

**CONTEXTES
INSTITUTIONS ET ACTEURS
POUR UNE APPROCHE MULTIPLE
DES RELATIONS ENTRE CONDITIONS DE VIE
ET COMPORTEMENTS REPRODUCTIFS**

Susana LERNER

El Colegio de México, México, Mexique

André QUESNEL

Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Paris, France

**1 - Introduction : un cheminement problématique
et méthodologique**

Le débat *population-développement* a changé de registre au cours des dernières années. Au départ du champ économique, il s'est fragmenté et s'est placé, d'une part, autour de la problématique *population-environnement* et, plus largement, du *développement durable*, et, d'autre part, autour de la problématique *population-santé de la reproduction*. La santé de la reproduction, concept élaboré par l'OMS (WHO, 1976 ; Fathala, 1992), s'est constituée rapidement en un champ de référence de la définition des actions du FNUAP en matière de régulation de la fécondité, mais aussi de nombre d'ONG, en matière de droits des femmes et plus particulièrement de leurs droits reproductifs. La conférence du Caire (1995) a consacré l'extension des domaines en matière de santé de la reproduction qui doivent faire l'objet de recommandations des instances internationales, sinon d'une juridiction internationale, dès lors

qu'elle touche aux droits des individus. Toutefois, c'est la mobilisation de la recherche autour de cette problématique qui a conduit à un élargissement des domaines qu'elle recouvre. Le concept récupère des dimensions qui étaient contenues dans les programmes de planification familiale (le droit des individus à décider du nombre de leurs enfants, la responsabilité du couple, le droit d'accès aux services, le bien-être familial) et en intègre d'autres, comme les relations de genre, la sexualité, les droits reproductifs, autant de dimensions nouvelles qui conduisent à réviser la notion même de santé.

Dans cet environnement, la relation entre *pauvreté-fécondité et planification familiale* reste cependant abordée en termes macro-économiques et macro-démographiques, comme l'est encore la relation entre *pauvreté et croissance de la population*, même si le discours et surtout l'intervention des pouvoirs publics sont élaborés au niveau des familles, des individus et plus particulièrement des femmes.

Au Mexique, un débat idéologique sur le sens de la relation entre développement et croissance démographique s'est situé à ces niveaux macro-économique et individuel. Il a opposé les partisans du développement économique aux partisans du contrôle de la croissance démographique. Ces derniers, largement représentés par le secteur médical, en prenant position pour une réduction de la fécondité comme un préalable et une nécessité du développement économique et social du pays, ont d'autant mieux emporté le débat qu'ils ont préconisé de considérer la planification familiale comme partie des activités du secteur santé, autrement dit, présenter leurs activités dans le champ plus large du développement sanitaire et social de la population (Brachet Márquez, 1985). L'État mexicain a alors modifié sa position quant à la régulation de la croissance démographique, avec la promulgation de la Loi de population de 1973, qui rompt avec la première loi de 1940, d'idéologie très populationniste, et avec la mise en place du Programme de planification familiale (PPF) de 1976. L'ensemble des services et des agents a été mobilisé pour la mise en œuvre de la politique de population et du PPF. En 1982, contre toute attente, l'enquête nationale de fécondité révélait l'efficacité de ce programme. La baisse était d'autant plus spectaculaire qu'elle concernait, depuis 1976 et surtout 1979, les classes sociales les plus pauvres (DGPF, 1987). Par la suite, on a pu croire à un ralentissement de cette baisse dans les classes les plus pauvres ; il s'agissait en fait d'une modification très forte du calendrier : les générations des groupes d'âges 15-25 ans continuaient d'avoir une fé-

condité précoce, constituant rapidement leur descendance et interrompant leur vie génésique par le biais de la stérilisation (ligature des trompes) (Zavala de Cosio, 1992). Ces changements brutaux de l'intensité et du calendrier de la fécondité des classes sociales les plus défavorisées sont liés à l'intervention des services de santé et de leurs agents dans la mise en œuvre et la diffusion des méthodes contraceptives (Potter *et al.*, 1986), soulignant ainsi de manière plus générale l'importance du rôle que les institutions sociales jouent dans la régulation de la fécondité¹.

Dès lors, il apparaissait insuffisant, pour alimenter le débat *pauvreté-développement-fécondité*, de se satisfaire de corrélations peu significatives entre de simples données économiques - soit au niveau collectif ou individuel agrégé - et les évolutions de la fécondité et de l'intensité de la pratique contraceptive. Par ailleurs, on constatait, dans des contextes que l'on avait identifiés comme homogènes selon un nombre important de critères, que se dessinait une forte différenciation vis-à-vis du recours aux moyens de contraception de la part des individus, indiquant par là une différenciation des comportements reproductifs. De plus, en se situant au niveau des acteurs, si une grande majorité de femmes, même les plus pauvres, avaient recours à la contraception, il restait que les modalités étaient fort différenciées et surtout qu'un certain nombre d'entre elles semblaient rester en marge, non seulement du PPF, mais aussi (et en même temps) du système de santé.

Il était alors important, nous semblait-il, de s'intéresser aux institutions de santé, non seulement du point de vue de leurs pratiques quant à la mise en œuvre du programme de planification familiale, mais également du point de vue de leur rôle comme instances de médiation auprès des familles et auprès des femmes, et plus encore de les considérer comme espace de socialisation, de contrôle, d'intervention et de négociation entre leurs agents et les femmes.

Il convenait enfin de se demander si, lors des transactions entre les agents de la santé et les femmes, s'opérait une *actualisation*² des rapports

1. L'indice conjoncturel de fécondité baisse de 6,0 en 1974 à 5,0 en 1979, pour atteindre 2,5 enfants par femme en 1994 (CONAPO, 1999). En milieu rural, cet indice varie respectivement, aux mêmes dates, de 7,6 à 7,0 et 3,8 enfants par femme. Le pourcentage d'utilisatrices en milieu rural passe de 14,1 % des femmes en 1976, à 32,3 % en 1987, pour atteindre 52,7 % en 1995, contre respectivement 43,1 %, 61,8 % et 71,3 % en milieu urbain.

2. Nous reprenons le sens économique du terme - l'évaluation de la valeur actuelle d'un bien matériel, d'un prix, etc. - mais nous l'entendons comme un processus

sociaux qu'elles avaient entretenus auparavant avec les autres acteurs des instances sociales, prises comme autant d'espaces de socialisation (la famille d'origine, la communauté, l'école, l'unité de production, et enfin le couple), bref, s'il s'opérait une *actualisation* de leur trajectoire reproductive. On était donc amené de nouveau à étudier les trajectoires individuelles de certains groupes sociaux en les replaçant dans les différents contextes de socialisation et de reproduction où ils avaient vécu.

Nous venons d'évoquer le cheminement problématique et méthodologique que nous avons suivi ces dernières années lors des recherches menées sur les transformations de la dynamique démographique et des comportements reproductifs dans différents contextes agraires du Mexique³. Aussi, plutôt que d'entrer directement dans le débat théorique « transition démographique et pauvreté » ou « pauvreté et fécondité », proposons-nous ici de rendre compte des différentes étapes de ce cheminement. En considérant à grands traits les différentes approches – contextuelle, institutionnelle, transactionnelle et biographique – des comportements reproductifs⁴, nous aborderons des dimensions particulières du débat auquel nous convie ce séminaire. Nous nous efforcerons enfin de rendre compte des modalités qu'implique chacune des approches considérées, et où se combinent des enquêtes (histoire du groupe familial, histoire matrimoniale du couple, histoire des grossesses, histoire contraceptive des femmes et des hommes) et des entrevues auprès d'un échantillon de femmes et d'hommes tiré des enquêtes selon la spécificité de leur trajectoire reproductive, ainsi que des entrevues auprès des agents des services de santé.

et l'élargissons au sens d'évaluation par les femmes de la situation vécue à l'aune des expériences passées dans ce domaine, comme l'accouchement par rapport aux accouchements antérieurs, ou bien plus largement encore à l'aune de l'habitus et de l'histoire de l'individu.

³. Les études ont eu lieu dans la Valle del Yaqui (État du Sonora), dans la zone sucrière de l'État du Morelos et dans la zone de l'henequen (sisal) de l'État du Yucatán.

⁴. Il s'agit du niveau d'approche – le contexte, l'institution, l'individu – et non pas d'analyse formalisée dans le cadre d'une discipline, comme l'analyse contextuelle (ou multi-niveaux) ou l'analyse biographique dans le cas de la statistique.

2 - L'approche au niveau des contextes ou approche contextuelle

Dès la fin des années 1960, le débat *population-développement* en Amérique latine, au sein de CLACSO⁵, devait conduire à souligner la nécessité de prendre en compte les conditions de formation du contexte économique et social (la dimension historico-structurale) propre à chaque pays – mais aussi à chaque région de l'espace national – dans le cadre de la division internationale du travail. Aussi nombre d'études ont-elles été menées dans ce sens à partir du milieu des années 1970 (Miró et Rodríguez, 1981 ; Montali et López Pattara, 1982). Toutes ces études ont apporté une contribution importante à la compréhension des comportements reproductifs, et plus particulièrement des comportements migratoires, en les référant à des contextes spécifiés, même si l'on peut critiquer, dans de nombreux cas, la schématisation du cadre théorique qui a souvent été faite au niveau de l'analyse régionale. La démarche consistait à considérer les individus comme partie prenante de classes sociales et de leurs rapports, et dans chacune d'elles à considérer la famille comme instance médiatrice entre le niveau macro et le niveau micro. On retiendra donc cette leçon pour questionner les schémas analytiques de la relation *développement (pauvreté)-accroissement de la population* selon lesquels on invoque aujourd'hui la crise économique au niveau général et on se situe au niveau des individus pour expliquer leur attitude quant au recours aux moyens contraceptifs afin de réguler leur fécondité. Cependant, on doit reconnaître qu'aujourd'hui, en Amérique latine, le plus grand nombre d'études insistent sur la nécessité de contextualiser les comportements reproductifs et de les étudier au niveau des instances sociales - au premier rang la famille - qui médient cette relation⁶.

L'autre critique formulée par CLACSO et par d'autres instances de coordination, comme PISPAL, et à laquelle nous avons essayé d'échapper, a porté sur les indicateurs habituellement utilisés pour rendre compte des phénomènes démographiques, comme la nuptialité et la

5. CLACSO, Commission latino-américaine des sciences sociales.

6. On retrouve là une préoccupation ancienne des travaux réalisés par la *Comisión de Población y Desarrollo, 1981-1986* devant l'insuffisance ou l'insatisfaction des cadres théoriques, pour expliquer les comportements reproductifs ou la dynamique de population, la famille étant considérée comme l'instance médiatrice entre l'individu et la société.

fécondité des pays en développement. Ces indicateurs, s'ils sont indispensables à l'analyse de l'évolution du calendrier et de l'intensité de ces phénomènes, ne peuvent plus, de par les référents de leur construction (les populations européennes du XIX^e et du début du XX^e siècle), expliquer en même temps la nature et le sens de leur changement (Lerner et Quesnel, 1986 ; Samuel *et al.*, 1994).

Nos études ont été réalisées en choisissant des contextes agraires considérés comme homogènes selon un certain nombre de critères agro-économiques et démographiques. Après restitution de ces contextes, de leur hétérogénéité cachée et de leur composition selon différents groupes sociaux, l'analyse pouvait se situer au niveau des unités de production et des unités familiales. L'idée sous-jacente restait que l'on devait pouvoir restituer la valeur des indicateurs démographiques dans le temps et dans les différents groupes sociaux du contexte considéré. L'objectif de notre recherche à ce niveau était d'examiner d'abord l'effet des changements dans le secteur agricole, en ce qui concerne les arrangements familiaux et la redistribution des rôles à l'intérieur de la famille : ces recompositions étant susceptibles de favoriser l'émergence de nouveaux idéaux et comportements en matière de fécondité. Ainsi, à la suite de la crise économique des années 1980 et plus particulièrement du secteur agricole, on pouvait constater une forte détérioration des capacités de subsistance des unités familiales, accompagnée d'une moindre nécessité de recourir à la main-d'œuvre familiale. Il en résultait, en conséquence, une moindre absorption de cette dernière au sein de ces unités et le développement de la pluriactivité des membres les plus jeunes, hommes et femmes, voire du responsable de l'unité de production agricole, à l'extérieur de cette unité. Les revenus extérieurs tirés des activités salariées des différents membres constituaient peu à peu dans ces familles la principale sinon l'unique voie pour garantir sa survie ; en conséquence, l'unité de production agricole n'avait plus qu'un rôle de redistribution de la force de travail à l'extérieur. Aussi les lieux d'exercice des activités à l'extérieur de l'unité domestique constituent-ils les nouveaux espaces de socialisation des jeunes femmes et jeunes hommes, espaces où les idéaux de taille de la famille et de constitution de la descendance, en vigueur dans la communauté d'origine, vont être problématisés. D'autres éléments économiques viennent accentuer l'appauvrissement de la famille en ayant un impact important sur l'élaboration de ces idéaux : l'accroissement des coûts en matière d'alimentation, de santé et surtout d'éducation se fait sentir de manière

d'autant plus aiguë que s'accroissent les difficultés d'insertion des plus jeunes sur le marché du travail, cela ayant pour effet de mettre la nécessité d'une scolarisation prolongée des enfants, garçons et filles, en exergue des demandes et stratégies familiales (Lerner et Quesnel, 1989).

Ces transformations de l'économie domestique accompagnent celles de la composition et de la structure démographiques des unités domestiques, dues aux effets de la baisse de la mortalité et du maintien de la fécondité à des niveaux élevés jusqu'au début des années 1980, effets qui se traduisent par une coexistence prolongée entre les générations et entre les membres du groupe domestique, retardant ainsi la transmission des biens matériels, en particulier la terre, et des pouvoirs au sein de la parentèle, et questionnant plus généralement les relations sociales de production au sein du groupe domestique (Lerner et Quesnel, 1985 ; Quesnel et Lerner, 1989). En conséquence, ces nouvelles conditions de fonctionnement et de reproduction des unités domestiques ne peuvent manquer de favoriser de nouvelles représentations de la valeur des enfants et de leur place au sein du groupe domestique, représentations qui vont se différencier selon les couples, mais aussi selon l'homme et la femme à l'intérieur du couple. Les couples ont de plus en plus tendance à considérer qu'une nombreuse descendance n'est plus nécessaire à l'organisation économique du groupe domestique, et que l'aide de leurs enfants lors de la vieillesse ne leur est plus assurée ; d'ailleurs, nombre d'entre eux ne l'attendent pas. Les femmes, cependant, valorisent, bien plus que les hommes, l'aide ponctuelle qu'elles reçoivent de la part de leurs enfants, et ne sont pas sans évoquer, certes de manière ambiguë, l'aide probable que ceux-ci pourront leur apporter plus tard. Il faut aussi mentionner que cette ambiguïté semble devoir beaucoup au fait qu'en deçà de ces changements d'idéaux générés par les transformations de l'économie domestique, la valorisation de la maternité et de la paternité reste très prégnante dans l'ensemble des représentations des femmes et des hommes de ces sociétés paysannes au moment de l'union ; elle va peser très lourd sur les circonstances entourant la première grossesse, comme on le verra plus loin. Il reste qu'une demande de régulation de la fécondité et de diminution de la descendance se fait jour parmi les individus, mais elle s'exprime de manière fort différenciée selon les familles, les couples, les générations, les hommes et les femmes, et selon les contextes agraires (Lerner et Quesnel, 1989 ; Gautier et Quesnel, 1993).

Le fait d'avoir privilégié la référence au contexte agricole et familial, comme plus tard à la notion d'institution de santé, nous a conduits à considérer l'individu dans les différents espaces sociaux où il vit et où il a vécu. Ceci nous a alors amenés à prendre en compte la trajectoire d'un individu, de la femme plus particulièrement, en essayant de la référer à différents contextes et moments de son existence, tels que la famille d'origine, la formation de l'union, les premières années du couple, les conditions socio-familiales et les conditions d'accès aux institutions de santé lors de la première grossesse et lors des grossesses ultérieures, les conditions de scolarisation et de travail des enfants, etc. Nous reviendrons sur la méthode que nous avons suivie pour cela, nous voulons souligner pour le moment qu'il s'agissait d'aborder ces contextes comme des espaces de socialisation plus ou moins normatifs, où les individus, en relation avec d'autres acteurs, définissent leur attitude et leurs pratiques quant à la constitution de leur descendance. Cependant, notre approche, que nous qualifions d'institutionnelle, devait se centrer auparavant sur des institutions formalisées, comme les institutions de santé, pour le rôle qu'elles ont joué en tant que responsables de la mise en place et du fonctionnement du PPF et pour leur influence quant à la diffusion des idéaux de fécondité.

3 - L'approche au niveau des institutions ou approche institutionnelle

Au milieu des années 1980, on se trouvait dans l'incapacité d'expliquer le maintien ou la baisse de la fécondité dans les catégories les plus pauvres, dans la mesure où les éléments comme le recul de la mortalité infantile, le moindre recours à la main-d'œuvre infantile et/ou la plus ou moins grande solidarité dans le cadre de stratégies familiales de survie n'avaient pas les mêmes implications ni le même sens dans tous ces groupes sociaux. En particulier dans ces différents contextes agraires caractérisés par un faible niveau de développement infrastructurel, des conditions de vie précaires, un faible niveau de scolarisation, et plus encore quand ces conditions se trouvaient accentuées parmi certaines catégories sociales comme les *ejidatarios*, les résultats de nos études soulignent que les nécessités en main-d'œuvre familiale, l'exigence d'une meilleure formation de cette main-d'œuvre, la plus grande valorisation de la scolarisation des enfants, les coûts liés à leur élevage et leur éducation, ou encore les attentes quant à l'aide au cours de la vieillesse,

cation, ou encore les attentes quant à l'aide au cours de la vieillesse, empêchent d'envisager une nombreuse descendance. D'autre part, dans la plupart de ces groupes sociaux, les référents des comportements reproductifs semblaient avoir changé, en même temps qu'apparaissait l'indication d'un recours accru des femmes aux moyens contraceptifs, quel que soit leur groupe social d'appartenance et, dans une moindre mesure, quel que soit leur niveau d'éducation. De tels résultats exigeaient de prendre en compte le rôle des institutions en charge des politiques sociales et de planification familiale auprès des familles, et plus particulièrement des femmes (Lerner et Quesnel, 1994).

Il convient de souligner à nouveau que certains groupes sociaux appartenant au secteur politique, au secteur de la santé et à diverses organisations gouvernementales se sont assigné, dans les différents pays d'Amérique latine, comme une priorité nationale la conduite d'actions en vue de réduire et réguler la fécondité. Cela se traduit par la mise en place d'un programme de planification familiale dans le cadre de la politique publique de population, comme au Mexique, ou en l'absence de celle-ci, comme au Brésil, en laissant faire toutes sortes d'associations (Zavala de Cosio, 1992 ; Martine, 1996). Dans le cas du Mexique, à partir de 1976, avec le PPF qui s'inscrit dans la Loi de population de 1973, c'est à la fois le cadre matériel et le cadre idéologique de la procréation qui vont passer sous la responsabilité – et le contrôle – des institutions de santé et de leurs agents au détriment des autres instances et acteurs, comme les instances communautaires, la famille élargie, le conjoint, les matrones et les Églises, même si l'influence de ces derniers s'exerce encore fortement, en particulier durant la première grossesse de la femme, dans certaines régions et parmi certains groupes sociaux.

Face à l'institutionnalisation et à l'extension massive du PPF, qui s'exprime par la mobilisation de l'ensemble du personnel de santé, l'intégration des matrones (*parteras*) aux services d'assistance à la grossesse et à l'accouchement, l'orientation de nombreuses actions de santé materno-infantile vers le contrôle de la fécondité, l'accroissement des ressources financières dans le domaine de la santé reproductive, on ne peut s'étonner des changements des niveaux de fécondité dans les groupes les plus défavorisés, qui sont attribués pour 80 % à une intensification de l'usage des contraceptifs (Juárez *et al.*, 1989 ; Gómez de León, 1996). Cependant, on doit reconnaître que ces programmes furent implantés quand les conditions étaient favorables à une modifica-

tion des comportements reproductifs, transformations qui se seraient réalisées probablement suivant d'autres modalités et d'autres rythmes, le PPF contribuant finalement à une accélération du changement.

Autrement dit, il nous semblait intéressant de confronter les processus de demande et d'offre de régulation de la fécondité (Lerner et Quesnel, 1994). Du côté de la demande, nous avons vu que nous sommes efforcés d'identifier les facteurs qui, au sein des familles appartenant à des contextes agraires en pleine déstructuration économique, pouvaient la générer de la part des femmes, ou pour le moins, comment la formulation d'une demande - ou d'une pratique contraceptive - est possible au sein de ces sociétés paysannes⁷. Du côté de l'offre, nous sommes intéressés à la position des agents des institutions de santé et aux modalités de leur intervention dans le domaine de la régulation de la fécondité. D'un côté comme d'un autre, qu'il s'agisse des unités familiales et des institutions de santé ou d'autres institutions comme les Églises, les fiançailles, le mariage, etc., nous les avons considérées comme autant de lieux de socialisation, de négociation, de décision et d'action des individus en face de la santé et de la régulation de la fécondité. Ces institutions sont bien souvent le siège de logiques antagonistes, d'inégalité sociale et de pouvoir entre les genres et les différents acteurs qui y interviennent.

Ainsi cette ligne de recherche nous conduit-elle à examiner les effets qu'imprime l'action de l'État à travers ses institutions et par le biais des relations que ses agents établissent avec les femmes en matière de procréation, en essayant de dépasser l'approche conventionnelle qui se limite à une évaluation de l'offre en termes de moyens mis à disposition des individus, des familles, par les centres de santé et à une évaluation de la demande en termes de « demande insatisfaite » ou de réponse à travers l'intensité du recours aux divers contraceptifs, et en particulier du recours à la ligature des trompes.

4 - L'approche au niveau des acteurs

⁷. Au Yucatán, en 1987, lors d'entretiens auprès des femmes appartenant à l'échantillon de notre enquête réalisée en 1980, on a pu constater que les femmes étaient en mesure de parler de leur pratique contraceptive, celle-là même qu'elles avaient occultée à l'enquête ; fait significatif de l'ouverture idéologique que provoque en quelques années le PPF, en légitimant par ses différentes interventions l'idée de régulation de la fécondité (Gautier et Quesnel, 1993).

ou approche transactionnelle

Considérant chacune des institutions comme productrice de normes, nous sommes amenés à l'analyse des rapports qu'entretiennent les femmes avec les autres acteurs dans les différents espaces de transaction⁸ où elles vivent ou ont vécu : famille d'origine, espace conjugal et familial, et espace des institutions de santé.

Les institutions de santé sont considérées comme des espaces de socialisation et de négociation, autour des comportements reproductifs, entre médecins et femmes, mais elles sont surtout, à travers leurs agents, des organes d'intervention se donnant des objectifs à réaliser et ayant une logique propre. Ces institutions s'interposent entre les autres institutions, comme la communauté et la famille, et diffusent des normes biomédicales de la procréation (âge au mariage, âge au premier et dernier enfant, espacement entre naissances, nombre idéal d'enfants, modalités de l'accouchement, etc.), qui viennent interférer avec celles qui sont en vigueur dans la société ou communauté considérée. La diffusion de nouveaux schémas de procréation se réalise tout au long de la vie reproductive des femmes, et principalement au moment de l'accouchement, celui-ci ayant lieu aujourd'hui dans plus de 80 % des cas en clinique ou en hôpital, dans les zones rurales considérées. Le médecin s'interpose entre le mari et la femme, quant aux décisions à prendre en matière de constitution de la descendance, en se situant, de manière générale, autant sur le terrain de l'économie domestique (soulignant les difficultés d'élevage des enfants, par exemple) que sur le terrain des risques sanitaires de grossesses supplémentaires. Si cette relation conduit à une individuation des femmes en ce qui concerne leur santé et leur vie reproductive, et à une marginalisation du mari, qui pourraient amener les femmes à prendre la décision de contrôler leur fécondité, soulignons que c'est par une logique interventionniste, basée

⁸. La notion de transaction a été utilisée par différentes approches disciplinaires, et en particulier économique. Dans notre travail, cette notion renvoie à des processus plus complexes (idéologique, symbolique, économique) d'échanges et de relations sociales entre les individus au sein des différentes arènes sociales où ils sont amenés à se confronter. La nature et les conditions de la transaction dépendent de la position des individus dans la structure sociale et de l'asymétrie des rôles et des pouvoirs qui sont identifiés entre les acteurs et les institutions.

sur une logique obstétrique⁹, que l'institution de santé amène les femmes à interrompre leur vie reproductive après le troisième enfant (Lerner *et al.*, 1994). Soulignons que c'est encore au moment du premier accouchement en clinique que se joue, selon les conditions de sa réalisation, l'intégration au système biomédical, et qu'à chacun des accouchements subséquents, celle-ci est soumise à une actualisation de la part de la femme et est susceptible d'être remise en cause.

Aussi, afin d'évaluer le niveau d'intégration des femmes au système de santé, convient-il d'évaluer l'intensité des relations établies avec les agents des institutions de santé, relations qui sont susceptibles d'influencer et d'infléchir la vie reproductive de chacune de ces femmes. Il faut cependant situer cette prédominance croissante des médecins par rapport aux autres acteurs, autrement dit, il s'agit d'appréhender sous quel jeu d'influences se prennent les décisions concernant le suivi prénatal, les modalités d'accouchement, et surtout d'espacement et de contraception. Pour ce faire, au cours de nos entretiens, nous avons considéré les acteurs qui interviennent à chacune des étapes de la première grossesse, puis lors de chacune des grossesses ultérieures.

Nous traiterons plus loin de l'approche en termes de trajectoire, mais disons déjà que nous avons pris le parti méthodologique de distinguer les femmes selon des catégories qui expriment la spécificité de leurs trajectoires familiale, conjugale, génésique et contraceptive, afin de mieux rendre compte de l'intensité et de la nature des transactions qui s'opèrent entre les femmes et les différents acteurs, les médecins plus particulièrement. L'analyse est donc menée autour des événements de la procréation constitutifs de la trajectoire reproductive – grossesse, accouchement, planification familiale – à partir des entretiens auprès des femmes distinguées selon leur trajectoire contraceptive. Cette catégorie analytique, que nous avons appelée TRACON (trajectoire contraceptive), est définie selon un nombre limité de variables dichotomiques : l'utilisation de moyens contraceptifs modernes avant le troisième enfant, l'absence de naissance due à l'échec d'utilisation d'une

⁹. Il est admis sans remise en question qu'après trois césariennes, les risques d'une nouvelle grossesse exigent la ligature des trompes. Or en milieu rural, les accouchements sont réalisés par de jeunes médecins effectuant leur service social (les *pasantes*), qui, pour éviter toute complication lors du premier accouchement de la jeune femme, ont tendance à réaliser systématiquement une césarienne, cette première césarienne induisant la deuxième, puis la troisième (Gautier et Quesnel, 1993).

méthode, l'arrêt volontaire de la contraception entre les grossesses successives. Nous avons ensuite cherché à comprendre à quel moment et dans quelles conditions de leur histoire reproductive les femmes se sont acheminées vers une situation plutôt qu'une autre. Quelles sont les influences qui se jouent autour de la conception, de la grossesse et de l'accouchement, et qui s'expriment en synthèse dans chaque catégorie de trajectoire reproductive ? (Lerner *et al.*, 1994). C'est la synthèse de ce jeu d'influence des différents acteurs autour de la première grossesse et de ses conséquences sur les grossesses suivantes que nous avons cherché à représenter dans le schéma en annexe.

5 - L'approche des trajectoires reproductives ou approche biographique de la vie reproductive

Enfin, nous avons voulu privilégier une quatrième approche, que l'on pourrait aussi considérer comme une approche au niveau des acteurs, mais qui s'en distingue dans la mesure où il ne s'agit plus d'appréhender la relation qui s'établit entre des individus selon leur position dans l'arène sociale, mais plutôt de suivre la trajectoire d'un individu - ici les femmes - lorsqu'il traverse différents espaces de socialisation au cours de son existence.

L'idée qui soutient notre démarche analytique est, du point de vue des comportements reproductifs, de chercher l'hétérogénéité cachée des contextes agraires. Plus précisément, il convient, dans un même contexte agricole, et malgré la massification des services de la planification familiale, de savoir pourquoi et comment, d'une part, des femmes qui partagent des situations socialement proches (contexte rural, niveau des infrastructures de santé, éducatives, etc.) et des caractéristiques similaires en termes de niveau éducatif, d'insertion de leur conjoint dans la structure productive, présentent un comportement reproductif différencié, et d'autre part, des femmes qui ont des caractéristiques différenciées présentent le même comportement reproductif, quand celui-ci est considéré en termes de nombre d'enfants, d'utilisation de la contraception, etc.

La démarche consiste à distinguer les différentes trajectoires des femmes, non seulement celles qui sont directement liées à la vie génésique et aux pratiques contraceptives suivies, mais aussi celles qui rendent compte de différentes étapes de leur histoire familiale, conjugale,

etc. D'une manière générale, les trajectoires reproductives sont problématisées et se différencient à chaque étape de l'existence, et plus particulièrement lors de la constitution de la descendance, dans les rapports entretenus dans les différentes instances sociales. Les trajectoires sont alors modelées selon le poids de ces instances sociales. C'est ainsi que se génèrent les processus d'intégration ou d'exclusion de certaines catégories de la population.

Il s'agit donc d'identifier à partir de quel événement, de quelle relation, avec quel acteur, dans quelles conditions, etc., ces trajectoires se constituent. Il s'agit en quelque sorte de dégager les éléments qui expriment le mieux la singularité des trajectoires de certaines femmes par rapport aux autres, éléments synthétiques qui rendent compte, entre autres, de processus de marginalisation ou au contraire d'intégration à l'institution considérée, qu'il s'agisse de la famille, de la communauté ou de l'institution de santé. De plus, il nous est possible de recourir à ces trajectoires, différenciées les unes des autres, en tant que catégories analytiques pour mieux analyser ces processus de socialisation, intégration ou marginalisation, comme nous l'avons indiqué dans la section précédente.

De cette manière, nous avons pu montrer les modalités de la médicalisation croissante de la procréation et, en même temps, montrer que, dans un contexte de pauvreté, celle-ci ne se faisait pas sans marginalisation des femmes et remise en cause de cette médicalisation de leur part. On rencontre des femmes qui demeurent en marge des services de santé et qui, d'une certaine façon, s'excluent d'elles-mêmes de ce système biomédical, alors que d'autres, au contraire, l'intègrent et en adoptent la logique, les normes et les pratiques en matière de régulation de la fécondité.

6 - Conditions de vie, pauvreté et planification familiale

L'analyse des contextes agraires et familiaux, l'analyse des trajectoires reproductives des femmes, l'analyse de la transaction entre les agents de la santé, la famille et le couple, ainsi que l'analyse de l'intégration au système de santé à travers les modalités de la constitution de la descendance, en particulier celles qui concernent l'assistance prénatale et à l'accouchement, etc., toutes ces analyses nous ont conduits à privilégier la trajectoire sociale de la femme selon les différents contextes de

socialisation qu'elle a connus au cours de son existence. De ces analyses, que l'on a tenté schématiquement de présenter selon quatre modes d'approche, on peut retenir un certain nombre de points de discussion quant à la relation entre pauvreté et régulation de la fécondité.

Les considérations antérieures impliquent de reconsidérer les trois éléments qui, nous semble-t-il, sont centraux dans l'analyse du comportement reproductif en relation avec les conditions matérielles d'existence et le contexte institutionnel. Le premier a trait à l'exclusion ou à l'intégration de la population dans ces différents contextes. Le deuxième concerne les trajectoires de vie des individus et les situations qui révèlent qu'il s'opère une discrimination entre les individus à un moment donné. Et enfin, le troisième se rapporte à la confrontation de deux systèmes de santé et à la problématique de la diffusion de nouvelles normes de procréation par les différentes institutions. Cette dernière question, très présente dans la littérature depuis longtemps, a été abordée tant du point de vue de l'idéologie des institutions et de leurs agents que du point de vue de l'intensité et la nature des relations entre ces agents et les autres acteurs sociaux. Comme nous l'avons dit, le contexte institutionnel, représenté par les institutions de santé, n'est pas simplement un espace normatif, il est aussi un espace de négociation, de contrôle et d'intervention. Ce sont les pourvoyeurs de services sanitaires, et en particulier les médecins, qui s'interposent entre le couple et la communauté pour infléchir, et le plus souvent contraindre, les décisions et pratiques reproductives des femmes. À ce niveau, le concept que nous avons essayé d'introduire lors de l'analyse des trajectoires est celui de transaction avec les institutions ; il renvoie, dans notre étude, à l'interaction entre, d'une part, les agents des institutions de santé et, d'autre part, les femmes et les hommes. Nous avons repris ce concept analytique au niveau du couple et des membres de la famille d'origine de la femme et de son conjoint.

6.1 - *Intégration et exclusion de la population du système moderne de santé*

Les contextes agraires concernés par notre étude sont caractérisés par un appauvrissement important, néanmoins, nous avons constaté une médicalisation croissante de la procréation, et plus particulièrement de l'accouchement, et cela dès la première grossesse, confirmant par là le rôle d'espace de socialisation qu'ont joué les institutions de santé. Il

est clair ainsi que l'intervention de l'État a été déterminante pour transformer les comportements et les pratiques en matière de santé, sans que les conditions matérielles et économiques d'existence des populations soient profondément changées.

La différenciation des comportements reproductifs des femmes et, comme partie prenante de ceux-ci, la différenciation de leur degré d'intégration au système de santé qui les conduit à une vie reproductive planifiée et maîtrisée, obéissent en grande partie au fait que les femmes se trouvent au confluent de plusieurs référents tout au long de leur vie reproductive : la communauté, la famille d'origine, le couple, mais aussi les Églises et les institutions de santé. Ces dernières présentent la particularité d'être disjointes des autres espaces de socialisation et d'être, en même temps, fortement productrices de normes en matière de procréation. De plus, animées d'une logique interventionniste, les institutions de santé se sont interposées de l'extérieur ; elles ont déplacé les instances sociales des communautés qui, jusqu'à présent, produisaient les normes et contrôlaient la vie reproductive des femmes. Il en a résulté, dans de nombreux cas, un fort coût psychologique, social et sanitaire pour les femmes, certaines se plaçant d'elles mêmes hors de ce système en ce qui concerne l'accouchement et la planification familiale.

6.2 - Facteurs de discrimination entre les femmes quant à leur intégration au système de santé

Parmi les facteurs de discrimination qui opèrent dans les différents contextes où les femmes ont vécu, on peut mentionner :

- Un effet de génération qui distingue les femmes selon qu'elles avaient ou non commencé leur vie reproductive au moment de la mise en place du PPF. Les générations nées après 1950, et qui achèveront leur vie féconde avant l'an 2000, ont connu plus que toute autre ce processus d'institutionnalisation de la planification familiale ; elles ont dû problématiser autrement la constitution de leur descendance, en même temps qu'elles devaient se confronter à une médicalisation radicale de la procréation.
- Les conditions d'existence dans leur famille d'origine, autrement dit, le processus de socialisation dans l'enfance et l'adolescence, en prenant en compte les conditions favorables ou défavorables à la scolarisation des jeunes filles, les conditions d'exploitation du travail des

enfants, les situations régulières de violence domestique, la soumission au sens du devoir envers les parents, etc. Cet ensemble d'éléments de l'environnement familial, qui est, d'une certaine manière, l'expression même de la situation de pauvreté, se répercute sur les modalités de conclusion de l'union et du choix du conjoint, et finalement conditionne les premières années de la vie reproductive.

- La vie conjugale va se trouver définie par la structure égalitaire ou non des pouvoirs au sein du couple tout au long de la vie reproductive de la femme ; autrement dit, les conditions d'autorité, de soumission, de consensus ou de conflit au sein du couple seront décisives quant aux pratiques contraceptives de la femme et à son intégration au système biomédical. Dès la première grossesse, le contexte de la vie conjugale s'avère déterminant dans le jeu de la confrontation des normes et valeurs en vigueur dans les familles d'origine du couple, et en particulier quand celui-ci réside dans la famille du mari au début de sa vie conjugale, avec les normes, valeurs et pratiques qui sont présentées par les médecins des institutions de santé.
- Cependant, dans l'ensemble, ces facteurs vont se révéler plus ou moins des facteurs de discrimination de l'attitude des femmes vis-à-vis des services de santé, et de discrimination de leur vie reproductive en fonction de la qualité même de l'offre de régulation de la fécondité liée au service d'assistance à l'accouchement de ces institutions. Ainsi, en dépit des conditions de pauvreté matérielle et sociale dans lesquelles ont vécu les femmes, d'une part, et des faibles efforts des institutions de santé pour comprendre le système socio-sanitaire de la population, d'autre part, la grande majorité d'entre elles s'intègrent au système de santé, certaines à une étape précoce de leur vie reproductive, d'autres à une étape plus tardive. Dans le cas de ces femmes, l'intégration se réalise avec un coût social, économique et sanitaire très élevé ; il en va ainsi pour les femmes que nous avons représentées dans notre schéma au centre du jeu des influences du couple, de la communauté et des agents des institutions de santé (catégorie 3) ; ces femmes présentent une trajectoire reproductive chaotique, caractérisée par le recours à diverses méthodes contraceptives, l'échec quant à leur usage et le désir d'y mettre fin par la stérilisation à un âge encore jeune faute de s'être vu proposer d'autres options de la part des médecins.

6.3 - La confrontation du système de santé au système social local

La multiplication des unités médicales en milieu rural à partir des années 1970, la prise en charge du PPF par les institutions de santé et la volonté d'atteindre les populations les plus marginalisées à travers les programmes d'assistance médicale et sociale de ces mêmes institutions (IMSS-Coplamar et IMSS-Solidaridad) sont autant de facteurs qui ont conduit à la médicalisation de la vie reproductive des femmes du milieu rural en un peu moins de vingt ans.

Aujourd'hui, la majorité des femmes du milieu rural font l'objet d'un suivi médicalisé de leurs grossesses ; et dès la première grossesse, elles accouchent à la clinique ou à l'hôpital. Toutefois, si la médicalisation de la première grossesse est un élément déterminant d'une médicalisation de l'ensemble de la trajectoire reproductive, ce sont les conditions de l'accouchement qui vont venir renforcer, affaiblir ou provoquer une rupture quant au recours à l'assistance biomédicale (Lerner *et al.*, 1997). Toute expérience négative se révèle être un facteur de remise en question de l'adhésion des femmes au système de santé. C'est tout au long de la transaction avec les médecins lors du suivi prénatal et lors de l'accouchement que la légitimité du médecin se trouve questionnée, surtout quand il enferme la femme dans une logique obstétrique avec une pratique généralisée et souvent injustifiée de la césarienne¹⁰, qui, se répétant aux grossesses suivantes, amène la femme à la ligature des trompes à l'issue de la troisième. Notre étude, avec d'autres, montre, d'ailleurs, que la peur de la césarienne conduit certaines femmes à avoir recours à la matrone au moment de l'accouchement.

Les coûts des transactions des femmes avec leur conjoint et leur famille, d'une part, et les agents des institutions de santé, d'autre part, sont finalement très élevés, car ils résultent de la confrontation de deux systèmes : d'une part, un système social que l'on appellera par commodité traditionnel, où la procréation s'inscrit dans un processus de reproduction sociale, et où les matrones qui font partie de la communauté respectent la spécificité et les pratiques des femmes, et, d'autre part, un système de santé - le biomédical - rationnel, insensible et en apparence indifférent à la situation individuelle des femmes, mais qui

¹⁰. Selon des estimations réalisées en 1995, le taux de césariennes (28,5 % pour le pays) peut varier entre 19,8 % et 42,2 % (Cárdenas, sous presse).

va se révéler particulièrement efficace et sûr au moment de l'accouchement. La position asymétrique entre les médecins et les femmes, en termes de position sociale et de genre, est un obstacle additionnel, plus encore quand, dans le cadre de la transaction au moment de l'accouchement ou de leur discours dispensé aux femmes au moment des différentes visites, certains agents choisissent d'imposer leur choix sans autre effort d'explicitation ou de justification des différentes méthodes contraceptives. Cela se traduit par l'usage de méthodes contre-indiquées, une absence de suivi des services les plus adéquats, en bref, par une insuffisante qualité des services proposés, tant à l'étape prénatale qu'au moment de l'accouchement. Soulignons que cette relation asymétrique de pouvoir existe aussi à l'intérieur des institutions de santé (pression sur les agents pour qu'ils atteignent les objectifs fixés, charge excessive de travail, etc.) et qu'elle pourrait expliquer en partie leur attitude vis-à-vis des femmes et des populations¹¹.

7 - Conclusion

Cette confrontation se réalise selon une diversité de situations où sont mises en jeu les histoires singulières (familiale, matrimoniale et reproductive) des femmes, qu'il faut néanmoins essayer de prendre en compte si l'on veut développer un véritable système de santé dont les objectifs et les pratiques respectent les choix reproductifs des individus, tout en leur apportant un meilleur bien-être sanitaire. Autrement dit, le bon fonctionnement des programmes de santé et de planification familiale exige de mieux identifier la population et surtout les processus et les facteurs qui différencient les trajectoires reproductives de cette population. Ceci pose donc la question de la production de critères de différenciation de la population quant aux conditions matérielles, familiales, conjugales, sociales et culturelles qui entourent la procréation, qu'il s'agisse de son accès aux services de santé ou de la qualité de ces services fournis par les institutions de santé. Il s'agit en quelque sorte de mieux discriminer pour mieux intégrer la population au système de santé. La question est à la fois politique et méthodologique ; elle est d'actualité quand la politique suivie aujourd'hui est essayer de mettre en place des programmes de « discrimination positive » qui tentent d'aller

¹¹. On pourrait parler de « pauvreté culturelle » des institutions de santé.

directement vers les familles les plus défavorisées, comme le préconisent les instances internationales et comme le fait au Mexique le programme Progres¹².

Plutôt que de faire référence à la situation générale de pauvreté quant à la régulation de la fécondité, il vaudrait mieux considérer les pratiques en direction des pauvres et les actions qui sont conduites pour réguler leur fécondité, et savoir si elles ne risquent pas de renforcer les facteurs de discrimination à l'intérieur de la population que l'on s'efforce d'éliminer. Encore faut-il les connaître auparavant, et une approche multiple des conditions de vie et des comportements reproductifs est, nous semble-t-il, nécessaire.

Références bibliographiques¹³

- BRACHET MARQUEZ, V. (1985), « Le planning familial au Mexique. Processus de formation d'une politique publique », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 1, p. 9-34.
- BRONFMAN, M., LERNER, S., et TUIRAN, R. (1986), « Socioeconomic Consequences of Mortality Change in Peasant Societies », dans : United Nations, *Population Studies* n° 95, p. 43-51.
- CÁRDENAS, R. (sous presse), « La práctica de la cesárea en las áreas urbanas en México », México, El Colegio de México.
- CONAPO (1997), *La situación demográfica de Mexico*, Mexico, Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (1999), *Ejecución del programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo*, México, Consejo Nacional de Población.
- DGPF (Dirección General de Planificación Familiar) (1987), *Encuesta nacional sobre fecundidad y salud*, México, Secretaría de Salud.

¹². Progres^a (Programme « éducation, santé, alimentation »). Voir, à propos de ce programme, la communication de José Gómez de León et Daniel Hernández à ce séminaire.

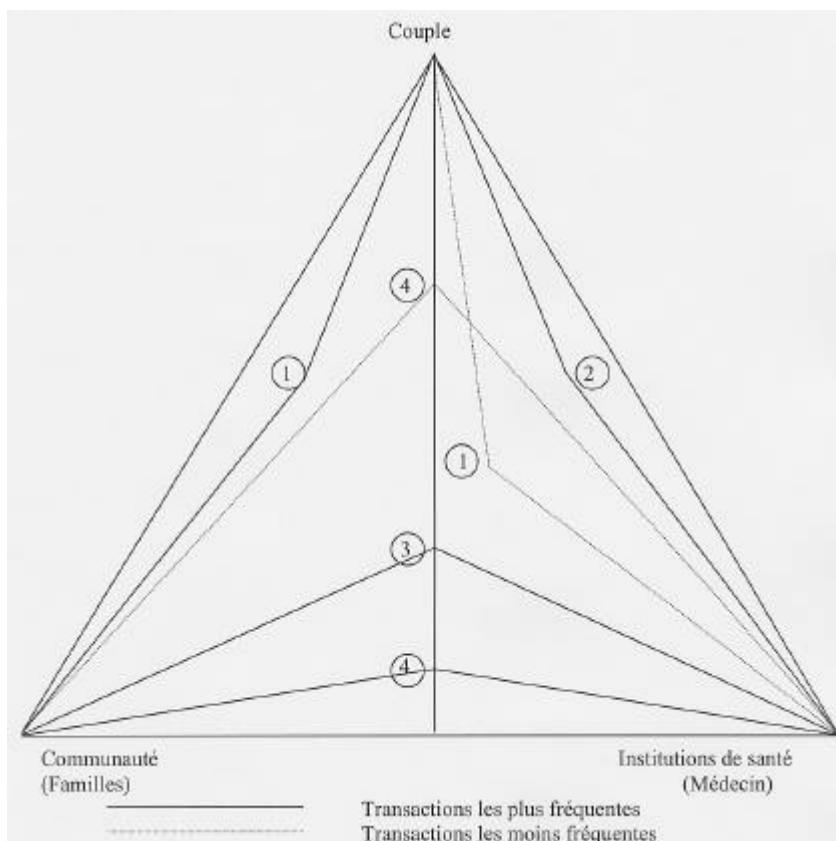
¹³. Étant donné que la communication se réfère au chemin parcouru durant notre recherche, la bibliographie renvoie essentiellement aux articles publiés qui nous ont servi à chacune des étapes, sans prendre en compte l'ensemble de la littérature considérée dans chacun de ces articles.

- FATHALA, M. F. (1992), « Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead », dans : J. Khanna, P. F. A. Vanhook et P. D. Griffind (éd.), *Reproductive Health: A Key to a Brighter Future. Biennial Report 1990-1991*, numéro spécial du 20^e anniversaire, OMS/ WHO, Genève.
- GAUTIER, A., et QUESNEL, A. (1993), *Politique de population, médiateurs institutionnels et fécondité au Yucatán (Mexique)*, ORSTOM, collection Études et Thèses, Paris.
- GÓMEZ DE LEÓN, J. (1996), « Fecundidad y anticoncepción », dans : *Demos, carta demográfica de México*, México, IISUNAM, p. 8-10.
- JUAREZ, F., et al. (1989), *Les tendances récentes de la fécondité au Mexique*, Paris, Centre de Recherche et de Documentation sur l'Amérique Latine, Institut des Hautes Études de l'Amérique Latine.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1985), « La estructura familiar como expresión de condiciones de reproducción social y demográfica. El caso de la zona henequenera de Yucatán », *Reproducción de la población y desarrollo*, n° 5, CLACSO (Argentine), p. 157-212.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1986), « Problemas de interpretación de la dinámica demográfica y de su integración a los procesos sociales », dans : *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, PISPAL/El Colegio de México, p. 127-147.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1989), « Transformation de l'espace familial, social et économique au Yucatán. L'émergence des conditions d'une nouvelle pratique de la reproduction », dans : *Actes du Congrès international de la population*, New Delhi, UIESP, vol. 11, p. 329-341.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1992), « La dimensión institucional en la regulación de la fecundidad en México », dans : *Actas. El poblamiento de las Américas*, IUSSP, p. 97-117.
- LERNER, S., et QUESNEL, A. (1994), « Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación de la regulación de la fecundidad en México », dans : F. Alba F. et G. Cabrera (éd.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, p. 85-118.
- LERNER, S., QUESNEL, A., et YAÑEZ, M. (1994), « La pluralidad de las trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales », *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, n° 3, p. 543-578.
- LERNER, S., QUESNEL, A., et SAMUEL, O. (1997), *Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude*

- de cas en milieu rural mexicain*, ORSTOM, Document de recherche n° 4, Paris.
- LIVENAIS, P., et QUESNEL, A. (1985), « La fécondité au Mexique : émergence et modalités de règlement d'un problème de population », *Espace-Populations-Sociétés*. « *Les mutations démographiques du Tiers-Monde* », n° 3, p. 581-596.
- MARTINE, George (1996), « Brazil's Fertility Decline, 1965-95 », *Population and Development Review*, vol. 22, n° 1, p. 47-72.
- MIRÓ, C., et RODRÍGUEZ, D. (1981), *Capitalismo y población en el agro latinoamericano*, México, PISPAL/El Colegio de México.
- MONTALI, L. T., et LÓPEZ PATARRA, N. (1982) « Estudo de reprodução: anotações críticas sobre sua evolução e encaminhamento de propostas alternativas », dans : *Reproducción de la población y desarrollo 2*, Comisión de Población y Desarrollo, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, p. 7-42.
- POTTER, L., MOJARRO, O., et HERNÁNDEZ, D. (1986), « Influencia de los servicios de salud en la anticoncepción rural de México », dans : *Memorias de la Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, UNAM/SOMEDE, t. 1, p. 261-281.
- QUESNEL, A., et LERNER, S. (1989), « El espacio familiar en la reproducción social: Grupos domésticos residenciales y grupos de interacción », dans : O. Oliveira *et al.*, (éd.), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, UNAM/El Colegio de México/Porrúa, p. 39-79.
- RODRÍGUEZ, D., et YOCELEVZKY, R. (1986), *Política y población en América Latina*, México, PISPAL/El Colegio de México.
- SAMUEL, O., QUESNEL, A., et LERNER, S. (1994), « Hacia un enfoque demo-antropológico de la nupcialidad y su relación con nuevos esquemas de procreación. Reflexiones a partir de un estudio de caso en Morelos », *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, n° 1, p. 71-104.
- UNITED NATIONS (1994), *Population and Development Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo*, New York, UN Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, E.95.XIII.7.
- UNITED NATIONS (1995), *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo 5-13, September 1994. Population and Development*, vol. 1, New York, UN Department for Economic and Social Information and Policy Analysis.

- WHO (1976), « Constitution of the World Health Organization », *World Health Organization: Basic Documents*, 26^e éd., Genève.
- ZAVALA DE COSIO, M. E. (1992), *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, México, El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica.

Annexe



Numéro de TRACON :

- ① Trajectoire « traditionnelle » (femmes qui n'ont jamais utilisé de méthodes modernes de contraception).
- 2 Trajectoire moderne « continue » (femmes qui ont commencé à contrôler leur fécondité avant la naissance du premier, deuxième ou troisième enfant et de manière continue).
- 3 Trajectoires modernes « irrégulières » (femmes qui ont essayé de contrôler leur fécondité seulement avant le quatrième enfant ou bien qui présente une pratique irrégulière de l'usage de méthodes de contraception).
- 4 Trajectoire moderne tardive (femmes qui ont eu recours tardivement – après le quatrième enfant – à une méthode contraceptive).

NOTE: Les différentes trajectoires placées topographiquement dans ce schéma illustrent la distance proportionnelle à l'intensité de la transaction et à l'influence des trois principales institutions que nous avons privilégiées (la communauté-famille, le couple, et les institutions de santé). Au croisement de ces interrelations se définit la trajectoire sociale des femmes, qui bien qu'appartenant à une même catégorie, sont conduites à établir différentes modalités de transactions avec chacune des institutions, et leurs agents, tout au long du processus de constitution de la descendance. Pour plus de détails et l'analyse de ces trajectoires, voir : Lerner, Quesnel y Yanes, 1994.