

## FEMMES ENTRE MARI ET MEDECIN

**Le programme de planification familiale mexicain  
entend favoriser l'accès des femmes à la contraception  
puis à la maîtrise de leur fécondité.  
Mais celle-ci est loin d'être totale et harmonieuse  
dès lors que l'espace de décision de la femme  
reste circonscrit par les médecins  
au détriment des maris.**

Par André QUESNEL et Olivia SAMUEL,  
Démographes, ORSTOM \*

**L**e Mexique rural enregistrait dans les années 1950/70 un des taux de fécondité les plus élevés d'Amérique Latine. Les femmes avaient plus de sept enfants au cours de leur vie et aucune projection ne prévoyait un changement radical de cette situation pour les années à venir. Pourtant, dès 1983 l'enquête nationale démographique montrait que, depuis la fin des années soixante-dix, un net fléchissement des niveaux de fécondité se produisait en milieu rural et dans les couches sociales défavorisées (1).

### MODIFICATIONS DU CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

**S**i le déclenchement de la baisse de la fécondité en milieu rural a été concomitant à la mise en place du Programme de Planification Familiale (1977), la fécondité des populations rurales mexicaines a d'abord été affectée par divers facteurs dont trois ont plus particulièrement modifié le contexte socio-économique où s'inscrivent les comportements reproductifs.

\* Cet article s'appuie sur une étude démographique réalisée dans deux régions rurales du Mexique des états du Yucatan et du Morelos entre 1987 et 1991, sous la responsabilité de Susana Lerner (El Colegio de Mexico, Mexique) et d'André Quesnel (ORSTOM).

1) Pour l'ensemble du pays, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 5,3 à 3,8 entre 1977 et 1987 (Enquête Démographique et de Santé, 1987).

### La transformation de l'unité d'exploitation agricole

Conséquence de la crise économique et de la croissance démographique, cette unité de production ne requiert plus, ni ne peut absorber une main-d'œuvre familiale nombreuse. Une partie de la famille doit désormais intégrer des activités productives à l'extérieur, et de ce fait participe à de nouveaux espaces de socialisation. Ces changements exigent la redéfinition des parcours individuels au sein des familles et provoquent l'émergence de nouveaux idéaux et comportements en matière de fécondité.

En effet, la famille nombreuse n'apparaît plus comme une nécessité et des considérations à court terme comme la cherté de la vie ou l'éducation des enfants, s'imposent en faveur d'une faible descendance. Mais plus profondément c'est à une réévaluation de la place, du rôle et du devenir des enfants dans la famille et la société que sont contraints les hommes et les femmes.

### Légitimation de la planification familiale

Un fort écho sur la place publique a été volontairement donné aux alertes des politiques et des scientifiques quant aux conséquences économiques, tant au niveau national que familial, qu'entraînerait le doublement de la population entre 1960 et 1980. Le droit des individus "à

décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants" est inscrit dans la Constitution par la Loi de Population adoptée en 1973. La Coordination Nationale de Planification Familiale créée en 1977, met en place des plans successifs d'orientation et d'action concernant l'ensemble de la population. Leur objectif est de favoriser une demande de régulation de la fécondité et d'y répondre par une offre abondante de méthodes contraceptives. Les institutions de santé sont chargées de la mise en œuvre de ces programmes dans le cadre de leur activité de santé materno-infantile.

### La médicalisation de la procréation

L'extension des infrastructures médicales et de la couverture sociale (de 22 % en 1970 cette dernière atteint 63 % de la population en 1980), ont permis d'améliorer considérablement le suivi médical des grossesses, des accouchements ainsi que les soins aux enfants. Les matrones ont été progressivement intégrées au système de santé publique. Résultat : dans le cadre de la population étudiée dans l'état du Morelos, 15 % seulement des grossesses survenues entre 1988 et 1990 ont été suivies par une matrone alors qu'elles étaient 40 % avant 1973. De même, avant 1973, moins de la moitié des accouchements avaient eu lieu dans un centre médical contre plus des trois-quarts depuis 1983.

C'est donc à partir des années 1970 que les progrès sont les plus notables, époque où les services de planification familiale deviennent partie intégrante du secteur santé. De nombreuses études ont montré que le suivi médical effectué par les médecins du secteur public pendant la grossesse et lors de l'accouchement facilitait l'adoption d'une pratique contraceptive à la suite d'une naissance (2). Au Morelos aujourd'hui 80 % des accouchements sont réalisés dans ce cadre public.

2) Au niveau national, le taux de couverture de la contraception des femmes en union âgées de 15 à 49 ans est de 52,7 %, et les méthodes contraceptives les plus utilisées sont par ordre décroissant selon le nombre d'utilisatrices : la stérilisation féminine (36,2 %), le stérilet (19,4 %) et la pilule (18,2 %) (Enquête Démographique et de Santé, 1987).

## DE NOUVEAUX MODELES REPRODUCTIFS

**D**ans un environnement socio-économique en mutation, le rôle des agents du secteur médical (médecin, infirmière, sage femme etc...) est essentiel dans l'élaboration du nouveau modèle de fécondité mexicain.

L'interaction croissante entre les médecins et les femmes a conditionné le développement, en un temps extrêmement court, d'un nouvel espace de socialisation où ces dernières sont confrontées à de nouvelles normes biomédicales et sociales en matière de reproduction. Dorénavant, les rapports sociaux qui entourent chaque grossesse et chaque accouchement s'élaborent essentiellement hors de la sphère d'influence

familiale et villageoise, sphère où la venue d'un enfant permettait autrefois d'établir la place et le rôle des individus dans la famille et la communauté.

Par conséquent, on assiste progressivement à un déplacement des instances et des acteurs décisionnels dans les choix reproductifs : la femme s'autonomise et l'homme est mis à l'écart au profit d'une intervention accrue du médecin.

### Une logique médicale implacable

Tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du suivi post-natal, les médecins parlent systématiquement de la planification familiale et une liaison constante est établie entre le champ médical et le champ para-médical.

#### MORELOS, FEMME AGÉE DE 25 ANS, EN UNION, DEUX ENFANTS

Q. Vous avez eu une césarienne à votre premier accouchement ?

R. Oui.

Q. Pour quelle raison ?

R. Parce qu'ils m'ont dit que je n'avais plus assez de force pour que ma fille naisse.

Q. A la clinique, vous ont-ils parlé de planification familiale ?

R. Oui.

Q. Que vous ont-ils dit ?

R. [Ils m'ont demandé] avec quoi je voulais me contrôler\*, si je voulais la pilule ou le stérilet ou..., c'est tout ce qu'ils m'ont dit.

Q. Et les injections [hormonales] ?

R. Oui, aussi.

Q. Quand vous ont-ils dit cela ?

R. Quand ma fille avait trois mois.

Q. Pour quelle raison êtes-vous allée à la clinique à ce moment là ?

R. J'ai emmené ma fille pour qu'on me donne du lait, et la doctoresse m'a demandé si je voulais me contrôler.

Q. Comment s'est passé la naissance de votre deuxième enfant ?

R. Je n'ai rien senti, il m'ont aussi fait une césarienne.

Q. Pourquoi ?

R. Le docteur m'a dit qu'il ne pouvait pas naître normalement parce que la première fois j'avais eu une césarienne. Ils m'ont donné un rendez-vous pour me faire la césarienne et je n'ai pas eu mal.

Q. Qu'a dit votre mari à propos de la césarienne ?

R. Rien.

Q. Combien de temps êtes vous resté à la clinique ?

R. Pareil [que pour le premier enfant], seulement quatre jours.

Q. Et ils vous ont opérée\*\* à ce moment là ?

R. Oui.

Q. Le même docteur qui vous a fait la césarienne ?

R. Oui, en même temps il m'a opérée.

Q. Comment avez-vous décidé de vous faire opérer ? Aviez-vous parlé avec le docteur, avec votre mari ?

R. Oui, j'en avais parlé avec le docteur auparavant, je voulais me faire opérer parce que je ne voulais pas d'autres enfants.

Q. Comment avez vous été au courant de l'opération ?

R. Parce que le docteur m'avait dit que si j'avais un autre enfant il fal-

lait que je m'opère pour ne pas risquer une autre fois ma vie.

Q. Pour ne pas risquer quoi ?

R. Vous savez, ils disent qu'on ne peut pas en avoir plus de trois [césariennes], mais parfois...

Q. Pourquoi ?

R. A force d'opérer, les césariennes s'ouvrent.

Q. Vous avez parlé à votre mari de l'opération ?

R. Oui.

Q. Qu'a t-il dit ?

R. Il ne voulait pas que je m'opère.

Q. Pourquoi ?

R. Il voulait un autre enfant et je lui disais que non parce que la césarienne fait très mal..., et puis après ma mère m'a dit de m'opérer et le docteur m'a opéré.

Q. Votre mari a été d'accord ?

R. Oui, il ne m'a plus rien dit.

Q. Vous êtes satisfaite de l'opération ?

R. Oui.

Q. Vous ne vouliez pas d'autres enfants ?

R. Si, je voulais un autre enfant, mais ce n'est pas possible.

\* contrôler : utiliser une méthode contraceptive

\*\* opération : ligature des trompes



Photo CHIC

Intégrer de nouvelles normes biomédicales

Chacune des interventions du personnel de santé est l'occasion de diffuser de nouvelles normes biomédicales et sociales de la reproduction. Ces normes standards concernent l'âge au premier et dernier enfant (les âges respectivement conseillés sont 20 et 35 ans), l'intervalle entre les naissances (2 à 3 ans), l'allaitement, la taille de la famille (2 ou 3 enfants) et la place de l'enfant (importance de l'éducation et de la santé). Elles sont justifiées d'une part par des critères d'ordre médical (qui ne sont jamais remis en question et rarement actualisés) et d'autre part, et surtout, par des arguments économiques qui touchent de très près les familles.

Les médecins, en s'adressant prioritairement aux femmes dans leur travail de conscientisation à l'égard de la planification familiale, en font les dépositaires des nouvelles valeurs familiales. C'est en effet en s'appuyant sur les difficultés que rencontre (et rencontrera) la femme pour élever et scolariser ses enfants qu'ils lui conseillent d'espacer et de limiter sa progéniture et cela, dès la première naissance. A cette occasion la femme se voit donc obligée de programmer la constitution de sa descendance et d'adopter une contraception, voire d'envisager d'ores et déjà une contraception définitive : l'"opération" (ligature des trompes).

La "mission" des agents de la santé dans la planification familiale ne s'arrête donc pas à la transmission d'idéaux, leur travail est de conduire la femme à adopter une pratique contraceptive efficace entre chaque naissance, puis définitive une fois atteinte la "taille idéale" de la descendance. Comment peut-elle se soustraire à cette problématique dès lors que le médecin la responsabilise à l'égard de son propre corps et de sa santé et qu'il inscrit sa vie procréatrice dans une logique obstétrique ou contraceptive ? Par exemple, après un accouchement par césarienne, pratique de plus en plus courante à la première naissance, la femme doit assumer d'un coup l'annonce qu'elle devra forcément accoucher de la même façon à sa prochaine grossesse puis qu'il lui faudra ensuite cesser ses maternités en ayant recours à l'opération (cf. encadré page précédente) ! De même, après un usage prolongé de la pilule, le médecin orientera la femme vers une autre méthode de contraception, et face à un refus fréquent du stérilet (cf. encadré ci-contre), l'acheminera directement vers la stérilisation.

En assumant les objectifs non sanitaires du programme de planification familiale, les médecins ont engagé la santé materno-infantile dans une systématique de la procréation qu'ils ne remettent pas en question. Cette

orientation se fait au détriment d'une information objective et non partielle auprès des femmes qui sont devenues leurs interlocutrices privilégiées mais également auprès de l'ensemble de la population rurale.

### Normes médicales et traditions familiales

Parallèlement à la diffusion de ce schéma médical de la procréation, certaines normes familiales traditionnelles perdurent. Le contrôle familial et social de la fécondité est encore très fort au début de la constitution de la descendance. C'est en effet jusqu'à la naissance du premier enfant que s'exprime avec le plus de vigueur une certaine idéologie de la procréation et que les institutions traditionnelles influencent le plus décisivement les comportements reproductifs des jeunes couples. Ceci est d'autant plus vrai quand l'institution médicale et ses nouvelles valeurs familiales ne font pas encore parties de l'espace social de la future maman.

Cependant, afin de préserver les normes traditionnelles de la procréation comme la reconnaissance sociale de la famille liée à la fertilité de la femme ou à la venue d'un enfant dans la première année du mariage, l'entourage de la femme (mère, belle-mère, voisines et mari) est contraint de replacer son discours à l'intérieur même du champ biomédical de la contraception. On invoque les dangers de la contraception, on s'oppose à l'utilisation de la pilule avant le premier enfant et on refuse celle du stérilet après la naissance alors que c'est justement cette méthode que voulaient promouvoir les responsables du programme de la planification familiale.

De la même façon, pour lutter contre la contraception, l'Eglise catholique met en avant des arguments de santé materno-infantiles souvent erronés au lieu de se référer aux normes religieuses de la procréation. Cependant, c'est toujours par des arguments religieux que la femme justifie ses nouveaux choix reproductifs : "j'ai les enfants que Dieu m'envoie" disait-elle autrefois. "Je me fais opé-

rer (stériliser) si Dieu le veut" répond-t-elle aujourd'hui.

Le télescopage des croyances traditionnelles et des connaissances modernes véhiculées par l'école, le secteur sanitaire, les médias... est caractéristique des populations en transition. Aussi dans un tel contexte, l'information sur les méthodes contraceptives est-elle parasitée par tous les acteurs sociaux, et de ce fait, peu de femmes ont une trajectoire contraceptive réellement maîtrisée.

**MORELOS, FEMME  
AGÉE DE 29 ANS,  
EN UNION, TROIS ENFANTS**

Q. N'avez-vous jamais pensé à vous faire poser un stérilet ?

R. Je n'ai pas confiance, j'ai peur.

Q. Pourquoi ?

R. Parce que le stérilet provoque le cancer de l'utérus, comme c'est du cuivre la chair s'oxyde, enfin je ne sais pas si c'est vraiment comme ça, mais je crois [...]. En plus, il arrive parfois que des personnes tombent enceintes et que les enfants naissent avec le stérilet sur la figure ou sur le corps.

Q. Comment cela ?

R. J'ai vu un enfant, je ne sais plus très bien où, qui était né avec le stérilet, il avait le "t" [forme du stérilet] sur le front.

Q. La marque sur la peau ?

R. Oui.

Q. Vous l'avez vu ?

R. Oui, et c'est de ça que j'ai peur. Je ne sais pas si cela arrive à tous les enfants mais c'est le cas que j'ai vu. En plus, j'ai une amie qui avait un stérilet et qui se l'est fait enlever au bout de trois ans ; elle est tombée enceinte immédiatement et l'enfant est né avec des problèmes.

Q. Comment ?

R. Malade, avec une tête trop grande et une boule, et dans l'épine dorsale il avait aussi une boule je crois, et le docteur lui a dit que c'était à cause du stérilet et parce qu'elle était tombée enceinte tout de suite.

**La femme seule responsable  
de la procréation**

Les médecins exercent une domination certaine sur les femmes mais cette nouvelle relation binaire confère à ces dernières une position particulière : ce sont elles seules, qui, face au médecin, vont devoir gérer et maîtriser leur fécondité, c'est-à-dire assimiler le discours institutionnel sur la planification familiale, se l'approprier et en faire acte.

Cependant, si au cours des transactions avec les médecins toutes les femmes se voient investies de la responsabilité de la constitution de leur descendance, peu nombreuses sont celles qui vont acquérir une véritable maîtrise de leur vie reproductive. Leur adhésion au système de santé reste conditionné par leur histoire personnelle et leur rapport aux instances traditionnelles de contrôle.

Pour certaines, la relation avec le médecin est évaluée négativement car elles ont le sentiment d'être confrontées à une médecine technicienne qui ne considère pas l'individu comme un être social. En conséquence, elle la rejette pour elles-mêmes tout en y ayant recours pour la santé de leurs enfants. De même, l'attachement aux instances traditionnelles et le recours à la matrone pour le suivi pré-natal et, dans certains cas pour l'accouchement, correspondent à une angoisse face à la biomédecine et ses agents, et entraînent une mauvaise utilisation des méthodes contraceptives, voire leur refus.

**La remise en cause du pouvoir masculin**

Alors qu'au départ, la notion de "paternité responsable" constituait un des piliers de la légitimation et de la diffusion de la contraception, on constate actuellement que, paradoxalement, la réalisation de ce programme a institué la femme comme seule responsable de la procréation.

Les maris sont déresponsabilisés, marginalisés et même évacués par le médecin du processus décisionnaire en matière de contraception. Du fait de l'imbrication de la santé et de la

planification familiale, ils sont tenus de se conformer au discours médical concernant aussi bien les nouvelles normes de la procréation que les pratiques comme les césariennes et les stérilisations féminines dont le recours est souvent justifié par une argumentation biomédicale.

La remise en cause du pouvoir masculin en matière de reproduction atteint des valeurs profondément ancrées dans la culture mexicaine. Le médecin induit une nouvelle problématique d'arrêt de la descendance en donnant tout pouvoir de décision aux femmes. Mais le travail d'intériorisation de cette nouvelle responsabilité exclusive de la femme est loin d'être achevé. L'homme, bien que dépossédé de son autorité traditionnelle doit en dernière instance être consulté, pour accepter ou pour se soumettre à la décision prise entre la femme et le médecin, surtout lorsqu'il s'agit de procéder à une stérilisation féminine.

Les maris sont obligés de prendre en compte dans leurs rapports conjugaux ce nouvel acteur qu'est le médecin. Lorsque l'époux n'est pas en conflit avec cette nouvelle distribution des rôles et qu'un consensus conjugal s'établit en matière de planification familiale et de pratique contraceptive, l'autonomie des femmes est beaucoup plus facilement conquise dans ce domaine.

*En 20 ans, la politique sanitaire du Mexique a permis des progrès considérables en ce qui concerne le recul de la mortalité maternelle et infantile. Cependant, dans le domaine de la planification des naissances, les difficultés psychologiques et les échecs auxquels sont confrontées les femmes, devraient inciter les instances politiques à mettre également en place des actions de formation envers les hommes : maris et médecins.*



# SOMMAIRE

## EDITORIAL

- Pratiques de fécondité* ..... P. 1  
par Annette CORREZE

## PROPOS

- Histoires de fécondité ..... P. 4

### KALEIDOSCOPE ..... P. 4

- Erreur ou don de Dieu
- Ayez 7 garçons et 7 filles
- J'aurais aimé avoir un enfant

### AFRIQUE SUB SAHARIENNE ..... P. 6

- Faut-il brûler Ogino
- par Thérèse LOCOH, CEPED

### TEMOIGNAGES ..... P. 8

- Paroles de femmes et d'hommes

### FRANCE ..... P. 14

- Un enfant quand je veux
- par Fabienne LAURES et Mauricette CICCOLI



## PLANIFIER

### KALEIDOSCOPE ..... P. 18

- L'expérience iranienne des politiques de population
- Le Bangladesh encourage la scolarisation des filles
- Quand politique et religion s'accordent

### ILE MAURICE ..... P. 21

- Trente ans d'Action Familiale
- par François et Michèle GUY, Gisèle YIP TONG  
Richard SAINT-MART

### CHINE ..... P. 25

- Objectif croissance zéro
- par SHI LU, CNRS

### MADAGASCAR ..... P. 28

- Femmes en mutation
- par Jocelyne RAMANANTENASOA

### MEXIQUE ..... P. 30

- Femmes entre mari et médecin
- par André QUESNEL et Olivia SAMUEL, ORSTOM



## INVENTAIRE

- ..... P. 34
- par Jacques VALLIN, INED

## REPERES

- Pratiques de fécondité ..... P. 41
- par Bernard HUSSON

## SAVOIR

- Lire ..... P. 44
  - Découvrir ..... P. 45
- par Marie-Christine BIVERT, Responsable CIEDEL Documentation

## FORUM

- Agenda - Nouveautés ..... P. 46

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire  
N° 38 840 / 1  
Cote B