peu d'instabilité matrimoniale, le divorce est peu répandu et les veuves touchent une pension, de plus elles savent qu'elles peuvent trouver du travail comme domestiques puisqu'un tiers d'entre elles l'a déjà été. D'ailleurs c'est dans le village où il y a le moins de possibilités d'emploi pour les femmes que la fécondité est la plus basse : les femmes qui se plaignent du manque d'emploi cherchent plutôt à émigrer qu'à enfanter. Cette situation est donc très différente de celle décrite par CAIN (19) au Bangladesh où les femmes ont besoin d'avoir au moins deux fils pour être sûres qu'ils puissent les aider en cas de décès de leur mari ou de répudiation car elles n'ont pas le droit de travailler.

2. Problèmes de santé

MIER Y TERAN (20) a montré le coût élevé en mortalité tant infantile que maternelle d'un nombre d'enfants (ou parité en termes démographiques) trop grand, coût qui repose exclusivement sur les femmes. Ce coût persiste : lors de notre séjour d'un mois et demi à Sinanché deux femmes sont mortes en couches. ELMENDORF (21) raconte d'ailleurs comment les femmes l'interrogeaient sur la façon de contrôler les naissances pour éviter la mortalité maternelle : une Maya, ayant failli mourir en couches, n'avait plus de relations sexuelles avec son mari. Des motivations liées à la santé induisent ainsi les pratiques contraceptives d'un

18. LABRECQUE - *op. cit.*

19. Mead CAIN, "Perspectives on family and fertility in developing countries", *Population Studies*, vol. XXXVI, n° 2 : 159-175, juillet 1982.

20. Marta MIER Y TERAN, "Consecuencias en la salud de las tendencias en la fecundidad y formación de familias en México". III^e Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México. Mexico, 3-6 novembre 1986.

21. Pierre ELMENDORF, *La mujer maya y el cambio*, Mexico : 159, septembre 1972.

tiers des interviewées. Elles citent des précautions à prendre en cas de maternité : ne pas porter de choses trop lourdes, manger de façon équilibrée, ne pas se faire battre par son mari, ne pas avoir de relations sexuelles, rester à l'intérieur de la maison quand il y a des éclipses pour que l'enfant ne naisse pas avec des tâches sur la peau. Seules trois femmes mentionnent qu'il faut voir le médecin tous les mois mais elles sont bien plus nombreuses à le faire, comme on a pu le constater (voir *infra*). Cependant si le tiers des femmes pratiquent la contraception pour raison de santé, les autres craignent les effets secondaires de la pilule ou de la ligature.

3. Le pouvoir domestique

La plupart des enquêtes de fécondité, et notamment la plus importante d'entre elles : l'Enquête mondiale de fécondité, interrogent uniquement les femmes alors que dans bien des sociétés l'accès à la contraception leur est interdit par les hommes. Certaines recherches menées dans la Caraïbe ou en Algérie ainsi que des enquêtes DHS ont cependant porté sur les attitudes et les connaissances de ces derniers. De façon encore plus intéressante, KELLERHALS et LERIDON ont, chacun de leur côté, comparé les souhaits des deux membres du couple et analysé la décision de reproduction comme un processus complexe et d'autant plus susceptible de changement qu'il n'y a pas consensus au sein du couple (22).

Il faut d'abord se demander quel est le bon niveau d'analyse car la famille étendue est une réalité très vivace dans la zone *henequén*. En 1980 49 % des familles étaient nucléaires, 27,7 % étaient formées d'un composant nucléaire et d'au moins un noyau de descendance (fils marié avec enfant), 26 % d'un noyau nucléaire et de membres isolés, qu'ils soient ascendants ou collatéraux, 11 % regroupaient les autres configurations et notamment les veufs/veuves et leurs enfants mariés. Alors que de nombreux médecins jugeaient l'influence de la belle-mère prédominante, en 1986, selon les entretiens la décision relève uniquement du couple et cela quelque soit le type de famille. De plus la moitié des belles-mères sont favorables à la contraception (et parfois la pratiquent) et un quart déclarent que cela ne les concerne pas du tout.

Nous avons vu que les différences entre sexes sont faibles en ce qui concerne le nombre idéal d'enfants (tableau 3) ainsi que le nombre supplémentaire d'enfants désirés mais que les opinions pour justifier cette fécondité divergent : les femmes sont plus sensibles à l'aide apportée par les enfants et craignent encore la mortalité infantile alors que les hommes mettent en avant le coût d'entretien d'une nombreuse progéniture. Il est intéressant de se poser la question au niveau des couples, c'est-à-dire de comparer les réponses des femmes mariées à celles de leur conjoint.

22. LERIDON, *op. cit.* KELLERHALS, *op. cit.* : 2-3.

L'importance du différend saute aux yeux : seul un quart des couples manifeste un accord total, 18 sur 56 divergent pour un seul enfant (ce que nous appellerons l'accord moyen) et les autres pour plus. Au total 66 % des *ejidatarios* et 53 % des SA montrent un accord total ou moyen. Les variations intra-conjugales sont légèrement moins importantes en ce qui concerne le projet concret, c'est-à-dire en réponse à la question : "voulez-vous un autre enfant ?". L'accord "parfait" est de 44 % et l'ensemble des accords total et moyen de 77 %, il est le plus fort chez les ED et le plus faible chez les SA.

Nous avons recherché les principes des variations des réponses en ce qui concerne l'âge idéal au mariage et le nombre idéal d'enfants (un quart d'accord total dans les deux cas) ainsi que par rapport aux intervalles protogénésique et intergénéésique idéaux (un peu plus d'un tiers d'accord total). Les croisements de la concordance des réponses des membres d'un couple par l'âge de la femme, l'activité du chef de famille et la différence de niveau éducatif ne donnent rien de significatif. Une certaine liaison semble par contre se dégager du croisement avec la variable descendance actuelle dans le sens où la concordance aux questions est maximale pour le groupe de couples dont la descendance est la plus faible (moins de trois enfants).

Ce désaccord conjugal concernant le nombre d'enfants souhaités pose avec acuité la question de savoir qui décide au sein du couple.

En ce qui concerne le processus de prise de décision, que ce soit au niveau de l'initiative d'aborder une discussion sur la contraception ou de la décision de la pratiquer, les femmes jugent plus souvent que les hommes que la décision est prise par un seul membre du couple, le plus souvent elles-mêmes, bref elles ont une vision moins collégiale, moins unanimiste que les hommes. Les hommes sont ainsi plus du double que leurs compagnes à juger que le sujet a été abordé ensemble et 38 % contre 21 % à penser qu'elles ont commencé la discussion. En ce qui concerne la décision d'une pratique, les deux sexes estiment qu'elle a été prise en commun dans la majorité des cas pour toutes les périodes d'utilisation, 10 % de moins des femmes que d'hommes étant de cet avis. La différence est même plus importante pour la première pratique de contraception où 62 % des femmes mais 82 % des hommes jugent qu'elle a été prise de concert. Le mari n'aurait décidé seul de la première méthode que pour 7 % des hommes et 3 % des femmes.

Encore faut-il noter les failles de cette autonomie, ainsi une femme a déclaré lors du passage du questionnaire ne pas prendre de contraception à cause de son mari et lors des entretiens deux mères ont pu être ajoutées : l'une avait déclaré avoir arrêté à cause des effets secondaires, mais en fait elle s'est rangée à l'opinion de son mari, convaincu par le curé que la contraception est un péché, alors qu'elle-même est témoin de Jéhovah, religion qui accepte la contraception ; mais tous deux ne voulant plus d'enfants, ils m'ont interrogée sur les méthodes naturelles. Une autre épouse d'*ejidatario* institutionnel, mère de quatre enfants à

25 ans, avait d'abord déclaré lors du questionnaire ne pas prendre de contraception parce que ses intervalles intergénésiques étaient assez longs, puis a déclaré lors de l'entretien qu'elle avait demandé la pilule à un médecin, lequel lui avait refusé parce qu'elle allaitait, mais de toute façon elle s'était heurtée au refus de son mari. Or : *"Leur papa les entretient. Cela ne lui plaît pas que je prenne la pilule : il dit que Dieu ne le permet pas. Il y en a qui n'ont pas d'enfant et qui se disputent. Si après des disputes commencent, ça ne vaut pas la peine. C'est mieux d'obéir à son mari pour ne pas avoir de disputes"*.

En revanche deux conjointes pratiquent la contraception, sans que leur mari le sachent, dont une qui s'est fait ligaturer. Elle le justifie ainsi : *"c'est la femme qui est enceinte pendant neuf mois et pas le mari. Bien sûr la décision dépend des deux mais s'ils n'arrivent pas à s'entendre, je crois que la mère a le droit de décider"*. Enfin six femmes ne prennent pas de contraception parce qu'elles veulent un autre enfant alors que leur mari n'en voudrait plus. Une mère de six enfants, enceinte, épouse d'ES, explique ainsi : *"Il pense que si je veux je prends la pilule mais si je ne veux pas tant pis, comme je veux, parce que si je commence à tomber malade..."* La décision semble donc plutôt relever de la femme.

L'assignation des femmes à la production domestique se traduit donc par un certain pouvoir, limité à cette sphère, lequel se manifeste par la possibilité d'avoir un peu plus d'enfants que n'en désireraient les hommes.

CONCLUSION

La paupérisation rapide subie depuis quelques années par une population qui vivait déjà dans le dénuement justifie donc à ses yeux une baisse des idéaux de fécondité, d'autant plus que l'aide de nombreux enfants n'est pas rendue nécessaire par l'organisation du travail, particulièrement en ce qui concerne les hommes. Les femmes, elles, ont vraiment besoin d'une aide familiale mais trop d'enfants accroît leur charge de travail. Par ailleurs, si les enfants remplissent d'importantes fonctions au niveau affectif et même sensuel pour les mères, celles-ci ne légitiment pas pour autant, au Yucatan comme ailleurs, sauf pour certaines femmes souvent très religieuses, l'existence d'une nombreuse progéniture. Ces fonctions plus importantes des enfants pour les épouses par rapport à leurs maris se traduit par une polarisation plus forte sur le nombre de trois enfants et par le désir plus fréquent d'avoir un enfant supplémentaire et donc par un désaccord au sein du couple, résolu le plus souvent en faveur de la femme. On voit donc dans ce cas particulier que les représentations de la fécondité peuvent se transformer sous l'effet des conditions économiques et bien sûr de la légitimation par le système public de santé, sans que la stratification sexuelle ne soit bouleversée en quoi que ce soit.

Il faut ajouter que l'exemple yucatèque confirme l'analyse d'Andrée MICHEL, fondée sur l'enquête mondiale de fécondité de 1975, selon laquelle de nombreuses Latino-Américaines ne veulent plus avoir d'enfants et infirment celle de

Nancy BIRDSALL selon laquelle les programmes de planification familiale s'opposeraient aux intérêts économiques et sociaux des femmes (23).

Si l'on situe nos résultats par rapport à d'autres études ethnographiques sur des zones rurales mexicaines, il y a accord entre nos conclusions et celles de Mary RICHARDSON portant sur une *hacienda* proche de Mérida les deux sexes recherchent des moyens de limiter leur descendance parce qu'ils y sont acculés par la crise économique (24) ; en revanche le PPF était rejeté dans l'*hacienda* analysée par PINTO et VILLAGOMEZ. Le Yucatan semble par ailleurs proche de la situation rencontrée dans les Chiapas par Mario BRONFMAN, où les hommes sont favorables au programme de planification familiale pour des raisons économiques alors que leurs épouses sont inquiètes des effets de la contraception sur leur santé. En revanche elle diffère de celle analysée par C.H. BROWNER selon lequel les femmes souhaiteraient réduire leur fécondité mais ne le peuvent pas à cause de la prohibition culturelle imposée par la communauté désirant s'accroître en nombre (25). Il y a donc non seulement des différences régionales mais aussi des distinctions au niveau local.

On peut toutefois se demander si la réponse à l'inflation aurait été la même en l'absence du programme de planification : les *henequeneros* auraient-ils redécouvert une méthode traditionnelle comme le retrait ou auraient-ils acheté les pilules dans les pharmacies ? Il est bien difficile de répondre à cette question en l'absence d'études antérieures, nous allons cependant essayer d'en savoir plus grâce à l'analyse périodisée des pratiques contraceptives. Celle-ci permettra de préciser dans quelle mesure les discours passent dans les actes et, éventuellement, de nuancer les conclusions tirées de l'étude des représentations de la fécondité.

23. Nancy BIRDSALL, "Population policies". *Signs* 1976, vol. I, n° 3 : 699-712.

24. Mary RICHARDSON, *Rapport de recherche*, université de Laval, département d'Anthropologie, 1988.

25. Ch. W. BROWNER, "The politics of reproduction in a Mexican village", *Signs* 1986, vol. XI, n° 14 : 710-724.

LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES

Il est clair que les idéaux de la reproduction de la population de la zone de *l'henequén* de Yucatan s'inscrivent de plus en plus dans le court terme et renvoient aux difficultés économiques rencontrées pour le maintien d'une unité de production agricole tant de *l'henequén* que des biens de subsistance, ainsi que pour l'élevage et l'éducation des enfants. Dès lors qu'une descendance nombreuse ne peut plus s'inscrire dans une stratégie de production agricole et une stratégie de reproduction sociale à court et à long terme, elle apparaît comme une contrainte et ce d'autant plus que l'action idéologique du programme de planification familiale qui consiste à diffuser de nouveaux idéaux de reproduction, se réfère tant à l'économie des familles qu'à la santé materno-infantile. Nous verrons d'ailleurs que c'est par la médiation du contrôle sanitaire des femmes et des enfants que le programme trouve son efficacité. Ainsi les pratiques anticonceptionnelles rendent-elles compte de manière synthétique, d'une part de ce télescopage d'idéaux générés par la détérioration de l'économie domestique et des idéaux diffusés par les agents du programme de planification familiale, et d'autre part des comportements reproductifs propres à chacune des générations des groupes sociaux ainsi que de leur transformation selon la situation familiale et économique durant la mise en place et l'extension du programme de planification familiale. En particulier nous analyserons comment la situation sociale et démographique des différents groupes sociaux impliquent des pratiques contraceptives qui sont spécifiques et qui, tout en étant fortement et différemment soumises à l'influence du PPF, ne sont pas pour le moment totalement en adéquation avec les idéaux affichés par ces groupes sociaux et les normes de reproduction édictées par le PPF.

Nous avons distingué trois périodes dans le développement du PPF au Mexique. La première précède la loi sur le PPF en 1977 ; elle est marquée par l'extension massive de la présence de l'IMSS à partir de 1972 dans la zone *henequén*, tant en ce qui concerne la couverture de la population que des infrastructures et des activités médico-sociales. La deuxième, qui s'étend de 1978 à 1982, correspond à la légitimation et à la prépondérance des activités en matière de planification familiale des institutions de santé publique. La troisième période de 1983 à 1987 est celle de la généralisation du PPF, à l'ensemble de la population féminine en âge de se reproduire, par la multiplication des voies médico-sociales susceptibles de l'atteindre. On verra qu'à chacune des trois étapes du PPF, les femmes s'engagent différemment, selon leur génération et leur groupe social d'appartenance, dans une pratique contraceptive.

A. LES UTILISATRICES D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE SELON LA GÉNÉRATION, L'ÉDUCATION ET LA CATÉGORIE SOCIALE D'APPARTENANCE

Lors de l'enquête de 1980-1981 qui portait sur plus de 1 000 familles et plus de 1 200 femmes âgées de 15 à 49 ans, 25 % des femmes de ce groupe d'âge et 35 % des femmes du groupe 30-39 ans déclaraient avoir utilisé une méthode contraceptive dans les trois dernières années écoulées (1). L'enquête de 1986-1987 n'est pas directement comparable dans la mesure où l'on s'est intéressé à la pratique contraceptive des femmes durant l'ensemble de leur vie féconde, néanmoins et bien que n'ayant pas de signification statistique, nos résultats indiquent un fort accroissement du recours à une pratique contraceptive ces dernières années et ce, dans l'ensemble de la population féminine.

En effet parmi la population de notre échantillon, 53 femmes (soit 82 %), que l'on dénommera utilisatrices, ont utilisé une méthode contraceptive dans leur vie féconde et 40 (soit 61 %), que l'on dénommera utilisatrices actuelles, continuaient cette pratique en 1986 (2). Parmi ces dernières, la moitié est stérilisée, c'est donc 38 % des femmes ayant eu recours à la contraception et 31 % des femmes en âge de se reproduire qui ont achevé leur vie féconde (tableau 4).

Tableau 4
L'ensemble des utilisatrices et les utilisatrices actuelles
parmi la population de l'échantillon

Utilisatrices	Population totale	Utilisatrices actuelles	Utilisatrices actuelles dont stérilisées	Abandon ou non utilisatrices
Oui	53	40	20	13
Non	12	-	-	12
Total	65	40	20	25

Les utilisatrices sont en plus forte proportion parmi les femmes âgées de plus de 25 ans, 80 %, 100 % et 78 % des femmes respectivement des groupes d'âges 24-29 ans, 30-34 ans et 35-39 ans ont utilisé une méthode contraceptive, alors qu'elles sont moins de 67 % avant 25 ans. Cela tient, nous le verrons, moins aux phases du cycle de vie reproductive ou à un différentiel de

1. LERNER *et al.*, *op. cit.*

2. Ceci correspond à la tendance de 1976 à 1982 dans l'ensemble du milieu rural mexicain en ce qui concerne l'accroissement de la proportion d'utilisatrices qui est passée de 16 % à 38 % parmi les femmes de 15-49 ans en union (COSIO, *op. cit.* : 346-437).

comportement des générations, qu'à une position de chacune des générations face aux trois phases du développement du PPF .

TABLEAU 5
Les utilisatrices et les utilisatrices actuelles
selon le groupe de générations

Utilisatrices	Génération de moins de 30 ans		Génération de 30 ans et plus		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Oui	20	74 %	33	87 %	53	82 %
Non	7	26 %	5	13 %	12	18 %
Total	27	100 %	38	100 %	65	100 %

Comme dans l'enquête de 1980-1981, l'éducation n'apparaît pas discriminante quant au recours à une méthode contraceptive : les femmes qui ont dépassé le niveau du premier cycle de l'école primaire ne sont relativement guère plus nombreuses que les autres à avoir utilisé une méthode contraceptive dans leur vie féconde : 86 % contre 79 % (tableau 6).

Tableau 6
Les utilisatrices et les utilisatrices actuelles
selon le niveau d'éducation

Utilisatrices	Niveau d'éducation				Total	
	Inf. à 4 années de primaire		4 années de primaire et plus			
Utilisatrices act.	24	54 %	16	76 %	40	62 %
Utilisatr./abandon.	11	25 %	2	10 %	13	20 %
Non utilisatrices	9	20 %	3	14 %	12	18 %
Total	44	100 %	21	100 %	65	100 %

En fait dans un premier temps, le PPF vise principalement les femmes ayant atteint une descendance nombreuse et/ou ayant dépassé trente ans, mais avec son extension il touche toutes les classes d'âge ; aussi l'éducation peut retrouver un rôle discriminant dans les générations les plus jeunes : parmi les femmes de moins de 30 ans ayant plus de quatre années d'études primaires, on rencontre en effet 93 % d'utilisatrices contre 54 % parmi celles qui, appartenant aux mêmes générations, ont un niveau inférieur ; alors que l'on trouve respectivement 86 % et 80 % d'utilisatrices selon le niveau d'étude, parmi les générations qui ont plus de 30 ans. Il se dessine ici en fait une contraception d'espacement pour les premières, les plus jeunes et les plus instruites, et une contraception d'arrêt pour les secondes.

Il apparaît plus encore, à l'analyse selon les groupes sociaux, un effet de génération. La catégorie sociale où l'on rencontre le moins d'utilisatrices est celle des *ejidatarios* institutionnels (ES), 77 %, alors qu'elles sont 82 % dans la catégorie des *ejidatarios* indépendants (ED) et surtout 90 % dans la catégorie des salariés et autres (SA) (tableau 7). Si on élimine l'effet d'une différence de structure par âge de chacune des catégories (dans ES 63 % des femmes ont moins de trente ans contre 55 % dans ED et 79 % dans SA) on constate que l'écart d'intensité de recours à une méthode contraceptive est imputable aux jeunes générations : en effet les utilisatrices de plus de trente ans se présentent suivant la même proportion quelle que soit la catégorie sociale (85 %) alors que les utilisatrices de moins de trente ans sont 67 % dans ES, 75 % dans ED, 88 % dans SA (tableau 3 en annexe). Ces résultats en soulignant à la fois une différence de recours à la contraception chez les jeunes femmes selon leur appartenance sociale et un recours identique après trente ans, nous permettent d'envisager des comportements différents quant à la planification familiale selon les catégories sociales mais surtout des différences de situations et de réactions face à la mise en place et au développement du PPF au Yucatan.

Tableau 7
Les utilisatrices et les utilisatrices actuelles
selon la catégorie sociale

Utilisatrices	Catégorie sociale						Total
	Ejidatarios institutionnels (ES)		Producteurs indépendants (ED)		Salariés et autres (SA)		
Utilisatrices act.	18	51 %	7	64 %	15	79 %	40
Utilisatr./abandon.	9	26 %	2	18 %	2	10 %	13
Non utilisatrices	8	23 %	2	18 %	2	10 %	12
Total	35	100 %	11	100 %	19	99 %	65

Il convient de rappeler ici qu'en 1980 les descendance atteintes selon les groupes sociaux suivaient cette hiérarchie sociale de l'intensité de la pratique contraceptive : les femmes de la catégorie ES présentaient une descendance de 7,2 enfants, celles de la catégorie ED 6,1 enfants et celles de la catégorie SA 5,4 enfants. Mais surtout il convient de souligner que ces résultats indiquaient qu'une descendance nombreuse n'était pas liée à une stratégie d'élargissement de la force de travail, ni en ce qui concerne l'organisation de la production agricole de l'unité domestique, ni plus globalement en ce qui concerne le maintien économique à court et à long terme de l'unité domestique elle-même. Ceci expliquerait une certaine "sensibilité" aux idéaux de la reproduction diffusés par les pouvoirs publics, traduite dans le discours des hommes et

des femmes directement sous le contrôle de l'IMSS sans que s'opère radicalement un renversement de la différenciation des comportements reproductifs, et plus particulièrement en ce qui concerne le recours à une méthode contraceptive, selon les groupes sociaux.

Autrement dit, il existait et existe encore une différenciation des idéaux et des comportements reproductifs selon les groupes sociaux, mais celle-ci se trouve très fortement modelée suivant leur relation avec les médiateurs institutionnels de la santé publique. Cette influence va se traduire différemment pour chacune des générations de ces groupes sociaux et ce suivant la période d'action du PPF, de telle sorte que certains résultats peuvent sembler incohérents entre eux comme ceux concernant l'âge et la descendance atteinte lors du recours à une première contraception, le nombre et le type de méthode utilisée, le nombre de séquences (changement, arrêt et reprise de méthode) durant la vie féconde. Mais il s'agit en fait de l'expression de l'interférence de la trajectoire personnelle des femmes selon leur appartenance sociale, leur génération et leur niveau d'éducation face aux différentes phases du PPF. Ainsi aux trois périodes du PPF que nous avons considérées, correspond une attitude (délibérée ou non) qui les différencie selon trois cohortes :

- 1) les pionnières sont les femmes qui ont initié une pratique contraceptive dans la période précédant la mise en place du PPF ;
- 2) les femmes-cibles sont les femmes qui ont adopté une méthode contraceptive dans la première phase du PPF, lorsqu'il visait en priorité les femmes âgées de plus de trente ans ou présentant une parité élevée ;
- 3) les contemporaines du PPF sont les femmes qui ont commencé une pratique dans la deuxième phase du PPF, c'est-à-dire celle où il est largement légitimé dans la société et bien installé dans les institutions de santé.

B. TRAJECTOIRE ANTICONCEPTIONNELLE SELON LA GÉNÉRATION, L'ÉDUCATION ET LA CATÉGORIE SOCIALE DANS LES DIFFÉRENTES PHASES DU PPF (tableau 8)

Parmi notre échantillon d'utilisatrices 41 % se sont engagées dans une pratique contraceptive lors de la première période contre respectivement 30 % et 29 % dans la deuxième et la troisième période.

Il n'est pas paradoxal de constater que les pionnières adoptent une contraception à un âge plus précoce et à un niveau de descendance plus faible (2,5 enfants) que leurs suivantes de la deuxième période (3,4 enfants) et légèrement plus élevé que celles de la troisième période (2,2 enfants).

L'âge à la première contraception est en moyenne de 24 ans et reste sensiblement le même quelle que soit la période d'entrée dans une pratique contraceptive (tableau 13).

Tableau 8
Caractéristiques démographiques lors de l'entrée dans une pratique contra-
ceptive. Les générations G1 (30 ans et plus) et G2 (moins de 30 ans)
selon l'éducation, la catégorie sociale et la période d'entrée

	Age moyen	Nb. enfants 1 ^{re} contra- ception	Nb. total enfants actuellem.	Effectifs
GÉNÉRATION				
● moins de 30 ans (G2)	19,8	1,3	2,5	20
● 30 ans et plus (G1)	27,0	3,5	5,2	33
ÉDUCATION				
● - de 4 années de primaire (N1)				
- G2	20,1	1,3	2,9	7,0
- G1	27,1	3,8	5,5	28
● > à 4 années de primaire (N2)				
- G2	19,6	1,3	2,3	13
- G1	26,4	2,2	3,4	5,0
CATÉGORIE SOCIALE				
● <i>Ejidatarios</i> institutionnels (ES)				
- G2	20	1,4	2,1	10
- G1	27,0	3,5	5,1	17
● <i>Ejidatarios</i> indépendants (ED)				
- G2	19,7	1,7	2,3	3
- G1	26,1	3,2	5,0	6
● Salariés et autres (SA)				
- G2	19,7	1	3,1	7
- G1	26,1	3,8	5,5	10
PÉRIODE DE LA 1^{re} MÉTHODE				
● Avant 1978				
- G2	16,8	1	2,7	4
- G1	25,1	2,8	5,2	18
● De 1978 à 1982				
- G2	19,8	1,5	3,8	6
- G1	27,9	4,5	5,6	10
● De 1983 et suivantes				
- G2	21,1	1,3	1,6	10
- G1	32,0	4,0	4,4	5

Il existe une différence entre les groupes sociaux (moins de la moitié des femmes du ES, 55 % du ED et plus de 70 % du SA ont commencé avant 25 ans) elle tient surtout à la structure par âge et au fait d'une différence fortement marquée entre les deux groupes générationnels d'utilisatrices : la

première contraception est intervenue autour de 20 ans pour le groupe ayant moins de trente ans actuellement et à plus de 27 ans pour le groupe ayant plus de trente ans. On retrouve cet écart quel que soit le groupe social et le niveau d'éducation atteint. Ce résultat marque bien l'évolution du PPF : en effet les femmes de la première génération (plus de trente ans actuellement) ont traversé les trois phases du PPF, parmi elles il y a des pionnières, des "ciblées" et des contemporaines ; les premières ont commencé une pratique contraceptive à moins de 25 ans, les secondes à 28 ans et les dernières à 32 ans. Les femmes de moins de trente ans ont débuté pour les deux tiers d'entre elles dans la dernière phase du PPF, celle où toutes les femmes quels que soient leur âge et leur descendance atteinte sont concernées.

On retrouve cette partition pour la descendance atteinte au début de la pratique contraceptive : les femmes des deux groupes de générations considérées ont respectivement 3,5 et 1,3 enfants. Il faut noter cependant que même pour les plus âgées ce résultat est relativement peu élevé quant on considère ensemble les hauts niveaux de descendance atteints en fin de vie féconde dans le passé (7,0 enfants en 1980), la difficulté à se procurer des moyens contraceptifs avant 1980, la nouveauté et les objectifs premiers du PPF. Par ailleurs si l'écart entre les générations semble plus important encore selon que les femmes ont ou non un niveau d'éducation dépassant le premier cycle primaire (2,2 et 1,3 enfants contre 3,8 et 1,3 enfants respectivement), il ne faut pas oublier que le niveau d'éducation est principalement discriminant quant à la proportion d'utilisatrices parmi le groupe de générations les plus jeunes (voir *supra*), ce qui indiquerait à la fois d'un côté une meilleure réceptivité au PPF des femmes les plus éduquées qui impliquerait une pratique contraceptive plus intense, plus précoce et avant le deuxième enfant et d'un autre côté la prise en compte par les agents du PPF de toutes les femmes âgées de plus de trente ans. Dans les deux cas le niveau d'éducation a plutôt des effets sur les conditions et les modalités de la pratique suivie et donc sur la descendance finale.

Cette influence du PPF se manifeste de manière différentielle sur les groupes sociaux comme on a pu le constater en ce qui concerne l'information sur les méthodes anticonceptionnelles et qui se vérifie à travers le moyen d'obtention et le degré de diversité de la première méthode utilisée dans chacun des groupes sociaux (tableau 8 en annexe). On note en effet d'une part que la première méthode utilisée a été fournie par l'IMSS dans 82 % des cas pour les ES, 11 % pour les ED et 40 % pour les SA et d'autre part que les femmes des groupes ES et ED recourent soit à la pilule, soit à la ligature comme première méthode tandis que celles du groupe SA adoptent différentes méthodes (rappelons que celles-ci sont les mieux informées quant à l'éventail des méthodes possibles). De même, on note que les jeunes générations dans leur ensemble et plus encore dans les groupes ES et ED recourent

prioritairement à la pilule (90 et 100 % respectivement) tandis que celles du groupe SA ne la choisissent que dans 43 % des cas. Il semblerait donc y avoir deux situations différentes à l'entrée dans une pratique contraceptive. D'un coté les épouses des *ejidatarios* institutionnels accèdent depuis peu et directement à un système moderne de planification familiale qui s'impose à elles de l'extérieur. Et de l'autre, les épouses des salariés adoptent plus précocement et de manière généralisée des pratiques visant la planification, voire l'arrêt, de leur fécondité ; mais bien que n'ayant pas l'accès direct, comme le groupe précédent, à l'information sur les méthodes et à la disponibilité de celles-ci, elles manifestent une plus grande connaissance et une plus grande autonomie dans leur pratique contraceptive. Ceci se traduit pour ces dernières par une gestion plus suivie et plus diversifiée de cette pratique dans le temps et peut-être finalement par une vie féconde qui suit moins les différentes phases du PPF. Il en résulte en conséquence des descendance atteintes plus élevées que celles des femmes de la catégorie des *ejidatarios* institutionnels : respectivement 5,5 contre 5,1 pour les générations de plus de 30 ans et 3,1 contre 2,1 pour les générations de moins de 30 ans (tableau 8). Aussi en 1987, on peut penser que les femmes de la catégorie ES s'orientent vers une descendance finale plus faible que celle des femmes de la catégorie des salariés, contrairement à ce que nous avons relevé en 1980. Ceci souligne bien le contrôle qu'exerce le PPF, par le biais de ses institutions et de ses agents, sur la vie reproductive de certaines catégories de femmes.

Pendant il faut noter que dans tous les cas le PPF ne parvient pas à imposer la méthode qu'il dit vouloir privilégier : le stérilet (DIU). La première méthode utilisée est pour la grande majorité des femmes la pilule (77 %), le DIU et les injections sont quasi inexistantes, et la méthode du rythme peu représentée. Il faut noter que 13 % des femmes ont eu recours à la stérilisation comme première méthode contraceptive. Il semblerait que le PPF ne parvient à aucun moment à imposer le stérilet puisque dans la première période le recours à la pilule est prépondérant (82 % des utilisatrices de cette période), de même que dans la troisième période (87 %) alors que la deuxième période connaît une proportion de ligatures comme première méthode contraceptive (25 %) relativement importante, signifiant bien par là que l'objectif était l'arrêt de la fécondité plutôt que sa planification. Encore qu'il faille nuancer et se demander si la réticence des femmes vis-à-vis du DIU, méthode pourtant très bien connue, n'a pas conduit les agents de la santé directement en contact avec la population à abandonner l'information et l'imposition de cette méthode pour privilégier les méthodes les mieux accueillies.

Les générations qui ont moins de 30 ans ont eu recours presque exclusivement à une méthode moderne (90 %), une seule femme ayant eu recours à la ligature des trompes. Les générations de plus de 30 ans adoptent majoritairement la pilule comme première méthode (76 %) mais une bonne proportion

d'entre elles se trouvent directement ligaturées (18 %) (tableau 10). Dans ce dernier groupe de générations les femmes entament une pratique contraceptive nous l'avons vu, à 3,5 enfants en moyenne, mais cette descendance est plus faible pour celles qui utilisent la pilule ou le rythme, et plus élevée (5,6) pour celles qui sont directement stérilisées.

Tableau 9
Première méthode des utilisatrices selon la catégorie sociale

Première méthode	Catégorie sociale			Total
	ES	ED	SA	
Pilule	24 (89 %)	8 (89 %)	9 (53 %)	41 (77 %)
Injection	-	-	1 (6 %)	1 (2 %)
DIU	-	-	1 (6 %)	1 (2 %)
Rythme	-	-	3 (18 %)	3 (6 %)
Ligature	3 (11 %)	1 (11 %)	3 (18 %)	7 (13 %)
Total	27 (100 %)	9 (10 %)	17 (100 %)	53 (100 %)

Tableau 10
Première méthode utilisée selon la génération

Méthodes	Groupe de génération		Total
	Moins de 30 ans	30 ans et plus	
Pilule	16 (80 %)	25 (76 %)	41 (77 %)
Injection	1 (5 %)	-	1 (2 %)
DIU	1 (5 %)	-	1 (2 %)
Rythme	1 (5 %)	2 (6 %)	3 (6 %)
Ligature	1 (5 %)	6 (18 %)	7 (13 %)
Total	20 (100 %)	33 (100 %)	53 (100 %)

Le nombre de méthodes utilisées et le nombre de séquences ou périodes anticonceptionnelles durant la vie féconde sont dépendants de l'âge actuel, et par conséquent, de l'âge à la première contraception selon la phase de développement du PPF où elle se réalise. Il en résulte une diversité de trajectoires contraceptives possibles : celles-ci seront d'autant plus complexes que la durée d'exposition à une pratique contraceptive sera plus longue. De plus, à ce niveau, la plus ou moins grande intégration au système de santé publique et le groupe social d'appartenance des femmes, sont autant d'éléments qui viennent moduler ces trajectoires. Dès lors des trajectoires objectivement semblables par le nombre de méthodes utilisées et le nombre de séquences suivies peuvent renvoyer à des comportements opposés. Ainsi les femmes de plus de 30 ans de la catégorie des salariés ont eu recours le plus souvent à une seule méthode (80 % d'entre elles), alors que les plus jeunes femmes de ce groupe ont déjà diversifié leurs méthodes. Elles ont de ce point de vue une trajectoire totalement opposée à celle des femmes de la catégorie des *ejidatarios* institutionnels où les plus jeunes n'ont eu recours pour le moment qu'à une seule méthode, et les plus âgées à plusieurs. Cette opposition rend compte de l'encadrement plus ou moins étroit qu'opèrent les institutions de santé publique sur les différentes catégories sociales.

À partir de là il n'est pas surprenant que le niveau d'éducation atteint par les femmes induise une faible différenciation quant aux trajectoires : en effet les femmes les plus éduquées et les plus jeunes (qui sont souvent les mêmes) parmi les femmes de ES ont tendance à s'en tenir à une seule méthode au cours de leur vie reproductive, alors qu'il en va de manière opposée parmi la catégorie des SA. Ceci renforce l'emprise, liée à la catégorie sociale d'appartenance, des institutions sur la vie reproductive. Mais le rôle des institutions sur la pratique contraceptive va être dépendant des modes d'action du PPF à chacune des étapes de son développement. En fait près de 55 % des utilisatrices n'ont eu recours qu'à une seule méthode et cela quel que soit l'âge actuel à l'enquête, et les femmes de plus de trente ans sont plus nombreuses à avoir utilisé trois méthodes et plus (15 % contre 5 %). Mais le recours à une seule méthode se différencie selon l'âge à l'intérieur des catégories sociales : 80 % contre 41 % dans ES ; 67 % contre 50 % dans ED ; 14 % contre 80 % dans SA ; autrement dit les jeunes utilisatrices n'ont recours à une seule méthode que chez les *ejidatarios* institutionnels et très rarement chez les salariés, alors qu'à l'inverse leurs aînées ont diversifié leurs méthodes pour plus de la moitié d'entre elles, excepté chez les salariés. Il y a donc bien un comportement différentiel quant à l'utilisation des contraceptifs selon les catégories sociales. L'éducation fait entrer une faible différenciation : les plus éduquées ayant tendance à s'en tenir à une seule méthode dans une plus forte proportion quelle que soit la génération considérée ; c'est parmi les générations les plus récentes que s'opère la différenciation la plus importante (43 % et 62 % de

recours à une seule méthode) selon qu'elles aient un niveau respectivement inférieur et supérieur à quatre années d'études. Mais signalons encore que dans la catégorie des salariés les femmes les plus éduquées diversifient au contraire leurs méthodes (30 % seulement ont eu recours à une seule méthode contre 64 % chez les moins éduquées). Toutefois il faut réitérer que la période où les femmes entament une pratique contraceptive est déterminante quant à la diversité des méthodes employées en particulier chez les plus jeunes où celles de la deuxième période du PPF sont plus de 83 % à avoir employé deux méthodes et plus (contre 45 % dans l'ensemble de ce groupe de générations).

1. Maintien d'une pratique contraceptive et désir d'enfant

Les utilisatrices poursuivent une pratique contraceptive dans 75 % des cas. Elles maintiennent une méthode dans une plus forte proportion quand elles sont plus jeunes et mieux éduquées (80 % contre 73 % et 89 % contre 67 % respectivement) et quand elles appartiennent aux SA (88 % d'utilisatrices actuelles dans ce groupe contre 67 % du groupe ES et 78 % du groupe ED). Un meilleur niveau d'éducation favorise le maintien d'une pratique contraceptive dans tous les groupes sociaux alors que le fait d'appartenir à une plus jeune classe d'âge est moins déterminant de ce point de vue : on note en effet que seulement 60 % des utilisatrices du groupe ES poursuivent une pratique contraceptive. Là encore la pratique paradoxale de ce groupe le plus "contrôlé" par l'IMSS pose question. Mais celle-ci, et de manière plus générale l'adoption (ou non) et le maintien (ou non) d'une pratique contraceptive se posent par rapport au désir d'enfant des femmes : en effet si actuellement 61 % des femmes de l'échantillon ont une pratique contraceptive il faut noter que la moitié de celles-ci ne veut plus d'enfants.

Parmi les douze femmes qui n'ont jamais eu de pratique contraceptive, deux femmes, déjà mères de deux et trois enfants, n'en veulent plus et l'une d'elles envisage d'utiliser les méthodes naturelles.

Les femmes qui ont actuellement arrêté toute pratique anticonceptionnelle invoquent comme raison principale les effets collatéraux de la dernière méthode employée (huit femmes sur 13, soit 61 %, auxquelles on pourrait associer une femme qui souhaite se reposer de l'usage continu de la méthode), les femmes qui ont abandonné parce qu'elles désirent un autre enfant ne sont que deux (15 %). Les huit femmes qui ont abandonné une pratique anticonceptionnelle alors qu'elles ne veulent plus d'enfants appartiennent au groupe ES, ce sont elles qui invoquent la peur et l'existence d'effets collatéraux de la pilule. Il faut noter que ces femmes du groupe ES sont prises dans un réseau de contradictions clairement exprimées : ce sont elles encore qui considèrent positivement les grandes familles et qui invoquent le coût élevé de l'élevage et de l'éducation des enfants. Ce conflit peut d'ailleurs se traduire par des effets secondaires lorsqu'elles prennent la pilule comme l'explique FELLOUS à propos

des femmes immigrées en France (3) ; il ne faut toutefois pas évacuer les effets néfastes de la pilule chez les femmes fortes et mal nutries, ce qui est généralement le cas dans la zone *henequén* ; par ailleurs ces femmes ont en moyenne moins d'enfants que celles qui pratiquent une contraception, aussi on peut penser qu'une nouvelle grossesse les déciderait à utiliser de nouveau une méthode. Par contre les raisons d'abandon des précédentes méthodes par les utilisatrices actuelles ne portent pas autant sur les effets collatéraux ; le désir d'enfant et d'autres raisons non pathologiques sont invoquées dans la moitié des cas dans le groupe SA. Il semblerait donc que pour les groupes sociaux les plus largement couverts par les institutions de la santé, il y ait un frein à un usage prolongé de la pilule dû et/ou exprimé par les conséquences néfastes de celle-ci sur la santé des femmes. Il est important de souligner que les femmes qui semblent avoir une attitude plus indépendante vis-à-vis des institutions quant à leur planification familiale abandonnent moins fréquemment et principalement pour avoir un autre enfant.

Il apparaît donc que les femmes du groupe ES ont plus de difficultés à résoudre les contradictions qui concernent leur désir d'enfant. Il y a là un paradoxe au vu de l'information et des moyens dont elles disposent auprès des institutions publiques comparativement aux autres femmes. Mais ce paradoxe n'est qu'apparent si l'on considère qu'elles se voient rapidement imposer une problématique simplificatrice de la part de ces institutions : limiter leur descendance par une contraception d'arrêt. Ainsi, quand elles adoptent la pilule comme première méthode, les médecins leur font savoir que cela ne pourra être que transitoire du fait des risques collatéraux encourus, et qu'à terme il sera nécessaire de recourir au DIU - qu'elles acceptent mal, nous l'avons vu ou à la ligature. Ainsi en rétrécissant le champ des choix des femmes quant à la taille de leur famille et la possibilité d'un enfant supplémentaire d'une part, et quant à la possibilité d'une contraception d'espacement sur le temps long d'autre part, la ligature s'impose aux femmes comme une méthode inéluctable.

2. Les utilisatrices actuelles

Nous avons indiqué que la moitié des utilisatrices actuelles sont stérilisées, 35 % utilisent la pilule et 15 % la méthode du rythme. Plus des trois quarts des utilisatrices actuelles ont débuté une méthode contraceptive avec une descendance de trois enfants ou moins, et 12 % avec quatre-cinq enfants. Si les premières sont stérilisées aujourd'hui dans 42 % des cas, les secondes le sont dans 80 % des cas, le fait d'avoir commencé avec une descendance plus élevée conduit plus fréquemment à la stérilisation.

3. Michelle FELLOUS, *Contraception et migration*. Paris, Syros, 1982 : 60.

La distribution des différentes méthodes se différencie fortement selon les générations : dans le groupe de génération le plus ancien, qui représente les deux tiers des utilisatrices actuelles, plus de 63 % des femmes sont stérilisées et 21 % ont adopté la pilule, alors que dans le groupe des générations les plus jeunes on trouve respectivement 31 % et 56 % dans cette situation (tableau 11). La descendance de ces utilisatrices actuelles est de 2,5 enfants et 5,3 enfants respectivement selon qu'elles appartiennent au groupe de générations le plus jeune ou le plus âgé ; si elles utilisent la pilule l'écart se réduit (2,1 contre 3,4) alors qu'il s'accroît si elles ont été stérilisées (3,2 contre 5,9). Notons que si la ligature des trompes intervient au terme d'une descendance relativement faible pour les jeunes générations, les femmes qui sont actuellement stérilisées l'ont été à partir de la quatrième grossesse pour 90 % d'entre elles et après le troisième enfant né vivant pour 80 % d'entre elles.

Tableau 11
Méthode actuellement utilisée selon la génération

Méthodes	Groupe de génération		Total
	Moins de 30 ans	30 ans et plus	
Pilule	9 (56 %)	5 (21 %)	14 (35 %)
Rythme	2 (12 %)	4 (17 %)	6 (15 %)
Ligature	5 (31 %)	15 (62 %)	20 (50 %)
Total	(100 %)	(100 %)	(100 %)

Tableau 12
Méthode actuellement utilisée selon la catégorie sociale

Méthodes	Catégorie sociale			Total
	ES	ED	SA	
Pilule	5 (28 %)	2 (29 %)	7 (47 %)	14 (35 %)
Rythme	1 (6 %)	3 (43 %)	22 (13 %)	6 (15 %)
Ligature	12 (67 %)	2 (28 %)	6 (40 %)	20 (50 %)
Total	18 (100 %)	7 (100 %)	15 (100 %)	40 (100 %)

On retrouve la même distribution des méthodes si on fait la partition selon l'éducation (tableau 5 en annexe). En fait à âge égal, c'est l'appartenance sociale qui apparaît l'élément discriminant quant aux méthodes employées (tableau 12) : chez les femmes des générations les plus âgées on remarque qu'elles sont stérilisées pour 91 % d'entre elles quand elles appartiennent aux ES, alors qu'elles ne le sont qu'à 25 % quand elles appartiennent aux SA ; inversement chez les générations les plus jeunes, les femmes des ES adoptent en majorité la pilule (68 %) alors que les femmes des SA ont plutôt recours à la ligature des trompes (56 %) qu'à la pilule. Par ailleurs l'éducation dans chacun de ces deux groupes semble jouer un rôle inverse : les femmes des ES ayant un meilleur niveau d'éducation s'orienteraient dans une plus forte proportion vers l'utilisation de la pilule et d'autant moins vers la ligature des trompes que les autres femmes du même groupe social, alors que les femmes des SA adopteraient également l'une et l'autre de ces deux méthodes quand elles possèdent un meilleur niveau d'éducation. Comme d'un autre côté on observe qu'il n'y a pas de différences importantes concernant l'âge et la descendance atteinte au début de la contraception entre l'ensemble des utilisatrices et les utilisatrices actuelles dans le groupe ES et qu'au contraire les utilisatrices actuelles de SA ont sensiblement commencé plus tard et avec une descendance plus nombreuse que l'ensemble des utilisatrices, il semble donc que les femmes du groupe SA ont une attitude plus volontariste et individualisée vis-à-vis du planning familial que les femmes des autres groupes sociaux, attitude qui se trouve modulée par l'accès plus ou moins facile aux moyens contraceptifs selon les époques et les situations singulières.

Le nombre de méthodes employées jusqu'à présent par les utilisatrices actuelles se différencie par catégorie sociale : la proportion de femmes ayant eu recours à une seule méthode est 44 % des ES, 43 % des ED, et 53 % des SA. Mais c'est chez les femmes actuellement stérilisées que les différences s'opèrent : pour 75 % des femmes des ES la stérilisation intervient en deuxième méthode alors que 50 % des femmes des ED et SA sont dans ce cas. En rappelant que la proportion de femmes stérilisées est la plus élevée dans ce groupe ES il apparaît bien une différence de comportement dans les différentes catégories sociales tant du point de vue de l'intensité que des modalités de la pratique contraceptive. Signalons au passage que les femmes qui utilisent actuellement la méthode du rythme chez les *ejidatarios* ont adopté cette méthode après avoir utilisé la pilule alors que les salariés n'utilisent cette méthode qu'en premier lieu : cela renvoie aux observations faites à propos du fort pourcentage d'abandon parmi les *ejidatarios* pour raisons d'effets collatéraux de la pilule.

On trouve donc des trajectoires extrêmement diversifiées tant à l'intérieur des groupes sociaux qu'entre groupes sociaux en ce qui concerne plus particulièrement la première méthode utilisée, le nombre de méthodes et de

séquences utilisées chez les femmes qui ont été stérilisées. On doit donc revenir plus précisément sur le cas de ces femmes qui ont subi la ligature des trompes.

La ligature a connu une progression fulgurante au Mexique : pratiquée par 8,9 % des utilisatrices de contraception en 1970, elle l'est par 35 % en 1986, soit 18,8 % des femmes d'âge reproductif (4), à la fois dans les milieux les plus pauvres et les plus riches (5). Cette pratique est souvent critiquée comme étant imposée aux femmes soit indirectement par l'absence d'informations sur d'autres méthodes ou sur son caractère définitif, soit directement par la force (6).

Dans notre enquête 31 % des femmes d'âge reproductif sont stérilisées soit 50 % des pratiquantes d'une contraception. Elles sont particulièrement pauvres : ainsi, en retenant comme indicateur économique les conditions d'habitat, on relève que le taux de stérilisation pour les plus de 30 ans est de 56 % dans les familles dont le logement est en terre, pour 34 % chez les autres. Ils faut souligner qu'elles sont également bien informées quant aux méthodes de la contraception puisque 75 % d'entre elles connaissent au moins quatre méthodes, contre 70 % de celles qui utilisent la pilule, 50 % de celles qui ont abandonné et 33 % de celles qui n'ont jamais contrôlé leur fécondité. Si cette méthode finit par s'imposer c'est qu'elle est au bout du compte privilégiée - implicitement et explicitement - par l'IMSS dès que les femmes ont atteint un niveau de descendance supérieur à trois enfants. Toutefois, on peut ainsi distinguer trois types de situations concernant la ligature :

1) neuf femmes ont choisi la ligature comme première méthode. Elles ont en moyenne 5,4 enfants ; les cinq femmes ligaturées qui parlent le maya avec leur époux en ont en moyenne 7,4. Il y a donc une sur-représentation des femmes mayas qui par ailleurs se décident avec un nombre d'enfants plus élevé. Il semblerait que les femmes peu éduquées ou parlant maya répugnent à ingérer des médicaments et qu'elles demandent la ligature quand elles jugent avoir assez d'enfants.

2) cinq femmes sont tombées enceintes à la suite d'un échec de leur contraception et sont alors passées à la ligature.

3) enfin certaines femmes ont utilisé la pilule puis ont choisi la ligature lorsqu'elles ont atteint le nombre d'enfants qu'elles avaient décidé. C'est

4. ENFES, cf. note 13 : 41.

5. BRONFMAN *et al.*, 1987, *op. cit.*

6. COSIO, "5% des femmes enquêtées en 1982 pratiquaient cette méthode pour espacer les naissances et non pour les arrêter. Cependant selon une enquête menée par l'IMSS auprès de 4 500 femmes aucune ne regrette cette opération".

notamment le cas des femmes des SA de moins de 30 ans qui se font ligaturer avec en moyenne 3,5 enfants : elles ne veulent pas avaler des hormones pendant les vingt ans de vie féconde qu'il leur reste et répugnent à essayer le stérilet.

Ces histoires contraceptives sont surdéterminées par la préférence institutionnelle pour la ligature, préférence qui se manifeste assez clairement par le fait que 43 % des femmes des *ejidatarios* institutionnels l'ont subie, 31 % des SA et seulement 18 % des ED. Cette emprise se réalise de diverses manières, trois femmes n'ont pas choisi : une femme a été opérée pour motifs médicaux alors qu'elle aurait voulu avoir deux autres enfants ; une autre l'a été parce qu'elle avait déjà 37 ans, cinq enfants et des grossesses qui se passaient mal ; une autre n'a pas voulu nous répondre. Trois femmes jugent que la ligature a été décidée par le médecin pour cause de maladie ou de trois césariennes antérieures. Certaines femmes reprennent aussi le discours médical présentant la ligature comme simple, non contraignante et définitive. Maria, mère de cinq enfants et épouse d'*ejidatario* institutionnel est représentative de ce fait : *“Ils m'ont dit que si je voulais me protéger il fallait me mettre un DIU ou prendre des pilules, mais comme je suis tellement paresseuse, je ne voulais pas prendre tous les jours des pilules et le DIU me dégoûte, alors qu'ils me ligaturent !”*

La politique de l'IMSS recommande les stérilisations post-partum parce que les femmes répugnent à revenir à l'hôpital et à laisser de nouveau leurs enfants seuls à la maison. De fait 85 % des ligaturées ont été opérées au moment de leur accouchement (contre 68 % selon l'enquête nationale démographique de 1982) mais elles avaient déjà décidé de se faire stériliser et accouchent à l'hôpital pour ce motif : on ne peut donc pas dire que les femmes acceptent la stérilisation parce qu'elles sont traumatisées par les douleurs de l'accouchement et ont l'esprit quelque peu obscurci. En revanche c'est le plus mauvais moment d'un point de vue chirurgical : selon le professeur DARBOIS la stérilisation tubaire post-partum fragilise les tissus, présente des risques infectieux, provoque une hypervascularisation et souvent une altération de l'état général (7).

Deux ligatures ont dû être refaites après des grossesses : avec 10 % d'échecs la ligature cesse d'être une méthode vraiment efficace. Les autres femmes interrogées sont contentes d'avoir été ligaturées et n'ont subi aucun effet secondaire sauf une qui a été ménopausée à 31 ans et à qui l'on ne donne pas de traitement adéquat. Sur les vingt femmes ligaturées on trouve donc un cas de désinformation, trois impositions, deux échecs opératoires, une ménopause précoce : soit sept cas à problèmes, le tiers du total, ce qui fait beaucoup.

7. Yves DARBOIS, “Gynécologie”. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, tome IV, 800 A 10.

En résumé, il apparaît que l'introduction du PPF modifie radicalement les comportements reproductifs de toutes les générations de tous les groupes sociaux. Cette introduction récente et sa rapide extension font qu'il n'existe pas de liaisons fortement établies entre les variables de groupe social et génération d'appartenance d'une part et les variables d'intensité et de modalités de la pratique contraceptive d'autre part. Néanmoins on peut dégager différentes trajectoires reproductives et contraceptives. En particulier les femmes du groupe ES, qui avaient par le passé la descendance la plus nombreuse en fin de vie féconde, s'engagent dans une moindre proportion que les autres femmes dans une pratique contraceptive et ce, quelle que soit la génération ; mais alors que les générations les plus anciennes ont une descendance déjà plus nombreuse que les autres femmes des mêmes générations quand elles adoptent une première contraception, les plus jeunes ont les descendances les moins élevées de leurs générations. Les femmes des ES sont aussi celles qui abandonnent le plus souvent et changent le moins souvent de méthode. Enfin ce sont elles qui ont le plus souvent recours, surtout après trente ans, à la ligature. Aussi quand on sait qu'elles affichent actuellement les idéaux de descendance les plus bas il apparaît plus clairement qu'elles pratiquent une contraception d'arrêt contrairement aux autres femmes (au moins celles de SA) qui ont opté pour une véritable planification familiale ou pour le moins cherchent à espacer les naissances. Ces femmes des ES qui sont, nous le verrons plus loin, le plus en contact avec l'IMSS en ce qui concerne le suivi prénatal et l'accouchement, apparaissent donc comme les plus "sensibles" au PPF, non pas tant en ce qui concerne l'information sur les différentes méthodes que les idéaux qu'il véhicule et les interventions qu'il effectue sur leur vie reproductive et leur pratique contraceptive. On peut toutefois penser que les plus jeunes et les plus éduquées de ce groupe social puissent avoir une trajectoire différente et recouvrer la maîtrise de leur vie reproductive (et peut-être avec plus d'efficacité que les autres femmes des mêmes générations) quand on constate qu'elles ont commencé plus jeunes, et qu'elles s'orientent plus fréquemment vers l'usage de la pilule plutôt que vers le recours à la ligature comme méthode contraceptive.

On retrouve cette singularité des trajectoires pour chacun des groupes sociaux. Celle-ci pourrait encore être accentuée en introduisant les différentes situations familiales des utilisatrices : on retrouve en effet une observation faite lors de l'enquête 1980-1981, à savoir qu'à âge égal les femmes en position d'épouses du chef de famille ont une descendance plus élevée que les femmes en position de belle-fille ou de fille mariée du chef de famille ; du coup la pratique contraceptive apparaît plus répandue dans les familles élargies que dans les familles nucléaires. Mais même si une grande diversité de trajectoires peut ou pourrait être établie il reste que durant cette période de la "révolution démographique mexicaine" chacune de ces trajectoires a été forte-

ment orientée par les actions et interventions du PPF et ce de manière différentielle à chacune de ses étapes.

C. TRAJECTOIRES CONTRACEPTIVES

SELON LES DIFFÉRENTES PÉRIODES DU PPF

Parmi les femmes de notre échantillon, 42 % ont eu recours à une méthode contraceptive dans la période qui précède la mise en place du PPF en 1977 (tableau 13). Quand elles ont initié leur pratique contraceptive, ces pionnières étaient âgées de 24 ans en moyenne et avaient 2,5 enfants en moyenne. Plus des trois quarts d'entre elles ont un faible niveau d'éducation et ont en moyenne plus d'enfants (2,9 enfants) que celles qui sont mieux instruites (1,2 enfant). Elles s'orientent en majorité vers la pilule (82 %), une seule aura recours directement à la ligature durant cette période : elle a alors 34 ans et cinq enfants.

En 1987 ces pionnières enregistrent un fort taux d'abandon (27 %) et sont une forte proportion à avoir eu finalement recours à la ligature (41 %). Elles ont déjà une descendance nombreuse (4,8 enfants). Celles d'entre elles qui maintiennent une pratique contraceptive ont d'ailleurs une parité plus élevée encore (5 enfants) ; toutefois on peut penser que leur descendance finale ne dépassera guère ce niveau, étant donné que la grande majorité de ces femmes ont été stérilisées alors qu'elles avaient en moyenne 5,4 enfants, et que les autres, qui continuent d'utiliser la pilule, n'ont encore que 3 enfants en moyenne. Enfin signalons que pour ces pionnières la ligature est intervenue principalement après 1982.

Si on trouve des pionnières en proportion sensiblement équivalente dans tous les groupes sociaux les trajectoires n'en sont pas moins différemment marquées selon le groupe social d'appartenance : en particulier dans le groupe ES une forte proportion aura finalement recours à la ligature (64 %), les autres interrompant leur pratique ; dans les autres groupes sociaux il faut souligner un retour aux méthodes traditionnelles et l'abandon fréquent de la contraception, ce qui peut expliquer des descendance finales assez élevées chez ces femmes ayant eu une certaine maîtrise de leur fécondité. Les différences par catégorie sociale sont aussi très marquées en ce qui concerne les modalités de la pratique dans le temps : alors que les pionnières appartenant aux groupes ES et ED ont eu recours en majorité à au moins deux méthodes contraceptives pendant leur vie féconde (60 %), dans le groupe SA il est remarquable que plus de 67 % des femmes ont utilisé une seule méthode. Si l'on se reporte à ce qui a été dit plus haut on remarquera que les pionnières de ce groupe SA se comportent différemment de l'ensemble de ce groupe qui a eu tendance au contraire à diversifier les méthodes et multiplier les séquences.

Tableau 13
Périodisation
Période de la première prise de contraception
selon le groupe de génération et le niveau d'éducation

Groupe de génération			
Période	Moins de 30 ans	30 ans et plus	Total
Avant 1978	4 (20 %)	18 (55 %)	22 (42 %)
1978-1982	6 (30 %)	10 (30 %)	16 (30 %)
1983-1987	10 (50 %)	5 (15 %)	15 (28 %)
Total	20 (100 %)	33 (100 %)	53 (100 %)

Niveau d'éducation			
Période	Inférieur à 4 années de primaire	4 années de primaire et plus	Total
Avant 1978	17 (49 %)	5 (28 %)	22 (42 %)
1978-1982	11 (31 %)	5 (28 %)	16 (30 %)
1983-1987	7 (20 %)	8 (44 %)	15 (28 %)
Total	35 (100 %)	18 (100 %)	53 (100 %)

Périodes de la première prise de contraception
selon la catégorie sociale

Périodes	ES	ED	SA	Total
Avant 1978	11 (41 %)	5 (56 %)	6 (35 %)	22 (41 %)
1978-1982	7 (26 %)	2 (22 %)	7 (41 %)	16 (30 %)
1983-1987	9 (33 %)	2 (22 %)	4 (24 %)	15 (28 %)
Total	27 (100 %)	9 (100 %)	17 (100 %)	53 (100 %)

En fait les pionnières de SA comme celles des autres groupes sociaux sont entrées délibérément dans une pratique contraceptive à un moment où l'information et la disponibilité des moyens contraceptifs étaient réduites ; dès lors elles adoptent une méthode et s'y tiennent, mais de manière différente selon les groupes sociaux. Les femmes *d'ejidatarios* se plient aux moyens que les institutions mettent à leur disposition, elles interrompent donc leur pratique parce que dans cette période, le suivi est mal réalisé de la part de ces institutions, et aussi elles se feront stériliser. En revanche, les femmes de SA qui ont eu recours à une méthode traditionnelle ou ont dû se procurer dès le départ les méthodes auprès des pharmaciens et des médecins privés le plus souvent, maintiennent la première méthode avec plus de continuité et moins d'abandon définitif ou de recours à la ligature.

Celles qui adoptent une pratique contraceptive dans la deuxième période (1978-1982) représentent 30 % des utilisatrices. Elles sont alors à peine plus âgées (25 ans) mais avec déjà une descendance plus nombreuse (3,4 enfants) que les pionnières. En cela elle constituent une cible privilégiée du PPF. Il est d'ailleurs intéressant de noter que dans cette cohorte la descendance atteinte au début de la pratique, quel que soit le niveau d'éducation, est très élevée (3,8 et 2,4 enfants respectivement) et que l'écart de descendance entre les femmes, selon leur niveau d'instruction, est plus faible que dans la cohorte des pionnières (1,4 contre 1,6). Si une forte proportion s'oriente vers l'usage de la pilule (62 %), elles n'en sont pas moins relativement nombreuses à recourir directement à la ligature (25 %). Ces dernières sont des femmes qui, à cette époque, ont trente ans et surtout qui présentent une descendance de six enfants.

En 1987, au moment de l'enquête peu de femmes entrées en pratique contraceptive dans cette deuxième période, avaient abandonné comparative-ment aux pionnières (12 %). Celles-ci ont atteint une descendance moyenne de 4,9 enfants ; celles qui continuaient d'utiliser la pilule avaient déjà 4,2 enfants ; quant à celles qui avaient été stérilisées elles avaient finalement 5,3 enfants. Soulignons que plus de la moitié de ces dernières ont subi l'opération dans la même période où elles avaient débuté une méthode contraceptive. D'ailleurs dans cette cohorte le recours à la ligature aura été encore plus important puisque finalement 56 % des femmes seront stérilisées. Cette époque est celle de la mise en place du PPF dirigé principalement vers les mères ayant de nombreux enfants quelle que soit la catégorie sociale : les femmes *ejidatarios* ont en moyenne 3,3 enfants au début de la pratique et les femmes de salariés 3,7. Pour les femmes qui ne subissent pas d'entrée la ligature (25 % des utilisatrices de la période) et qui adoptent majoritairement la pilule, le nombre de méthodes et de séquences est plus élevé que chez les pionnières ; elles abandonnent peu et se retrouveront stérilisées dans cette période ou dans la période suivante. Il n'y a pas de différences aussi marquées selon les

catégories sociales dans cette cohorte que dans la cohorte des pionnières : en effet, si 80 % des femmes de ES entamant une pratique contraceptive dans cette période seront stérilisées, il faut surtout retenir que c'est plus de la moitié des femmes de chacune des catégories sociales qui se retrouvent dans cette situation. En fait la différenciation s'opère clairement entre cette cohorte et la précédente à l'intérieur même des catégories sociales, et plus particulièrement pour la catégorie SA où l'on voit que les femmes de la deuxième période étant entrées plus âgées et avec une descendance plus importante dans une pratique contraceptive, présentent une continuité certaine et s'orientent vers une contraception d'arrêt.

Enfin les contemporaines du PPF sont composées principalement de jeunes femmes qui commencent leur vie féconde à une époque où le PPF est définitivement en place et diffusé par divers canaux. Si elles débutent la pratique contraceptive relativement tard (25 ans en moyenne), leur descendance est cependant faible (2,2 enfants). Dans cette cohorte les femmes ont en majorité dépassé le niveau du premier cycle primaire, mais selon le niveau d'éducation, l'écart de descendance au début de la pratique est très marqué (1,2 contre 3,3 enfants). Elles adoptent presque toutes la pilule comme première méthode (87 %), les autres s'orientent directement vers la ligature. En 1987 ces contemporaines sont nombreuses à avoir abandonné (25 %) mais elles sont encore relativement peu nombreuses à être stérilisées (38 %). Leur descendance est faible (2,5 enfants) : elles n'ont pas complètement achevé leur vie féconde, d'ailleurs la plupart de celles qui ont abandonné désirent un autre enfant. Les femmes ayant débuté une contraception et ayant été stérilisées lors de cette dernière période, ont une descendance finale de 3,5 enfants alors qu'on a vu que les pionnières et les "cibles" du PPF subissent la ligature à 5,3 enfants. Parmi les plus jeunes femmes la ligature semble intervenir comme une méthode évidente après avoir atteint une certaine descendance totalement planifiée. En effet dans cette cohorte, celles qui maintiennent une contraception grâce à la pilule n'ont encore que 1,4 enfant en moyenne. De nouveau la différenciation sociale est d'une autre nature puisque des facteurs comme l'éducation, et probablement la pratique religieuse, prennent une place importante en favorisant une réception différentielle de l'information et de l'assistance médico-contraceptive, et en permettant une contraception plus ou moins maîtrisée : au bout du compte les trajectoires redeviennent plus sensibles à l'environnement social dans son ensemble et moins exclusivement à l'environnement médical. Aussi il semblerait qu'avec la généralisation du PPF les femmes s'orientent vers une pratique contraceptive qui serait d'espacement des naissances et qui, après la constitution d'une descendance estimée suffisante, se traduirait rapidement par une contraception d'arrêt dès la venue d'un enfant supplémentaire. Ceci, qui se vérifie au niveau national avec raccourcissement du calendrier et la diminution de

l'intensité de la fécondité (8), pourrait expliquer la faible continuité et la moindre intensité du recours à des méthodes comme le stérilet, voire la pilule, par rapport à la ligature des trompes.

Il n'est donc pas paradoxal de constater que les femmes qui ont subi la ligature des trompes se concentrent dans la dernière période (onze sur vingt femmes stérilisées). Toutefois alors que celles qui l'ont subie lors de la période précédente présentent une descendance finale de 5,7 enfants en moyenne, les femmes stérilisées dans la dernière période n'ont atteint que 4,8 enfants. Chez les *ejidatarios* institutionnels la ligature est relativement plus importante que chez les autres groupes sociaux mais elle n'est intervenue directement comme première méthode que dans 25 % des cas de ligature. Chez les femmes du groupe SA, si elle ne constitue pas la méthode inévitable, elle est pratiquée directement dans 50 % des cas de ligature ; mais nous avons vu qu'il s'agissait de femmes entrées tardivement et avec une descendance relativement élevée dans une pratique contraceptive, se différenciant par là des autres femmes de la même catégorie sociale. Aussi les trajectoires très diverses et très différemment modelées par la période d'entrée dans une pratique contraceptive doivent être renvoyées au type de relations qu'entretiennent les groupes sociaux avec les institutions publiques chargées du PPF. Cela nous ramène à la question du rôle et des moyens des institutions de santé dans les modalités de la conception et de la contraception des femmes. En effet certains auteurs (9) et surtout les responsables du PPF reconnaissent que l'efficacité d'un tel programme passe par un suivi de la santé de la mère et des enfants extrêmement prégnant ; c'est par ce contrôle materno-infantile que les femmes pourront être atteintes, informées et orientées vers une méthode contraceptive correspondant à leur descendance atteinte.

D. SANTÉ MATERNO-INFANTILE ET PLANIFICATION FAMILIALE

Dans la plupart des politiques de population, la planification familiale est justifiée par l'amélioration de la santé materno-infantile (10). Mais en même temps l'attention portée à la santé de la mère et de l'enfant par le contrôle pré et post-natal, apparaît la voie privilégiée pour imposer ou pour le moins diffuser le planning familial. D'ailleurs des auteurs ont montré récemment que l'intervention à travers le suivi materno-infantile était la plus efficace des actions dans le domaine de la diffusion des méthodes contraceptives au Mexique (11).

8. POTTER *et al.*, *op. cit.*

9. *Ibid.* : 25.

10. *Population Reports*, 1985

11. POTTER *et al.* *op. cit.*

Parmi les 291 grossesses qu'ont eu les 65 femmes de notre échantillon, 93 % ont fait l'objet d'un suivi prénatal et 70 % d'un suivi post-natal. Aussi, dans cette perspective, la proportion des grossesses qui ont été suivies d'une pratique contraceptive peut paraître faible (35 %) si on ne renvoie pas les modalités du suivi materno-infantile aux différentes époques de l'histoire du PPF et des services de santé au Yucatan. Nous avons distingué précédemment trois périodes ; ici nous allons scinder la période antérieure à loi du PPF (1977) en deux : la première s'étend jusqu'en 1972, date de l'extension de la couverture de l'IMSS à tous les travailleurs de l'*henequén*, la deuxième qui, de 1973 à 1977, va de la loi de population à la loi du PPF ; les deux suivantes restant identiques et correspondant respectivement à la mise en place et à l'extension du PPF

1. Le suivi prénatal

Nous considérons ici 291 grossesses arrivées à terme, nous avons éliminé les avortements spontanés qui ont eu lieu en général dans les premiers mois de la gestation et qui n'ont pas fait l'objet d'un suivi médical.

Il est remarquable en premier lieu que quelles que soient les époques, les grossesses ont été suivies pour près de 99 % d'entre elles, excepté avant 1972 où près de 33 % des grossesses n'ont fait l'objet d'aucun suivi (tableau 14). Ce résultat souligne le travail des matrones avant l'extension massive des services de santé publique. L'intervention des matrones demeure importante avant l'accouchement toutefois la proportion de grossesses exclusivement suivies par elles, est en diminution ces dernières années : avant 1972 cette proportion est égale à 38 %, elle se réduit à 28 % entre 1973 et 1978, à 22 % entre 1978 et 1982, et à 10 % après 1983. Aujourd'hui les matrones assurent un suivi de manière complémentaire à celui des médecins publics et privés ; mais la proportion des grossesses où elles n'interviennent pas du tout s'est accrue : 32 % avant 1972, 34 % pour 1973-1977, 44 % pour 1978-1982 et 46 % pour la période récente. À l'inverse la part des médecins publics et privés dans le suivi est en accroissement et plus particulièrement pour le secteur public : elle est passée (qu'il y ait assistance ou non des sages-femmes ou des médecins privés en complément) de 70 % avant 1972, à 85 % dans la dernière période.

Selon les groupes sociaux on retrouve différemment ce triple mouvement (tableau 14) : diminution du poids des sages-femmes comme intervenant exclusif dans le suivi périnatal, augmentation de leur intervention en complémentarité du suivi assuré par la médecine moderne publique et privée et surtout augmentation de l'intervention de la médecine publique dans le suivi périnatal. En effet les groupes ES et ED se sont peu appuyés dans l'ensemble sur les seules sages-femmes pour le suivi des grossesses (11 % et 16 % respectivement) contrairement au groupe SA (32 %). Mais, si cette proportion se maintient quelle que soit l'époque considérée dans le groupe ES et chute

brutalement dans la dernière période pour le groupe SA (10 % des grossesses ont été suivies par les sages-femmes exclusivement) la participation des sages-femmes au suivi prénatal en association avec les médecins est en augmentation et atteint 30 % des grossesses de ES, 85 % des grossesses de ED et 56 % des grossesses de SA dans la dernière période. Dans ES le service public assure le suivi de 85 % des grossesses, soit seul (55 %), soit associé à la sage-femme (26 %), soit associé au service privé et à la sage-femme. Cette prépondérance du secteur public dans le contrôle de la santé materno-infantile des *ejidatarios* institutionnels existe à toutes les époques, le seul changement est dans l'intégration des sages-femmes au système. Le groupe ED se distingue du précédent par le fait qu'un grand nombre des grossesses sont contrôlées par une multiplicité d'intervenants : 49 % des grossesses ont été suivies à la fois par le médecin public, le médecin privé et la sage-femme ; ce fait tient à la trajectoire socioprofessionnelle de ces *ejidatarios* qui avant de sortir du système *ejidal* institutionnel ont été dépendants directement du système de santé public et qui en 1987 bénéficient de la couverture sociale de l'IMSS-COPLAMAR et de l'installation de nombreux médecins privés. Enfin le groupe SA montre là encore un comportement très distinct : ce groupe, qui est un des pionniers de la pratique contraceptive, a longtemps eu recours à la seule sage-femme pour le suivi d'une forte proportion de grossesses or il semble dans la dernière période opter pour une pratique où sont associés médecin public, médecin privé et sage-femme avec un poids accru du secteur public. Ce changement est probablement lié au nombre croissant de chefs de famille qui deviennent des ayants-droit de l'IMSS mais aussi aux difficultés économiques et à l'augmentation du prix des médicaments et des consultations qui empêchent ce groupe d'être indépendant du système de santé publique.

2. Suivi périnatal et contraception

Nous avons dit que 34 % des grossesses ont fait l'objet d'une contraception à leur terme, mais cette proportion dépasse 30 % depuis 1973 seulement et atteint 57 % dans la dernière période (tableau 15). Cela est surtout vrai pour les groupes ED et SA, pour ES il faut attendre 1976 pour voir plus du tiers des grossesses suivies d'une pratique contraceptive. Il n'y aurait donc pas une forte association entre suivi de la grossesse par une institution publique et pratique contraceptive à l'issue de la grossesse (tableau 10 en annexe). Mais si on regarde la proportion de grossesses qui à leur issue ont été suivies par une ligature des trompes on constate que depuis 1983 une grossesse sur cinq est immédiatement suivie d'une ligature et près d'une sur quatre dans le groupe ES. En fait, plus que l'intervenant dans le suivi prénatal, c'est l'intervenant à l'accouchement et le lieu où il se réalise, qui pèsent sur l'adoption (ou non) d'une pratique contraceptive à l'issue de la grossesse. Or depuis 1977 un quart seulement des accouchements est effectué par les sages-femmes contre la

moitié auparavant ; on constate que 65 % des accouchements réalisés par le personnel de l'IMSS sont suivis par une méthode contraceptive contre 32 % des accouchements réalisés par les sages-femmes.

Tableau 14
Type de suivi prénatal des grossesses selon l'époque de la grossesse

Périodes de la grossesse	Non suivi	Méd. privé	Méd. pub.	Méd. + S.F.	Méd. pub + S.F.	Sage-femme seulem ^t	Total
Avant 1972	4 (5 %)	1 (1 %)	21 (28 %)	10 (13 %)	22 (29 %)	19 (25 %)	77 (100 %)
1972-1977	2 (2 %)	3 (4 %)	21 (29 %)	8 (11 %)	25 (34 %)	14 (19 %)	73 (100 %)
1978-1982	2 (3 %)	7 (11 %)	19 (31 %)	7 (11 %)	16 (26 %)	11 (18 %)	62 (100 %)
1983-1987	8 (12 %)	3 (4 %)	24 (36 %)	8 (12 %)	18 (27 %)	5 (8 %)	66 (100 %)
N.P. ou avortement	5 (38 %)	-	-	-	2 (15 %)	6 (46 %)	13 (100 %)
Total	21 (7 %)	14 (5 %)	85 (29 %)	33 (11 %)	83 (28 %)	55 (19 %)	291 (100 %)

Tableau 15
Contraception après grossesse suivant l'époque de la grossesse

Méthodes	Période					
	Avant 1972	1972-1977	1978-1982	1983-1987	N.P.	Total
Pas de contraception	70 (91 %)	49 (67 %)	31 (50 %)	30 (45 %)	12 (92 %)	192 (66 %)
Méthode traditionnelle	-	1 (1 %)	4 (6 %)	2 (3 %)	-	7 (2 %)
Méthode moderne	7 (9 %)	22 (30 %)	19 (31 %)	23 (35 %)	1 (8 %)	72 (25 %)
Ligature	-	1 (1 %)	8 (12 %)	11 (17 %)	-	20 (7 %)
Total	77 (100 %)	73 (100 %)	62 (100 %)	66 (100 %)	13 (100 %)	291 (100 %)

Il semblerait donc que la diffusion et l'adoption de la contraception se fasse lors du contrôle de la grossesse suivant deux modalités selon qu'il s'agisse d'une grossesse de rang plus ou moins élevé. Selon la première, la femme est informée sur les conditions de sa grossesse : s'il s'agit d'une grossesse de rang un ou deux elle sera orientée vers une contraception de régulation par pilule ou stérilet ; mais si la grossesse entre dans la catégorie des grossesses à risque le médecin cherchera à l'orienter vers une contraception définitive et à la convaincre d'accoucher dans une clinique pouvant réaliser l'opération de ligature des trompes. Aussi actuellement, pour la plupart des femmes qui sont ligaturées au moment de l'accouchement, la décision a été prise auparavant, même s'il existe encore la possibilité de proposer l'opération à ce moment-là, les cliniques disposant des moyens matériels nécessaires. La deuxième modalité se réalise au moment de l'accouchement et du contrôle post-natal où les femmes se verront informées sur les risques et les inconvénients d'une grossesse future ou trop rapprochée ; une méthode contraceptive leur sera alors proposée. Mais les femmes ne peuvent guère rester immobilisées plus d'une journée, à l'hôpital ou à la clinique, si elles ne reçoivent pas à leur foyer l'aide de la matrone dans les jours qui suivent l'accouchement ; aussi l'adoption d'une méthode contraceptive mais surtout la réalisation de la ligature ne pourront se faire avec la même intensité que précédemment. D'ailleurs les médecins soulignent très souvent qu'une hospitalisation de plus longue durée permettrait une meilleure efficacité de ce point de vue. On peut d'ailleurs se demander si l'intervention des matrones en association avec les institutions, qui est en augmentation, n'apparaît pas déterminante à ce niveau : elles favoriseraient autant l'adoption d'une pratique contraceptive après l'accouchement par leur travail d'information périnatal et post-natal que par leur aide directe auprès des ménages après l'accouchement en hôpital ou en clinique.

On comprend qu'un nombre croissant d'auteurs et de responsables de la politique de population ne cessent de souligner qu'un désengagement du secteur santé, lui aussi touché par la crise, en "retirant l'attention médicale et la couverture sociale de l'accouchement des soins de santé primaire offerts au niveau des communautés rurales par la SSA et l'IMSS aurait d'importantes conséquences négatives pour l'acceptation de la contraception." (12).

12. POTTER *et al. op. cit.*

CONCLUSION

L'ensemble des études actuelles confirment l'efficacité de la politique de population au Mexique. En fait c'est l'efficacité du Programme de planification familiale qui est soulignée par les résultats portant sur la baisse de la fécondité générale et légitime, puisque cette baisse est imputable en totalité entre 1977 et 1982 pour les plus de 30 ans à l'extension de la pratique anti-conceptionnelle. C'est aussi cette dernière qui explique une baisse relativement plus forte en milieu rural et parmi les classes sociales les plus défavorisées du point de vue économique et éducationnel. Ceci soulignant plus encore la réussite de ce programme quant aux objectifs qu'il s'était fixés, à savoir : promouvoir la planification familiale dans toutes les sphères de la société et en particulier là où elle était inconnue. On a vu que c'est par la multiplication et le développement des unités médicales en milieu rural à partir de 1976 et surtout par la mobilisation du personnel de santé publique autour de cet objectif que le PPF a pu être réalisé. Ceci est encore plus net pour la région de l'*henequén* du Yucatan où les infrastructures médicales étaient importantes et où la quasi-totalité de la population a bénéficié d'une couverture sociale avant la mise en place du PPF : c'est en effet à partir du moment où s'opèrent une prise de conscience et une participation du personnel de santé concernant la planification familiale qu'une pratique contraceptive se développe et s'étend à toutes les couches de la population.

Les institutions médicales, qu'elles aient ou non directement la charge du programme de planification familiale, ont intégré la position gouvernementale quant à la nécessité de freiner la croissance de la population. Ce n'est plus en effet la santé de la mère et de l'enfant qui justifie en premier lieu la planification familiale mais bien plutôt la surpopulation comme on a pu le constater auprès des médecins publics et privés. Il est d'ailleurs remarquable qu'ils opèrent idéologiquement, cognitivement et pratiquement une dissociation entre leurs activités en matière de planification familiale et leurs activités thérapeutiques. D'une part ils acceptent sans les remettre en cause les cadres idéaux de la procréation définis par le PPF (âge au premier enfant, intervalle intergénéral, âge au dernier enfant, nombre d'enfants, allaitement, modalités d'utilisation des méthodes contraceptives, etc.), cadres auxquels il faut sensibiliser la population. Ce sont d'ailleurs ces cadres universels qu'ils utilisent pour identifier les grossesses à risque sans préjuger de la situation spécifique des femmes concernées ; il en résulte une fréquence élevée des grossesses à risque et donc - qu'ils en aient conscience ou non - une plus forte orientation des femmes vers une contraception d'arrêt lors de l'accouchement. D'autre part les médecins publics ne semblent pas associer d'un côté la stabilisation des moyens thérapeutiques mis à leur disposition et de l'autre le déve-

loppement des moyens consacrés à la planification familiale : il est significatif qu'ils négligent l'information sur l'ensemble des méthodes et sur les inconvénients relatifs à chacune d'elles considérant qu'il y aurait là une perte de temps au détriment de celui qu'ils consacrent aux soins, comme s'il s'agissait d'exercices séparés de la médecine. Il faut encore souligner que l'efficacité du programme se trouve accrue indirectement du fait de la situation socio-économique des jeunes médecins (*pasantes* pour la plupart) : en effet, face aux difficultés économiques que connaît l'exercice de la médecine privée, ils savent qu'ils seront conduits à demander leur intégration au secteur public, ils sont donc peu enclins à remettre en cause les objectifs et les cadres de l'action définis par le PPF.

Cela dit si la santé materno-infantile n'est pas la justification première des agents de la santé publique chargés de mettre en œuvre le programme de planification familiale, il n'en reste pas moins que c'est à travers le contrôle pré et post-natal qu'est conduit efficacement ce programme comme l'ont souligné certains auteurs et comme on a pu le vérifier ici. Ce contrôle permet l'établissement d'une relation privilégiée entre les agents de la santé et les femmes, relation qui permet aux médecins de diffuser les idéaux de la procréation et d'intervenir directement dans la prise de décision des femmes en ce qui concerne la contraception. Il est significatif que les femmes aient intégré ces idéaux dans leur discours (même si leur pratique en diffère encore pour le moment) et que le tiers d'entre elles reconnaissent explicitement que le médecin soit intervenu dans la décision et le choix d'une pratique contraceptive.

Cette ingérence des médecins et du personnel de santé dans la conformation des comportements reproductifs a été possible dès l'instant où ils ont pu atteindre concrètement la majorité de la population rurale, mais surtout dès l'instant où celle-ci ayant déjà adopté les recours thérapeutiques du secteur moderne, public et privé, s'est trouvée dans une position de demande de moyens pour espacer et réduire sa fécondité. C'est en effet la crise de l'économie de l'*henequén* qui amène l'ensemble des familles à une auto-exploitation, en multipliant les activités précaires à l'extérieur de la sphère familiale afin d'assurer leur survie et leur maintien dans cette zone. Les enfants participent peu directement à la production de l'*henequén*, ils participent seulement au travail domestique entre huit et quinze ans ; aussi il apparaît de plus en plus qu'une nombreuse descendance est utilisée de façon à pallier les charges économiques et qu'elle n'est plus liée (si cela a jamais été le cas dans le passé) à l'exigence d'une stratégie économique et sociale du groupe familial. Le fait que cette main-d'œuvre familiale est utilisée principalement par les femmes renforce toutefois une représentation positive des grandes familles chez celles-ci. Rappelons que les représentations familiales se concentrent dorénavant du fait de la crise sur le court terme. Les parents s'attendent dans l'avenir

à une aide discontinue, ponctuelle de leurs enfants plutôt qu'à une aide continue ou une prise en charge ; et comme il n'existe pas apparemment de valorisation par la descendance du marianisme et du machisme (contrairement à ce que croient les autorités et les médecins publics) la taille des familles et surtout les grandes familles n'entrent plus dans les stratégies familiales ni sur le plan symbolique ni sur le plan économique. C'est donc bien dans l'immédiat la cherté de la vie et la volonté d'une meilleure éducation qui justifient pour les familles d'espacer et de restreindre leur descendance. Ce discours des familles sur leur économie familiale est repris par les médecins auprès de leur patientes. Cette interrelation voire cet auto-entretien du discours des médecins et des familles sur les idéaux familiaux, tant au niveau sanitaire qu'économique, légitime la planification familiale et surtout en permet une diffusion efficace : il est d'ailleurs remarquable que ce soit dans le groupe social qui n'appartient pas au secteur *ejidal* - et pour cela a moins de contact avec les institutions médicales - que l'on trouve des hommes et des femmes aspirant à une descendance supérieure à trois enfants alors que paradoxalement ce groupe est celui qui ne nécessite ni ne recourt à la main-d'œuvre familiale.

On comprend que l'Église malgré une opposition vigoureusement déclarée à la contraception ne puisse y faire obstacle. Elle ne bénéficie pas de réseaux aussi denses que les institutions médicales pour toucher l'ensemble de la population : avec le déclin de la pratique religieuse et plus globalement avec la sécularisation accrue de l'existence, sa sphère d'influence sur la population est considérablement réduite ; au contraire, les institutions de santé et d'éducation ont accru leur couverture au cours des dernières décennies. Comme par ailleurs elle ne condamne pas la planification familiale, qu'elle situe son opposition du point de vue de la santé de la mère et de l'enfant en utilisant le plus souvent des arguments erronés, et qu'elle ne prend pas en compte la situation économique des familles, elle ne peut atteindre d'autres couches de la population que celles ayant de fortes convictions et pratiques religieuses.

C'est donc dans un nouveau champ idéologique, fortement modelé par la crise économique de l'*henequén* et plus globalement mexicaine, que s'élaborent les comportements reproductifs de la population yucatèque. Si donc un désir de réduire la descendance était en gestation dans les familles yucatèques et si un certain nombre de femmes (les pionnières) avaient commencé une pratique contraceptive avant la mise en place du PPF, la formalisation d'une demande de moyens contraceptifs ainsi que la légitimation de la planification familiale n'auraient pas été possibles sans le relais idéologique et infrastructurel des institutions de la santé publique. Mais surtout l'extension de la pratique contraceptive à plus de 80 % de la population féminine en âge fécond en un temps aussi court n'eut pas été possible sans la mobilisation de tous les moyens de ces institutions et sans des interventions extrêmement précises et virulentes. Or c'est bien du point de vue des modalités de son

action qu'est critiquable le PPF au Yucatan. Dès l'instant où il existe une demande et que la contraception est reconnue comme un droit fondamental, les institutions se doivent de diffuser l'information concernant l'état des connaissances médicales quant aux conditions de la procréation, aux méthodes, leur efficacité, leurs inconvénients et avantages comparés pour la santé de la mère et des enfants. Ce qu'elles ne font pas, se soumettant par là aux objectifs de la politique de population. Aussi après une période où il convenait d'atteindre en priorité les femmes de plus de trente ans *et/ou* ayant une nombreuse descendance, et durant laquelle une forte proportion de femmes ont été stérilisées au moment de l'accouchement, on essaie à l'époque actuelle d'orienter les jeunes générations, qui adoptent dans leur presque totalité une méthode contraceptive, vers la stérilisation ; celles-ci d'ailleurs de leur côté optent pour une constitution rapide de leur descendance et une contraception d'arrêt. Peut-on donc, dans ces conditions, espérer voir à brève échéance les institutions médicales diffuser la planification familiale sans se soumettre aux impératifs de la politique de population ?

BIBLIOGRAPHIE

- ALARCON NAVARRO Francisco et MARTINEZ MANAUTOU Jorge - *Innovaciones administrativas*. Mexico, IMSS, 1986.
- ALBA Francisco et POTTER Joseph E. - "Population and development in Mexico since 1940 : an interpretation". *Population and Development Review*, vol. XII, n° 1, mars 1986 : 47-75.
- ALPUCHE PINZON Gracialiano - *1° informe del gobierno*, 1982. Mérida, Estado de Yucatán, 1983, sans pagination. Annexe I.
- BECKER Gary - *A treatise on family*. Cambridge, Harvard University Press, 1981.
- BIRDSALL Nancy - "Population policies". *Signs* 1976, vol. I, n° 3 : 699-712.
- BOJORQUEZ PEREZ Gabriel, *Impactos logrados por el programa de planificación en el IMSS*, Delegación Yucatán. Mérida, Tesis de Medicina, 1981.
- BOSERUP Ester - "Economic and demographic interrelationships in sub-Saharan Africa" in *Population and Development Review*, vol. XI, n° 3 : 383-397.
- BRACHET-MARQUEZ Viviane - "Le planning familial au Mexique. Processus de formation d'une politique publique". *Sciences sociales et Santé*, vol. III, n° 1, février 1985 : 9-34.
- BRONFEMAN Mario - "Planification de la famille : discours et méthode. Le cas de l'Amérique latine". Miméo. Mexico, Colegio de México.
- BRONFEMAN Mario - *Chiapas*. Miméo. Colegio de México.
- BRONFEMAN Mario, LOPEZ Elsa et TUIRAN Rodolfo, "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México : la experiencia reciente". *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. I, n° 2, mai-août 1986 : 165-203.
- BROWNER Ch. W. - "The politics of reproduction in a Mexican village". *Signs* vol. XI, n° 14, été 1986 : 710-724.
- BUMPASS Larry L. - "The risk of unwanted birth : the changing concept of contraceptive sterilization in the United States". *Population Studies*, 41, n° 3, novembre 1987 : 347-363.
- CAIN Mead - "Perspectives on family and fertility in developing countries". *Population Studies*, 36, n° 2, juillet 1982 : 159-175.
- CALDWELL John - *A theory of fertility decline*. Academic Press, 1982 : 386 p.
- CANTO DE CETINA Telma E. - "Aborto incompleto : características de las pacientes tratadas en el hospital O'Horan de Mérida". *Salud pública de México*, décembre 1985.
- CHASTELAND Jean-Claude - "Les politiques de population dans le Tiers Monde huit ans après Bucarest : espoirs et réalités". *Politiques de population*, n° 2, janvier 1984 : 7-70.
- COSIO Maria - *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*. Doctorat d'État de démographie, Paris V, 1988.

- DARBOIS Yves - "Gynécologie", *Encyclopédie médico-chirurgicale*, tome IV, 800 A 10.
- DIARIO DE YUCATÁN
- EASTERLIN Richard - "The economics and sociology of fertility : a synthesis", in Charles TILLY (eds) - *Historical studies of changing fertility*. Princeton University Press, 1978 : 57-133.
- ELMENDORF - *La mujer maya y el cambio*. Mexico, septembre 1972.
- ELU DE LENERO Maria Del Carmen - *De lo institucional a lo comunitario : un programa de salud rural*. México, Asociación mexicana de población, 1982.
- ENERO Luis - *Valores ideológicos y las políticas de población en México*. Mexico, Edicol, 1979.
- FELLOUS Michelle - *Contraception et migration*. Paris, Syros, 1982.
- FIGUEIROA Guillermina - "Factores de riesgo en métodos anticonceptivos". III^e Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México. Mexico, 4 novembre 1986.
- GALLY Esther - *Manual práctica por partera*. México, Editorial la Paz, 1975.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATÁN - *Monografía*. Mérida, 1975 et ID. 1983.
- GRAWITZ, LECA Jean et al. - *Traité de science politique*. Paris, PUF, 1985.
- GREENHILL J.P. et FRIEDMAN E.A. - *Obstetricia*. Mexico, 1977 : 789-798.
- HELLMAN Jack A. Williams - *Obstetricia México*. DE, Mexicana de Edición, 1980 : 826-852.
- HOCQUENGHEIM Joani - "Televisa : le rêve américain en espagnol". Mexico, *Autrement*, n° 18, mai 1986 : 176-183.
- IMSS - Subdirección general médica, Jefatura de servicios de planificación familiar. *Informe estadístico* 1984 et 1985.
- IMSS - *Diagnóstico de Salud*. Clínica de Acanceh, 1987.
- JOBERT Bruno et MULLER Pierre - *L'État en action*. Paris, PUF, 1987.
- JUAREZ, F., PULLUM, T. et CASTERLINE J.B. - "El cambio de la fecundidad en México : importancia de los factores socioeconómicos en las variables intermedias". III^e Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México, El Colegio de México, 1986.
- KELLERHALS Jean et al. - *Mariages au quotidien*. Lausanne, Éditions Pierre-Marcel Favre, 1982.
- KRAEGER Philip - "Demography in situ". *Population and Development Review*, vol. VIII, n° 2, 1982 : 237-266.
- LABRECQUE Marie-France, "Femmes, développement et idéologie : un cas au Mexique", *Recherches féministes*, vol. I, n° 2, 1988.
- LERIDON Henry - *La seconde révolution contraceptive*. Paris, PUF/INED, cahiers n° 117, 1987.
- LERNER Susana, QUESNEL André, SAAVEDRA Fernando et GELLER Lucie - *Dinámica socio-demográfica de la zona henequenera*. Mimeo, 1980.
- LOCOH Thérèse - *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest*. Le Togo méridional. *Travaux et Documents*, cahiers n° 107, PUF/INED, Paris, 1984.

- MAC LENNAN Charles et SANDBERG Eugène - *Compendio de obstetricia*. México, Nueva Editorial interamericana, 1977, trad. 1981.
- MAC NICOLL Geoffrey - "Institutional determinants of fertility change". *Population and Development Review*, vol. VI, n° 3, septembre 1980 : 441-462.
- MANAUTOU Jorge Martinez (ed) - *La revolución demográfica en México*. Mexico, IMSS, 1985.
- MENENDEZ Eduardo L. - *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, Ediciones de la Casa Chata, 1981.
- MICHEL Andrée - "Femmes et multinationales". *Current Sociology*, vol. XXXI, n° 1, printemps 1983 : 1-211.
- MIER Y TERAN Marta - "Consecuencias en la salud de las tendencias en la fecundidad y formación de familias en México". III^e Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México. Mexico, 3-6 novembre 1986.
- MIER Y TERAN Marta M. et RABELL ROMERO C. - "Fecundidad de grupos sociales en México 1971-1977". *Los factores del cambio demográfico en México*. Siglo XXI, 1984 : 221-241.
- MIRO Carmen A. - "Los derechos humanos y las políticas de población". *Investigación demográfica en México 1980*. Mexico, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- MUELLER Eva - "El valor económico de los hijos en la agricultura campesina". in *Crecimiento de la Población y Cambio Agrario*. Morelos, Victor URQUIDI (eds) - Mexico, Colegio de México, 1979 : 323-391.
- NASH June et SAFA ICKEN Helen - "*Sex and class in Latin America*", New-York, Praeger, 1976.
- ONU - *World population trends and policies*, 1987, Monitoring report, New-York, 1988.
- PADIOLEAU Jean - *L'État au concret*. Paris, PUF, 1982.
- PEREZ-CHUC Humberto - *DIU, causas de rechazo hacia el uso del DIU en las mujeres derecho habientes de la UMC, n° 30 del IMSS en Temax*, Yucatán. Mérida, Tesis por el grado de médico-cirujano, 1986.
- PINTO Wilbert et VILLAGOMEZ VALDES Gina - *Trabajo doméstico en el ámbito rural*. Tesis por el título de licenciado en antropología social. Mérida, 1986.
- POTTER Josef, MOJARRO Octavio et HERNANDEZ Daniel - "Influencias de los servicios de salud en la anticoncepción rural de México". III^e Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México. Mexico, 3-6 novembre 1986.
- QUESNEL André et LIVENAIS Patrick - "La fécondité au Mexique. Émergence et modalités de règlement d'un problème de population". *Espaces, population, sociétés*, 3, n° 1, février 1985 : 581-596.
- REY Sylvie - *Entre avec la fraîcheur dans la maison*. Schémas de reproduction et de santé, évolution du statut des femmes et transformations des milieux en pays moba-gurma (Togo). Thèse ès sciences de l'université de Provence, Marseille, 1989.

RÉGULATION DE LA FÉCONDITÉ AU YUCATAN (MEXIQUE)

- RICHARDSON Mary - *Rapport de recherche*. Université de Laval, département d'Anthropologie, 1988.
- ROSS A. John *et al.* - "Cohort trends in sterilization : some international comparisons". *International Family Planning Perspectives*, 13 (2), juin 1987 : 52-60.
- RYDER Norman - "Fertility and family structure" in *ONU Fertility and Family*, 1984 : 279-320.
- SIMMONS Ruth, NESS Gayle D., et SIMMONS Georges B. - "On the institutional analysis of population programs". *Population and Development Review* vol. IX, n° 3, septembre 1983 : 457-474.
- TAYLOR Stewart - *Obstetricia de Beck*. Mexico DF, 1979, trad. 1985.
- WARD Kathrine - *Women in the world system. Its impacts of status and fertility*. N.Y., Praeger, 1984.
- WELTI Carlos - "Efectos de desarrollo socioeconómico y la disponibilidad de servicios anticonceptivos sobre la fecundidad en México en 1976", *Investigación demográfica en México* - México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 1980.

DICTIONNAIRE DES SIGLES UTILISÉS

CONAPO	Conseil national de la population, chargé de la coordination de la planification familiale depuis 1977.
CONEPO	Conseil étatique de la population.
COPLAMAR	Coordination générale du plan national pour les zones pauvres et les groupes marginalisés, associée depuis 1979 à l'IMSS.
DIF	Système national de développement intégral de la famille.
DIU	Stérilet.
EMF	Enquête mondiale de fécondité réalisée en 1976.
END	Enquête nationale démographique de 1982.
ED	<i>Ejidatario</i> indépendant selon notre terminologie, inclut les "autonomes" qui ont quitté l' <i>ejido</i> , les <i>parcelarios</i> , propriétaires de petites parcelles et les "petits propriétaires" qui sont en fait les anciens grands propriétaires.
ES	<i>Ejidatario</i> institutionnel, dépendant de l' <i>ejido</i> collectif et de la banque rurale.
IMSS	Institut mexicain de sécurité sociale.
ISSSTE	Institut de sécurité sociale des travailleurs de l'État.
SA	désigne dans notre échantillon les salariés et autres actifs non <i>ejidatario</i> .

ANNEXE

Tableau 1 : Quelques opinions relatives à la fécondité selon le sexe

1.1. Age idéal à l'union pour la femme

	17-19 ans	20 ans	21 ans et plus	NR	Total
Hommes	18	36	42	4	100 (57)
Femmes	8	46	37	9	100 (65)

1.2. Nombre idéal d'enfants

	1-2	3-4	5 et plus	NR	Total
Hommes	47	33	16	4	100 (57)
Femmes	35	48	5	12	100 (65)

1.3. Années entre l'union et le premier enfant

	0-1	2	3 et plus	NR	Total
Hommes	61	23	7	9	100 (57)
Femmes	51	24	11	14	100 (65)

1.4. Espacement entre les naissances

	0-1	2	3	4 et plus	NR	Total
Hommes	5	37	19	25	14	100 (57)
Femmes	8	28	24	29	11	100 (65)

1.5. Age au dernier enfant

	30	31-35	36-39	40 et plus	NR	Total
Hommes	26	36	12	7	19	100 (57)
Femmes	28	32	11	11	17	100 (65)

1.6. Nombre d'enfants dans une grande famille

	2-4	5-6	7 et plus	NR	Total
Hommes	16	26	53	5	100 (57)
Femmes	12	43	42	3	100 (65)

1.7. Nombre d'enfants dans une petite famille

	1-2	3-4	5-6	NR	Total
Hommes	74	14	12	-	100 (57)
Femmes	62	34	3	1	100 (65)

1.8. Raisons pour lesquelles une petite famille est une bonne chose

	Meilleure éducation	Moindre coût	Comb. des 1 ^{res} raisons	Autres raisons	Négatif	NR	Total
Hommes	47	19	28	4	2	0	100 (57)
Femmes	34	18	38	1	3	6	100 (65)

1.9. Raisons pour lesquelles une petite famille est une mauvaise chose

	Cherté	Surcharge de travail	Autres	Positif	NR	Total
Hommes	4	0	5	88	3	100 (57)
Femmes	23	1	10	60	6	100 (65)

Tableau 2 : Nombre idéal d'enfants

2.1. Selon la langue parlée avec l'époux et le sexe

Langue parlée avec l'épouse	Nombre idéal d'enfants pour les hommes				
	1-3	4 et plus	NR	Total %	Effectifs
Maya	50	50	0	100	6
Espagnol	70	23	6	100	34
Les deux	53	31	16	100	17

Nombre idéal d'enfants pour les femmes					
Langue parlée avec l'époux	1-3	4 et plus	NR	Total %	Effectifs
Maya	46	23	31	100	13
Espagnol	74	17	9	100	42
Les deux	70	30	0	100	10

2.2. Selon la descendance atteinte - femmes - Nombre idéal d'enfants

Nombre idéal d'enfants						
Descendance atteinte	1-2	3	4 et plus	NR	Total %	Effectifs
0-2	35	35	20	10	100	20
3	54	46	0	0	100	13
4 - 5	42	21	16	21	100	19
5 et plus	8	31	46	15	100	13

Tableau 3 : Utilisatrices selon la catégorie sociale et la génération d'appartenance

Utilisatrices	Catégorie sociale moins de 30 ans			Total
	ES	ED	SA	
Oui	10 (67 %)	3 (75 %)	7 (87 %)	20 (74 %)
Non	5 (33 %)	1 (25 %)	1 (12 %)	7 (26 %)
Total	15 (100 %)	4 (100 %)	8 (100 %)	27 (100 %)

Utilisatrices	Catégorie sociale 30 ans et plus			Total
	ES	ED	SA	
Oui	17 (85 %)	6 (86 %)	10 (91 %)	33 (87 %)
Non	3 (15 %)	1 (14 %)	1 (9 %)	5 (13 %)
Total	20 (100 %)	7 (100 %)	11 (100 %)	38 (100 %)

Tableau 4 : Utilisatrices selon la catégorie sociale et l'éducation

Utilisatrices	Jusqu'au primaire 3 ^e année			Total
	ES	ED	SA	
Oui	20 (80 %)	4 (67 %)	11 (85 %)	35 (80 %)
Non	5 (20 %)	2 (33 %)	2 (15 %)	9 (20 %)
Total	25 (100 %)	6 (100 %)	13 (100 %)	44 (100 %)

Utilisatrices	4 ^e année de primaire et plus			Total
	ES	ED	SA	
Oui	7 (70 %)	5 (100 %)	6 (100 %)	18 (85 %)
Non	3 (30 %)	-	-	3 (14 %)
Total	10 (100 %)	5 (100 %)	6 (100 %)	21 (100 %)

Tableau 5.1. : Première méthode utilisée selon l'éducation atteinte

Méthodes	Education		Total
	Inférieure au 1 ^{er} cycle primaire	1 ^{er} cycle primaire et plus	
Pilule	26 (74 %)	15 (83 %)	41 (77 %)
Injection	1 (31 %)	-	1 (2 %)
DIU	-	1 (6 %)	1 (2 %)
Rythme	3 (11 %)	-	3 (6 %)
Ligature	5 (14 %)	2 (11 %)	7 (13 %)
Total	35 (100 %)	18 (100 %)	53 (100 %)

Tableau 5.2. : Méthode actuellement utilisée selon l'éducation

Méthodes	Inférieure au 1 ^{er} cycle primaire	1 ^{er} cycle primaire et plus	Total
Pilule	5 (21 %)	9 (56 %)	14 (35 %)
Rythme	4 (17 %)	2 (12 %)	6 (15 %)
Ligature	15 (62 %)	5 (32 %)	20 (50 %)
Total	24 (100 %)	16 (100 %)	40 (100 %)

Tableau 6 : Continuité de la pratique selon la période de la première prise de contraception et la catégorie sociale

1. Avant 1978

Continuité	ES	ED	SA	Total
Oui	8 (73 %)	4 (80 %)	4 (67 %)	16 (73 %)
Non	3 (27 %)	1 (20 %)	2 (33 %)	6 (27 %)
Total	11 (100 %)	5 (100 %)	6 (100 %)	22 (100 %)

2. 1978-1982

Continuité	ES	ED	SA	Total
Oui	5 (71 %)	2 (100 %)	7 (100 %)	14 (87 %)
Non	2 (28 %)	-	-	2 (12 %)
Total	7 (100 %)	2 (100 %)	7 (100 %)	16 (100 %)

3. 1983-1987

Continuité	ES	ED	SA	Total
Oui	5 (55 %)	1 (50 %)	4 (100 %)	10 (66 %)
Non	4 (44 %)	1 (50 %)		5 (33 %)
Total	9 (100 %)	2 (100 %)	4 (100 %)	15 (100 %)

Tableau 7 : Méthodes actuellement utilisées selon la catégorie sociale et période de la première prise de contraception

1. Avant 1978

	ES	ED	SA	Total
Pilule	1 (9 %)	1 (20 %)	1 (17 %)	3 (14 %)
Rythme	-	2 (40 %)	2 (33 %)	4 (18 %)
Stérilisation	7 (64 %)	1 (20 %)	1 (17 %)	9 (41 %)
Abandon	3 (27 %)	1 (20 %)	2 (33 %)	5 (27 %)
Total	11 (100 %)	5 (100 %)	6 (100 %)	22 (100 %)

2. De 1978 à 1982

Méthodes	ES	ED	SA	Total
Pilule	1 (14 %)	-	3 (43 %)	4 (25 %)
Rythme	-	1 (50 %)	-	1 (6 %)
Stérilisation	4 (57 %)	1 (50 %)	4 (57 %)	9 (56 %)
Abandon	2 (28 %)	-	-	2 (12 %)
Total	7 (100 %)	2 (100 %)	7 (100 %)	16 (100 %)

3. De 1983 à 1987

Méthodes	ES	ED	SA	Total
Pilule	3 (33 %)	1 (50 %)	3 (75 %)	7 (47 %)
Rythme	1 (11 %)	-	-	1 (7 %)
Stérilisation	1 (11 %)	-	1 (25 %)	2 (13 %)
Abandon	4 (44 %)	1 (50 %)	-	5 (33 %)
Total	9 (100 %)	2 (50 %)	4 (100 %)	15 (100 %)

Tableau 8.1 : Lieu d'obtention de la première méthode utilisée selon la catégorie sociale

Lieux	ES	ED	SA	Total
Autres	5 (18 %)	8 (89 %)	7 (41 %)	20 (38 %)
IMSS	22 (82 %)	1 (11 %)	7 (41 %)	30 (57 %)
SSA	-	-	3 (18 %)	3 (6 %)
Total	27 (100 %)	9 (100 %)	17 (100 %)	53 (100 %)

Tableau 8.2

Lieu d'obtention de la première contraception pour utilisatrices actuelles et passées selon la catégorie sociale

1. Ejidatorios institutionnels

	Lieux		
	Autres	IMSS	Total
Utilisatrices actuelles	3 (17 %)	15 (83 %)	18 (100 %)
Utilisatrices passées	2 (22 %)	7 (78 %)	9 (100 %)
Total	5 (18 %)	22 (82 %)	27 (100 %)

2. Ejidatorios indépendants

	Lieux		Total
	Autres	IMSS	
Utilisatrices actuelles	6 (86 %)	1 (14 %)	7 (100 %)
Utilisatrices passées	2 (100 %)		2 (100 %)
Total	8 (89 %)	1 (11 %)	9 (100 %)

3. Salariés et autres :

	Autres	IMSS	NSA	Total
Utilisatrices actuelles	6 (40 %)	6 (40 %)	3 (20 %)	15 (100 %)
Utilisatrices passées	1 (50 %)	1 (50 %)		2 (100 %)
Total	7 (41 %)	7 (41 %)	3 (18 %)	17 (100 %)

Tableau 9 : Type de suivi prénatal des grossesses selon l'époque de la grossesse et la catégorie sociale de la femme

1. Ejidatorios institutionnels

Périodes de la grossesse	Non suivi	Méd. privé	Méd. pub.	Méd. S.F.	Méd. pub. + S.F.	Sage F. seult.	Total
Avant 1972	1 (3 %)	1 (3 %)	21 (70 %)	-	6 (20 %)	1 (3 %)	30 (100 %)
1972-1977	-	-	18 (47 %)	2 (5 %)	12 (32 %)	6 (16 %)	38 (100 %)
1978-1982	-	1 (3 %)	17 (59 %)	1 (3 %)	6 (21 %)	4 (14 %)	29 (100 %)
1983-1987	-	3 (10 %)	15 (50 %)	-	9 (30 %)	3 (10 %)	30 (100 %)
Total	1 (1 %)	5 (4 %)	71 (56 %)	3 (2 %)	33 (26 %)	14 (11 %)	127 (100 %)

2. Ejidatorios indépendants

Pér. de la grossesse	Non suivi	Méd. privé	Méd. pub.	Méd. S.F.	Méd. pub. + S.F.	Sage F. seult.	Total
Avant 1972	-	-	-	-	2 (22 %)	7 (78 %)	9 (100 %)
1972-1977	-	1 (7 %)	2 (13 %)	5 (33 %)	6 (40 %)	1 (7 %)	15 (100 %)
1978-1982	1 (10 %)	1 (10 %)	1 (10 %)	3 (30 %)	4 (40 %)	-	10 (100 %)
1983-1987	-	-	1 (9 %)	6 (54 %)	4 (36 %)	-	11 (100 %)
Total	1 (2 %)	2 (4 %)	4 (9 %)	14 (31 %)	16 (35 %)	8 (18 %)	45 (100 %)

3. Salariés et autres

Pér. de la grossesse	Non suivi	Méd. privé	Méd. pub.	Méd. S.F.	Méd. pub. + S.F.	Sage F. seult.	Total
Avant 1972	1 (3 %)	-	-	10 (28 %)	14 (39 %)	11 (30 %)	36 (100 %)
1972-1977	-	2 (11 %)	1 (5 %)	1 (5 %)	7 (39 %)	7 (39 %)	18 (100 %)
1978-1982	-	4 (20 %)	1 (5 %)	3 (15 %)	5 (25 %)	7 (35 %)	20 (100 %)
1983-1987	-	-	7 (47 %)	2 (13 %)	4 (27 %)	2 (13 %)	15 (100 %)
Total	1 (1 %)	6 (7 %)	9 (10 %)	16 (18 %)	30 (34 %)	27 (30 %)	89 (100 %)

Tableau 10 : Lieu d'accouchement selon l'époque de la grossesse

Année de naissance	Maison	Clinique village	Clinique autre village	Hôpital Mérida	Total
Avant 1972	38 (51 %)	2 (3 %)	1 (1 %)	34 (45 %)	75 (100 %)
1972-1977	33 (47 %)	10 (14 %)	16 (22 %)	12 (17 %)	71 (100 %)
1978-1982	20 (34 %)	11 (19 %)	13 (22 %)	15 (25 %)	59 (100 %)
1983-1987	17 (30 %)	5 (9 %)	12 (21 %)	22 (39 %)	56 (100 %)
Total	108 (41 %)	28 (11 %)	42 (16 %)	83 (32 %)	261 (100 %)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER	
LA MISE EN PLACE DE LA POLITIQUE DE POPULATION	19
A. RÔLE ET ORGANISATION DES INTERVENANTS.....	19
1. Les institutions non sanitaires	19
2. Dans le domaine de la santé	20
3. L'opposant : l'Église catholique.....	26
B. LES POSITIONS	28
1. Les arguments de l'Église	28
2. Les arguments des agents de la santé.....	30
3. Les conditions idéales de la reproduction.....	33
C. L'INFORMATION SUR LES MÉTHODES	37
1. Les différentes méthodes.....	37
2. La réception de l'information	43
CONCLUSION	47
CHAPITRE II	
FAMILLES ET FÉCONDITÉ	49
A. LES FLUX ÉCONOMIQUES ENTRE PARENTS ET ENFANTS	50
1. L'aide apportée par les enfants	51
2. Les coûts liés aux enfants	56
3. Le sens des flux intergénérationnels.....	57
B. LES FONCTIONS SOCIALES ET AFFECTIVES DES ENFANTS	59
1. La position sociale des femmes	59
2. Problèmes de santé	62
3. Le pouvoir domestique	63
CONCLUSION	65
CHAPITRE III	
LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES	67
A. LES UTILISATRICES D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE SELON LA GÉNÉRATION, L'ÉDUCATION ET LE GROUPE SOCIAL D'APPARTENANCE	68
B. TRAJECTOIRE ANTICONCEPTIONNELLE SELON LA GÉNÉRATION, L'ÉDUCATION ET LE GROUPE SOCIAL DANS LES DIFFÉRENTES PHASES DU PPF	71
1. Maintien d'une pratique contraceptive et désir d'enfant	77
2. Les utilisatrices actuelles	78

RÉGULATION DE LA FÉCONDITÉ AU YUCATAN (MEXIQUE)

C. TRAJECTOIRES CONTRACEPTIVES SELON LES DIFFÉRENTES PÉRIODES DU PPF.....	84
D. SANTÉ MATERNO-INFANTILE ET PLANIFICATION FAMILIALE	88
1. Le suivi prénatal	89
2. Suivi périnatal et contraception	90
CONCLUSION	93
BIBLIOGRAPHIE.....	97
DICTIONNAIRE DES SIGLES.....	101
ANNEXE.....	102
TABLE DES MATIÈRES	113

ORSTOM Éditeur
Dépôt légal : septembre 1993
Micro-édition Impression
ORSTOM BONDY

ORSTOM Éditions
213, rue La Fayette
F-75480 Paris Cedex 10
Diffusion
72, route d'Aulnay
F-93143 Bondy Cedex
ISSN : 0767-2888
ISBN : 2-7099-1155-8

Photo de couverture :
Femme Maya et son enfant (Yucatan)
Cliché : Juan Fco. Usurri