



Equipe de recherche

Transition de la fécondité et

Santé de la reproduction

DOCUMENTS DE RECHERCHE N° 4

**INTÉGRATION DES FEMMES AU SYSTÈME
BIOMÉDICAL PAR LA CONSTITUTION DE LA
DESCENDANCE**

Une étude de cas en milieu rural mexicain

Susana LERNER, André QUESNEL et Olivia SAMUEL



L'INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE
POUR LE DEVELOPPEMENT EN COOPERATION

Paris, Septembre 1997

Susana LERNER, démographe, professeur-chercheur au Colegio de Mexico
Sierra de la Brena 130, Mexico 11000 DF ; Mexique
Email : slerner@colmex.mx

André QUESNEL , démographe, directeur de recherche à l'Orstom
ORSTOM/IDP
22 Rue Vauquelin , 75005 Paris.
Tél : (33) 1 43 37 73 56 Fax : (33) 1 43 37 15 40
Email : quesnel@orstom.rio.net

Olivia SAMUEL, maître de conférence à l'Université de Saint Quentin en Yvelines
47 Boulevard Vauban
98047 Guyancourt
TEL : (33) 1 39 25 56 91
Email : OliviaSamuel@sudam.uvsq.fr

© ETS/Orstom 1997

ISSN 1274-9494

Eléments de catalogage :

Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain / Susana Lerner, André Quesnel et Olivia Samuel - Paris : ETS, Orstom, 1997, 29 p. ; 30 cm. (Equipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction. Documents de recherche n° 4, ISSN 1274-9494).

LERNER Susana, QUESNEL André et SAMUEL Olivia : Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain.

RÉSUMÉ : Au Mexique, malgré l'extension massive des infrastructures de santé materno-infantile en milieu rural, nombre de femmes ne bénéficient pas d'un suivi prénatal médicalisé lors de leurs grossesses. A travers l'identification du type de suivi prénatal (médecin et/ou matrone) et la mesure de son intensité, l'article s'attache à montrer que l'intégration au système biomédical est remise en question lors de chacune des grossesses et surtout lors de la première. Les résultats d'une enquête démographique réalisée dans trois localités rurales de l'état du Morelos (Mexique) montrent que lorsque le suivi biomédical a lieu dès la première grossesse, il est rarement remis en question lors des grossesses ultérieures. Dans les autres cas, les circonstances de l'accouchement vont être déterminantes pour confirmer l'intégration au système biomédical.

MOT CLÉS : Santé reproductive - Transition de la santé - Institutions de santé - Suivi prénatal - Mexique.

LERNER Susana, QUESNEL André and SAMUEL Olivia : Women integration in biomedical institution through the constitution of parity. A case study in a rural mexican area.

In Mexico, in spite of the important extension of maternal and infant health institution in rural areas, many women do not have access to antenatal care in the health system during their pregnancies. Through the identification of the kind of antenatal care (doctors and / or traditional midwives) and the measure of its intensity, the paper shows that the health system integration is questioned at each pregnancy and but especially at the first. The results of a demographic survey done in three rural villages in Morelos state (Mexico) show that when the biomedical follow-up occurs at the first pregnancy, it is rarely questioned for the next ones. In the others cases, the delivery circumstances become critical to confirm the health system integration.

KEY WORDS : Reproductive health - Health transition - Health institution - Antenatal care - Mexico

INTRODUCTION¹

Au Mexique, avec la mise en place du Programme de Planification Familiale en 1977, à la suite de la proclamation de la Loi de Population de 1973 visant essentiellement au ralentissement de la croissance démographique, le cadre matériel mais aussi des éléments du champ idéologique de la procréation sont rapidement passés sous le contrôle des institutions de santé et de leurs agents au détriment des acteurs traditionnels du milieu rural : communauté, famille, mari, matrone. La régulation de la fécondité s'est ainsi réalisée par le biais de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement.

La multiplication des postes ruraux de santé à partir de 1972, et en particulier l'extension des infrastructures de santé materno-infantile, ont en effet permis l'intervention croissante des médecins aux différentes étapes de la vie reproductive : suivi de la grossesse, assistance à l'accouchement et suivi postnatal. Alors que leur intervention est devenue manifeste et massive en ce qui concerne l'accouchement, qui aujourd'hui a lieu le plus généralement à la clinique ou à l'hôpital, elle reste toutefois sensiblement moindre dans le cas du suivi de la grossesse, et encore très faible s'agissant du suivi postnatal (MELLADO *et al.*, 1989). Aussi, les différences d'intensité des trois types de suivi materno-infantile laissent-elles entrevoir que même dans un contexte rural homogène du point de vue des infrastructures et des personnels de santé, les femmes n'ont pas toutes recours, et toutes de la même façon, aux services de santé. En d'autres termes, en deçà d'un même niveau de développement des infrastructures sanitaires et malgré la massification des soins de santé reproductive, il s'opère une intégration différenciée des femmes au système biomédical.

D'une manière plus générale, c'est la question de l'intégration au système biomédical des populations rurales les plus défavorisées qui est ainsi posée. En effet, les programmes d'action sanitaire de l'Etat ont profondément modifié les itinéraires thérapeutiques de ces populations ; ils se sont traduits par la baisse des indices de morbidité et de mortalité, sans que l'on puisse à proprement parler d'intégration dans la mesure où les individus continuent encore de se référer plus ou moins à un système de santé indigène tant dans leurs représentations que leurs pratiques.

Bien que les femmes rurales mexicaines demeurent ainsi à la confluence de plusieurs systèmes de référence tout au long de leur vie reproductive, l'institution médicale devient néanmoins un de leurs espaces de socialisation privilégiés et distincts des hommes ; elles s'y confrontent aux normes biomédicales de la procréation et de la reproduction sociale dont leur parlent, voire leur imposent, les agents de la santé. L'intégration des femmes au système biomédical se joue ainsi à travers la constitution de la descendance. Cependant, lors de la première grossesse, elles se trouvent encore largement prises dans un jeu triangulaire de transactions qu'elles établissent avec

¹ Cet article est développé à partir d'une communication *Integración al sistema biomédico a través de la constitución de la descendencia*, présentée au XX^{ème} Congrès de l'Association Latino - Américaine de Sociologie, Mexico, 1995, et publiée in : Carlos Welti (coor.) (1996), *Dinámica demográfica y cambio social*, PROLAP, Mexico : 71-90. Nous remercions Doris Bonnet pour les commentaires critiques de la première version de ce texte et Christophe Guilmoto et Patrice Vimard pour leur relecture attentive.

leur famille, leur conjoint et les agents de santé. La nature et l'intensité de ces transactions sont elles-mêmes déterminées par le capital familial, culturel, social, etc. acquis jusqu'à cette grossesse lors de différents processus de socialisation ; les femmes présentent alors des trajectoires reproductives à la fois de plus en plus médicalisées et plurielles (LERNER *et al.*, 1994).

On admettra que l'intégration au système biomédical est réalisée dès lors qu'il s'établit une relation médecin-patient, et qu'il nous est possible de l'évaluer concrètement lorsqu'une grossesse et les grossesses successives bénéficient d'un suivi médicalisé et régulier. L'intégration (ou non) se trouve, en effet, actualisée à chacune des grossesses en référence à la grossesse précédente, autrement dit en référence aux conditions du déroulement de celle-ci et de l'accouchement. Il convient donc de considérer l'histoire des grossesses de chacune des femmes pour comprendre selon quel calendrier et quelles modalités s'est réalisée l'intégration au système de santé. Aussi, voudrions-nous montrer ici ce processus différencié d'intégration au système de santé à travers le suivi de la première grossesse, et son incidence sur les grossesses ultérieures.

L'objectif de cet article est de dégager les circonstances sinon les facteurs qui rendent compte de la persistance d'une discrimination en matière de santé reproductive en dépit de la généralisation des moyens de santé. Cette discrimination concerne, dans une proportion non négligeable, les générations les plus jeunes - celles qui n'ont pas encore eu d'enfant - et les générations les plus âgées. En effet, il s'opère une rupture générationnelle entre les femmes dont les grossesses sont intervenues avant 1970 ou après 1980, c'est-à-dire avant et après la mise en œuvre du Programme de Planification Familiale, et celles qui ont vécu la période de transition des années 1970.

* * *

L'approche que l'on vient d'évoquer mériterait d'être définie plus en détail, d'autant qu'elle se rattache aux approches qualifiées de biographique, d'institutionnelle, de contextuelle, et à différentes échelles ; chacune d'elles recouvrant des formes très différentes dans le champ des sciences sociales et de la démographie. La question du contexte de référence et de sa transformation est centrale dans nos études des comportements reproductifs en milieu rural mexicain, ainsi nos recherches précédentes ont porté sur la transformation du contexte agraire, et plus particulièrement de l'unité domestique au Morelos comme au Yucatan (LERNER et QUESNEL, 1989). Dans le cadre du processus national de légitimation de la politique de population et du Programme de Planification Familiale, nous nous sommes intéressés aux « médiateurs institutionnels » et plus particulièrement aux institutions de santé, publiques et privées. Cependant, tout en prenant en compte le fonctionnement de ces organisations au niveau local en ce qui concerne les modalités de l'offre et de génération d'une demande de planification familiale (SIMMONS *et al.*, 1983), nous les avons considérées d'abord du point de vue des individus, des femmes essentiellement. Pour celles-ci, les institutions de santé, tout comme leur famille d'origine, leur couple, etc., sont des espaces de socialisation, de négociation, de décision et d'action. Dans cette perspective et dès lors que l'on considère les acteurs et les relations qu'ils établissent dans un espace social ou institutionnel, la notion de transaction² est essentielle. La question traitée ici s'inscrit donc dans la problématique plus large des trajectoires reproductives

² On peut en avoir une approche strictement économique lorsque l'on traite des rapports à l'intérieur de la firme ou de la famille (BEN-PORATH, 1980) ou au contraire socialement plus large dès lors que l'on considère tous les espaces de socialisation (BLANC, 1992 ; RÉMY *et al.*, 1978). Le terme de transaction « renvoie ici à des processus [...] complexes (idéologiques, symboliques, liés à la constitution de la descendance) ainsi qu'aux relations sociales qui s'établissent entre les individus, les agents de santé, le couple, la famille et la communauté. Les conditions et les possibilités d'interaction et de transaction dépendent de l'insertion des individus dans la structure sociale et de l'asymétrie des rôles et des relations de pouvoir qui se définissent et s'identifient entre les acteurs et les institutions » (LERNER *et al.*, 1994).

des individus en référence aux contextes productifs, sociaux, institutionnels, familiaux où elles se fondent, s'infléchissent et se transforment (LERNER et QUESNEL, 1994). Il reste alors le problème de la construction de trajectoires reproductives féminines, où il s'agit de restituer les événements qui vont les modeler, événements qui sont déterminés par le processus de socialisation de la femme avant sa première grossesse et tout au long de la constitution de sa descendance.

LA POPULATION DE LA ZONE D'ÉTUDE ET DE L'ENQUÊTE

Cette étude s'appuie sur des enquêtes socio-démographiques réalisées entre 1989 et 1991 auprès de populations rurales de l'état du Morelos, état voisin de la ville de Mexico. Il s'agit précisément des populations des villages de Barranca Honda, Bonifacio Garcia et d'Acamilpa situés dans le *municipio* de Tlatizapán. Ces localités au moment de l'enquête étaient composées respectivement de 731, 1699 et 1609 habitants. Elles se situent dans une zone de culture de canne à sucre et les producteurs dépendent de l'*ingenio* (usine de transformation de la canne à sucre) de la ville de Zacatepec, au sud de l'état. Elles ne disposent ni d'infrastructure médicale, ni de médecins ou d'infirmières résidants. Toutefois, ces trois localités présentent des caractéristiques sociales et économiques assez différentes qui font que deux d'entre elles, Bonifacio Garcia et Acamilpa, ont un accès plus aisé aux services du secteur public. Ces localités participent de l'économie sucrière de la région, de ce fait les *cañeros* (producteurs de canne à sucre) et l'ensemble des salariés de ce secteur qui résident dans ces villages bénéficient d'une couverture sociale et d'une médecine presque gratuite de la part du secteur public. En revanche, Barranca Honda est un village enclavé, entièrement dépendant d'une agriculture pluviale basée principalement sur le maïs, dont la population active est composée d'*ejidatarios*³ et de journaliers agricoles ou du bâtiment. Sa population, de par sa place dans la structure productive régionale, n'est pas affiliée à la sécurité sociale et doit recourir à la médecine libérale. Ainsi, malgré l'absence d'infrastructures et de personnels médicaux, l'intégration différenciée dans la structure productive de la région de ces populations et leur situation économique inégale ont, nous allons le voir, une influence déterminante sur l'intégration des femmes au système biomédical.

La collecte de données se composait d'une enquête démographique renouvelée, appliquée à 795 familles, et d'enquêtes complémentaires menées auprès d'un sous-échantillon de 240 couples composés d'une femme d'âge fécond. Ces dernières portaient sur l'histoire familiale et matrimoniale de ces couples, sur la vie féconde des femmes à travers un historique des grossesses et sur les pratiques contraceptives. De plus, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'un sous-échantillon de 50 couples tiré de l'échantillon des enquêtes complémentaires. L'analyse de ces entretiens a permis de compléter et d'enrichir les résultats statistiques, et de mieux comprendre par exemple les circonstances qui font obstacle à une adhésion généralisée au système de soins materno-infantiles.

³ Le terme *ejido* désigne les terres attribuées, par dotation de l'état fédéral, à des individus rassemblés dans un groupement de producteurs agricoles. A l'intérieur de l'*ejido*, les attributaires d'une parcelle, les *ejidatarios*, en ont l'usufruit qu'ils peuvent transmettre à leurs enfants. La loi de 1992 a mis fin à la Réforme agraire, et propose l'inscription de chacune de ces parcelles sur un registre de propriété.

LA MÉDICALISATION DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

La mesure de la médicalisation

Nous considérons ici comme médicalisation de la grossesse et de l'accouchement l'intervention croissante des agents sanitaires publics et privés au détriment d'acteurs qui n'appartiennent pas à la sphère biomédicale.

Nous avons cherché à appréhender ce processus à travers l'itinéraire génésique des femmes selon leur génération d'appartenance et selon leur descendance atteinte au moment de l'enquête. D'une part, l'âge des femmes nous permet de prendre en compte la période au cours de laquelle elles ont débuté leur vie féconde et, d'autre part, la descendance atteinte nous renvoie d'une certaine manière à la précocité plus au moins grande de cet itinéraire, à sa régulation plus ou moins volontaire et efficace, et plus globalement à l'idéologie de la reproduction qui le sous-tend. Nous avons distingué deux groupes de générations de femmes : celles âgées de 15 à 34 ans à l'enquête, nées entre 1956 et 1975, dont la vie féconde a commencé à partir des années 1970 ; et celles de 35 ans et plus, nées entre 1941 et 1955, dont la vie féconde débute au début des années 1960 pour les plus âgées.

Dans chacune de ces catégories nous avons cherché à mesurer l'intensité de ce processus à travers l'analyse des conditions de prise en charge de chacune des grossesses⁴ et de l'accouchement qui s'en suit en nous appuyant sur trois indicateurs :

- l'intensité du suivi prénatal, mesurée par le nombre de consultations médicales au cours de la grossesse selon trois catégories : suivi médical nul (aucune consultation), faible (moins de cinq consultations), intense (au moins 5 consultations) ; le seuil de 5 consultations correspond à un suivi mensuel régulier à partir du quatrième mois de grossesse⁵ ;
- le type d'intervention dans le suivi prénatal, afin de savoir si les femmes ont recours au personnel médical qualifié public ou privé, ou à des *parteras*⁶, ou encore si ces deux types de recours coexistent ;
- le type d'assistance à l'accouchement, variable qui distingue les femmes ayant accouché chez elles avec une *partera*, de celles ayant accouché à l'hôpital ou dans une clinique avec un médecin.

⁴ Dans la suite du texte, il s'agira toujours de grossesses menées à terme.

⁵ Les femmes suivies par le secteur médical public sont tenues de venir à des consultations mensuelles à partir de leur première visite prénatale qui se situe généralement vers le troisième mois.

⁶ Les *parteras* (matrones, sages-femmes traditionnelles) sont surtout consultées pour des massages du ventre afin de soulager les douleurs ou bien pour « mettre en place » le fœtus lorsque celui-ci se présente dans une position difficile pour l'accouchement et que la femme risque de subir une césarienne. Les femmes se fient aussi parfois aux *parteras* pour connaître le sexe de l'enfant et recevoir des conseils sur le déroulement de leur grossesse. Par exemple, les *parteras* conseillent aux femmes d'avoir une activité physique durant la grossesse (faire le ménage, faire de l'exercice...) et de ne pas trop rester assises ou allongées pour que l'accouchement soit rapide. Elles recommandent également de boire des infusions de plantes pour que la mère et le bébé à naître soient en bonne santé.

La médicalisation à travers le suivi prénatal

La médicalisation croissante des grossesses depuis le début des années 1970 est nette (tableau 1). En effet, si l'on considère les 850 grossesses arrivées à terme des femmes en âge reproductif au moment de l'enquête, on constate que moins de 15 % des grossesses de la période 1988-1990 ont été suivies par une *partera* exclusivement contre 40 % des grossesses survenues avant 1973. En contrepartie, 80 % des grossesses ayant eu lieu après 1983 ont été suivies par un médecin. Cependant, l'intervention croissante des médecins hospitaliers ou privés dans le suivi prénatal ne s'est pas faite complètement au détriment des *parteras* puisque, en parallèle au suivi médical, ces dernières étaient encore partie prenante du suivi prénatal de près de la moitié des grossesses en 1988-1990.

TABLEAU 1 : TYPE DE SUIVI DES GROSSESSES SELON L'ANNÉE DE LA GROSSESSE

Année de la grossesse	pas de suivi	matrone exclusivement	médecin secteur public*	médecin secteur privé**	total	
					%	n
avant 1973	13,9	39,5	33,7	13,8	100	261
1973-1977	9,0	29,9	49,1	12,0	100	167
1978-1982	9,3	23,3	51,3	16,1	100	193
1983-1987	1,9	20,0	60,0	18,1	100	155
1988-1990	2,7	14,9	55,4	27,0	100	74
ensemble	8,5	28,2	47,4	15,9	100	850

* suivi éventuellement accompagné d'un suivi avec une *partera* et/ou avec un médecin du secteur privé
 ** suivi éventuellement accompagné d'un suivi avec une *partera*.
 Source : El Colegio de Mexico/Orstom, *Enquête sociodémographique*, Morelos 1989-1990.

Les institutions publiques assurent aujourd'hui la part la plus importante du suivi prénatal de la population, les institutions privées ayant quant à elles une progression très rapide : la part des grossesses suivies par le secteur public passe de 34 % avant 1973 à 55 % en 1988-1990, celles suivies par le secteur privé passe de 14 % à 27 % sur la même période.

Cette médicalisation du suivi de la grossesse est étroitement liée, nous l'avons dit, au contexte économique et institutionnel de chacun des trois villages considérés. D'un côté nous avons le village enclavé de Barranca Honda où le suivi médicalisé ne concerne, entre 1973 et 1990, que 40 % des grossesses ; de l'autre, les villages d'Acamilpa et de Bonifacio Garcia, dont une grande partie de la population bénéficie d'un accès aisé aux infrastructures sanitaires, présentent à la même époque plus de 80 % des grossesses suivies médicalement.

Le progrès du suivi médicalisé de la grossesse est généralement lié à une croissance de l'assistance médicalisée à l'accouchement : alors qu'au début des années 1970, un peu plus de la moitié des accouchements des femmes de notre échantillon étaient effectués par un médecin, ils sont près de 80 % au milieu des années 1980 (tableau 2). Ce processus est le vecteur d'un changement radical en matière de régulation des naissances. En effet, depuis la fin des années 1970, à l'issue de près des deux tiers des accouchements en clinique ou en hôpital, une méthode contraceptive est adoptée, ce qui signifie bien que la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement modifie le processus de constitution de la descendance. Le rôle de l'ensemble des agents de santé a été, et continue d'être, décisif dans la diffusion de la contraception ; le suivi pré et post-natal étant l'occasion d'une information, et parfois d'une imposition d'une méthode contraceptive (POTTER *et al.*, 1986 ; GAUTIER et QUESNEL, 1993 ; LERNER *et al.*, 1994). Dans notre échantillon, 4 femmes sur 5 ont déclaré avoir utilisé au moins une fois au cours de leur vie une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle. Lors de l'enquête, parmi les femmes

utilisatrices, 43 % étaient stérilisées, et la même proportion de femmes, soit 1 sur 5, utilisait la pilule ou le stérilet. Les médecins ont une nette préférence pour les méthodes les plus sûres, où les risques d'échec et d'abandon sont faibles, voire nuls, aussi privilégient-ils la stérilisation au-delà de 3 naissances et le stérilet en deçà.

TABEAU 2 : TYPE D'ASSISTANCE LORS DE L'ACCOUPEMENTS SELON L'ANNÉE DE L'ACCOUCHEMENT

Année de la grossesse	Sans assistance	matrone exclusivement	médecin secteur public	médecin secteur privé	total	
					%	n
avant 1973	1,5	49,8	34,5	14,2	100	261
1973-1977	1,8	35,9	46,1	16,2	100	167
1978-1982	1,6	32,1	46,6	19,7	100	193
1983-1987	1,2	20,6	55,5	22,6	100	155
1987-1990	-	21,6	54,1	24,3	100	74
ensemble	1,4	35,3	45,0	18,2	100	850

Source : El Colegio de Mexico/Orstom, *Enquête sociodémographique*, Morelos 1989-1990.

Cette transformation infrastructurelle et sociale de la santé reproductive se concrétise dans l'histoire génésique des femmes, en particulier parmi les femmes des générations qui vont vivre la période de transition des années 1970. Ainsi, sur le tableau 3, on voit de manière implicite qu'aujourd'hui toutes les femmes s'intègrent au système de santé, mais selon un calendrier différencié. Ainsi, seuls 6 % des femmes ont eu l'ensemble de leurs grossesses suivies exclusivement par une *partera*, moins de la moitié (44 %) ont consulté au moins une fois un médecin lors de leurs grossesses, et à peine plus d'un quart des femmes ont eu un suivi véritablement médicalisé (plus de cinq consultations au cours de la grossesse) signifiant une réelle intégration au système biomédical. Cependant les générations les plus jeunes marquent une intégration plus forte : 54 % des moins de 35 ans ont eu toutes leurs grossesses suivies médicalement contre 32 % chez les 35 ans et plus (tableau 4). On relève aussi l'importance de la descendance atteinte, celle-ci est d'autant plus faible que la médicalisation est forte : 62 % des femmes ayant entre 1 et 3 enfants ont eu la totalité de leurs grossesses suivies médicalement contre 27 % parmi celles avec 4 enfants ou plus. Cette relation est vérifiée aussi bien parmi les jeunes générations que parmi les plus anciennes. Le fait d'avoir un suivi régulier des grossesses est un indicateur d'intégration au système, et par conséquent les femmes qui y adhèrent vont être susceptibles d'acquérir une maîtrise de leur fécondité à un faible niveau de descendance.

TABEAU 3 : DISTRIBUTION DES FEMMES SELON LA PROPORTION DE LEURS GROSSESSES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN..

aucune grossesse	moins de la moitié des grossesses	la moitié des grossesses ou plus	totalité des grossesses	total	n
..suivi exclusif de la <i>partera</i>					
68	11	15	6	100	224
..suivi médicalisé (inclus éventuellement un suivi parallèle de la <i>partera</i>)					
11	13	32	44	100	224
..suivi médicalisé intense (au moins 5 consultations prénatales)					
27	16	31	26	100	224

Source : El Colegio de Mexico/Orstom, *Enquête sociodémographique*, Morelos 1989-1990.

TABLEAU 4 : PROPORTION DES GROSSESSES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN SUIVI MÉDICALISÉ* SELON L'ÂGE DE LA FEMME ET SA DESCENDANCE ATTEINTE

Age et descendance atteinte	Grossesses suivies médicalement					total	
	aucune grossesse	moins de la moitié des grossesses	la moitié des grossesses ou plus	totalité des grossesses	%	<i>n</i>	
15-34 ans							
1-3 enfants	12	3**	22	63	100	81	
4 enfants et plus	-	20	45	35	100	40	
Ensemble	8	8	30	54	100	121	
35 ans et plus							
1-3 enfants	3**	4**	26	59	100	27	
4 enfants et plus	15	25	38	22	100	76	
Ensemble	14	19	35	32	100	103	

* éventuellement accompagné d'un suivi avec une *partera*
** moins de 6 observations
Source : El Colegio de Mexico/Orstom, *Enquête sociodémographique*, Morelos 1989-1990.

MÉDICALISATION DE LA PREMIÈRE GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

L'évolution générale évoquée dans la partie précédente masque des particularités que l'on peut appréhender par l'analyse des trajectoires individuelles. Ainsi, malgré une modification de l'environnement sanitaire et une généralisation de l'accès aux infrastructures médicales, le recours aux soins périnataux s'est diversifié : les mères privilégient à chacune de leurs grossesses soit le secteur médical moderne, soit les soins traditionnels, ou bien combinent les deux. Par ailleurs, au-delà de la nature du suivi des grossesses, la médicalisation s'opère par étapes, selon l'évolution du contexte socio-sanitaire et selon le cycle de vie des individus. Comme on va le voir, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement est un processus qui peut débuter dès l'entrée en vie féconde, ou intervenir plus tardivement au cours de la vie génésique des femmes, chaque suivi de nouvelle grossesse se déroulant alors en continuité ou en rupture par rapport aux expériences antérieures.

Dans ce cadre là, l'étude de la première grossesse est intéressante à double titre. Tout d'abord, c'est à cette occasion que se révèle le mieux la formation que la femme a reçue à différents moments de son existence et en différents espaces de socialisation auxquels elle a été confrontée, qu'il s'agisse des lieux de « modernité » ou de tradition. Autrement dit, c'est autour de la première grossesse que va se concrétiser l'emprise qu'ont sur les comportements féminins, d'une part, l'école, les lieux de travail extra-domestiques, ou ce lieu de toutes les modernités que sont les mass-media, et, d'autre part, la famille, la communauté villageoise et les églises. L'intensité de ces influences détermine la nature de la relation au système biomédical dans le cadre de la santé reproductive et, en conséquence, le rejet ou l'intégration plus ou moins précoce à celui-ci. Ensuite, les conditions du déroulement de cette première grossesse vont déterminer en partie les étapes ultérieures de la constitution de la famille. En d'autres termes, l'analyse des conditions de suivi médical lors de la première grossesse permet de prédire, dans une certaine mesure, le degré d'intégration au système biomédical dans la suite de la constitution de la descendance et la maîtrise de celle-ci. En définitive, à cette étape charnière à la fois se cristallise la trajectoire sociale passée et se révèle la trajectoire reproductive future.

Une médicalisation croissante qui s'accompagne d'un recours aux soins traditionnels

La comparaison des comportements entre générations en matière de suivi périnatal rend compte à la fois du développement de la médecine rurale et du poids des pratiques traditionnelles. Ainsi, force est de constater l'articulation croissante de deux types de médecine, même si on assiste parallèlement à une emprise de plus en plus exclusive de la biomédecine sur le suivi de la première grossesse au détriment de la médecine empirique.

En effet, le développement des infrastructures sanitaires a bouleversé les conditions de santé génésique des femmes mexicaines, et une nette rupture s'opère entre les générations. Les femmes âgées de 35 ans et plus ont bénéficié d'un contexte infrastructurel beaucoup plus défavorable que les plus jeunes, en particulier lorsqu'elles ont débuté leur vie féconde⁷. Aussi, 44,5 % d'entre elles n'ont pas eu recours au médecin lors de leur première grossesse (tableau 5). Inversement, un peu plus de la moitié de ces femmes a consulté un médecin, et parmi celles-ci, les deux tiers présentent une forte intégration au système de suivi prénatal moderne avec plus de six consultations en moyenne lors de leur première grossesse.

TABLEAU 5 : TYPE ET INTENSITÉ DU SUIVI PRÉNATAL DE LA PREMIÈRE GROSSESSE SELON LE GROUPE D'ÂGES

	15-34 ans	35-49 ans
type de suivi		
sans suivi	9,5	7,1
<i>partera</i> exclusivement	20,0	37,4
médecin exclusivement	40,9	35,3
médecin et <i>partera</i>	29,6	20,2
total	100	100
<i>effectifs</i>	115	99
intensité du suivi*		
moins de 5 consultations	25,9	32,7
5 consultations et plus	74,1	67,7
total	100	100
<i>effectifs</i>	81	55

* nombre de consultations auprès d'un médecin
 Source : El Colegio de Mexico/Orstom, *Enquête sociodémographique*, Morelos 1989-1990.

Les conditions de l'accouchement sont dans le prolongement du suivi prénatal : 87 % des femmes avec un suivi médical ont accouché avec un médecin, alors que 86 % des femmes sans suivi médical ont accouché à domicile.

De plus, lorsque le suivi prénatal est médicalisé, les femmes des générations antérieures à 1955 ne maintiennent pas de pratiques traditionnelles en parallèle (massages durant la grossesse, accouchement à domicile...) et l'intervention additionnelle des *parteras* est peu fréquente, elle concerne seulement un tiers des femmes. Ce phénomène s'explique par un effet de sélection : le degré d'intégration au système biomédical est fort pour ces femmes qui adhèrent très tôt au système, c'est-à-dire dès sa mise en place en milieu rural au début des années 1970. En effet, il s'agit de femmes dont la trajectoire sociale est l'élément déterminant du rapport à la modernité (notamment médicale), alors que chez les femmes plus jeunes, l'intégration est largement soumise

⁷ Dans le groupe d'âge 35-49 ans, 94 % des naissances ont eu lieu avant 1977 et 73 % avant 1972 ; chez les moins de 35 ans, 47 % des naissances ont eu lieu après 1982, 31 % entre 1978 et 1982 et 22 % avant 1978.

à la diffusion et à la facilité d'accès au système de soins. En d'autres termes, des facteurs favorables liés au contexte de socialisation, à la scolarisation, au travail extra-domestique, ont permis à ces femmes d'accéder au système de santé moderne et de rompre avec une conception et des valeurs plus traditionnelles de la procréation. En effet, dans un contexte de précarité sanitaire et médicale et d'infrastructures insuffisantes, le système de santé moderne n'était alors accessible qu'aux familles les mieux dotées culturellement et économiquement. Aussi, en ce début de transition reproductive, la surdétermination des facteurs sociaux explique le type de suivi périnatal.

Dans les générations plus jeunes, celles des femmes de moins de 35 ans, l'influence de ces déterminants est moins nette comme on le verra plus loin, l'extension et la promotion de la médecine institutionnelle a permis l'intégration de la population au-delà - jusqu'à une certaine limite - des différences socio-économiques et culturelles. Le développement des infrastructures sanitaires et l'éducation dans le domaine de la santé ont permis la massification de la médicalisation, d'où une homogénéisation des comportements en matière de santé génésique. Mais notons que l'effet de sélection n'a pas pour autant complètement disparu puisqu'une minorité de femmes résiste à l'intégration et reste en marge du système de santé moderne dans le cadre de la santé reproductive⁸. En effet, les femmes sans suivi médicalisé de leur première grossesse sont minoritaires, mais elles représentent néanmoins une part non négligeable de l'échantillon : une femme sur cinq a opté pour une surveillance prénatale strictement traditionnelle et une sur dix n'a eu aucun type de suivi au cours de sa grossesse, soit 29,5 % de femmes de moins de 35 ans qui n'ont eu aucun suivi prénatal médicalisé de leur première grossesse (tableau 5). Cette situation rend compte des limites de la politique de santé et de son incapacité à donner un réel accès égalitaire au système de soins.

Inversement, près de 3 femmes sur 4 se sont orientées vers le secteur médical moderne dès leur première grossesse, parmi elles les trois quarts ont eu au moins cinq consultations prénatales, le nombre moyen de consultations étant de 6,6. L'assistance médicale dans le cadre du suivi prénatal de la première grossesse est donc assez généralisée dans ces générations féminines ayant commencé leur vie féconde à partir des années 1970 pour les plus âgées, et donne lieu le plus souvent à un accouchement également médicalisé. Trois femmes sur 4 ont accouché dans une structure médicale, et le fait d'avoir été suivie au cours de cette première grossesse est un facteur déterminant : près de neuf femmes sur dix ayant eu un suivi prénatal médicalisé, accouchent avec un médecin⁹. Toutefois, le fait de ne pas avoir entretenu de contact avec le secteur médical moderne pendant la grossesse n'empêche pas un accouchement médicalisé, contrairement aux générations plus anciennes : la moitié des femmes sans suivi médical ont accouché à l'hôpital ou dans une clinique. Autrement dit, les accouchements sont toujours plus médicalisés que les suivis de grossesses en raison des risques potentiels lors de l'accouchement, risques dont ces femmes sont tout à fait conscientes.

Parmi les générations les plus jeunes on assiste pour une majorité de femmes à une médicalisation précoce relativement intense, acceptée, intégrée et peu susceptible d'être remise en cause. Cependant, la médecine traditionnelle n'est pas pour autant ignorée ou rejetée, ainsi près de 30 % des femmes ont fait appel à la fois aux médecins et aux connaissances et pratiques empiriques des

⁸ Il faut noter qu'un rejet de la médecine institutionnelle dans le cadre de la santé génésique n'est pas toujours associé à un rejet global de la biomédecine, et surtout qu'il ne concerne pas en général la santé des enfants.

⁹ Dans ces trois villages éloignés des centres de santé et des hôpitaux, certaines circonstances exceptionnelles peuvent contraindre les femmes à accoucher chez elles (absence de moyen de transport, par exemple) alors même qu'elles projetaient d'aller à l'hôpital ; ceci peut expliquer la petite proportion de femmes suivies médicalement pendant leur grossesse mais ayant accouché à domicile.

parteras lors du suivi de leur première grossesse. Cette double transaction illustre bien la confrontation des influences modernes et traditionnelles qui se révèle notamment dans le domaine de la santé reproductive. Deux visions de la médecine vont s'interpénétrer tout au long de l'histoire génésique des femmes : l'une respecterait leurs traditions et leur identité mais s'avérerait faillible ; l'autre, froide et rationnelle serait plus efficace pour leur santé. Les contradictions que génère cette interpénétration vont s'exprimer plus concrètement, voire plus violemment, au moment de l'accouchement, comme en témoigne cet extrait d'entretien avec une femme de 30 ans ayant 3 enfants.

« [...] »

R. : Les médecins sont différents [des matrones] parce qu'ils ont cette... cette science que la matrone n'a pas, mais la matrone a beaucoup de patience pour si l'enfant n'arrive pas à naître, elle lutte, elle lutte et elle lutte pour que l'enfant puisse naître. Par contre, les médecins, souvent disent simplement : "On va t'opérer".

Q. : Une césarienne ?

R. : Oui, et c'est là que la femme souffre, parce que.... c'est quelque chose que....qu'ils cassent.

Q. : Vous n'avez jamais eu de césarienne ?

R. : Non, jamais, mes enfants sont nés normaux, grâce à Dieu. »

En résumé, on constate que la médicalisation de la première grossesse et de l'accouchement qui s'en suit continue de se généraliser. Néanmoins, la part des femmes restant à l'écart de ce processus n'est pas négligeable, d'autant plus que l'on se situe dans une zone qui ne fait pas partie des plus défavorisées de la région ou du pays. Quant à l'accouchement, en raison des risques de complication, il est davantage médicalisé que la grossesse, mais il n'en reste pas moins que 22,5 % des femmes de moins de 35 ans ont eu leur premier enfant à domicile avec l'assistance d'une *partera*, ce chiffre s'élevant à 45,5 % pour les générations plus anciennes.

L'argument économique et l'enclavement de certains villages, notamment celui de Barranca Honda, peut être mis en avant pour justifier la non-médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, mais bien d'autres facteurs sociaux contribuent à la différenciation des comportements en début de vie féconde, et favorisent (ou bien freinent voire s'opposent) à une médicalisation précoce de la vie féconde.

Les facteurs d'intégration précoce au système de santé

On peut tenter de dégager un profil socio-démographique des femmes selon la précocité plus ou moins forte de leur intégration au système de santé, en mettant en relation « l'intensité du suivi prénatal médicalisé » et des variables telles que le niveau d'éducation, l'âge à la première union, la localité de résidence et le groupe social¹⁰.

¹⁰ La variable « groupe social » correspond au statut du chef du groupe domestique dans la structure productive agricole de la région d'étude. Trois grandes catégories ont été définies : les *ejidatarios*, les salariés et les travailleurs indépendants, les deux dernières catégories relevant des secteurs agricole et non agricole.

Les deux premières variables sont corrélées positivement avec le degré de médicalisation : à mesure que le niveau d'éducation augmente et que l'âge à la première union s'élève, la médicalisation de la première grossesse s'intensifie (tableaux 6 et 7). A titre d'exemple, chez les moins de 35 ans, 77 % des femmes unies après 20 ans ont eu plus de cinq consultations prénatales, contre 46 % des femmes unies avant 20 ans. Pour les femmes de 35 ans et plus, les pourcentages sont respectivement de 61 % et 28 %.

TABLEAU 6 : NOMBRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES LORS DE LA PREMIÈRE GROSSESSE SELON L'ÂGE À LA PREMIÈRE UNION ET L'ÂGE À L'ENQUÊTE

nombre de consultations	15-34 ans			35-49 ans		
	âge à la première union			âge à la première union		
	12-17 ans	18-19 ans	20 ans et +	12-17 ans	18-19 ans	20 ans et +
aucune	35,7	32,3	11,5*	54,2	47,8	25,0
1 à 4	16,1	25,8	11,5*	16,7	26,1	14,3*
5 et plus	48,2	41,9	76,9	29,2	26,1	60,7
total	100	100	100	100	100	100
effectifs	56	31	26	48	23	28

* moins de 6 observations
Source : El Colegio de Mexico/Orstom, *Enquête sociodémographique*, Morelos 1989-1990.

TABLEAU 7 : NOMBRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES LORS DE LA PREMIÈRE GROSSESSE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET L'ÂGE À L'ENQUÊTE

nombre de consultations	15-34 ans			35-49 ans		
	niveau d'instruction			niveau d'instruction		
	moins de 4 années de primaire	4 à 6 années de primaire	1 ^{re} année de second. et plus	moins de 4 années de primaire	4 à 6 années de primaire	1 ^{re} année de second. et plus
aucune	42,1	38,6	17,3	62,8	34,1	16,7*
1 à 4	5,3*	27,3	15,4	11,6*	25,0	16,7*
5 et plus	52,6	34,1	67,3	25,6	40,9	66,7
total	100	100	100	100	100	100
effectifs	19	44	52	43	44	12

* moins de 6 observations
Source : El Colegio de Mexico/Orstom, *Enquête sociodémographique*, Morelos 1989-1990.

De nombreuses études ont montré que l'âge à l'union était directement lié au niveau d'instruction des individus, l'allongement de la période de scolarisation favorisant une entrée différée sur le marché matrimonial. Mais cette variable est à considérer au-delà de sa seule valeur de calendrier dans le processus de constitution de la famille. Le mariage tardif s'accompagne d'une certaine conception de la famille dans laquelle celle-ci est le résultat d'un projet individuel puis de couple, et non d'un simple conformisme social. Ce projet global renvoie tant à la dimension de la famille, qu'à l'éducation des enfants et au rapport à la santé. Le recul de l'âge à la première union allonge la période prénuptiale et, tout en donnant le temps de problématiser la venue d'un premier enfant et d'en envisager les conséquences ; il permet surtout d'éviter une grossesse prématurée, souvent à risque, et parfois cachée et donc exclue de tout suivi médical.

Il est à noter que la médicalisation s'est surtout renforcée au cours du temps parmi les femmes très faiblement instruites : parmi celles ayant moins de quatre années d'école primaire, l'absence totale de suivi prénatal au cours de la première grossesse concernait 63 % des femmes âgées de 35 ans et plus, cette proportion s'est réduite à 42 % chez les moins de 35 ans. En revanche, chez les

femmes les plus scolarisées (au moins une année de secondaire), le taux de médicalisation est sensiblement le même dans les deux groupes d'âges : deux tiers des femmes ont eu un suivi prénatal intense. Cette évolution se traduit par une diminution de l'écart entre les femmes de différents niveaux de scolarisation selon le degré de médicalisation de la première grossesse : le niveau d'instruction est une variable moins discriminante dans les jeunes générations. Ce constat général n'est en fait pas spécifique à la première grossesse, et se retrouve dans l'analyse globale des grossesses quel que soit leur rang.

On observe une différence marquée entre les femmes de Barranca Honda et celles des deux autres villages, Bonifacio Garcia et Acamilpa¹¹. Les premières sont bien moins intégrées au secteur médical moderne que les autres. Mais là aussi l'écart tend à s'atténuer dans les jeunes générations : parmi les générations de 35 ans et plus, 78 % des femmes de Barranca Honda n'ont eu aucun suivi prénatal contre moins de 40 % dans les deux autres localités ; dans le groupe d'âges des 15-34 ans, ces chiffres sont respectivement de 44 % et 25 % (tableau 8). Le relatif isolement géographique de Barranca Honda et le petit nombre de femmes à fort capital culturel et éducatif qui ont recours au système moderne de santé sont autant d'obstacles à la diffusion de leur influence sur le reste de la population féminine, aussi leur pratique reste-t-elle isolée. Dans ce village, le poids des institutions traditionnelles joue d'autant plus fortement que l'institution médicale ne fait pas partie de l'espace social des femmes, tout au moins jusqu'à la naissance du premier enfant. Ce phénomène n'est pas propre à Barranca Honda, mais il s'y exprime avec plus de vigueur. En revanche, à Bonifacio Garcia et à Acamilpa, d'une part, l'ancienneté de l'intégration aux institutions de santé et l'expérience de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement par une large partie de la population, même en l'absence d'infrastructures sur place, et, d'autre part, le fait qu'un nombre important de villageois soit en contact avec l'extérieur en raison de leur activité salariée, favorisent l'effet de diffusion et d'imitation auprès des femmes qui n'ont pas acquis de capital culturel et éducatif important. Cet effet de diffusion intervient probablement encore davantage lors des grossesses ultérieures, alors que l'influence des instances traditionnelles diminue.

TABLEAU 8 : NOMBRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES LORS DE LA PREMIÈRE GROSSESSE SELON LA LOCALITÉ DE RÉSIDENCE ET L'ÂGE À L'ENQUÊTE

nombre de consultations	15-34 ans			35-49 ans		
	Acamilpa	B. Honda	B. Garcia	Acamilpa	B. Honda	B. Garcia
aucune	25,6	44,4	24,5	34,2	77,8	39,4
1 à 4	20,5	22,2	14,3	23,7	-	20,9
5 et plus	53,8	33,3	61,2	42,1	22,2*	39,5
total	100	100	100	100	100	100
<i>effectifs</i>	39	27	49	38	18	43
* moins de 6 observations						
Source : El Colegio de Mexico/Orstom, <i>Enquête sociodémographique</i> , Morelos 1989-1990.						

Les catégories sociales utilisées recouvrent des réalités économiques et une structure socio-professionnelle assez différentes selon la localité, ce qui explique l'absence de liaison claire entre la médicalisation et l'appartenance aux différents groupes sociaux (tableau 9). En effet, comme nous l'avons vu plus haut, elles sont liées aux formes de participation à l'économie régionale, ce qui implique une prise en charge et des recours aux soins de santé très divers au sein de chaque catégorie.

¹¹ Il s'agit de la localité de résidence à l'enquête et non lors de la première grossesse.

TABLEAU 9. NOMBRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES LORS DE LA PREMIÈRE GROSSESSE SELON L'APPARTENANCE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET L'ÂGE À L'ENQUÊTE

nombre de consultations	15-34 ans			35-49 ans		
	<i>Ejidatarios</i> (a)	Indépendants (b)	Salariés (c)	<i>Ejidatarios</i> (a)	Indépendants (b)	Salariés (c)
aucune	22	32	32	44	46	41
1 à 4	15*	10*	24	25	12*	17
5 et plus	63	58	44	31	42	41
total	100	100	100	100	100	100
<i>effectifs</i>	27	31	54	36	33	29

(a) sont inclus les ejidatarios qui ont une activité salariée additionnelle
(b) sont inclus les travailleurs indépendants qui ont une activité salariée additionnelle
(c) cette catégorie comprend aussi les journaliers
* moins de 6 observations
Source : El Colegio de Mexico/Orstom, *Enquête sociodémographique*, Morelos 1989-1990.

En conclusion, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement est d'autant plus forte que les femmes sont instruites, qu'elles se sont mariées ou unies tardivement et qu'elles résident dans des localités insérées économiquement dans l'industrie régionale où la population salariée est nombreuse. Par ce biais, les familles établissent et maintiennent des contacts plus étroits avec les institutions de santé puisqu'elles peuvent bénéficier facilement et gratuitement du suivi prénatal, de l'accouchement à l'hôpital et du suivi postnatal. Il est fort probable que chacun de ces facteurs pris isolément a une influence négligeable sur le degré d'intégration précoce au système de santé, mais c'est l'accumulation de ces facteurs favorables qui permet cette intégration.

Au-delà du rôle joué par ces différentes variables socio-économiques, un des éléments déterminant de l'accès précoce à ce système est, nous l'avons souligné, le contact que les femmes établissent avec un environnement social diversifié, par le biais de l'école, d'une activité économique extra-domestique, ou encore d'une migration temporaire hors de la sphère d'influence de la famille et de la communauté. Cette ouverture vers l'extérieur introduit une rupture avec un environnement familial et communautaire toujours enclin à un encadrement étroit des deux premières étapes de la constitution de la famille : la formation du couple et la venue du premier enfant. Lors de ces étapes, la famille a une emprise importante sur les comportements de reproduction des jeunes couples et limite l'accès à la médecine moderne en excluant de ce fait le recours à une méthode contraceptive. Ce frein à l'intégration au secteur médical ne se manifeste pas par des interdits, mais vient de ce qu'aucun apprentissage de cette modernité médicale (le rapport dépersonnalisé au personnel médical, l'auscultation, les instruments, le discours...) n'a été préparé par les familles, et plus spécifiquement par les mères. Le milieu de socialisation est donc essentiel et la médicalisation de la première grossesse est étroitement liée aux conditions sociales prévalentes pendant l'enfance et l'adolescence. Si désormais une majorité de femmes a recours dès la première naissance au système moderne de santé, c'est que parallèlement à l'accessibilité de celui-ci et à la disparition des *parteras*, elles présentent des caractéristiques, notamment en matière d'éducation et de nuptialité, qui s'avèrent être des indicateurs d'individuation des comportements. Aussi, ces propriétés vont-elles renforcer l'effet institutionnel et constituer des pré-déterminations à la médicalisation de chacune des grossesses.

On a évoqué les déterminants sociaux et leur importance dans l'histoire des femmes, il faut également donner une place importante au contexte conjugal dans lequel la femme se trouve lors

de son entrée en vie féconde. La nature de ces rapports conjugaux s'avère être un facteur décisif des modalités de constitution de la descendance et de la santé génésique. Pour accéder précocement au système de santé materno-infantile, la femme doit fonder le projet conjugal et familial sur une ouverture vers le monde extérieur, extra-communautaire, et plus précisément accepter l'idée de l'intrusion d'agents extérieurs à la cellule familiale dans le domaine de la santé, de la procréation et de la régulation de la fécondité. Cette attitude suppose que le couple ait une forte cohésion, que ses relations soient relativement égalitaires¹², et qu'il soit plus autonome par rapport aux familles d'origine respectives et donc aux instances traditionnelles de contrôle social (SAMUEL *et al.*, 1994).

ACTUALISATION DE L'INTÉGRATION AU SYSTÈME BIOMÉDICAL ET CONSTITUTION D'UNE TRAJECTOIRE MÉDICALISÉE

Les comportements en matière de santé maternelle lors de la première grossesse sont susceptibles d'évoluer lors des grossesses suivantes, l'adhésion précoce au système moderne de soins, ou au contraire le recours à la médecine traditionnelle, ne sont pas des choix fixes mais sont les préludes à des trajectoires différenciées.

L'analyse du suivi médical et/ou traditionnel de grossesses successives indique que les trajectoires sont diversifiées, mais que la tendance est à une médicalisation croissante au fur et à mesure de la constitution de la famille. La médicalisation de la première grossesse est un élément déterminant dans l'établissement d'une trajectoire médicalisée de bout en bout, mais il peut s'opérer une remise en cause de l'efficacité, voire de la légitimité des agents de santé lors du suivi prénatal, et bien davantage lors de l'accouchement. Cette légitimité est en effet mise en question lorsque le pouvoir médical devient trop absolu et impose certaines pratiques obstétriques, telle la césarienne, de façon trop généralisée et injustifiée du point de vue des femmes. Castro *et al.* (1991) observent également, dans une autre localité rurale du Morelos, que la peur de la césarienne constitue un des principaux motifs invoqués par les femmes qui préfèrent les accouchements traditionnels.

Toutes les femmes qui accouchent en milieu hospitalier ne subissent pas de césarienne¹³, mais celles qui ont eu un accouchement par césarienne ont une probabilité très élevée de renouveler ce type d'accouchement pour les naissances suivantes. Par ailleurs, cette intervention chirurgicale ne peut, selon les médecins, être répétée plus de trois fois. On est donc face à une logique obstétricale qui favorise les césariennes pour des raisons qui ne sont pas uniquement d'ordre

¹² « Relativement » renvoie au fait que l'on se trouve dans un contexte où traditionnellement les rapports entre sexes sont inégalitaires, où les femmes sont souvent confinées dans la sphère domestique et soumises au pouvoir masculin.

¹³ Nous ne disposons pas dans l'enquête de données sur les césariennes qui permettraient de juger de la pertinence de cette crainte. Cependant les données de l'ENSAMI de 1994 (Enquête nationale de santé materno-infantile) indiquent que près d'un accouchement sur quatre a lieu par césarienne. L'écart entre le milieu rural et le milieu urbain quant au taux d'accouchements par césarienne est très élevé : 12,2 et 28,7 % respectivement. On relève surtout un quasi doublement des taux d'accouchements par césarienne depuis l'ENFES de 1987 (Enquête nationale de fécondité et de santé), passant de 12,4 à 24,2 %. Le secteur public, et l'IMSS (Institut Mexicain de Sécurité Sociale) en tout premier lieu, sont responsables de cette augmentation. A titre d'exemple, les statistiques de l'hôpital de l'IMSS de la ville de Tijuana au nord du pays, indiquaient un taux de césariennes de 34,8 % pour l'année 1993 (donnée aimablement transmise par C. Brugeilles).

médical¹⁴, qui impose, là encore sans être toujours médicalement justifiée, une répétition de l'acte à chaque naissance, et enfin qui rend presque inévitable la stérilisation après trois césariennes.

La remise en cause des pratiques obstétricales des professionnels, notamment en ce qui concerne le type d'accouchement, fait qu'à chaque nouvelle grossesse, l'adhésion au système moderne de santé se pose, et c'est en ce sens que l'on peut parler d'actualisation de l'intégration au système biomédical à chaque étape de la constitution de la descendance.

Les conditions du suivi de la grossesse et de l'accouchement sont les déterminants les plus apparents de cette actualisation, mais d'autres facteurs - interdépendants par ailleurs - l'influencent également comme la trajectoire sociale de la femme, son environnement conjugal et familial ou encore son attitude à l'égard de la régulation de la fécondité. Sur ce dernier point, on rappellera que l'adoption d'une méthode de contraception à la suite d'une naissance dépend fortement du lieu de l'accouchement - à domicile ou en milieu hospitalier - et plus généralement qu'une maîtrise de la constitution de la descendance suppose une forte intégration au système de santé. C'est par le biais de cette intégration que les normes biomédicales de la procréation sont diffusées, des agents de la santé vers les familles, et en priorité vers les femmes d'âge fécond et en union. Ces normes concernent notamment la dimension de la famille (2-3 enfants) et les âges de la procréation (de 20 à 30 ans), et, on le voit, leur réalisation suppose une régulation efficace de la fécondité. Aussi, l'intégration au système de santé, dont l'objectif premier est la santé materno-infantile, a induit une transformation des idéaux de fécondité, en accord avec ces normes biomédicales, puis un changement de comportement reproductif. Comme l'indique M.-E. Cosio (1994) : « ce sont des facteurs liés à une politique médicale qui expliquent la forte progression de l'utilisation de méthodes contraceptives au Mexique (...) »¹⁵. J. Potter *et al.* (1986) vont dans le même sens en constatant que « (...) la médicalisation et l'utilisation des services de suivi maternel ont une grande influence sur l'acceptation de la contraception » et que celle-ci est largement déterminée par le rôle joué par les agents des services de santé. Ceci nous amène à dire que la prise de conscience de l'importance d'une surveillance médicale de la grossesse et la prise de conscience d'une possibilité de réguler la fécondité sont deux aspects étroitement liés et qui se renforcent mutuellement. Par conséquent, une actualisation positive de l'adhésion au système moderne de santé s'accompagnera généralement d'une régulation de la fécondité, et à l'inverse tout rejet de celle-ci peut être un frein à la médicalisation de la santé maternelle en raison de

¹⁴ Les médecins expliquent rarement aux femmes les raisons précises qui empêchent un accouchement par voie naturelle, du moins lors de la première césarienne. Cette pratique, probablement excessive, n'est pas liée à des compensations financières dans le secteur public, mais plutôt à l'attitude des jeunes médecins en formation en milieu rural, qui, anticipant les risques de complication d'un accouchement par voie naturelle, pratiquent la césarienne (GAUTIER et QUESNEL, 1993). Par ailleurs, cette pratique permet une certaine gestion des accouchements (jours, heures...) et enfin elle induit des trajectoires reproductives, en limitant le nombre d'accouchements possibles et en facilitant la stérilisation qui a lieu (avec l'accord des femmes) dans le prolongement de la césarienne.

¹⁵ Au niveau national, la progression de la prévalence de la contraception est tout à fait spectaculaire : en 1976 (Enquête Mondiale de Fécondité, EMF), on enregistrait 23 % d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception parmi les femmes en union, cette proportion atteint 55 % en 1992 (Enquête Nationale de la Dynamique Démographique, ENADID). L'augmentation la plus forte a lieu dans les premières années qui suivent la mise en place du Programme de Planification Familiale (1977) : de 1976 à 1979 la prévalence augmente de 38 % (méthodes modernes, femmes en union), l'augmentation est de 30 % entre 1978 et 1982, de 8 % entre 1982 à 1987 et de 23% de 1987 à 1992. Au cours de la période 1976-1987, on assiste à une modification considérable des choix (de l'offre ?) des méthodes contraceptives : alors qu'en 1976 la méthode la plus utilisée était la pilule (36 % des utilisatrices), puis le stérilet (19 %) et loin derrière la stérilisation (9 %), en 1992, la première méthode est la stérilisation (43 %), puis le stérilet (18 %) et enfin la pilule (15 %). Les méthodes traditionnelles ont quant à elles beaucoup régressé, passant de 23 % à 12 % d'utilisatrices.

l'imbrication du discours médical et du discours sur la planification familiale dans la pratique des agents de santé.

Les représentations qu'ont les femmes de l'institution et du corps médical dépendent en grande partie de leur trajectoire sociale. Autrement dit, les mêmes circonstances objectives du déroulement du suivi prénatal et de l'accouchement seront perçues et vécues différemment selon l'histoire des individus et leur position dans la société. Aussi, comprendre ces trajectoires de santé maternelle et ce processus d'actualisation répétée à chaque étape de la constitution de la famille suppose à la fois de bien connaître les événements qui se sont produits lors des grossesses et des accouchements des femmes ainsi que le contexte socio-économique, familial, conjugal dans lequel elles ont évolué.

Cette actualisation peut être appréhendée par la construction de « biographies de santé maternelle », c'est-à-dire, dans le cadre de cette étude, d'observations individualisées du suivi prénatal de chaque grossesse qui conduit à l'identification de trajectoires, et qui constituent ensuite collectivement des profils de comportement en matière de santé maternelle, tels qu'ils sont représentés dans les figures 1 à 6 en annexe. Quatre groupes de femmes ont été définis afin de schématiser ces parcours. Les deux variables constitutives de chacun des groupes sont l'âge des femmes et le type de suivi prénatal de chacune des grossesses. Les femmes de moins de 35 ans sont divisées en deux groupes, celles ayant eu une première grossesse en dehors de tout suivi médicalisé, et celles ayant bénéficié d'un suivi médical. A partir de là, l'intensité du suivi prénatal des trois grossesses suivantes est examinée dans chacune des deux catégories. Dans le groupe des femmes de 35 ans et plus, le même découpage est opéré, mais le suivi prénatal des cinq premières grossesses est analysé.

Un début de vie féconde à l'écart de la médicalisation ...

Le début de la vie féconde est marqué par une faible intégration au système moderne de soins pour une proportion non négligeable de femmes. On l'a vu précédemment, parmi les femmes de moins de 35 ans, plus d'une sur quatre n'a bénéficié d'aucun suivi prénatal médicalisé de sa première grossesse. Les facteurs en jeu sont multiples, mais cette situation dépend pour une large part d'une sorte d'enfermement communautaire se traduisant par une exclusion d'un nombre important d'activités productives et sociales et de prise de décision individuelle à cet âge, et freinant ainsi dans un premier temps le recours aux institutions en matière de santé maternelle. Cependant, dans la moitié des cas ces femmes ne renouvelleront pas cette première expérience au contact des *parteras* ; elles vont intégrer le système de soins moderne dès la deuxième grossesse, et la plupart maintiendront cette pratique lors des grossesses suivantes. Les autres demeureront plus longtemps à l'écart de ce système mais finiront par l'intégrer à la troisième, voire à la quatrième grossesse.

Cette sensibilisation plus tardive à la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement renvoie à la fois aux contraintes économiques, au contexte de socialisation et aux expériences de soins traditionnels. En effet, les conditions matérielles des jeunes couples sont souvent précaires : en début d'union l'homme est fréquemment sans travail salarié ou n'est pas encore installé à son compte. De ce fait, lors de la naissance du premier enfant, le couple réside généralement chez les parents de l'homme, dispose de peu de ressources et n'a pas de couverture sociale. Ce facteur économique peut alors entraîner l'absence de suivi prénatal et d'accouchement médicalisé lors de la première grossesse, mais il est plus ou moins rapidement surmonté avec le temps, par l'accès à un travail salarié ou encore par l'acquisition par transmission du statut d'*ejidatario*. Dès lors, le fait d'avoir accès à une médecine publique gratuite est un facteur très incitatif pour ces jeunes

générations, qui sont par ailleurs déjà plus ou moins informées et sensibilisées aux questions de santé maternelle et de planification familiale par l'éducation, les médias et les contacts hors de la sphère familiale.

De plus, l'expérience d'une première grossesse non médicalisée, quels qu'en soient les motifs, peut faire prendre conscience aux femmes des risques de santé pour elles-mêmes et leur enfant, telle cette femme dont l'accouchement pris en charge par une *partera* doit finalement se terminer au dernier moment par une césarienne à l'hôpital, et qui ne renouvellera plus cette expérience.

L'adhésion au système biomédical au cours de la constitution de la descendance est aussi liée à la santé infantile. Avant la naissance de leur premier enfant, les femmes sont encore peu exposées à la médecine moderne, et lorsqu'elles le sont, elles sont alors souvent accompagnées et prises en charge par leur mère. Aussi, pour ces femmes, la première confrontation autonome avec le corps médical a lieu à l'occasion de soins pédiatriques, qui sont également l'occasion d'aborder le sujet de la planification familiale. De là s'imposera progressivement un nouvel espace de socialisation, médicalisé et reflet de la modernité, dont les avantages en termes de soins et de traitements, surpasseront ceux des *parteras*, reflet des anciennes pratiques.

Finalement, seule une infime minorité de femmes restera définitivement en marge de la médicalisation de la grossesse¹⁶. Il s'agit de cas atypiques qui rendent compte de situations de marginalisation sociale qui s'accompagnent dans les cas effectivement observés d'un statut féminin peu valorisé au sein du couple, qui s'exprime par l'absence d'autonomie ou de parole dans les choix et les décisions en matière de santé et de reproduction. De plus, l'institution médicale peut même s'avérer une menace face à la cohésion du couple et de la famille, en raison du discours tenu par les agents de santé en matière de planification familiale. De ce fait, pour éviter la confrontation et le conflit conjugal, la femme se mettra elle-même en marge du système de soins en ce qui concerne la santé reproductive.

Les générations féminines plus anciennes, correspondant au groupe d'âges 35-49 ans, ont des itinéraires de santé maternelle assez différents des plus jeunes. Plus de 40 % des femmes ont commencé leur vie féconde en dehors de tout suivi prénatal médicalisé, et cette pratique s'est pérennisée dans un nombre non négligeable de cas : pour 74 % des femmes à la seconde grossesse et pour 64 % à la troisième grossesse (figure 4). Finalement, la moitié des femmes ayant eu cinq grossesses ou plus, n'a jamais eu recours à un suivi prénatal médicalisé. Par conséquent, dans ces générations qui ont commencé leur vie féconde entre 1955 et 1970, c'est-à-dire dans une période de faible disponibilité de soins médicaux en milieu rural, bon nombre de femmes se sont installées dans une pratique traditionnelle qu'elles ont maintenue tout au long de leur vie reproductive. Les autres ont eu des étapes de médicalisation, mais rarement de façon définitive, les deux types d'expériences - moderne et traditionnelle - se sont succédées, sans que l'une s'impose véritablement à l'autre. Ainsi s'exprime cette période de transition, chez des femmes probablement ouvertes au changement mais qui avaient alors peu de moyens pour l'anticiper ou y participer pleinement, et qui se sont adaptées aux conditions du moment : présence de *partera*, accès gratuit à l'hôpital, isolement ou proximité des infrastructures médicales, disponibilité monétaire, etc. Ces allers et retours entre les deux systèmes reflètent également les mauvaises expériences de la médicalisation, et notamment l'imposition à outrance de la césarienne et de la stérilisation.

¹⁶ Bien entendu il ne s'agit pas de trajectoires complètes, puisqu'il s'agit des 15-34 ans, et il est possible, bien que peu probable, qu'une médicalisation du suivi prénatal s'opère au-delà de la quatrième grossesse.

D'autres facteurs ayant permis une sensibilisation plus ou moins tardive des femmes au système de soins modernes dans le cadre de la santé maternelle sont communs aux femmes plus jeunes, telles des expériences dramatiques lors d'accouchement traditionnel. L'exemple de cette femme de 42 ans ayant 4 enfants qui, par manque de ressources, s'adresse à une *partera* lors de son premier accouchement et dont l'enfant né prématurément décédera, est à ce titre très illustratif :

« Non, la femme [*partera*] ne nous fait rien, seulement... elle nous accompagne..., elle ne nous met rien ; c'est mieux, c'est beaucoup mieux à l'hôpital, là on a besoin d'une opération, ils la font tout de suite. Ou comme dans ce cas [le sien] où mon enfant est mort, s'il était né..., si j'avais accouché à l'hôpital, mon enfant ne serait pas mort... il ne serait pas mort de ça, peut-être d'autre chose, mais pas comme ça ici, ici il n'a pas été soigné, il n'a pas reçu de soins et il est mort. »

L'intégration au système de santé moderne est beaucoup plus difficile dans ce groupe d'âges par comparaison aux générations plus récentes. En effet, ces dernières se font « rattraper » par le système tôt ou tard et elles peuvent difficilement échapper à un environnement très médicalisé. En d'autres termes, il est devenu beaucoup plus rare de rester en marge du système de soins materno-infantiles, et si les déterminants sociaux ont finalement moins d'influence qu'auparavant c'est que les infrastructures médico-sanitaires ont une très large couverture et que les institutions de santé et leurs acteurs ont une emprise bien plus forte. Toutefois, ils continuent de marquer le calendrier et le degré d'adhésion au système biomédical, notamment avec le maintien en parallèle du recours à la médecine traditionnelle.

... ou une médicalisation précoce qui se pérennise

Plus de la moitié des femmes âgées de 15-34 ans a eu une première grossesse très médicalisée, c'est-à-dire avec un suivi prénatal régulier dès le début de la grossesse. Parmi celles ayant eu une seconde grossesse (deux tiers du groupe), la très grande majorité (74 %) maintient un suivi prénatal médicalisé à la seconde grossesse. Pour celles délaissant le recours aux infrastructures de santé pour leur suivi prénatal, ce n'est souvent qu'un abandon temporaire et la réintégration au système institutionnel se produit dans la moitié des cas assez rapidement. On constate finalement une très faible déperdition de femmes suivies médicalement en début de vie génésique, en fait leur intégration précoce maintient, voire renforce, leur adhésion au système de santé moderne à chacune des naissances suivantes (figures 2 et 3).

Les retours à un suivi traditionnel après une première expérience de médicalisation (figures 2, 3, 5, 6) sont liés à des expériences négatives lors des transactions avec le personnel médical au moment de l'accouchement : sentiment d'indifférence, de froideur, de solitude et d'anonymat de l'hôpital, et impression de manque d'attention, non pas médicale bien sûr, mais psychologique et affective. La notion d'actualisation prend ici tout son sens. En effet, l'intégration au système de santé materno-infantile à un moment donné n'est pas un acquis définitif, même si cela se réalise pour beaucoup de femmes. A chaque étape de la constitution de la descendance, la trajectoire se redéfinit en fonction des expériences passées et de leur évaluation par les femmes, et dans une moindre mesure par leur conjoint. Le fait de recourir directement au système moderne de santé limite cette actualisation, par manque d'autres références ; en revanche, le fait d'avoir connu différentes modalités de suivi prénatal et d'accouchement - traditionnelle et moderne - favorise un repositionnement à chaque grossesse.

Toutefois, lorsqu'une femme abandonne le système de soins maternels après une première grossesse médicalisée, cet abandon n'est que partiel et le contact avec les agents de la santé est maintenu, même si ce n'est plus qu'à l'occasion d'un diagnostic de grossesse ou de troubles spécifiques perçus comme graves.

Dans le groupe d'âges 35-49 ans (figures 5 et 6), un peu plus de la moitié des femmes ont eu une première grossesse suivie médicalement. Là encore, la médicalisation a été réitérée à chacune des grossesses suivantes dans la majorité des cas. Inversement, peu de femmes ont alterné entre un suivi médicalisé et un suivi traditionnel, et lorsqu'elles se sont détournées du système biomédical, c'est dès la deuxième grossesse et de façon définitive. Cette dernière trajectoire mérite d'être confirmée statistiquement compte tenu du petit effectif de femmes concernées ; on peut néanmoins suggérer des éléments d'explication à ce comportement particulier. Ces femmes ont débuté leur vie féconde dans un contexte de faible développement des institutions médicales, elles ont donc manifesté une démarche volontaire pour accéder au système de soins, mais parallèlement elles n'ont pu établir de relations très étroites avec un corps médical alors faiblement implanté et dont les modes de traitements étaient encore davantage médicalisés qu'à l'heure actuelle. Par conséquent, toute expérience négative lors d'une grossesse ou d'un accouchement médicalisé risquait de rompre des liens encore très fragiles à l'égard des institutions de santé, et de faire obstacle à une actualisation positive de cette adhésion. Actuellement, pour les femmes plus jeunes, même si elles sont confrontées à une expérience négative, la plupart vont rester dans le système ou le réinvestir après un retrait transitoire, car un certain nombre d'éléments va favoriser une réintégration, notamment la disparition progressive des *parteras*, ainsi que le maillage relativement serré de la couverture des institutions de santé, mais surtout le fait qu'elles participent comme toutes les autres de leur génération à de nouveaux espaces de socialisation.

CONCLUSIONS

Trois conclusions se dégagent de ces observations : d'une part, on constate une augmentation de la médicalisation de la grossesse au fur et à mesure de la constitution de la descendance, avec une intégration progressive de l'ensemble des femmes ; d'autre part, le point de rupture se situe entre la première et la deuxième grossesse (surtout chez les moins de 35 ans), c'est lors de cette transition que les femmes non intégrées au secteur médical moderne vont y adhérer ou non, le suivi médical de la troisième grossesse se faisant dans le prolongement de la seconde ; enfin, une médicalisation précoce dans la trajectoire reproductive détermine, à quelques exceptions près, une médicalisation effective de l'ensemble des grossesses. Par conséquent, c'est bien les toutes premières étapes de la vie féconde qui sont essentielles, et elles le sont aussi en ce qui concerne la régulation de la fécondité. En effet, si cette intervention se produit tardivement dans la vie féconde, elle met probablement en cause toute gestion efficace de la procréation.

Même si elles sont peu nombreuses, certaines femmes restent, au cours de leur vie génésique, en marge de l'institution sanitaire, en dépit de sa généralisation et de son accès de plus en plus aisé. Si comme on l'a mentionné, l'intégration est fortement liée au capital culturel des individus, à la nature des rapports conjugaux ou encore à l'effet de diffusion des comportements dans certains contextes villageois, il nous faut une fois encore souligner le rôle particulier de l'institution médicale. En effet, la marginalisation d'une catégorie de la population, aussi réduite soit-elle, est le révélateur d'un dysfonctionnement du système qui produit une exclusion de fait. C'est

l'incapacité d'adéquation entre une offre de soins très médicalisée et une demande qui va au-delà de ce suivi strictement médical, et qui fait notamment appel à une considération de l'individu comme être social. En conséquence, le coût de la transaction entre médecin et patiente est trop lourd pour cette dernière, car chacun des acteurs se situe par rapport à son propre système de référence et de valeurs, or ces deux systèmes ne peuvent se rencontrer.

De la même manière, c'est parce que les femmes se situent à la confluence de deux systèmes qu'un nombre important d'entre elles va suivre une trajectoire contraceptive chaotique (abandons répétés de méthodes contraceptives ou échec de la méthode, grossesses non désirées...) et atteindre une descendance relativement élevée (au moins trois enfants). En amont de ces trajectoires contraceptives, se pose un problème de santé publique concernant la santé reproductive, notamment le suivi de la grossesse, et en général les conditions d'accès au système de soins et la qualité du suivi des services médicaux modernes. On peut identifier des femmes qui sont en situation défavorable en raison d'un accès difficile au système de santé, soit par manque d'information, soit en raison d'expériences antérieures négatives ou soit encore du fait de l'absence de prise en considération de la part des agents des institutions de santé de la diversité des conditions socio-économiques et culturelles de la population. Ces femmes marginalisées constituent les « groupes à risque » (femmes les plus fécondes qui ne désirent plus d'enfants et n'utilisent pas de contraception, femmes les plus jeunes et adolescentes...). L'accès des femmes les plus jeunes, en union ou célibataires, aux infrastructures sanitaires reste encore très discriminant tant qu'elles n'ont pas eu leur premier enfant. Aussi, les actions en matière de santé reproductive doivent-elles prendre en compte les caractéristiques de ce groupe de femmes, comme celle des autres groupes, notamment celui des femmes de plus de 35 ans qui ont encore une fécondité potentielle, mais qui sont souvent demeurées en marge du système.

BIBLIOGRAPHIE

- BEN-PORATH (Y.), 1980, « The F-connection : families, friends, and firms and the organization of exchange », *Population and Development Review*, vol. 6, 1 : 1-30.
- BLANC (M.), (s. la dir.), 1992, *Pour une sociologie de la transaction sociale*, L'Harmattan, Paris.
- CASTRO (R.), BRONFMAN (M.) et LOYA (M.), 1991, « Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad : el caso de Ocuítuco », *Estudios Sociológicos*, vol.IX, n° 27 : 583-606.
- COSIO-ZAVALA (M.-E.), 1994, *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, IHEAL / L'Harmattan, Paris.
- GAUTIER (A.) et QUESNEL (A.), 1993, *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*, Édition de l'Orstom, Paris.
- LERNER (S.) et QUESNEL (A.), 1989, « Transformation de l'espace familial, social et économique dans le milieu rural au Yucatan : l'émergence des conditions d'une nouvelle pratique de reproduction », in : *Conférence Internationale de Population*, UIESP, New Dehli, vol. 2 : 329-341.
- LERNER (S.) et QUESNEL (A.), 1994, « Instituciones y reproducción : hacia una interpretación de la regulación de las instituciones de salud en la regulación de la fecundidad en Mexico », in : Alba (F.) et Cabrera (G.) (coord.) *La población en el desarrollo contemporáneo de Mexico*, El Colegio de Mexico, Mexico : 85-117.
- LERNER (S.) ET QUESNEL (A.) et YANES (M.), 1994, « La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales », *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol.9, n°3 : 543-578.
- MELLADO (V.), ZOLLA (C.) et CASTAÑEDA (X.), 1989, *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Mexico.
- POTTER (J.), MOJARRO (O.) et HERNANDEZ (D.), 1986, « Influencia de los servicios de salud en la anticoncepción rural de México », in : *Memoria de la Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, tomo 1, UNAM/SOMEDE, Mexico : 261-284.
- REMY (J.), VOYE (L.) et SERVAIS (E.), 1978, *Produire et reproduire ? Une sociologie de la vie quotidienne*, Éditions Vie Ouvrière, Bruxelles.
- SAMUEL (O.), LERNER (S.) et QUESNEL (A.), 1994, « Hacia un enfoque demoantropológico de la nupcialidad y su relación con nuevos esquemas de procreación : reflexiones a partir de un estudio realizado en la zona de influencia del ingenio de Zacatepec, Morelos », *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol.9, n°1 : 71-103.
- SIMMONS (R.), NESS (G.D.) et SIMMONS (G.B.), 1983, « On the institutional analysis of population programs », *Population and Development Review*, vol. 9, 3 : 457-474.

ANNEXE

Note :

types de suivi : intense (au moins 5 consultations) ; faible (1 à 4 consultations) ; nul (aucune consultation)

Figure 1. Femmes de 15-34 ans ayant eu une première grossesse sans suivi prénatal

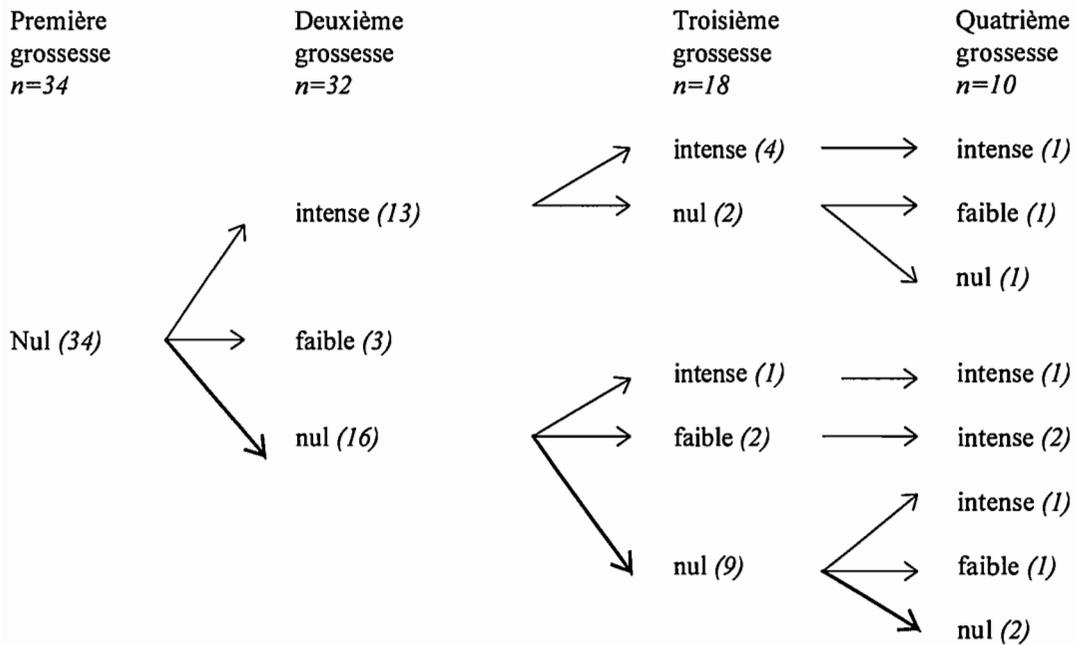


Figure 2. Femmes de 15-34 ans ayant eu une première grossesse avec un suivi prénatal faible

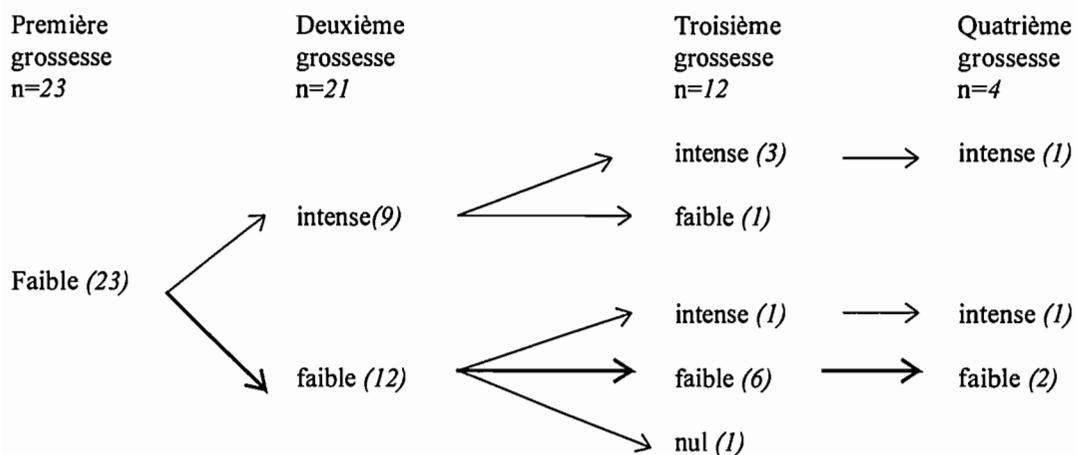


Figure 3. Femmes de 15-34 ans ayant eu une première grossesse avec un suivi prénatal intense

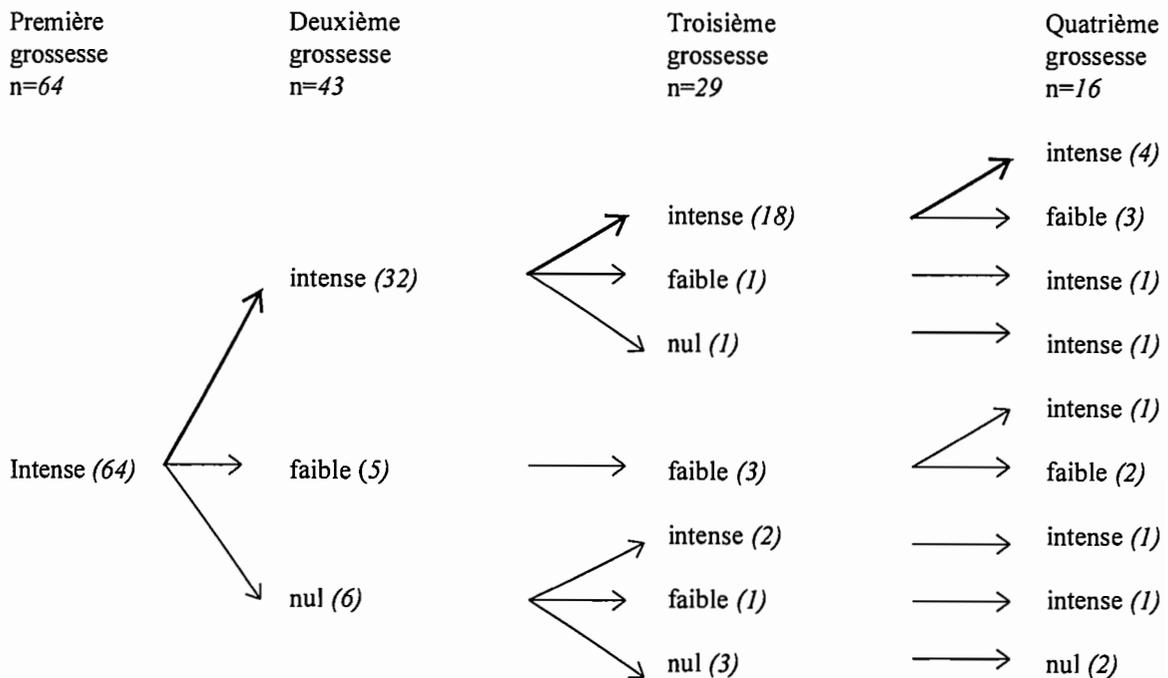


Figure 4. Femmes de 35-49 ans ayant eu une première grossesse sans suivi prénatal

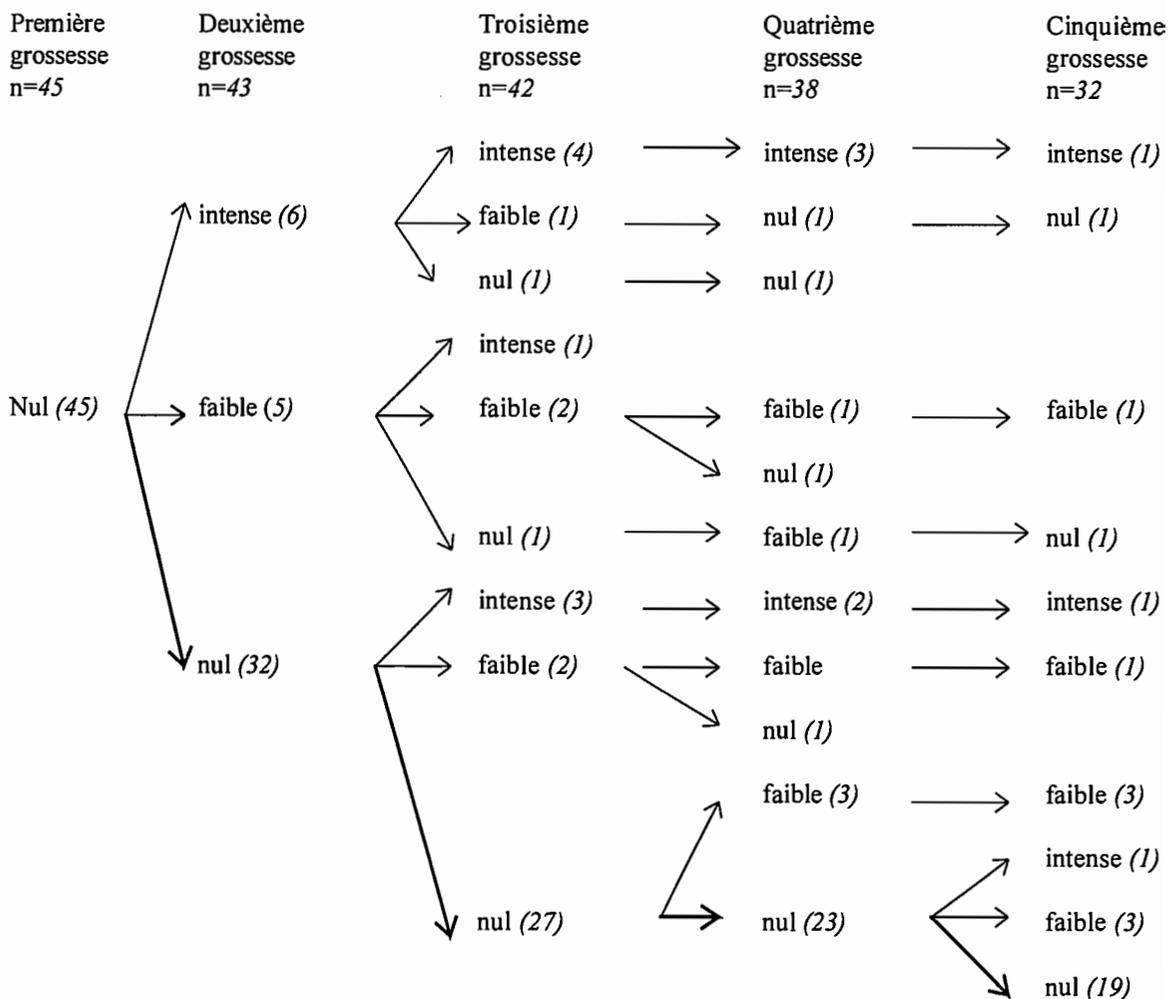


Figure 5. Femmes de 35-49 ans ayant eu une première grossesse avec suivi prénatal faible

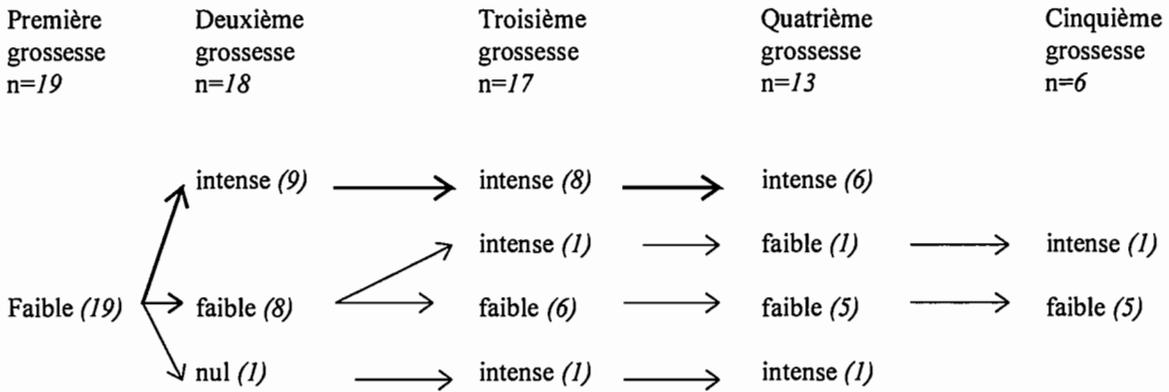
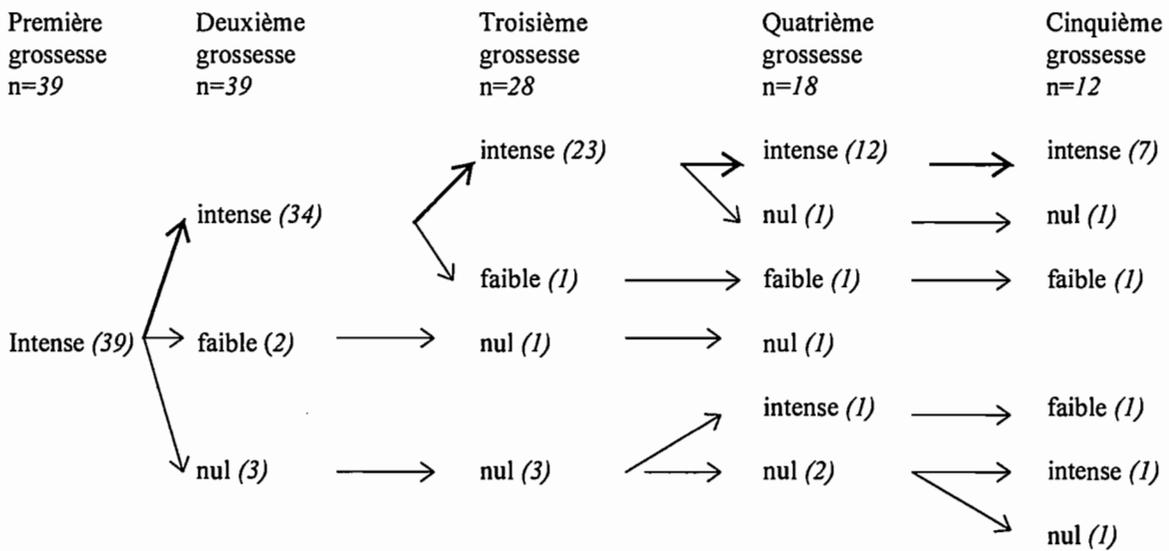


Figure 6. Femmes de 35-49 ans ayant eu une première grossesse avec suivi prénatal intense



PARUS DANS LES COLLECTIONS DE L'ETS

Documents de recherche

- n° 1 : Recompositions familiales et transformations agraires. Une lecture de cas africains et mexicain - André QUESNEL et Patrice VIMARD, 23 p.
- n° 2 : Micro-économie de la fécondité. Quelques réflexions à partir du cas indien - Christophe Z. GUILMOTO, 22 p.
- n° 3 : Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise - Patrice VIMARD, 31 p.
- n° 4 : Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain - Susana LERNER, André QUESNEL et Olivia SAMUEL, 29 p.

Notes et Projets

- n° 1 : Projet scientifique, 19 p.
- n° 2 : Santé de la reproduction et changement socio-économique dans un milieu rural sénégalais. Cadre conceptuel d'un programme de recherche - Valérie DELAUNAY, 17 p.
- n° 3 : Bibliographie des membres de l'ETS 1994-1995 - Préparée par Agnès GUILLAUME, 26 p.
- n° 4 : Sida et santé de la reproduction en Afrique sub-saharienne. Une revue commentée de la littérature - Annabel DESGREES DU LOU, 25 p.
- n° 5 : Propositions pour des recherches appliquées sur la planification familiale en Afrique subsaharienne. De l'utilité de la recherche pour l'efficacité des programmes de population - Patrice VIMARD, KOFFI N'Guessan, Agnès GUILLAUME et Agnès ADJAMAGBO, 18 p.

Reproduit en France par INSTAPRINT S.A.
1-2-3, levée de la Loire – LA RICHE – B.P. 5927 – 37059 TOURS Cedex 1
Tél. 02 47 38 16 04

Dépôt légal 3^{ème} trimestre 1997

L'ETS regroupe des chercheurs de l'ORSTOM, de différentes disciplines (démographie, anthropologie, nutrition...), qui se sont réunis sur des problématiques liées à la transition de la fécondité et à la santé de la reproduction.

L'ETS publie deux séries de documents. Les *Notes et Projets* présentent les thèmes et les méthodes des programmes en cours. Les *Documents de Recherche* proposent des analyses de cas, des études comparatives et des réflexions théoriques.



ETS, ORSTOM/LPE, Case 10, Centre St. Charles,
3 place V. Hugo, 13331 Marseille Cedex 3, France.

Tél./fax : (33) 04 42 22 46 31

Email : vimard@orstom.rio.net