

Les modes de régulation de la reproduction humaine

Incidences sur la fécondité et la santé

Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Pressions sociales et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)

Arlette GAUTIER* et André QUESNEL**

* Université de Paris X, France

** Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM)

Introduction

Au Mexique, la promulgation de la Loi de population en 1973 vient rompre avec une position nataliste et une politique de « laissez-faire » en matière de population⁽¹⁾. Le PPF (Programme de Planification Familiale) mis en oeuvre en 1977 et confié aux institutions de santé publique⁽²⁾, offre alors à la population les moyens de contrôler sa fécondité, et surtout, un nouveau cadre de référence quant à sa reproduction⁽³⁾. Aussi, et plus généralement, nous semble-t-il important de considérer comme partie constitutive d'une demande de régulation de la fécondité, non seulement les changements structurels et les modifications des conditions de vie de la population, mais également l'action des institutions et de leurs agents sur la structure des valeurs, normes et pratiques. Cela d'autant que la fécondité, loin d'être le produit d'une décision strictement individuelle, est souvent issue de pressions, parfois contradictoires, des différents groupes et institutions du fait de leurs objectifs opposés selon qu'ils sont étatiques, religieux ou familiaux. A cela s'ajoute le poids du contexte local, qui accorde un crédit différent aux institutions, et où les conditions économiques de la procréation peuvent être fort variées. Les réseaux de sociabilité entrent alors en jeu et facilitent ou s'opposent à la diffusion de nouveaux comportements reproductifs et à l'utilisation de certaines méthodes contraceptives.

A partir d'une étude menée dans la région de l'Henequén (Sisal) du Yucatan⁽⁴⁾ nous nous proposons d'analyser la position et l'action des intervenants institutionnels

(1) Les conditions d'émergence de cette loi et le débat qui l'a entourée sont analysés par Livénais et Quesnel, 1985 ; Cosio, 1988.

(2) SSA Ministère de Santé publique ; IMSS, Institut Mexicain de Sécurité Sociale ; ISSTE, Institut de Sécurité Sociale des Travailleurs de l'Etat ; etc.

(3) Il existe, bien entendu, d'autres politiques qui peuvent renforcer ce cadre, voire créer par avance une demande de régulation de la fécondité, même si cet objectif n'avait pas été explicitement considéré (Faria, 1988). Ou inversement, comme au Mexique, où les politiques agricoles des années 1970, en favorisant le maintien des nécessités en force de travail familial, pouvaient entrer en contradiction avec la politique de populations (Alba et Potter, 1986).

(4) Elle a été menée en 1986-87 dans cinq villages caractérisés par des niveaux de fécondité et de proximité aux institutions fort différents. Les membres de 65 couples ont été interrogés par questionnaire alors que des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 40 femmes et de 40 « médiateurs institutionnels » (médecins, sages-femmes, curés, etc.).

en matière de procréation, et plus particulièrement des institutions de santé considérées, non pas tant comme pourvoyeuses de services de planification familiale, mais plutôt, comme créatrices d'un espace de socialisation (des femmes principalement) et de diffusion de normes biomédicales et sociales de la procréation, qui viennent interférer avec les normes en vigueur dans le groupe domestique et la communauté.

I - Positions et actions des principaux intervenants institutionnels

La mobilisation multiforme de l'Etat en faveur du programme de planification familiale

Tout en donnant un large écho au débat international et national sur la nécessité de ralentir la croissance de la population, l'Etat va mettre en oeuvre, à partir de 1973, toute une série de mesures et utiliser tous les canaux institutionnels à sa disposition pour légitimer la régulation de la fécondité dans tous les champs de la vie sociale.

La radio et le système éducatif interviennent surtout au niveau des idéaux reproductifs portant sur la taille de la famille. La radio⁽⁵⁾ diffuse de nombreux slogans en faveur de la planification familiale : en 1987, on entendait particulièrement « avoir peu d'enfants pour leur donner beaucoup » et des petites saynettes où de jeunes parents, n'ayant pas trop d'enfants, avaient pu améliorer leur situation professionnelle parce qu'ils avaient du temps. La formation scolaire en matière de population, inscrite dans la Loi, n'a pas fait l'objet d'une définition précise (Camarena, 1990), aussi les cours donnés dès le secondaire ont-ils un caractère ouvertement anti-nataliste. Or au Yucatan des modules d'enseignement secondaire s'ouvrent dans tous les villages. D'autres institutions sont mobilisées, ainsi le DIF⁽⁶⁾ qui distribue du lait en poudre aux jeunes mères dans un des villages, en profite pour leur parler de la nécessité de planifier la famille et des différentes méthodes. Il est difficile d'évaluer précisément l'impact de cette communication. On peut toutefois noter que ces différents messages sont entendus et connus par tous les membres des communautés étudiées, et qu'ils participent donc à la légitimation de la planification des naissances. Mais c'est surtout dans le domaine de la santé que l'information a tendance à se faire propagande.

Le rôle essentiel du système de santé passe par la médicalisation des schémas de procréation. Celle-ci requiert, avant tout, l'extension des services de santé, l'élargissement de la couverture sociale et l'acceptation de nouvelles pratiques médicales au rang desquelles pourront figurer celles correspondant à la régulation de la fécondité. Ainsi au PPF vont venir s'ajouter d'autres dispositions afin d'accroître sa couverture, comme par exemple l'intégration des matrones au système de santé publique⁽⁷⁾, la multiplication des centres de santé rurale, de correspondants des institutions de santé dans les villages, et surtout la généralisation de l'accès aux services de planification familiale⁽⁸⁾.

Alors qu'au Mexique, l'extension de la couverture sociale est relativement lente jusqu'à la fin des années 1970 où elle atteint 22 % de la population, et s'accélère

(5) 81 % des foyers étudiés disposent d'une radio ou d'une télévision.

(6) Le DIF : système national de développement intégral de la famille.

(7) Dans les cinq villages étudiés seule la moitié des 16 matrones diffusaient la contraception moderne.

(8) Au niveau national, durant cette période 1977-87, la proportion d'utilisatrices parmi les femmes en union passe de 30 % en 1976 à 53 % en 1987.

ensuite pour atteindre 63 % en 1980 - au Yucatan, il faut souligner l'intégration, ancienne et généralisée (94 % en 1982), de la population au système de santé publique⁽⁹⁾. Cette intégration, liée au mode de contrôle par l'Etat de la production de l'Henequén, conduit, avec l'accélération de la construction de nombreux centres de santé dans la zone à partir de 1977⁽¹⁰⁾, à une prise en charge quasi exclusive du suivi de la grossesse et à plus de 70 % de l'accouchement par les institutions de santé publique⁽¹¹⁾. Or, l'influence des différents agents de santé s'exerce à travers le suivi pré et post-natal. Toutefois l'adoption d'une méthode anti-conceptionnelle est fortement dépendante de la personne (médecin public, médecin privé, sage-femme traditionnelle) qui réalise l'accouchement, et de l'endroit où il a lieu⁽¹²⁾.

Tous les agents des institutions de santé publique sont requis pour la promotion de la planification familiale. Ainsi, depuis 1977, les médecins généralistes doivent parler du planning familial à leurs patientes quel que soit le motif de la consultation. Ils suivent en cela les consignes de leur institution, dissociant cette activité réalisée dans le cadre du PPF de leurs autres activités thérapeutiques ; ils doivent intégrer cinq nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes par mois. Par ailleurs, une fois par mois, les infirmières expliquent aux patients dans la salle d'attente, pourquoi et comment planifier ; elles informent aussi individuellement les femmes qui le désirent.

Alors que, dans les livres de médecine, les arguments en faveur du contrôle des naissances concernent essentiellement la réduction de la croissance de la population, ceux qui sont avancés face au public sont doubles. En premier lieu, les médecins recourent à des arguments socio-économiques : ils évoquent les difficultés rencontrées pour nourrir les enfants et les éduquer. En second lieu, ils assèment des normes soit disant bio-médicales : grossesses entre 20 et 30 ans ; espacement de 2 à 3 ans entre les naissances, parité de deux ou trois enfants. Surtout, ils essaient de diriger les femmes non seulement vers la contraception mais aussi vers certaines méthodes, la ligature des trompes plus particulièrement, en insistant sur les dangers à terme de la pilule. De plus, la pratique des césariennes rend obligatoire, d'après les médecins, la stérilisation après trois enfants et l'on peut se demander si ce n'est pas une des raisons de la fréquence de cette opération. Il s'opère donc par la voie du suivi pré- et post-natal non seulement une conscientisation des femmes mais aussi une nouvelle socialisation en ce qui concerne les normes de procréation et plus généralement, leur santé et celle de leurs enfants.

(9) D'ailleurs, la nature et l'augmentation des consultations médicales, le développement de l'automédication pharmaceutique, la marginalisation des guérisseurs pour le traitement d'un nombre croissant de maladies, sont autant d'indicateurs de nouveaux itinéraires thérapeutiques (Ménendez 1981).

(10) Ainsi, les villages étudiés disposaient au moins d'un dispensaire, sauf le hameau où les habitants allaient facilement au dispensaire du village voisin depuis la construction d'une route.

(11) Nous avons relevé, lors de notre enquête en 1986, que 33% des grossesses des femmes en âge fécond à cette date, n'avaient bénéficié d'aucune assistance médicale quand elles étaient survenues avant 1972, contre 8% pour celles survenues ensuite. Au niveau national, cette intervention, bien que croissante, dans le domaine de la santé materno-infantile, est encore faible en milieu rural : de 1982 à 1987, la DHS de 1987 relève que 50% des femmes ont été suivies par un médecin ou une infirmière durant leur grossesse, et 44% ont bénéficié d'une assistance médicale à l'accouchement (Secretaria de Salud, 1989).

(12) 65% des femmes qui ont accouché dans les cliniques de l'IMSS ont pratiqué ensuite une contraception contre 32% de celles qui ont accouché avec une matrone. Rappelons que le second type d'accouchement est passé de 51% avant 1972 à 30% en 1983-87.

L'opposition de l'Eglise

Officiellement l'Eglise catholique mexicaine n'est pas opposée au contrôle des naissances car elle a intégré le discours de l'Etat concernant la surpopulation. Toutefois, elle critique les moyens utilisés - la contraception moderne - et promeut les méthodes « naturelles ». Cependant au Yucatan l'Eglise catholique, fortement appuyée par les deux journaux les plus lus, mène depuis quatre à six ans, dans le sillage du pape Jean-Paul II, une vigoureuse campagne contre la politique gouvernementale. L'action la plus vive est menée pendant les messes et les confessions : la moitié des femmes avec qui nous avons eu des entretiens ont entendu le prêtre tonner en chaire contre la contraception moderne. Si dans un village le curé se contente de proposer, de façon assez traditionnelle, l'abstinence sexuelle, dans deux autres villages des groupes catholiques suivent la nouvelle stratégie de l'Eglise, à savoir la promotion des méthodes dites naturelles.

Les arguments de la hiérarchie catholique, des prêtres et des groupes d'action catholique, sont identiques à quelques points près. Contrairement aux médecins, ils mettent en avant la santé de la femme : les méthodes modernes de contraception mettraient en danger la vie des femmes, leur « donneraient » le cancer etc. Le péché ne vient qu'en deuxième lieu, les droits de l'homme, qui seraient bafoués par un gouvernement stérilisant les indigènes sans leur autorisation, en troisième. L'Eglise est donc conduite, pour se faire entendre, à se situer sur un terrain laïque, celui de la santé, dont elle n'a pas le monopole. De ce fait la diffusion de sa position est difficile et son impact relativement limité. En effet, les femmes - même parmi les catholiques pratiquantes - ont tendance à dissocier leur foi de leur pratique contraceptive car : « on sait ce que dit le curé mais on ne sait pas ce que pense Dieu » ou « Dieu me pardonnera parce que je suis pauvre ». De plus, l'impact du discours tenu par les agents de l'Eglise catholique est à relativiser car la population yucatéque est peu pratiquante : de 20 % à 50 % de la population va à la messe selon les villages ; le hameau, lui, ne reçoit jamais la visite du curé. Enfin, ses arguments sont de moins en moins convaincants quand elle cherche à renforcer diverses peurs des femmes liées à l'utilisation de méthodes modernes de contraception (comme la crainte des effets collatéraux de la pilule), car bien des femmes ont aujourd'hui connaissance de l'expérience d'une amie ou parente qui ne s'est pas trouvée affectée physiquement par la prise d'une contraception. Toutefois, l'Eglise contribue à légitimer la peur de la contraception moderne et à surdéterminer les raisons d'abandon pour effets collatéraux dans le cas de femmes ou de couples pour qui la décision de réguler leur fécondité n'est pas suffisamment affirmée.

Le programme de planification familiale a construit une infrastructure importante pour toucher les populations rurales, de plus, il tient un discours très cohérent et mobilisateur sur les nécessités de l'entretien des enfants et de leur éducation. En face, l'infrastructure religieuse est restée quasiment inchangée et le discours catholique s'oppose à celui des Eglises protestantes, nombreuses dans un village, qui ne refusent pas la contraception moderne, même si elles favorisent davantage les méthodes naturelles.

II - Pressions sociales dans le couple et la communauté

Au niveau du couple

Les sociétés rurales mexicaines ont connu pendant les quarante dernières années, avec la baisse de la mortalité et le maintien de niveaux élevés de fécondité, le bouleversement des cycles de renouvellement de toutes leurs instances sociales. Au premier rang de celles-ci se trouvent le groupe domestique et l'unité de production agricole. Dans le cas de petites exploitations agricoles, il s'opère une transformation de l'organisation de l'unité familiale de production : multiplication et diversification des activités économiques (agricoles et non agricoles) des jeunes hommes et du chef du groupe familial ; intensification du travail de l'épouse dans la production agricole et envoi des jeunes filles sur le marché du travail urbain. Ainsi, en envoyant de plus en plus ses membres à l'extérieur, seule manière de garantir sa survie matérielle, l'unité de production se présente bien plutôt comme une unité de redistribution de la force de travail familiale. Il apparaît que cette stratégie, qui avait été avancée comme explication au maintien d'une fécondité élevée dans les sociétés latino-américaines, est, au contraire, une manière de gérer une descendance nombreuse. La détérioration des conditions économiques du groupe domestique vient intensifier la nécessité du travail à l'extérieur (Lerner et Quesnel, 1989) alors que la précarité du marché de l'emploi conduit, elle, à renforcer l'exigence d'une meilleure éducation des enfants.

La moindre participation directe de la main-d'oeuvre familiale à la production et à la reproduction matérielle de la famille entraîne, tout d'abord, une nouvelle manière d'appréhender les contraintes et les bénéfices de l'élevage et de l'éducation des enfants, et ensuite, l'émergence de nouveaux idéaux de reproduction, avec en particulier une dévalorisation des grandes familles, paradoxalement plus forte pour les hommes que pour les femmes. Il est intéressant de souligner ici, l'émergence de cette nouvelle rationalité économique dans le court terme, au moment où les parents exprimant l'attente d'une aide de leurs enfants sur le long terme, sont peu nombreux⁽¹³⁾.

Par ailleurs, bien que la moitié des Yucatèques interrogées vivent dans des familles étendues, la dévalorisation de la main-d'oeuvre familiale favorise une autonomie croissante du couple vis à vis du reste de la famille, en ce qui concerne, entre autres, les décisions en matière de procréation. Les femmes des générations plus anciennes ne s'opposent pas à la régulation des naissances chez les jeunes couples, formés par leur fille ou leur belle-fille, mais au contraire l'approuvent voire l'encouragent⁽¹⁴⁾.

Quant au mari, il ne semble pas avoir la décision finale. L'accord au sein de couple est loin d'être total : seul un quart désirent le même nombre d'enfants, alors que plus de 40 % divergent de plus de deux enfants quant à la taille finale de la famille. Les femmes désirent plus souvent un troisième enfant que les hommes, car elles ont plus besoin d'aide pour le travail domestique et craignent plus qu'eux la mortalité

(13) Déjà lors de l'enquête 1980, on avait relevé que seulement 15% des groupes domestiques recevaient une aide des enfants ayant émigré et en général seulement des garçons (Lerner et Quesnel, 1989).

(14) Certes, une femme interrogée a dû déménager à cause de l'hostilité de sa belle-mère, qui ne voulait pas que sa bru utilise une contraception moderne. Mais ces comportements sont devenus très rares, d'ailleurs la moitié des belles-mères que nous avons vues utilisaient une méthode moderne de contraception.

infantile et juvénile, alors que les hommes requièrent peu l'aide des enfants dans leurs activités. Avec, d'une part, l'assignation au foyer, leur donnant un certain pouvoir dans cette sphère, et d'autre part, l'individualisation des risques supposément liés à la contraception moderne, les femmes acquièrent une autonomie croissante par rapport aux hommes en ce qui concerne la décision du recours à la contraception, le choix du moment et des différentes méthodes contraceptives utilisées. Il y a comme une partition du champ de référence, idéologique et matériel, du couple en ce qui concerne la reproduction. Cette partition est provoquée et accentuée par les médecins qui s'interposent dans le couple en proposant à la femme de nouveaux référents bio-médicaux de la procréation. Les époux y sont d'autant moins soumis que leurs échanges avec l'institution médicale sont moins fréquents.

Au niveau de la communauté

Une anthropologue a relevé dans un village de l'état de Oaxaca, au sud du Mexique, que les valeurs pro-natalistes de la communauté résistaient aux injonctions du programme de planification familiale (Browner, 1986). Rien de tel au Yucatan à cause des changements évoqués plus haut, c'est-à-dire non seulement les transformations économiques mais aussi - et surtout - l'emprise du système public de santé. Certes, au début du programme, les premières Yucatèques à utiliser la contraception ont été en butte à l'hostilité de voisines qui valorisaient la famille et la femme à travers son rôle de procréatrice d'une descendance nombreuse⁽¹⁵⁾. Depuis le PPF a fortement légitimé la contraception mais il a surtout introduit une fragmentation dans la communauté, si celle-ci a jamais été homogène. Le mode d'insertion dans le système de santé a désormais une importance essentielle dans les idéaux reproductifs comme dans leur mise en oeuvre. Ainsi, le groupe social qui dépend le plus de l'IMSS est à la fois celui qui ne connaît que les méthodes proposées par cette institution et celui où les femmes sont le plus souvent conduites vers une contraception d'arrêt (ligature des trompes), au contraire des autres groupes sociaux qui ont des connaissances et des pratiques plus diversifiées.

Aujourd'hui, le rôle du voisinage et de la parenté se manifeste plus par rapport aux méthodes à employer que par rapport à la taille de la famille. Ainsi alors que le programme de planification familiale préconise comme trajectoire contraceptive : la pilule en début de vie de couple, puis le stérilet, puis la ligature des trompes, les femmes colportent toutes sortes d'images négatives du stérilet et refusent sa pose. En revanche, elles plébiscitent la pilule dont les médecins voudraient limiter l'usage et se montrent assez divisées face à la ligature. D'ailleurs, si les agents des institutions de santé publique sont les informateurs de la première méthode utilisée (l'IMSS a informé 60 % des Yucatèques interrogées à propos de la première méthode qu'elles ont utilisée, alors que la famille et les amis n'en ont informé que 9 %), les membres de la communauté, de la famille, et les amis en informant le quart des femmes sur le rythme ou le retrait, viennent contrebalancer l'information assez partielle donnée par les institutions de santé publique.

(15) Il faut cependant souligner qu'aucune des femmes interrogées n'avait eu recours à la contraception avant le premier enfant.

Il n'y a pas de contre-pouvoir communautaire ou masculin face au discours du programme de planification familiale, mais il n'y a pas non plus de soumission totale à celui-ci, car les Yucatèques le réévaluent à partir de leurs expériences et de celles de leurs parentes et amies.

Conclusion

C'est dans un champ idéologique fortement bouleversé par la crise économique que s'élaborent les nouveaux comportements reproductifs des couples yucatèques. Mais la formalisation d'une demande de régulation de la fécondité n'aurait pu s'établir aussi vite sans la pression idéologique et matérielle opérée par les institutions de santé. Leurs agents ont largement intégré la position gouvernementale concernant la nécessité de freiner la croissance de la population ; ils reprennent donc le discours des familles sur la détérioration de leur économie pour légitimer la planification familiale. Cependant, bien qu'ils ne justifient pas celle-ci par la santé materno-infantile, c'est à travers le contrôle pré et post-natal qu'ils ont pu diffuser les idéaux de procréation définis par le PPF ; c'est aussi par cette voie que les femmes ont pu intégrer ces idéaux à leur discours - même si leurs pratiques en divergent encore - et que les médecins sont intervenus dans la prise de décision de la contraception et des moyens utilisés. Les autres institutions - l'Eglise et la famille étendue - ont été dépossédées du contrôle de la reproduction.

Cette étude fait partie d'un programme mené en collaboration avec Susana Lerner de El Colegio de Mexico : « Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité dans différents contextes agraires du Mexique ».

BIBLIOGRAPHIE

- ALBA F. et POTTER J., 1986. « Population and development in Mexico since 1940 : an interpretation », *Population and development review*, vol 12, N°1, pp. 47-75.
- BROWNER Ch., 1986. « The politics of reproduction in a mexican village » *Signs*, vol.11, N° 4, pp. 710-724.
- CAMARENA R.M., 1990. *Instituciones sociales y reproducción*, Tesis de maestria, Centro de Estudios Demograficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.
- COSIO M., 1988. *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Doctorat d'Etat en démographie, Paris V, pp. 346-437.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATAN, 1988. *Programa interinstitucional de planificación familiar*, Merida.
- FARIA V., 1988. Politicas de governo e regulacao da fecundidade, Communication au 46^e Congrès des Américanistes. Amsterdam, juil. 1988.
- GAUTIER A. et QUESNEL A., 1993. *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan*. Paris, collection études et thèses, ORSTOM, 97 p.
- LERNER S. et QUESNEL A., 1989. « Transformations de l'espace familial, social et économique dans le Yucatan : l'émergence des conditions d'une nouvelle pratique de la reproduction ». *International Population Conference*, New Delhi, IUSSP, pp. 329-341.
- LIVENAIS P. et QUESNEL A., 1985. « Fécondité au Mexique : émergence et modalités de règlement d'un problème de population ». *Espace-Population-Sociétés*, N° 3, pp. 581-596.
- MENENDEZ E., 1981. *Poder, estratificación y salud. Analisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatan*, México, Ediciones de la casa chata, 590 p.
- SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, 1989. *Encuesta nacional sobre fecundidad y salud*, México.