

Évolution de la pratique contraceptive au Mexique:

Carole
Brugelles

l'expérience de trois générations de *femmes*

Université de Paris X -
Nanterre, CREDAL
carole.brugelles@u-paris10.fr

AU COURS du xx^e siècle, le Mexique a enregistré une baisse importante de la fécondité. Le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 6.7 en 1970 à 3.1 en 1995.¹ Cette baisse a été rendue possible grâce au développement de la politique démographique autorisant une large diffusion de la contraception. En effet, en raison de son entrée dans un processus de transition démographique, le Mexique a connu une croissance très rapide de sa population, notamment dans les années 1950-1970. Cette croissance a entraîné un changement radical de l'analyse des questions de population par le gouvernement. Jusque dans les années 1970, les gouvernements successifs ont affirmé une position nataliste. Mais à la fin des années 1960, le contexte économique et politique se dégrade. Le chômage, le sous-emploi, l'inflation, l'augmentation de la dette extérieure sont préoccupants. Le progrès social n'entraîne pas de baisse de la fécondité et le modèle de développement économique n'arrivera ni à intégrer la main d'œuvre toujours plus nombreuse, ni à permettre un niveau de vie décent à la population. Les courants néo-malthusiens se développent et trouvent un écho au niveau international lors de la *Conférence Internationale sur la Population* à Bucarest en 1974. Après la conférence, de nombreux pays en voie de développement décident de mettre en place des programmes de planification familiale. Le Mexique, qui avait abrogé les lois interdisant la contraception en 1973, se dote alors d'une politique démographique malthusienne motivée par la volonté de réduire la croissance de la population. Elle est fondée sur la Constitution et sur une *Ley General de la Población* (Loi générale de la population). La loi légalise la contraception, autorise l'offre de services en matière de planification familiale et fixe les bases de son organisation par le secteur public, notamment celui de la santé. Cette offre publique s'inscrit dans le cadre de programmes de planification familiale intégrés à la politique démographique gouvernementale.²

Le Mexique a ainsi accumulé une longue expérience en matière de politique démographique. Dans un premier temps, l'attention a été focalisée sur la diffusion de la contraception. Une forte mobilisation, la mise en place de structures centralisées et hiérarchisées, et l'implication des centres de santé publics ont permis d'enregistrer des résultats encourageants. En 1970, on estime que moins de 12% des femmes vivant en couple utilisent une méthode contraceptive.³ En 1992, elles sont 63.1%.⁴

Cependant, des limites à cette stratégie sont apparues. Soupçonnée de s'être muée en une politique sanitaire du contrôle des naissances dont la finalité démographique justifie des moyens peu compatibles avec les principes fondateurs respectueux des libertés individuelles, la politique a suscité des critiques.⁵ Cette remise en cause, accentuée et légitimée par les travaux de la *Conférence Mondiale du Caire* en 1994, a induit un changement de stratégie. La politique devrait offrir désormais une place conséquente aux questions de santé de la reproduction et encourager une perspective de genre.

Au fil du temps, les transformations des programmes de planification familiale et de leurs modalités de développement par les "médiateurs institutionnels", les services publics de santé,

rendus responsables par le gouvernement de leur application et des résultats, ont des conséquences sur plusieurs populations:

- Elles contribuent au renouvellement des pratiques des différents acteurs professionnels de santé et modifient ainsi l'offre du gouvernement.
- Elles génèrent des changements de la demande et des comportements au sein de la population, chez les usagers du système de soins et des services de planification familiale.

Les évolutions de l'offre et de la demande vont déterminer des trajectoires de planification familiale différentes chez les femmes et vont avoir des conséquences diverses notamment en ce qui concerne la santé de la reproduction.

Par ailleurs, au cours du xx^e siècle, la structure sociale de la société mexicaine a évolué; la scolarisation et l'urbanisation se sont développées. Par conséquent, les changements de la fécondité et de la pratique contraceptive résultent aussi de l'évolution de l'importance relative de certaines sous-populations aux caractéristiques favorables, selon la théorie de la transition démographique, aux transformations des comportements reproductifs.

L'enquête démographique rétrospective est une enquête généraliste qui accorde peu de place aux informations relatives à la planification familiale. Cependant, contrairement aux enquêtes classiques réalisées au Mexique, elle permet de retracer les trajectoires de planification familiale, puisque les personnes interrogées ont déclaré, année par année, les méthodes contraceptives qu'elles avaient utilisées, et cela pour des générations dont l'étude est particulièrement pertinente. En effet, en 1974, lorsque débutent les programmes de planification familiale, les personnes enquêtées les plus âgées, nées en 1936-1938, avaient entre 36 et 38 ans. Dans un modèle de comportement mexicain, nous pouvons considérer qu'elles sont plutôt en fin de vie féconde. Les personnes du groupe intermédiaire, nées entre 1951 et 1953, alors âgées de 21 à 23 ans, étaient au contraire dans l'étape initiale de la constitution de leur descendance. Enfin, les plus jeunes, nées entre 1966 et 1968, avaient entre six et huit ans. Elles ont donc vécu toute leur vie féconde dans un pays où la contraception est légalisée et où le gouvernement assure la promotion de la planification familiale.

Ces trois groupes de femmes sont au moment de l'enquête à des stades très différents de leur vie reproductive: les aînées, âgées de 60 ans, et les cadettes, âgées de 45 ans, sont au terme de leur histoire génésique, alors que les trajectoires des benjamines, âgées de 30 ans, sont inachevées.

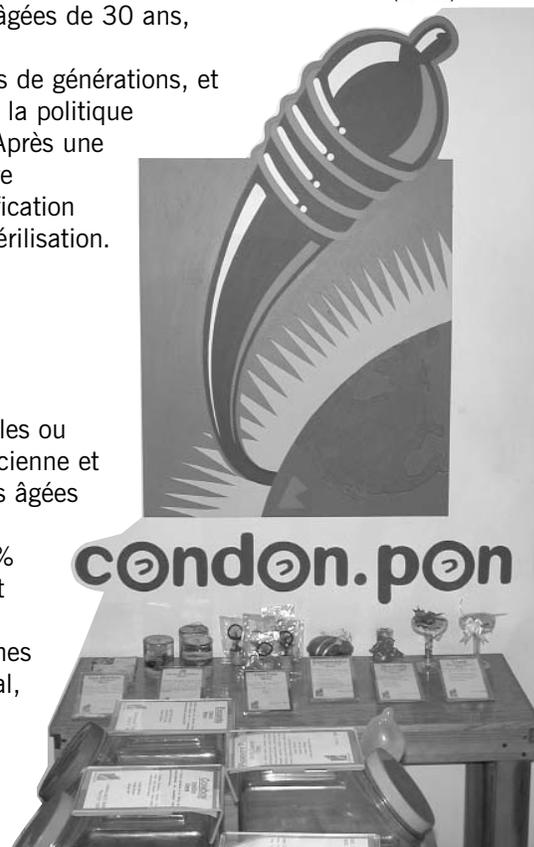
Cette étude souhaite témoigner de la diversité des vécus entre les groupes de générations, et au sein de ces groupes, ainsi que les inscrire dans l'évolution, d'une part de la politique démographique, et d'autre part du contexte économique et social du pays. Après une présentation générale des prévalences contraceptives, nous focaliserons notre attention sur quelques étapes de "la vie contraceptive": le début de la planification familiale, les trajectoires, l'arrêt de la formation de la descendance par la stérilisation.

PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION DANS LES TROIS GÉNÉRATIONS

L'intensité de la pratique contraceptive, basée sur des méthodes traditionnelles ou modernes, a connu une très nette progression entre la génération la plus ancienne et la génération intermédiaire. En fin de vie féconde, 15% des femmes les plus âgées ont utilisé une méthode contraceptive. À 45 ans, 57.7% des générations intermédiaires ont planifié leur fécondité. Lors de leur 30^e anniversaire, 4.3% des plus âgées, 37.6% des intermédiaires et 59.7% des plus jeunes avaient utilisé une contraception.⁶

Considérer la prévalence de la planification familiale selon l'âge des femmes éclaire les changements de comportements au fil des générations. À âge égal,

Cortesía de
condon.pon, México.
Foto: Rodolfo Avila
(cemca)

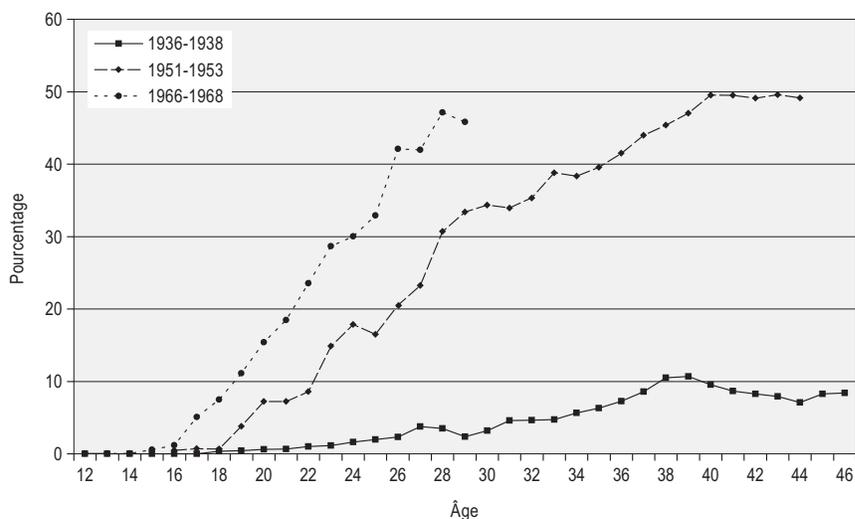


la prévalence croît toujours des générations les plus anciennes aux plus jeunes (graphique 1). L'usage de la contraception est donc plus intense et précoce, ce que nous vérifierons ultérieurement. Ainsi par exemple à 25 ans, la pratique est marginale chez les plus anciennes (1.5%), elle est nettement plus fréquente chez les femmes nées dans les années 1950 (16.5%), et double dans le groupe le plus jeune: 32.9% des femmes nées en 1966-1968 contrôlent leur fécondité. À 30 ans, la planification reste rare chez les plus anciennes, tout en progressant (3.2%), les écarts entre les deux groupes suivants sont moins importants et la pratique s'est largement diffusée: le tiers des femmes nées en 1951-1953 (34.4%) et la moitié des cadettes limitent leur descendance (47.7%).

Le calendrier de la mise en œuvre de la politique démographique explique en partie ces évolutions. L'usage de la contraception est observé avant l'entrée en vigueur de la politique démographique. Si pendant la première partie du xx^e siècle, la pensée nataliste domine largement, les années 1960 marquent une rupture. À une indifférence quasi générale pour les questions de population, mâtinée d'une idéologie pro-nataliste, succède un engagement néo-malthusien croissant. Mais les prises de positions néo-malthusiennes s'affirment principalement en dehors des instances de pouvoir. Les actions de promotion du contrôle des naissances relèvent alors du secteur privé et associatif. Certaines femmes, en contact avec ces milieux, seront ainsi informées et pourront contrôler leur fécondité; c'est le cas des aînées qui utilisent la contraception avant leur 30^e anniversaire et des cadettes avant 20 ans. À partir de 1970, la position néo-malthusienne du gouvernement s'affirme. L'évolution idéologique des responsables politiques se concrétise rapidement. En 1972, le concept de paternité responsable est diffusé dans les instituts publics de santé. L'année suivante, les lois interdisant la propagande et la vente de contraceptifs sont abrogées par le nouveau *Código de Salud* (code de la santé) promulgué le 26 février 1973. La prévalence de la contraception reste peu élevée au début des années 1970, mais elle progresse. Légitimées, l'information et la diffusion de la planification familiale sortent du cadre associatif ou privé. Des programmes de contraception sont initiés dans les services de santé publics. Ils vont rendre possible l'essor de la pratique contraceptive. Au cours de ces années, il est nettement perceptible chez les aînées; la prévalence passe de 6.3%, à 35 ans, à 10.5% à 38 ans. Chez les cadettes elle passe de 7.2%, à 20 ans, à 17.8% à 25 ans, puis elle continue à progresser rapidement.

Au sein de chaque génération, à âge égal, les urbaines planifient plus fréquemment la constitution de leur descendance, à l'exception des toutes premières années de la vie féconde pour les groupes les plus jeunes (graphique 2). Les écarts sont conséquents. Chez les femmes qui sont nées dans les années 1950, 39.6% de celles qui résident en ville à 30 ans utilisent

Graphique 1 – Prévalence de la contraception selon l'âge.



une contraception alors qu'elles sont 26.8% à la campagne. Chez les plus jeunes, la diffusion massive de la contraception n'a pas éliminé les écarts. À 30 ans, 51.2% des urbaines et 40.5% des rurales contrôlent leur procréation.

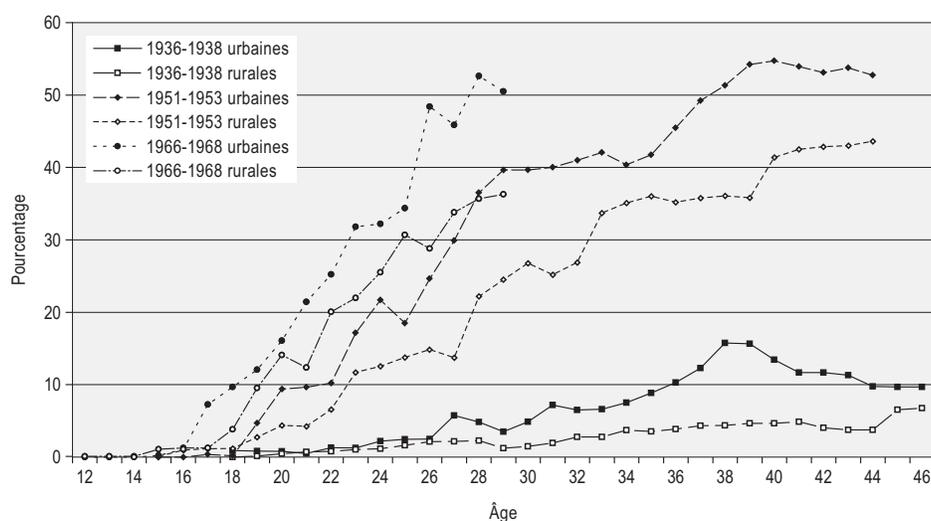
Selon la théorie classique, la transition démographique est un phénomène associé à l'urbain. Le contrôle des naissances a existé en milieu rural avant l'avènement de la politique malthusienne, mais cependant plus rarement qu'en milieu urbain. La diffusion après le vote de la loi de population y est plus lente. La légalisation répondait certainement à une demande latente plus fréquente en ville, où l'offre a pu, dans un premier temps, s'organiser plus rapidement. En milieu rural, elle est freinée par l'insuffisance des infrastructures sanitaires, et cela malgré les efforts du gouvernement qui ouvre des centres de santé en milieu rural et propose des services ambulatoires.⁷ Les modalités d'accès à l'information et aux méthodes sont toujours différentes en milieu urbain et rural.⁸

Entre les trois groupes de générations, la pratique contraceptive s'est donc largement diffusée, et cela à chaque âge. Cette diffusion différente selon le lieu de résidence n'est pas homogène selon les caractéristiques personnelles des femmes. Ainsi, qu'elles aient utilisé la contraception avant ou après sa légalisation officielle, les "anciennes", qui ont planifié leur fécondité, ont un profil particulier. Elles se sont mariées plus tardivement; parmi celles qui se sont mariées, un tiers l'a fait avant 20 ans (36.8%) alors que c'est le cas de 64.2% de celles qui n'ont jamais planifié les naissances. Elles sont plus instruites; le quart d'entre elles a poursuivi sa scolarité au delà de l'école primaire *versus* 8.4%. Elles ont plus souvent occupé un emploi que les autres femmes de leurs générations (65.8% *versus* 49.1%).

Chez les femmes nées dans les années 1950, les différences sont moins nombreuses et concernent principalement l'éducation et l'emploi; les femmes qui n'ont pas fréquenté l'école sont sur-représentées parmi celles qui n'ont pas planifié les naissances (17.1% *versus* 7.8%); celles qui ont poursuivi leurs études au-delà de l'école primaire sont sous-représentées (24.6% *versus* 30%); 73% de celles qui ont planifié leur fécondité ont occupé un emploi *versus* 52.5%.

Chez les plus jeunes, la pratique contraceptive s'est "démocratisée"; seules des différences relatives à la mise en couple se rencontrent. Si l'on considère uniquement les femmes qui ont vécu en couple, comme chez les aînées, celles qui ont initié leur vie maritale avant 20 ans sont sur-représentées parmi celles qui n'ont pas planifié leur fécondité avant leur 30^e anniversaire (59.6% *versus* 50.8%).

Ces observations corroborent la coexistence de deux modèles de transition de la fécondité.⁹ Un petit groupe de femmes, dont l'attitude face à la famille et au modèle de reproduction traditionnel a évolué, est à l'origine des changements. Ces pionnières résidant en milieu urbain



Graphique 2 – Prévalence de la contraception par génération selon l'âge et le lieu de résidence.

sont scolarisées. Elles ont bénéficié des progrès économiques et sociaux du pays. Elles se sont mariées plus tard et ont eu moins d'enfants que leurs aînées. Leur intérêt pour la limitation des naissances s'est manifesté avant la diffusion massive de la contraception par le gouvernement. La politique de population, en légalisant la planification familiale et en facilitant l'accès à la contraception, a répondu à leurs aspirations. L'augmentation de la proportion de femmes aux caractéristiques similaires à celles de ces pionnières entre les générations explique en partie la diffusion de la contraception. Mais elle s'explique aussi par un second modèle de transition de la fécondité. Des femmes, issues de milieux ruraux ou défavorisés économiquement et socialement, ont suivi un autre processus d'évolution. Leur fécondité a baissé plus tardivement. Cette baisse ne s'est pas toujours accompagnée d'une modernisation et d'une amélioration des conditions de vie, elle constitue même parfois une stratégie de survie face à la dégradation des conditions de vie.¹⁰ Le gouvernement a joué un rôle déterminant pour une partie de cette population qui, sans cela, n'aurait peut-être pas envisagé de réduire sa fécondité ou n'aurait pas eu accès à l'information et aux méthodes. Cette "démocratisation" de l'accès à la planification familiale explique la réduction des inégalités socio-économiques de la pratique contraceptive.

L'essor de la pratique contraceptive s'est accompagné d'une modification de la prévalence des différentes méthodes mises en œuvre. Le choix des méthodes utilisées aura des conséquences en termes d'efficacité, de modalité de gestion de la fécondité –espacement ou arrêt de la formation de la descendance– et de santé de la reproduction. L'étude de la prévalence des différentes méthodes au sein de l'ensemble de la population de chacune des trois groupes permet plusieurs constats (tableau 1).

Contrairement à certains pays qui ont connu une première révolution contraceptive au sein des unions par la pratique de méthodes traditionnelles, ces moyens sont utilisés par peu de femmes¹¹ même avant la légalisation des méthodes modernes. Cela confirme, d'une part, qu'il était possible de se procurer des méthodes modernes, notamment la pilule, avant les années 1970, dans les milieux associatifs, auprès de la médecine privée ou à l'étranger; et, d'autre part l'importance de la politique démographique qui a certainement répondu à des attentes mais a aussi motivé la demande. Ainsi lorsqu'il y a eu volonté de planification familiale, elle a pu se réaliser grâce à des méthodes fiables. Pilule, stérilet et stérilisation sont les plus diffusées. Comme le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive, le choix du type de méthode résulte de l'offre et de la demande. La disponibilité de l'information et des méthodes a évolué. On remarque une très forte banalisation de la stérilisation: un tiers des femmes nées dans les années 1950 est stérilisé à 45 ans. Il faudra attendre la fin de la vie féconde des plus jeunes pour savoir si cette tendance se confirme. Notons également la place croissante du stérilet: plus du quart des plus jeunes l'a déjà utilisé à 30 ans.

Dans ce paysage en évolution, certains traits frappent par leur inertie. Contrairement aux résultats attendus, les méthodes traditionnelles ne sont pas délaissées, même si peu de

Tableau 1 – Prévalence des différentes méthodes contraceptives dans l'ensemble de la population féminine; (7.1% des femmes de la génération 1936-1938 ont utilisé la pilule au cours de leur vie).

<i>Différentes méthodes</i>	<i>Génération 1936-1938 Fin d'observation: 60 ans (%)</i>	<i>Génération 1951-1953 Fin d'observation: 45 ans (%)</i>	<i>Génération 1966-1968 Fin d'observation: 30 ans (%)</i>
<i>Pilule</i>	7.1*	22.4	23.7
<i>Stérilet</i>	2.8	20.7	28.5
<i>Autres méthodes hormonales</i>	0.5	3.4	4.3
<i>Préservatifs</i>	0.03	0.9	2.3
<i>Calendrier</i>	1.0	6.2	6.6
<i>Stérilisation féminine</i>	6.1	32.0	12.6
<i>Vasectomie</i>	0.1	3.4	0.6
<i>Autres</i>	0.3	0.1	0.6

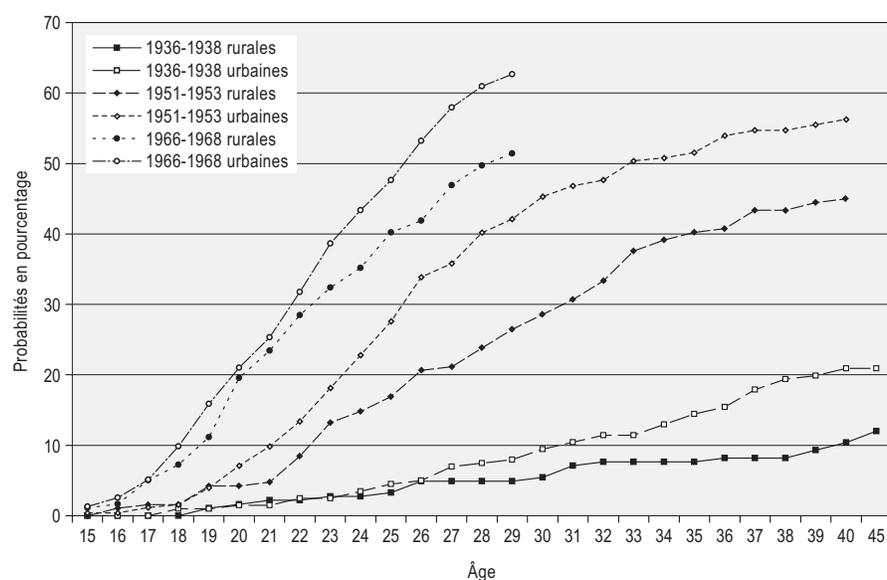
femmes les mettent en œuvre. Le préservatif reste une méthode marginale, même chez les plus jeunes, dans un contexte de développement mondial de la pandémie du sida et alors qu'il demeure le seul moyen efficace de lutte contre la contagion. Dans toutes les générations la responsabilité de réguler la fécondité incombe donc aux femmes. Même si une légère évolution est suspectée, la participation des hommes au travers des méthodes traditionnelles, du préservatif ou de la vasectomie reste anecdotique.

Ce panorama général de la prévalence d'ensemble et de chacune des méthodes vise à illustrer l'ampleur de la diffusion de la planification familiale, tout en soulignant les différences d'évolution selon les caractéristiques sociales et économiques propres aux individus, et selon leur lieu de résidence. Les trajectoires des trois générations se déroulent à des moments différents de l'histoire de la politique démographique, dans un pays où la structure socio-économique de la population se modifie dans une dynamique de modernisation. L'étude de la prévalence contraceptive montre la précocité de certaines femmes qui ont planifié leur fécondité avant l'avènement de la politique démographique et le rôle de cette dernière dans la diffusion massive de la contraception. Elle confirme ainsi l'existence de deux modèles de transition. La récurrence de différences entre le monde rural et le monde urbain, même chez les plus jeunes, témoigne d'inégalités de motivation et d'opportunités d'accès à la planification familiale selon le lieu de résidence. L'étude du début de la pratique contraceptive, tant du point de vue du calendrier que de celui du choix de la méthode, permettra d'approfondir la connaissance des évolutions.

CALENDRIER DU DÉBUT DE LA VIE CONTRACEPTIVE

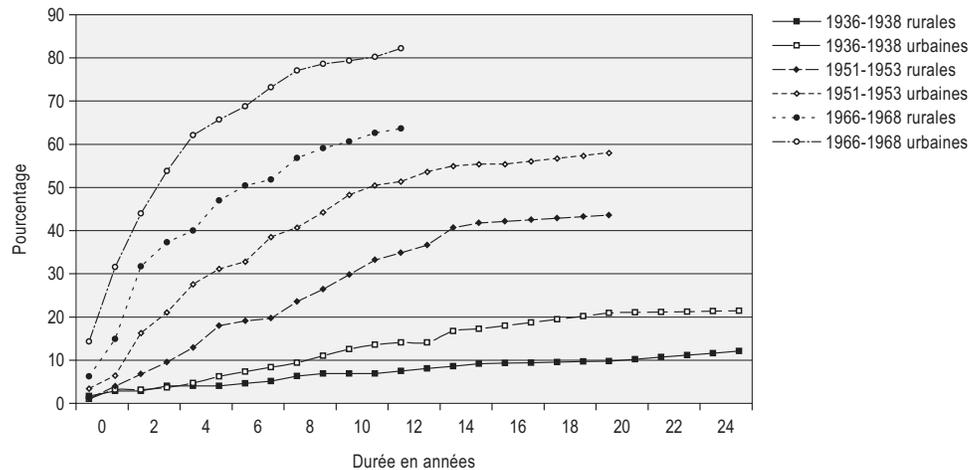
Les probabilités d'avoir utilisé une méthode contraceptive en fonction de l'âge (graphique 3) et celles d'avoir limité sa descendance selon la durée de l'union (graphique 4), calculées par la méthode de Kaplan-Meier pour chacune des générations,¹² font nettement apparaître, outre les différences d'intensité entre générations et lieu de résidence, les différences de calendrier. À un même âge et à une même durée d'union, la probabilité d'avoir utilisé une contraception croît nettement entre les générations.

Afin de préciser ces changements de calendrier entre les générations, l'âge, la durée d'union et le nombre d'enfants lors de la première utilisation d'une contraception seront considérés. L'approche classique sera complétée par une modélisation de "l'entrée en contraception". Le



Graphique 3 – Probabilités d'avoir utilisé une méthode contraceptive par génération selon l'âge et le lieu de résidence en 1998 (méthode de Kaplan-Meier).

Graphique 4 – Probabilités d’avoir utilisé une méthode contraceptive selon la durée à partir de la première union, par génération et selon le lieu de résidence en 1998 (méthode de Kaplan-Meier).



lieu de résidence, rural ou urbain, lors de la première pratique contraceptive sera pris en considération. Nous faisons l’hypothèse qu’il a une influence sur l’ensemble de la trajectoire. En effet, il détermine le contexte, notamment au regard de l’offre de service de planification familiale, dans lequel s’effectue les choix relatifs à la planification familiale.

Âge lors de la première utilisation d’un contraceptif

La distribution selon l’âge auquel les femmes utilisatrices de contraception ont déclaré avoir planifié leur fécondité pour la première fois fait clairement apparaître un rajeunissement entre les générations (tableau 2). Afin de comparer le calendrier des deux générations les plus anciennes, seules les femmes qui ont débuté une contraception avant 45 ans ont été considérées. Chez les plus anciennes, presque la majorité des femmes a débuté la planification de sa descendance après 35 ans; à cet âge, 80% de celles nées dans les années 1950 contrôlent déjà leur fécondité. Un tiers a débuté avant son 25^e anniversaire. On retrouve ici l’influence du contexte historique relatif à l’émergence de l’idéologie malthusienne et à la politique démographique.

En considérant uniquement celles qui ont initié la planification avant leur 30^e anniversaire, il est possible d’appréhender les évolutions entre les générations les plus jeunes. Le rajeunissement se prolonge: 20% des plus jeunes planifiaient déjà leur fécondité avant leur 20^e anniversaire *versus* 10% chez leurs aînées.

Âge	Génération 1936-1938 Fin d’observation: 45 ans (%)	Génération 1951-1953 Fin d’observation: 45 ans (%)	Génération 1951-1953 Fin d’observation: 30 ans (%)	Génération 1966-1968 Fin d’observation: 30 ans (%)
Moins de 20 ans	3.0	6.7	10.4	20.4
20-24	9.2	29.2	44.7	43.3
25-29	18.3	29.3	44.9	36.3
30-34	24.1	15.5	-	-
35-39	42.6	14.1	-	-
40 ans et plus	2.8	5.2	-	-
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Tableau 2 – Répartition des utilisatrices de contraception selon l’âge qu’elles avaient lorsqu’elles ont commencé à contrôler leur fécondité.

Au sein d'une même génération, les différences selon le lieu de résidence, l'année où débute le contrôle des naissances, ne sont pas très marquées. Cependant, on enregistre un léger retard en milieu rural pour les femmes nées dans les années 1950; presque les trois-quarts des urbaines ont utilisé une contraception avant 30 ans, c'est le cas de la moitié des rurales; respectivement 1.6% et 12.8% de ces femmes ont débuté après 40 ans. Chez les plus âgées et chez les jeunes, les différences ne sont pas significatives.

Situation matrimoniale

L'usage de la contraception reste rare avant le début de la première union; on relève cependant une légère progression de cette pratique: aucune femme parmi les anciennes, 2.7% des femmes utilisatrices de contraceptifs nées dans les années 1950 et 8.1% des plus jeunes ont contrôlé leur fécondité alors qu'elles n'avaient jamais vécu en couple. Cette augmentation résulte de changements liés aux comportements avant l'union ainsi qu'à un retard de nuptialité chez les plus jeunes. Cependant, cette proportion est susceptible de diminuer chez les jeunes, puisqu'il est probable que les femmes qui débiteront une contraception après 30 ans vivront en couple.

L'immense majorité des femmes a vécu cet événement au cours d'une première union: respectivement 90.7%, 87.1% et 84.7% des femmes, des plus âgées aux plus jeunes. Cette inertie des comportements témoigne du maintien du lien important entre d'une part la vie maritale, et d'autre part, la légitimité de la vie sexuelle, qui autorise l'usage de la contraception. Le lieu de résidence ne modifie pas ces comportements de façon significative.

Si la planification familiale débute toujours au sein des unions, cela ne signifie pas l'absence de changements de calendrier au cours de la vie maritale. La répartition des utilisatrices de contraceptif selon la durée de l'union lors de la première utilisation confirme les changements; la contraception intervient plus précocement. Comme précédemment, l'observation a été limitée à 45 ans pour comparer les deux groupes des aînées et à 30 ans pour comparer les générations intermédiaires et les plus jeunes (tableau 3). Chez les femmes nées dans les années 1930, 21.7% des utilisatrices ont planifié leur fécondité avant de fêter cinq ans d'union, chez leurs cadettes elles sont plus du tiers. L'intervention est donc assez rapide pour une part conséquente des femmes. Après 15 ans d'union, l'écart persiste. La précocité progresse chez les benjamines: 78.5% d'entre elles avaient débuté une contraception lors du 5^e anniversaire de leur union (*versus* 56% chez les cadettes observées avant 30 ans).

Des différences sont observables selon le lieu de résidence des femmes au moment où elles débutent la contraception. Chez les aînées, la dynamique est similaire au cours des cinq premières années d'union: 20.4% des urbaines et 23.3% des rurales planifient alors leur fécondité. Elle s'accélère ensuite chez les urbaines. Après 10 ans d'union, elles sont 62.4% à avoir contrôlé leur fécondité *versus* 38.1% chez les rurales. Chez les cadettes, les différences sont plus marquées: après cinq ans d'union, 45.4% des urbaines et 22.1% des rurales contrôlent leur fécondité, après 10 ans d'union elles sont respectivement 68.7% et 40.7%. Chez les benjamines aussi la différence est nette: 83.8% des urbaines planifient leur fécondité

Années d'union	Génération 1936-1938 Fin d'observation: 45 ans (%)	Génération 1951-1953 Fin d'observation: 45 ans (%)	Génération 1951-1953 Fin d'observation: 30 ans (%)	Génération 1966-1968 Fin d'observation: 30 ans (%)
5	21.7	37.1	56.1	78.6
10	56.0*	58.5	80.5	97.9
15	76.1	88.1	-	-

Tableau 3 – Proportion d'utilisatrices de contraception qui ont contrôlé leur fécondité au bout de x années de vie maritale; (lors du dixième anniversaire de vie maritale 56% des utilisatrices de contraception avaient déjà contrôlé leur fécondité).

après cinq ans d'union, 65.7% des rurales. Ces écarts résultent de différences socio-culturelles entre les urbaines et les rurales et de différences d'opportunités d'accès à la planification familiale.

Nombre d'enfants

Des résistances sont perceptibles quant à la pratique de la contraception chez les nullipares. En effet, elle reste rare même si elle progresse légèrement chez les benjamines; 10.9%¹³ des utilisatrices les plus âgées, 8.7% dans les générations intermédiaires et 14.8% des plus jeunes utilisent une méthode contraceptive alors qu'elles ne sont pas encore mères. Utiliser un contraceptif lorsque l'on est nullipare est un comportement urbain. Ainsi, chez les plus jeunes, 17.7% des femmes qui ont débuté une contraception en milieu urbain n'avaient pas d'enfant *versus* 7.1% chez les rurales.¹⁴

La pratique contraceptive chez les mères d'un enfant s'est par contre fortement développée. Parmi les femmes qui ont eu au moins un enfant, 6.8% des plus âgées, 18.6% des intermédiaires et 40.2% des jeunes ont planifié les naissances après la venue de leur premier enfant.

L'espacement des naissances est pratiqué par toutes les générations et il y a presque égalité entre les deux usages, contraception d'arrêt / contraception d'espacement des naissances: 52.1% des aînées et 53.4% des cadettes ont utilisé une première méthode contraceptive avant d'avoir mis au monde tous leurs enfants et ont pu ainsi espacer les naissances. Ces résultats soulignent la "modernité" de comportement de certaines pionnières et la diversité des processus de régulation de la fécondité au sein de chaque génération. L'espacement des naissances se maintient chez les plus jeunes qui ont débuté une contraception avant 30 ans (55.1%), mais il faudra attendre la fin de la vie féconde de cette génération pour conclure définitivement.

Des différences selon le lieu de résidence lors de l'utilisation de la première méthode sont observables uniquement chez les femmes nées dans les années 1950: 20.3% des urbaines et 15.5% des rurales utilisent une première méthode après la naissance de leur premier enfant, l'espacement des naissances est alors plus fréquent chez celles qui ont débuté en ville (57.9% *versus* 45.0%).

Modélisation de la probabilité d'utiliser pour la première fois une méthode contraceptive

Afin de mettre en évidence les changements d'intensité, de calendrier et les facteurs qui influent sur les comportements, la probabilité d'utiliser pour la première fois une méthode contraceptive une année donnée a été modélisée grâce à une régression logistique faisant intervenir la durée de l'union. L'unité de temps sur laquelle est modélisée la probabilité de d'utiliser pour la première fois une contraception est l'année. Comme la quasi-totalité des femmes planifie sa fécondité après la mise en couple, le choix a été fait de ne considérer que les années après l'union. Un modèle différent est proposé pour l'ensemble des femmes de chacune des générations cadettes. Le faible effectif des femmes les plus âgées ne justifie pas le recours à la modélisation. Chacun des modèles fait intervenir la durée de l'union, le nombre d'enfants, le lieu de résidence et la scolarisation¹⁵. Mais les modalités ont été adaptées à chacune des générations, notamment en ce qui concerne le nombre d'enfants et le niveau scolaire.

Pour les femmes nées dans les années 1951-1953, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'utiliser pour la première fois une



méthode contraceptive est maximale entre deux et quatre ans d'union (tableau 4). Entre cinq et neuf ans d'union, la différence avec la période de référence, moins de deux années d'union, n'est pas significative. Après 10 ans d'union, la probabilité de débiter une contraception décroît. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées: arrivées à cette durée d'union, soit les femmes ont peu d'enfants et n'éprouvent pas le besoin de contrôler leur fécondité, soit elles ont déjà "beaucoup" enfanté et le fait de ne pas avoir planifié leur descendance témoigne du peu de motivation pour le contrôle des naissances. Pour une durée d'union donnée, le nombre d'enfants fera toujours augmenter la probabilité de débiter une contraception. Conformément à la théorie de la transition démographique, toutes choses égales par ailleurs, le niveau scolaire est un facteur fortement discriminant. Plus il s'élève, plus les femmes interviennent rapidement dans la formation de la descendance. *A contrario*, le fait de résider en milieu rural retarde cette intervention. Les aspirations des rurales, leurs conditions de vie et la participation des enfants à la production agricole expliquent ces résultats, comme la moindre accessibilité à l'information et aux services de planification familiale.

Pour les femmes nées dans les années 1966-1968, la probabilité de débiter une contraception est maximale au cours des cinq premières années de vie conjugale et il n'y a pas de différence significative, comme chez leurs aînées, entre les toutes premières années de vie commune et les suivantes, ce qui confirme la plus grande précocité du calendrier (tableau 5). Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité décline après cinq ans d'union. À l'instar des femmes nées dans les années 1950, l'élévation de la parité et du niveau scolaire accélère le début de la planification familiale alors que le fait de vivre dans le monde rural la retarde.

Le calendrier du début de la planification familiale a incontestablement évolué entre les trois générations. Il débute plus jeune, plus précocement par rapport au début de l'union et à la formation de la descendance. Pour les femmes qui ont initié une contraception en ville, les évolutions sont souvent plus rapides. Le changement de statut légal de la planification familiale au cours du temps, ainsi que l'offre de planification familiale différente entre le monde urbain et

	Coefficients (β)	Significativité
<i>Années d'union:</i>		
0-1	Référence	
2-4	0.63	***
5-9	-0.12	
10 ans et plus	-0.39	**
<i>Nombre d'enfants:</i>		
0-2	Référence	
3-6	1.09	***
7 enfants et plus	1.45	***
<i>Lieu de résidence:</i>		
urbain	Référence	
rural	-0.76	***
<i>Scolarisation:</i>		
sans scolarisation	Référence	
primaire	1.22	***
secondaire et plus	2.06	***
<i>Constante</i>		
N	-4.56	
N	6 611	
χ^2	139.12	
df	8	

*** Significatif à 1% ** Significatif à 5%

Tableau 4 – Modélisation de la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive pour la première fois au cours d'une année donnée (régression logistique; l'échantillon a été pondéré). Génération 1951-1953.

	Coefficients (β)	Significativité
<i>Durée d'union:</i>		
0-1 ans	Référence	
2-4 ans	-0.15	
5-9 ans	-1.21	***
10 ans et plus	-2.68	***
<i>Nombre d'enfants:</i>		
0-1 enfants	Référence	
2-3 enfants	1.01	***
4 enfants et plus	2.09	***
<i>Lieu de résidence:</i>		
urbain	Référence	
rural	-0.62	***
<i>Scolarisation:</i>		
primaire	Référence	
secondaire et plus	0.92	***
<i>Constante</i>		
N	-2.4	
N	1 998	
χ^2	230.2	
df	7	

*** Significatif à 1% ** Significatif à 5%

Tableau 5 – Modélisation de la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive pour la première fois au cours d'une année donnée (régression logistique; l'échantillon a été pondéré). Génération 1966-1968.

le monde rural expliquent ces évolutions, comme les changements socio-économiques, notamment la croissance de la population urbaine et l'élévation du niveau de scolarité, qui favorisent l'émergence des groupes plus prompts à utiliser la contraception. Cependant, la contraception intervient toujours essentiellement dans le cadre des unions et après avoir eu au moins un enfant. La société mexicaine montre donc des résistances face à une libéralisation des comportements sexuels. La diffusion massive de l'information relative à la planification familiale et de la contraception n'a pas aboli certains tabous et n'a pas légitimé la sexualité des célibataires, ou le désir de retarder une naissance chez les femmes nullipares en couple. Les modalités concrètes de développement des programmes de planification familiale qui s'adressent toujours principalement aux mères et qui font de la maternité un moment privilégié d'information ont certainement une part de responsabilité face à ces inerties.¹⁶

LE CHOIX DE LA PREMIÈRE MÉTHODE

Avant la légalisation de la contraception, la pilule est la méthode la plus facile d'accès. Elle a ensuite été largement promue par les institutions de santé publique dans les premières années des programmes de planification familiale. Cela explique son succès chez les anciennes. À ce propos, un commentaire: étant donné le faible effectif, l'étude du choix de la première méthode chez les anciennes, notamment selon le lieu de résidence, doit être considérée avec beaucoup de réserves: les résultats ont cependant été communiqués pour donner un "éclairage" sur le vécu de ces générations (tableau 6). En parallèle, une offre importante de stérilisation féminine a été développée notamment dans le monde rural où le recours au contrôle des naissances est plus tardif et intervient alors que les femmes sont plus avancées dans le cycle de vie. Ainsi, si la première méthode utilisée par les urbaines est la pilule (55.5%), chez les rurales elle se place en deuxième position (26.7%) après la stérilisation. Plus du tiers des rurales débute leur pratique contraceptive en mettant un terme à leur vie reproductive (tableau 7).

La jugeant trop peu efficace, les institutions de santé publique ont délaissé la pilule dans un second temps pour assurer la promotion du stérilet, sans renoncer à celle de la stérilisation. En effet, dans une optique d'efficacité, toutes les méthodes ne sont pas identiques. Celles qui sont jugées les plus adéquates sont celles où la femme intervient le moins. Ainsi le stérilet et *a fortiori* la stérilisation, qui dépendent totalement du médecin, sont plus efficaces que la pilule que l'utilisatrice peut arrêter librement ou oublier. Les médecins incitent donc les femmes à utiliser ces méthodes.¹⁷ Les résultats de cette seconde orientation, déjà perceptible chez les

Différentes méthodes	Génération 1936-1938 Fin d'observation: 60 ans (%)	Génération 1951-1953 Fin d'observation: 45 ans (%)	Génération 1966-1968 Fin d'observation: 30 ans (%)
Pilule	47.2	33.8	34.3
Stérilet	18.7	29.8	41.2
Préservatifs	0.2	0.0	1.9
Autres méthodes hormonales	3.1	3.2	3.9
Calendrier	6.2	5.8	6.3
Stérilisation féminine	23.4	26.6	11.4
Stérilisation masculine	0.0	0.3	0.0
Autres	1.2	0.5	1.0
Total	100.0	100.0	100.0

Tableau 6 – Répartition des utilisatrices de contraceptifs selon la première méthode utilisée.

cadettes, deviennent évidents chez les plus jeunes, mais à ce propos il faudra aussi attendre la fin de la vie féconde de l'ensemble de la génération pour conclure définitivement. Près de 30% des femmes nées dans les années 1950 ont débuté leur pratique contraceptive par le stérilet. Son succès est particulièrement marqué en ville où il fait jeu égal avec la pilule, alors qu'il se place en troisième position après la pilule et la stérilisation chez les rurales. Le stérilet est la première méthode choisie par 41.2% des femmes nées dans les années 1960, quel que soit le lieu de résidence. Parmi les cadettes qui avaient débuté une contraception avant 30 ans, 24.9% avaient opté pour cette méthode.

En milieu urbain comme en milieu rural, le quart des femmes nées dans les années 1950 a débuté sa pratique contraceptive par une stérilisation. Seules 12.4% des benjamines ont fait le même choix. Cette solution est plus fréquente chez les rurales. Rappelons qu'elles n'ont que 30 ans. Cette proportion est donc susceptible d'augmenter; certaines femmes qui n'ont pas encore eu recours à la contraception mettront peut-être directement un terme à leur vie reproductive. Néanmoins, 18.7% des femmes nées dans les années 1950, qui ont commencé une contraception avant 30 ans, ont subi une stérilisation sans avoir utilisé d'autres méthodes. Il semble donc que la tendance soit un moindre recours à la stérilisation comme première méthode, qui s'explique par la plus grande précocité à adopter une contraception et par la diffusion d'informations permettant d'autres alternatives.

Qu'il soit déterminé par la demande des femmes ou par l'offre, ce premier choix sera très différent selon les caractéristiques des femmes. Ainsi parmi les anciennes, celles qui ont choisi la pilule ont des profils de pionnières particulièrement marqués. Elles sont plus jeunes, plus instruites, et ont moins d'enfants au moment où elles utilisent cette première contraception que celles qui choisissent le stérilet et *a fortiori* la stérilisation (tableau 8a).

Ces différences s'estompent chez les cadettes entre celles qui ont choisi la pilule ou le stérilet, même si celles qui ont opté pour la pilule sont plus jeunes et ont moins d'enfants (tableau 8b). La similitude de caractéristiques entre les femmes qui ont débuté par la pilule ou le stérilet témoigne de la facilité de l'accès au stérilet dans cette génération comparativement à leurs aînées. Les différences restent nettement plus marquées avec celles qui se sont faites stériliser.

Chez les benjamines qui ont débuté une contraception avant 30 ans, des différences persistent (tableau 8c). Débuter la planification de sa fécondité avant 20 ans grâce à la pilule ou au stérilet n'a rien d'exceptionnel. Par contre, aucune des femmes qui a débuté la pratique contraceptive par la stérilisation n'a été opérée avant 20 ans, elles sont 55% à avoir subi l'intervention entre 20 et 25 ans. Cette proportion ne doit pas être comparée avec celles des autres générations étant donné l'âge des femmes au moment de l'enquête, mais elle indique

Différentes méthodes	Génération 1936-1938		Génération 1951-1953		Génération 1966-1968	
	Urbaines (%)	Rurales (%)	Urbaines (%)	Rurales (%)	Urbaines (%)	Rurales (%)
Pilule	55.5	26.7	32.8	35.6	34.9	32.8
Stérilet	21.3	12.1	32.8	24.2	41.8	39.7
Préservatifs	0.3	0.0	0.0	0.0	2.6	0.0
Méthodes hormonales	3.0	3.2	2.2	5.1	4.3	2.6
Calendrier	2.8	14.9	4.8	7.8	6.7	5.4
Stérilisation féminine	17.1	39.1	26.5	26.7	8.3	19.5
Stérilisation masculine	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0
Autre	0.0	4.0	0.4	0.6	1.4	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tableau 7 – Répartition des utilisatrices de contraceptifs selon la première méthode utilisée et le lieu de résidence (étant donné les faibles effectifs, les données relatives à la génération 1936-1938 sont présentées à titre indicatif).

Population féminine	Pilule* (%)	Stérilet (%)	Stérilisation (%)
Âgées de moins de 30 ans	35.0*	12.8	4.8
N'ayant pas fréquenté l'école	1.2	13.8	25.3
Mères de moins de 3 enfants	51.6	0.0	0.0
Mères de 10 enfants ou plus	0.0	4.8	20.5

Tableau 8a – Caractéristiques des femmes selon la première méthode utilisée. Générations 1936-1938; (35% des femmes qui ont débuté leur pratique contraceptive par la pilule avaient moins de 30 ans).

Population féminine	Pilule (%)	Stérilet (%)	Stérilisation (%)
Âgées de moins de 25 ans	56.7	40.6	0.0
Ayant poursuivi leur scolarité au-delà du primaire	34.7	38.6	11.6
Mères de moins de 3 enfants	58.4 *	45.7	4.7
Mères de 7 enfants ou plus	3.7	14.3	24.8

Tableau 8b – Caractéristiques des femmes selon la première méthode utilisée. Générations 1951-1953 ; (58.4% des femmes qui ont débuté leur pratique contraceptive par la pilule avaient moins de trois enfants).

que la stérilisation devient commune à un jeune âge. Elle devient aussi possible à des parités peu élevées; 16.9% des femmes avaient deux enfants et 45.1% avaient trois enfants au moment de l'intervention. La moitié des femmes qui ont débuté par un stérilet avait un seul enfant. Comme dans les générations précédentes, le recours à la stérilisation comme première méthode contraceptive est plus fréquent chez les femmes peu scolarisées.

“Déclin” relatif de la pilule, engouement croissant pour le stérilet, l'évolution du choix de la première méthode contraceptive utilisée répond d'une part aux différences de calendrier dans l'adoption de la contraception; nous l'avons vu, selon les générations, elle intervient à des moments différents du cycle de vie, et d'autre part aux différentes étapes de la politique démographique en milieu urbain et en milieu rural. Ce choix est très marqué socialement. Même si les différences s'atténuent entre les générations, les femmes qui débutent la contraception par la pilule le font plus jeunes, alors qu'elles ont moins d'enfants et elles sont plus instruites que celles qui commencent par le stérilet. Les différences restent plus tranchées avec celles qui débutent par la stérilisation.

QUELQUES ÉLÉMENTS DE TRAJECTOIRES

Contrairement aux enquêtes rétrospectives classiques, l'EDER-98 (*Encuesta Demográfica Retrospectiva 1998*, EDER-98, cf. www.gda.itesm.mx/cee/eder) relate la biographie de la pratique contraceptive année par année. L'unité de temps, l'année, n'est certainement pas idéale pour ce thème. En effet, les interruptions de courtes durées, comme les petites périodes d'utilisation n'ont pas pu être enregistrées. De plus le problème de mémoire est particulièrement aigu pour une pratique privée, intime, qui n'a pas de conséquences visibles socialement, hormis les grossesses. Afin d'approfondir la connaissance du contrôle des naissances, plusieurs points seront néanmoins considérés: les séquences d'utilisation de la contraception, le nombre de méthodes utilisées, la combinaison des différents moyens choisis et l'importance des différentes méthodes dans les histoires contraceptives.

Les séquences d'utilisation

Une séquence est une période d'utilisation d'une même méthode sans interruption déclarée. Elle se termine soit par l'arrêt, momentané ou définitif, de la pratique contraceptive, soit par un changement de méthode. Cet indicateur montre la simplicité d'une grande majorité des itinéraires (tableau 9). Cependant au fil des générations, les vécus se diversifient. Parmi les

Population féminine	Pilule (%)	Stérilet (%)	Stérilisation (%)
Âgées de moins de 20 ans	19.7	21.2 *	0.0
Ayant poursuivi leur scolarité au-delà du primaire	66.4	56.2	16.8
Sans enfant	28.7	5.8	0.0
Mères d'un seul enfant	34.9	51.2	0.0

Tableau 8c – Caractéristiques des femmes selon la première méthode utilisée. Générations 1966-1968; (21.2% des femmes qui ont commencé leur pratique contraceptive par le stérilet avait moins de 20 ans).

Tableau 9 – Distribution des utilisatrices selon le nombre de séquences d'utilisation de la contraception.

Population féminine	1 séquence (%)	2 séquences (%)	3 séquences (%)	4 séquences et plus (%)	Total
Générations 1936-1938 Fin d'observation: 60 ans	73.5	21.9	4.1	0.5	100.0
Générations 1951-1953 Fin d'observation: 45 ans	47.1	31.1	18.9	2.9	100.0
Générations 1951-1953 Fin d'observation: 30 ans	65.7	28.4	5.9	0.0	100.0
Générations 1966-1968 Fin d'observation: 30 ans	61.6	22.9	12.1	3.4	100.0

âînées, les trois-quarts des utilisatrices n'ont vécu qu'une seule séquence. Chez les cadettes, moins de la moitié des femmes n'a vécu qu'une séquence et presque un tiers deux séquences, mais elle sont peu nombreuses à en avoir vécu plus de trois. Chez les benjamines, on peut supposer que cette tendance va se prolonger: la majorité des femmes n'a vécu qu'une séquence au moment de l'enquête, mais 15% en ont déjà vécu plus de trois à 30 ans alors qu'au même âge seules 6% des cadettes en comptabilisaient autant. Le fait d'avoir débuté la contraception en milieu urbain ou rural n'entraîne pas de différence, ni systématique ni significative.

Nombre de méthodes et combinaisons

Le nombre des différentes méthodes mises en œuvre reste faible; néanmoins, il tend à croître entre les générations: 81.1% des anciennes n'ont eu recours qu'à une seule méthode (ici, comme précédemment, les résultats concernant les anciennes sont donnés à titre indicatif) et 18.9% ont eu recours à deux méthodes, tandis que chez les cadettes, ces proportions sont respectivement de 55.7% et de 34.1%; 10.2% ont essayé au moins trois contraceptifs. À 30 ans, 80% d'entre elles n'avaient utilisé qu'une seule méthode, et 15%, deux. La proportion des femmes nées dans les années 1960 qui ont utilisé une seule méthode est inférieure: 74%, et 20.4% d'entre elles ont déjà expérimenté deux méthodes à 30 ans. Les différences selon le lieu de la première utilisation sont non-significatives.

La grande majorité des femmes expérimente donc peu de méthodes. La combinaison des méthodes expérimentées par une femme montre la concentration des pratiques (tableau 10). Ces combinaisons ne tiennent pas compte de l'ordre d'intervention. Leur nombre total s'accroît entre les générations. On en dénombre 13 chez les anciennes et 27 chez les cadettes. Si l'on considère les trajectoires uniquement jusqu'à 30 ans, on en comptabilise 19 chez les cadettes et 29 chez les benjamines; 95.3% des âînées s'inscrivent dans les combinaisons les plus fréquentes, utilisées par plus de 3% des utilisatrices. C'est le cas pour 86.8% des cadettes.

Génération 1936-1938 Fin d'observation: 60 ans	
Méthodes utilisées	Pourcentage
Pilule	35.9
Stérilisation	23.4
Stérilet	12.9
Pilule-Stérilisation	9.9
Stérilet-Stérilisation	5.7
Calendrier	4.5
Injections	3.1
Total des % des combinaisons les plus fréquentes	95.3
Nombre total de combinaisons différentes	13
Génération 1951-1953	
Méthodes utilisées	Pourcentage
Stérilisation	26.5*
Pilule-Stérilisation	14.1*
Pilule	12.2*
Stérilet	10.8*
Stérilet-Stérilisation	7.7*
Stérilet-Vasectomie	4.3*
Pilule-Stérilet-Stérilisation	3.9*
Pilule-Stérilet-Calendrier	3.4*
Calendrier	3.9*
Total des % des combinaisons les plus fréquentes	86.8*
Nombre total de combinaisons différentes	27*
Génération 1966-1968 Fin d'observation: 30 ans	
Méthodes utilisées	Pourcentage
Stérilet	28.8
Pilule	25.5
Stérilisation	11.4
Calendrier	4.9
Stérilet-Stérilisation	4.1
Pilule-Stérilet	4.4
Total des % des combinaisons les plus fréquentes	79.2
Nombre total de combinaisons différentes	29

* Fin d'observation: 45 ans

** Fin d'observation: 30 ans

Tableau 10 – Combinaisons de méthodes contraceptives utilisées par au moins 3% des utilisatrices.

Chez les benjamines, la dispersion des pratiques s'accroît encore; les combinaisons les plus fréquentes regroupent 79.2% des femmes. À l'instar de leurs aînées, la majorité des femmes se concentre sur quelques combinaisons, mais pour les autres, les pratiques sont très éparpillées: 20.8% d'entre elles se répartissent entre les 23 combinaisons les moins fréquentes.

Le tableau 10 répertorie toutes les combinaisons utilisées par plus de 3% des utilisatrices. Dans toutes les générations, nous l'avons vu, la majorité des femmes n'a pratiqué qu'une méthode. Ainsi, pilule, stérilet et stérilisation dominant toujours. La méthode dite du "calendrier" ne tombe pas en désuétude; elle est utilisée seule par au moins 3% des utilisatrices de contraceptifs de chacune des générations. Lorsque la trajectoire inclut deux méthodes, la stérilisation prend le plus souvent le relais de l'une des deux autres méthodes les plus utilisées, à savoir la pilule et le stérilet. Chez les cadettes, une des combinaisons mise en œuvre par plus de 4% des femmes fait intervenir la vasectomie après le stérilet. La progression du stérilet est très nette entre les trois générations, qu'il soit utilisé seul ou dans une trajectoire incluant une autre méthode.

L'importance des différentes méthodes

Afin d'évaluer la couverture contraceptive, la proportion des années pendant lesquelles les femmes planifient les naissances depuis la première utilisation d'une méthode a été calculée. Cette approche montre la constance de la majorité des femmes qui ont planifié leur fécondité. Les aînées font exception, elles n'ont "contrôlé" que 68.3% des années écoulées entre leur première utilisation et leur 45^e anniversaire alors que les cadettes sont intervenues dans 84% de ces années et les benjamines 81.0% du temps jusqu'à leur 30^e anniversaire. Hormis chez les aînées, où la pratique est supérieure chez celles qui ont débuté à la campagne, 74.3% des années *versus* 66.1%, ce qui s'explique par le recours plus fréquent à la stérilisation comme première méthode, les différences selon le lieu d'initiation de la pratique sont faibles et non-significatives.

Les femmes nées dans les années 1930 ont principalement contrôlé leur fécondité grâce à la pilule (tableau 11). Elle a été utilisée 40.3% du temps de la pratique contraceptive, de la première utilisation jusqu'à 45 ans. Cette méthode perd de l'importance chez les cadettes: elle est alors utilisée 15% du temps. Au contraire, le temps d'utilisation du stérilet augmente. Il en est de même pour la stérilisation qui a permis le contrôle de la moitié des années. Cela

corrobore la diffusion de cette méthode et sa précocité, sur lesquelles nous reviendrons. La comparaison du vécu des deux groupes, les plus jeunes jusqu'à 30 ans, confirme en partie l'évolution: la pilule perd encore de l'importance au bénéfice du stérilet, dont les programmes de planification familiale assurent la promotion depuis la fin des années 1980, mais aussi de méthodes comme les injections d'hormones ou les préservatifs, même si leur usage reste marginal. Le calendrier se maintient: il a été pratiqué pendant environ 10% des années. Ces évolutions reflètent donc celles de la disponibilité des méthodes et des orientations successives des programmes de planification familiale.

Les différences selon le lieu où débute la pratique contraceptive sont très importantes dans toutes les générations (tableau 12). Elles s'atténuent cependant chez les benjamines. Chez les aînées, la pilule domine largement en milieu urbain alors qu'elle fait jeu égal avec la stérilisation dans le monde rural. Nous l'avons vu, les rurales commencent plus tardivement et plus souvent directement par une stérilisation. En milieu rural, la méthode du calendrier est utilisée un tiers du temps de pratique. Cela révèle la volonté de cette population de limiter sa descendance et sa plus grande difficulté d'accès à des moyens modernes de contraception. La fiabilité du contrôle des naissances y est donc inférieure. Chez les cadettes comme chez les benjamines, la pilule et le calendrier sont plus utilisés par celles qui ont débuté à la campagne, le stérilet par celles qui ont débuté en ville. Si l'on considère que la pilule est en vente libre au Mexique, et donc n'est pas assujettie à une prescription médicale, on peut

Méthodes utilisées	Génération 1936-1938 Fin d'observation: 45 ans (%)	Génération 1951-1953 Fin d'observation: 45 ans (%)	Génération 1951-1953 Fin d'observation: 30 ans (%)	Génération 1966-1968 Fin d'observation: 30 ans (%)
Pilule	40.3	15.0	37.8	29.4
Stérilet	10.9	21.1	31.7	36.5
Injection d'hormones	4.5	3.2	3.0	5.8
Préservatifs	0.1	0.7	0.0	2.2
Stérilisation féminine	29.8	48.3	16.1	16.4
Vasectomie	0.6	2.5	0.8	0.8
Calendrier	11.4	8.9	10.5	8.0
Autres	2.4	0.3	0.1	0.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Tableau 11 – Répartition des années d'utilisation de la contraception selon la méthode utilisée.

Méthodes utilisées	Génération 1936-1938 Fin d'observation: 45 ans		Génération 1951-1953 Fin d'observation: 45 ans		Génération 1966-1968 Fin d'observation: 30 ans	
	Urbaines (%)	Rurales (%)	Urbaines (%)	Rurales (%)	Urbaines (%)	Rurales (%)
Pilule	46.4	25.8	11.6	21.9	29.2	30.2
Stérilet	11.7	9.0	27.0	9.2	37.8	33.4
Injection d'hormones	5.5	2.2	2.6	4.5	6.4	4.2
Préservatifs	0.2	0.0	0.8	0.5	1.4	4.2
Stérilisation féminine	33.1	21.8	49.6	45.8	15.6	18.4
Vasectomie	0.9	0.0	3.7	0.0	1.1	0.0
Calendrier	2.2	33.5	4.5	17.5	7.3	9.6
Autres	0.0	7.7	0.2	0.6	1.2	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tableau 12 – Répartition des années d'utilisation de la contraception selon le lieu de résidence lors de la première utilisation et la méthode utilisée.

conclure à une plus forte médicalisation de la pratique, et à une fiabilité supérieure du contrôle pour celles qui ont débuté en ville. Ces dernières ont plus largement bénéficié des programmes de planification familiale, dont les orientations ont fortement influé sur leur pratique. L'intégration des rurales au système médical est plus lente et, par ailleurs, des différences dans les modalités de développement des programmes existent. Elles sont liées en partie aux infrastructures et aux ressources disponibles.¹⁸

Le choix de planifier les naissances s'inscrit dans la continuité, et cette cohérence des comportements augmente notamment entre les deux générations aînées. Les trajectoires restent assez simples: la majorité des femmes vit peu de séquences et utilise peu de méthodes contraceptives différentes. Cependant, les trajectoires se diversifient. Cette évolution nette entre les aînées et les cadettes demande confirmation chez les benjamines. Chez ces dernières, on observe une dispersion plus importante des comportements. Plusieurs hypothèses l'expliquent: la précocité de la planification familiale, une meilleure connaissance des méthodes, des facilités d'accès qui augmentent leur autonomie, mais aussi la difficulté à réguler leur fécondité de façon satisfaisante et l'émergence de nouvelles exigences, notamment le refus d'effets secondaires, dans un contexte de banalisation de la pratique contraceptive et d'accroissement de l'offre.

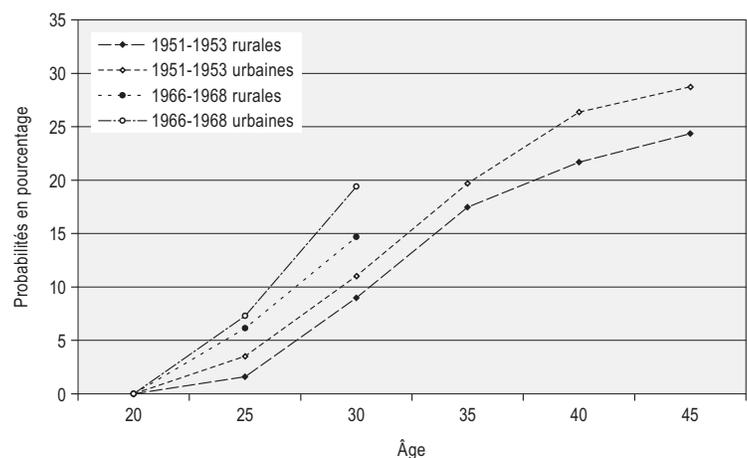
Les modalités du contrôle des naissances ont beaucoup évolué. Chez les aînées, la pilule domine par la proportion de femmes qui l'ont utilisée et par le nombre d'années d'utilisation. Cela est particulièrement vrai en ville. Dans les générations suivantes, la pilule perd de l'importance et devient plus présente à la campagne. Le stérilet et la stérilisation progressent nettement. Cette évolution révèle l'influence de l'offre publique de services de planification familiale sur les comportements et entraîne une augmentation de la dépendance des femmes par rapport au monde médical.

La méthode du "calendrier" a joué un rôle non-négligeable, y compris chez les plus jeunes, dans le contrôle des naissances, surtout à la campagne. Ainsi les femmes qui ont débuté la contraception en milieu rural ont demandé la participation des hommes plus souvent que celles qui ont débuté en ville, notamment dans les deux groupes des aînées.

LA STÉRILISATION

Rappelons que si, dans l'ensemble de la population, les femmes stérilisées sont une minorité, 6.1% des aînées, 32.0% des cadettes et 12.6% des benjamines, elles représentent une part importante des utilisatrices de méthodes contraceptives, respectivement 40.2%, 55.5% et 21.5%. De plus, la stérilisation a été la première, et donc l'unique méthode utilisée pour environ le quart des utilisatrices des groupes de générations aînées et pour 11.4% des plus jeunes.

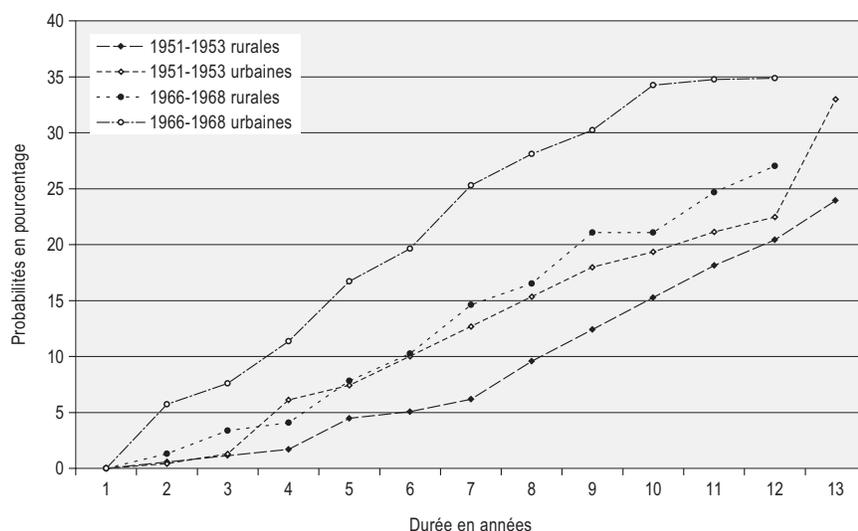
Graphique 5 – Probabilités d'avoir été stérilisée, selon l'âge, par génération et selon le lieu de résidence en 1998 (méthode de Kaplan-Meier).



Parallèlement à cette augmentation de la prévalence de la stérilisation, le calendrier s'est fortement modifié entre les générations. Les femmes stérilisées sont plus jeunes et l'opération intervient plus rapidement dans la vie maritale. La probabilité d'être stérilisée, calculée selon la méthode de Kaplan-Meier, s'accroît entre les générations à âge et à durée d'union égaux. Les graphiques font nettement apparaître les différences selon le lieu de résidence en 1998. Le recours à la stérilisation a été plus rapide chez les femmes résidant en ville.

La répartition des femmes stérilisées selon leur âge au moment de l'opération corrobore ces changements de calendrier entre générations (tableau 13). Relevons que si presque les trois-quarts des aînées ont été stérilisées après 35 ans et donc après la légalisation de la contraception, un quart a pu bénéficier de l'opération plus tôt. Ces femmes ont toutes subi l'intervention alors qu'elles résidaient en ville. Le rajeunissement est très net parmi les femmes nées dans les années 1950 qui ont choisi de se faire stériliser avant leur 30^e anniversaire et les benjamines: plus d'un tiers de ces dernières était déjà stérilisé à 25 ans. Chez les benjamines, on constate une différence de calendrier selon le lieu de résidence: la moitié des urbaines ont été stérilisées avant leur 25^e anniversaire *versus* 16.5% chez les rurales.

La répartition des femmes stérilisées selon la durée de leur vie conjugale au moment de la stérilisation confirme le rajeunissement du calendrier (tableau 14). La grande majorité des aînées a vécu l'opération après 15 ans de vie commune (70%); 21% des cadettes étaient stérilisées au bout de 10 années et un tiers a opté pour cette contraception après 15 années de vie maritale. La comparaison ne doit pas être faite directement avec les plus jeunes, en raison de la sélection de l'échantillon mais aussi de leur durée d'union forcément plus courte au



Graphique 6 – Probabilités d'avoir utilisé une méthode contraceptive selon la durée à partir de la première union, par génération et selon le lieu de résidence en 1998 (méthode de Kaplan-Meier).

Population féminine	Génération 1936-1938 Fin d'observation: 60 ans (%)	Génération 1951-1953 Fin d'observation: 45 ans (%)	Génération 1951-1953 Fin d'observation: 30 ans (%)	Génération 1966-1968 Fin d'observation: 30 ans (%)
De moins de 25 ans	0.0	1.9	5.1	38.0
25-29 ans	2.8	36.3	94.9	62.0
30-34 ans	24.3	29.3	-	-
35 ans et plus	72.9	32.5	-	-
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Tableau 13 – Répartition des femmes stérilisées selon l'âge au moment de l'opération.

moment de l'enquête. Cependant, parmi les femmes qui ont choisi la stérilisation, une part importante vivait en couple depuis une durée relativement peu élevée: 24.9% depuis moins de cinq ans et 56.9% entre cinq et neuf ans.

Dans toutes les générations la stérilisation intervient plus précocement si elle est réalisée alors que la femme réside en ville. Ainsi par exemple, chez les aînées 31.3% des femmes stérilisées en ville l'ont été entre cinq et neuf ans d'union *versus* 1.1% pour les rurales; respectivement 24.8% et 11.9% des cadettes étaient stérilisées lorsqu'elles ont fêté leurs 10 ans d'union et 33% et 10.5% des benjamines au bout de cinq ans d'union.

La stérilisation intervient plus précocement dans la formation de la descendance (tableau 15). Chez les aînées, la plupart des femmes stérilisées sont des mères de familles nombreuses. L'offre de stérilisation a été formulée tardivement dans leur vie reproductive. Chez les cadettes, la stérilisation intervient plus précocement: un quart des femmes a été stérilisé alors qu'elles avaient moins de quatre enfants. C'est aussi le cas de plus de la moitié des benjamines stérilisées avant 30 ans. Étant donné la sélection de cette population, il n'est pas possible de conclure en termes d'évolution pour l'ensemble de la génération. Cependant ces femmes stérilisées relativement jeunes ne constituent pas une population particulière, caractérisée par une forte fécondité. Au contraire, elles ont utilisé la stérilisation pour mettre un terme à une fécondité relativement peu élevée: 37% d'entre elles ont été opérées alors qu'elles avaient trois enfants. C'était le cas de 11% des cadettes stérilisées avant 30 ans; 77% d'entre elles avaient entre quatre et six enfants lors de l'intervention chirurgicale.

La stérilisation limite la formation de la descendance plus tôt chez les femmes qui résident en milieu urbain: 35.1% des cadettes urbaines avaient moins de quatre enfants lors de l'intervention contre 11% des rurales. L'écart est moins important chez les benjamines.

Selon les manuels de l'International Planned Parenthood, il faut attendre un an après une naissance pour que la mère soit dans des conditions psychologiques adéquates à une prise de décision concernant une stérilisation.¹⁹ Plusieurs études sur les conditions de ce choix et sur la satisfaction des femmes opérées révèlent qu'au Mexique cette décision est très souvent prise, ou exécutée, au moment d'une naissance.²⁰ L'EDER-98 confirme la très forte diffusion de cette

Tableau 14 – Répartition des femmes stérilisées selon la durée de l'union au moment de l'opération.

<i>Durée de l'union (années)</i>	<i>Génération 1936-1938 Fin d'observation: 60 ans (%)</i>	<i>Génération 1951-1953 Fin d'observation: 45 ans (%)</i>	<i>Génération 1966-1968 Fin d'observation: 30 ans (%)</i>
<i>Moins de 5 ans</i>	0.0	2.1	24.9
<i>5-9</i>	18.8	19.0	56.9
<i>10-15 Plus de 10 ans</i>	11.2	42.7	18.2
<i>Plus de 15 ans</i>	70.0	36.2	-
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

Tableau 15 – Répartition des femmes stérilisées selon le nombre de leurs enfants lors de la stérilisation.

<i>Mères par groupe de nombre d'enfants</i>	<i>Génération 1936-1938 (%)</i>	<i>Génération 1951-1953 (%)</i>	<i>Génération 1966-1968 (%)</i>
<i>0-3</i>	10.1	28.2	56.8
<i>4-6</i>	27.4	57.6	39.9
<i>7-9</i>	50.5	10.3	3.3
<i>10 et plus</i>	12.0	3.9	-
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

pratique. Si seulement 35.1% des aînées ont été stérilisées l'année de naissance de leur dernier enfant, c'est le cas de 68.9% des cadettes et de 77.8% des benjamines stérilisées au moment de l'enquête. Il est fort probable que dans la majorité des cas la stérilisation se déroule lors du séjour en maternité. Le lien entre les deux événements est plus important lorsque l'opération se déroule chez les femmes qui résident en milieu rural. C'est ainsi le cas pour 39% des aînées, 74.2% des cadettes et 83.2% des benjamines *versus* 32.4%, 66.8% et 75.1% pour celles qui sont opérées alors qu'elles résident en ville.

Afin de mettre en évidence les facteurs qui influent sur le choix de se faire stériliser, la probabilité de subir une stérilisation une année donnée a été modélisée grâce à une régression logistique faisant intervenir la durée de l'union, le nombre d'enfants, le lieu de résidence et la scolarisation. Le faible effectif des femmes les plus âgées ne justifie pas le recours à la modélisation.

Chez les femmes nées dans les années 1950, la durée de l'union intervient de façon significative et la probabilité d'être opérée est maximale entre 10 et 14 ans d'union (tableau 16). Après 15 années d'union, les différences ne sont pas significatives comparées à la période de référence qui regroupe les neuf premières années de vie conjugale. Ce résultat peut relever de différents scénarios: soit ces femmes ont peu d'enfants en contrôlant leur fécondité par d'autres moyens qui les satisfont ou parce qu'elles sont faiblement fertiles, soit au contraire elles ont beaucoup d'enfants et sont réfractaires à toute forme de planification familiale. Le nombre d'enfants est aussi fortement discriminant. À durée d'union égale, la probabilité augmente avec la parité. Toutes choses égales par ailleurs la probabilité de subir une stérilisation est toujours inférieure en milieu rural. Enfin, la scolarisation discrimine les comportements: à caractéristiques équivalentes les femmes qui ont prolongé leur scolarité auront plus souvent recours à la stérilisation. Plus rarement choisie comme première méthode contraceptive par les femmes instruites, cette méthode ne fait cependant pas l'objet d'un rejet de la part de ces femmes qui n'hésiteront pas à l'adopter pour mettre un terme à leur vie féconde.

La modélisation concernant les plus jeunes porte sur un échantillon tout à fait particulier, celui des femmes qui ont subi une stérilisation avant 30 ans (tableau 17). Chez ces dernières, la probabilité de subir une stérilisation augmente après sept ans d'union. Le nombre d'enfants joue aussi de façon positive. Comme chez leurs aînées, le fait de vivre en milieu rural retarde l'intervention. Par contre, la scolarisation n'introduit plus de différences significatives.

CONCLUSION

Entre les générations nées dans les années 1930 et celles nées dans les années 1960, le Mexique a connu une véritable "révolution contraceptive". Parmi les premières, les femmes qui planifient leur fécondité sont marginales. Parmi les plus jeunes, elles sont majoritaires. Cette révolution a profondément modifié la fécondité et a certainement bouleversé le vécu des femmes, des couples et des familles dans des sphères qui dépassent largement celle de la procréation.

	Coefficients (B)	Significativité
<i>Années d'union:</i> 0-9 10-14 15 ans et plus	Référence 1.02 -0.04	***
<i>Nombre d'enfants:</i> 0-3 4-6 7 enfants et plus	Référence 1.52 1.60	*** ***
<i>Lieu de résidence:</i> urbain rural	Référence -0.93	***
<i>Scolarisation:</i> sans scolarisation primaire secondaire et plus	Référence 0.38 0.64	**
<i>Constante</i> N χ^2 dl	-5.36 8 961 103.9 7	

*** Significatif à 1% ** Significatif à 5%

Tableau 16 – Modélisation de la probabilité de subir une stérilisation une année donnée (régression logistique; l'échantillon a été pondéré). Générations 1951-1953.

	Coefficients (B)	Significativité
<i>Années d'union:</i> 0-2 2-6 7 ans et plus	Référence 0.86 0.98	***
<i>Nombre d'enfants:</i> 0-2 3 4-6 7 enfants et plus	Référence 2.23 2.93 2.33	*** ***
<i>Lieu de résidence:</i> urbain rural	Référence -0.41	***
<i>Scolarisation:</i> primaire secondaire et plus	Référence 0.32	
<i>Constante</i> N χ^2 dl	-6.16 3 371 145.24 7	

*** Significatif à 1% ** Significatif à 5%

Tableau 17 – Modélisation de la probabilité de subir une stérilisation une année donnée (régression logistique; l'échantillon a été pondéré). Générations 1966-1968.

L'approche longitudinale permet de mieux cerner le vécu de chacune des générations. Les aînées qui ont planifié leur fécondité ont des profils de "pionnières" de la transition démographique, plus marqués encore chez celles qui résidaient en ville. Elles ont contrôlé leur fécondité plus tôt, parfois avant la légalisation de la contraception. Certaines se sont même fait stériliser avant 1974. Celles qui ont débuté en ville ont plus souvent opté pour la pilule. Les rurales ont planifié leur fécondité plus tardivement, elles étaient en couple depuis plus longtemps et avaient plus d'enfants. Elles ont débuté plus souvent par la stérilisation. Chez ces dernières, une part importante du contrôle se fait grâce à une méthode peu fiable, le calendrier. Ce qui implique une forte collaboration des hommes. Les trajectoires des "anciennes" sont simples. La période de contrôle des naissances est courte; elles ont débuté tard et ensuite le tiers des années écoulées jusqu'à leur 45^e anniversaire s'est déroulé sans qu'elles interviennent sur leur fécondité.

Les cadettes marquent une rupture; la planification familiale se généralise et le contrôle des naissances devient effectif. Plus de la moitié d'entre elles utilise la contraception et elle intervient plus précocement dans la vie maritale et féconde. Les différences perdurent entre monde urbain et monde rural, entre femmes sans instruction et femmes instruites. Si la pilule est toujours utilisée, elle joue un rôle moins important et devient un contraceptif plus "rural". À l'inverse, le stérilet se diffuse, surtout en ville. La planification familiale y est plus médicalisée et plus fiable. Une part non négligeable des rurales fait toujours confiance au calendrier et implique donc son conjoint. Dans ces générations, plus de la moitié des utilisatrices sont stérilisées. En ville, l'intervention intervient plus tôt dans la vie féconde. La majorité des femmes a vécu une trajectoire simple. Cependant le nombre de séquences et de méthodes utilisées augmente.

Les trajectoires des benjamines sont en voie de réalisation. L'évolution constatée chez les aînées semble s'accroître. La planification familiale débute plus rapidement. Il en va de même de la stérilisation qui met un terme plus précocement à la vie reproductive, et cela à un jeune âge et à une faible parité. La pilule perd encore de l'importance comparée au stérilet. Le calendrier est toujours utilisé. Si la majorité des trajectoires est simple, la proportion des femmes dont les vécus sont plus complexes augmente. Les trajectoires sont beaucoup plus diversifiées. La "massification" du contrôle des naissances a eu pour corollaire sa "démocratisation"; cependant l'éducation joue sur la rapidité d'intervention et les différences urbaines-rurales perdurent. Il faudra attendre la fin de leur vie féconde pour établir définitivement ces conclusions.

Cette rétrospective éclaire la diffusion des comportements et donne des arguments à la thèse de la pluralité des processus de transition de la fécondité. Parmi les anciennes, des femmes ont eu des comportements particulièrement "modernes", espacer les naissances par exemple. L'évolution socio-économique du pays, en modifiant la composition de la population, a participé au développement de ces comportements, qui se sont certainement diffusés aussi dans des populations qui ne présentaient pas les mêmes caractéristiques que les pionnières. En parallèle, d'autres populations ont accédé à la planification familiale plus tardivement dans leur cycle de vie, selon des modalités "moins modernes", en utilisant par exemple la contraception pour arrêter la formation de leur descendance. Pour l'ensemble de la population, la politique démographique a joué un rôle primordial sur la prévalence, sur la disponibilité et donc sur le choix des méthodes mises en oeuvre. Si les résultats montrent l'efficacité de la politique, ils établissent aussi la responsabilité des décideurs et des acteurs de cette politique. Même si l'*EDER-98* ne donne pas directement d'information relative à la santé de la reproduction, son analyse est fructueuse et permet de formuler plusieurs questions sur ce thème.

Alors que le calendrier du début de la planification familiale se modifie fortement, des inerties apparaissent: la contraception n'est pas utilisée par les célibataires, ni par les femmes sans enfant dans un pays où la fécondité des adolescentes est préoccupante.²¹ Cela interroge sur les tabous et normes sociales liés à la sexualité de ces populations, sur l'offre d'informations et sur leurs possibilités de vivre une vie sexuelle sans risque de grossesse. De

façon plus générale, on peut s'interroger sur les conséquences de la dissociation entre la sexualité et la procréation dans un contexte où l'accès à la contraception résulte d'une volonté gouvernementale liée à des objectifs démographiques et non d'une revendication sociale. La diffusion de la contraception ne semble pas avoir eu pour corollaire une "libération sexuelle", comme celle observée dans les pays du Nord, et les données manquent pour mesurer son impact sur l'évolution des rapports sociaux de sexe.

Les évolutions dans le développement des politiques ne sont pas uniformes et synchrones sur l'ensemble du territoire. Le recours à la méthode du calendrier révèle une demande de planification familiale chez les anciennes et les cadettes en milieu rural, qui n'a certainement pas été satisfaite par une offre de moyens modernes. Les différences de comportements subsistent même chez les plus jeunes, entre le monde rural et le monde urbain, et elles ne sont pas uniquement liées à des différences de structure de la population. Elles résultent de motivations diverses émanant du contexte socio-culturel, d'une différence d'intégration des femmes au système médical et de spécificités dans l'offre de services en matière de planification familiale. Toutes les femmes n'ont donc pas les mêmes opportunités, ce qui peut avoir des conséquences sur divers aspects relatifs à leur fécondité et à leur santé en matière de reproduction.

La diffusion large de la stérilisation, notamment auprès de femmes jeunes qui ont un nombre relativement faible d'enfants, et le lien temporel entre stérilisation et accouchement posent des problèmes et amènent à s'interroger sur la mise en place d'une politique permettant une gestion moins radicale des capacités reproductives. La promotion croissante de la stérilisation et du stérilet, et celle déclinante de la pilule permettent-elles un choix réel aux utilisatrices? Le renvoi de la pilule à l'automédication, en négligeant les effets secondaires liés à des dosages hormonaux mal adaptés, n'a-t-il pas des conséquences sur la régulation de la fécondité et sur la santé? Enfin, la faible participation des hommes –notamment au moyen du préservatif– pose un réel problème de santé publique face à la pandémie mondiale du sida.

NOTES

- 1 Juárez *et al.* 1989; INED 1995.
- 2 Bronfman et López 1986; Urbina Fuentes 1994; Cosío Zavala 1994; Bruguilles 2002.
- 3 Welti Chanes et Paz 1990.
- 4 Palma Cabrera et Suárez Morales 1994.
- 5 Figueroa Perea 1990, 1994; Figueroa Perea *et al.* 1992; Cervantes 1993; Gautier et Quesnel 1993; Bruguilles 2000, 2002.
- 6 L'effectif, non pondéré, des utilisatrices de méthodes contraceptives est de 64 pour les aînées, de 231 pour les cadettes et de 238 pour les benjamines. Les données concernant la génération la plus âgée sont donc des données indicatives.
- 7 Cosío Zavala 1994.
- 8 Lerner, Quesnel et Samuel 1999; Bruguilles 1998.
- 9 Cosío Zavala 1989, 1990.
- 10 Cosío Zavala 1996.
- 11 Il se peut aussi qu'ils soient fortement sous-déclarés, la population faisant l'amalgame entre méthodes modernes et contraception, excluant ainsi toutes pratiques traditionnelles fortement critiquées dans le cadre de la politique démographique.
- 12 La structure de l'échantillon de l'EDER-98 contraint à considérer deux sous-populations définies par le lieu de résidence, rural ou urbain, au moment de l'enquête en 1998 lors de l'application de la méthode de Kaplan-Meier. Ainsi, les catégories urbaines et rurales se réfèrent au lieu de résidence en 1998. Dans la suite du texte seront appelées urbaines les femmes qui résidaient en zone urbaine lorsqu'elles ont utilisées pour la première fois une méthode contraceptive et rurales celles qui résidaient alors en zones rurales. Notons que, quelle que soit la génération, plus de 80% des rurales de 1998 ont contrôlé leur fécondité pour la première fois alors qu'elles résidaient déjà en milieu rural. Il en est de même pour les urbaines; plus de 80% d'entre elles résidaient en milieu urbain lorsqu'elles ont débuté la planification familiale.
- 13 Rappelons que le faible effectif de cette génération n'exclue pas les variations aléatoires.
- 14 Ces proportions sont respectivement de 13.4% et 4.6% chez les anciennes et de 11.9% et 2.8% chez les femmes nées dans les années 1950.
- 15 La variable "emploi" a été introduite dans le modèle mais elle ne s'est pas avérée discriminante.
- 16 Gautier et Quesnel 1993; Bruguilles 1998, 2002.
- 17 Figueroa Perea 1990.
- 18 Gautier et Quesnel 1993; Lerner, Quesnel et Samuel 1999; Bruguilles 2002.
- 19 Figueroa Perea 1990, 1994.
- 20 Tuirán 1990.
- 21 Welti Chanes 1995.

BIBLIOGRAPHIE

- Bonnet, D., A. Guillaume 1999 – La santé de la reproduction. Concept, acteurs. *Documents de Recherche* 8. IRD, Équipe de Recherche Transition de la Fécondité, Santé de la Reproduction, Paris.
- Bronfman M., E. López 1986 – Les politiques de population au Mexique. "La transition démographique dans le monde contemporain en développement". *Journées démographiques de l'ORSTOM*, 31 pages.
- Brugelies, C. 1998 – La fécondité et les comportements reproductifs à la frontière Mexique - États-Unis. Université de Paris III, Paris, thèse de doctorat, 534 pages.
- 2000 – Confrontation de l'offre et de la demande de services de planification familiale au Mexique. Dans Cresson G., F.-X. Schweyer (éds). *Les usagers du système de soins*. Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, Paris.
- 2002 – La politique de population au Mexique (1974-2000). *Les Dossiers du CEPED* 71, février, 57 pages.
- Castro Morales, P. 1995 – *El varón y la práctica de la anticoncepción*: 38-40. Demos, Mexico.
- Cervantes Carson, A. 1993 – México: Políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales. *IV Conferencia Latinoamericana de población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México, sesión paralela. Consejo Nacional de Población 1984 – *Bases jurídicas de la política de población de México*. Conapo, Mexico.
- 1985 – *Resultados principales de la Encuesta Nacional Demográfica de 1982*. Conapo, Mexico, 210 pages.
- 1991 – *Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994*. Conapo, Mexico, 47 pages.
- 1996 – *Programa Nacional de Planificación Familiar 1995-2000*. Conapo, Mexico, 114 pages.
- Cosío Zavala, M.E. 1989 – Mexique, Mexico, Mexicains. *Population et Sociétés* 236. Institut National d'Études Démographiques (INED), Paris, 4 pages.
- 1990 – Niveles y tendencias de la fecundidad en México IV. *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*: 26-334. INEGI, SOMEDE, Mexico.
- 1994 – *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*. Éditions l'Harmattan, l'HEAL, Paris, 255 pages.
- 1996 – Malthusianisme de la pauvreté au Mexique. Dans Leridon H., M. Barbieri, P. Clermont, A. Monnier, F. Muñoz Pérez, F. Prioux, J. Véron J. (eds). *Populations. L'état des connaissances. La France. L'Europe. Le monde*: 255-256. Éditions La Découverte, Paris.
- 1998 – *Les changements démographiques en Amérique Latine*. Éditions ESTEM, Paris, 122 pages.
- Figueroa Perea, J.G. 1990 – Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva. *IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica*: 110-116. INEGI, SOMEDE, Mexico.
- 1994 – Apuntes para un estudio multidisciplinario de la esterilización femenina. *Estudios Demográficos y Urbanos* (IX) 25: 105-127.
- Figueroa Perea, J.G., M.G. Hita Dussel, B.M. Aguilar Ganado 1992 – Algunas referencias sobre reproducción, derechos humanos y políticas de planificación familiar. Mimeo, 40 pages.
- Gautier, A. 1997 – Femmes et planification familiale au Yucatan. *Cahiers des Amériques Latines* 22: 87-102. l'HEAL, Paris.
- Gautier A., A. Quesnel 1993 – Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan. *Colloque Études et Thèses*. ORSTOM, Paris, 114 pages.
- INED 1995 – Tous les pays du monde, *Population et Sociétés*. INED, Paris, 304 pages.
- INEGI 1999 – *Encuesta nacional de la dinámica demográfica. Metodología y tabulados 1997*. INEGI, Mexico, 635 pages.
- Juárez F., J. Quilodrán, M.E. Cosío 1989 – Les tendances récentes de la fécondité au Mexique. *Document de Recherches* 63. CREDAL, Paris, 50 pages.
- Lerner S., A. Quesnel, O. Samuel 1999 – Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain. *Sciences Sociales et Santé* (XVII) 1.
- Muriedas P., A.M. Hernández 1994 – El derecho a la salud sexual y reproductiva en México y las políticas de población. *Fem* 31.
- Palma Cabrera, Y., J.L. Palma 2000 – Mexico. Dans Formans, S. et R. Ghosh (éds). *Promoting Reproductive Health*: 111-145. Lynne Rienner, Londres.
- Palma Cabrera, Y., J. Suárez Morales 1994 – *Diferencias regionales en la práctica anticonceptiva*: 39-40. Demos, Mexico.
- Palma Cabrera Y., J.G. Figueroa Perea, A. Cervantes 1990 – Dinámica del uso de métodos anticonceptivos en México. *Revista Mexicana de Sociología* (LII) 1: 51-81.
- Tuirán, R. 1988 – Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción. *Memoria de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*: 45-58. Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud, Mexico.
- 1990 – La esterilización anticonceptiva en México: satisfacción e insatisfacción entre las mujeres que optaron por este método. *IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica*: 119-137. INEGI, SOMEDE, Mexico.
- United Nations, Population Division, UN Secrétariat 1998 – *World Population Monitoring Report 1996. Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*. United Nations, Population Division, UN Secrétariat, New York, 281 pages.
- Urbina Fuentes, M. 1994 – El contexto y las políticas de población. El caso de México. Dans Benítez Zenteno R., E.G. Ramírez Rodríguez (coords). *Políticas de población en Centroamérica, El Caribe y México*: 171-182. PROLAP, Mexico.
- Urbina Fuentes M., Y. Palma Cabrera, J. Figueroa Perea, P. Castro Morales 1984 – Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en México. *Comercio Exterior* (34) 7: 647-666. Mexico.
- Welti Chanes, C. 1995 – *Implicaciones del inicio temprano de la maternidad*: 9-10. Demos, Mexico.
- Welti Chanes, C., L. Paz 1990 – Niveles y patrones diferenciales de la fecundidad. *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*: 46-52. INEGI, SOMEDE, Mexico.