

# DÉMOGRAPHIE ET CULTURES

*Colloque international de Québec  
(Canada, 25-29 août 2008)*



**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE  
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France) – <http://www.aidelf.org>**

# Transformation de l'identité maya et planification familiale au Yucatan

---

**Arlette GAUTIER**

Professeure de sociologie, Université de Bretagne Occidentale

Le Mexique a vécu une transition démographique impressionnante avec une fécondité passée de 6 enfants par femme en 1976 à 2,1 aujourd'hui. Cette baisse de la fécondité a été rendue possible par la mise en œuvre par le système de santé, et notamment par l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale (IMSS), d'une politique de population qui a permis de développer la connaissance des méthodes contraceptives et de faciliter leur utilisation, notamment par la gratuité. La pratique contraceptive est ainsi passée de 30% en 1976 à 71%, 30 ans plus tard (Mendoza 2006). Néanmoins, il reste de fortes différenciations, notamment au détriment des Autochtones<sup>1</sup>, comme l'a montré la première enquête nationale qui les a inclus en 1992 (Barroso Calderon 2004). Des études ont mesuré depuis précisément les différences existantes entre les caractéristiques des populations autochtones et *mestiza* (terme désignant au Mexique les personnes d'origine européenne) (Chavez Galindo 2005). En 2006, la prévalence contraceptive atteint, selon les estimations du Conseil National de Population (CONAPO) à partir de l'Enquête Nationale sur les Dynamiques Démographiques (ENADID), 52% pour les femmes parlant une langue indigène contre 72% pour les hispanophones. Les explications données de cet écart de près de 20 points relèvent de quatre types selon qu'elles mettent en avant le « retard culturel » (faiblesse de l'éducation formelle, machisme) des Autochtones, la faiblesse de l'accès aux services de santé reproductive, l'imposition de stérilisations ou de stérilets, ou enfin, l'existence d'une vision du monde se réalisant au travers du comportement reproductif. Néanmoins, si certains revendiquent un maintien pur et simple d'une culture présentée comme ancestrale, on peut s'interroger sur l'authenticité de certaines coutumes (Gautier 205). Pour prendre un exemple yucatéque, le *huipil* (robe blanche brodée) portée par les femmes mayas du Yucatan a été imposé à leurs ancêtres par les Espagnols que choquaient leur presque nudité. De nombreux Amérindiens souhaitent pouvoir choisir les traditions à conserver et celles qu'il faut abandonner ou transformer. Ils ne désirent pas vivre dans un musée alors que toute culture vit et se transforme en relation avec les autres. L'appropriation d'une culture de la planification familiale n'est donc pas incompatible avec le maintien d'une identité amérindienne, sans qu'il faille cependant occulter la possibilité de stérilisations forcées.

Nous chercherons à vérifier ces différentes hypothèses au travers d'un cas paradoxal, celui d'une population maya yucatéque dont les indicateurs démographiques sont identiques à ceux de la moyenne nationale et qui a accès depuis longtemps, à cause de la monoculture du sisal, à des services de médecine moderne prônant la contraception. L'indice synthétique de fécondité – de deux enfants par femme – est d'ailleurs aujourd'hui plus faible au Yucatan que dans le reste de la population mexicaine. Nous nous demanderons si les pratiques contraceptives des locuteurs Mayas du Yucatan se différencient de celle des hispanisants et pour quels motifs : des normes culturelles différentes, un niveau scolaire plus bas, un accès différencié à la contraception, une imposition de celle-ci ?

---

<sup>1</sup> Les Mexicains emploient le terme « Indigène », qui en France a une connotation négative depuis la colonisation. Les Historiens utilisent plutôt le mot « Amérindien » et les Québécois « Autochtones ou « Premières Nations » qui insistent le fait que ces populations étaient là avant les Européens.

## 1. Autochtones et Mayas

### Fécondité et planification familiale des autochtones mexicains

La fécondité des Amérindiens, de même que leur mortalité, reste bien différente de celle des *mestizos* puisqu'elle atteignait, selon l'ENSAR de 2003, 4,2 enfants par femme contre 2,6 alors que la fécondité maritale des uns et des autres est respectivement de 5,3 et 3,9 (Chavez Galindo et al. 2005). Comme nous l'avons évoqué précédemment, les explications de ces différences sont de quatre types au moins selon qu'elles mobilisent le *déficit* en services de santé reproductive, le *retard* culturel, les *discriminations* avec l'imposition de ligatures ou de stérilets, ou encore les *normes* culturelles propres aux Autochtones du Mexique.

Elena Zuniga Herrera, la secrétaire générale du CONAPO, caractérise ainsi le modèle reproductif de la population indigène au Mexique par un début précoce de la maternité, un espacement réduit entre les naissances et une fécondité élevée (SEGOB et CONAPO 2005). La prévalence contraceptive reste faible, ce qui est présenté en termes, non de différence culturelle, mais d'un retard – mesuré à 30 ans - par rapport à une norme : la faible fécondité. Les femmes qui parlent une langue indigène ne sont que 52% à utiliser la contraception moderne contre 72 % pour celles qui ne les parlent pas (Mendoza 2006). Ces retards sont, selon la secrétaire générale du CONAPO, l'expression des limites que rencontrent les femmes indigènes pour mettre en œuvre leurs droits humains fondamentaux, comme le fait de réguler sa fécondité par des moyens sûrs et efficaces. Une étude des plans et programmes de population mexicains depuis 1973 montre que les Amérindiens n'y sont mentionnés que par le règlement de la Loi de population de 1992 (Barroso Calderon 2004). Il faut attendre 2002 pour que l'article 25 de la Loi mentionne la nécessité de mettre en œuvre des stratégies correspondant aux caractéristiques culturelles des populations concernées<sup>2</sup>. Une des difficultés provient du faible accès aux services d'attention primaire à la santé pour un tiers au moins des 6 millions d'autochtones qui vivent en zone rurale. 20% de femmes autochtones ne connaissent pas de méthodes contraceptives (CRP 2006). De plus, la pratique contraceptive est fortement liée au Mexique avec le fait d'être suivi par un médecin et non par une matrone, ce qui est plus fréquent en milieu autochtone. Les femmes autochtones suivies par un médecin ont une probabilité trois fois plus forte d'utiliser une contraception que les autres (Vasquez 2003).

Ce retard est également imputé au maintien de normes patriarcales. Dans l'état de Puebla, la moitié des maris autochtones décide du nombre d'enfants (Vasquez 2003). Ce type d'explication est très répandu parmi le personnel médical interrogé au Yucatan, tout comme il l'est d'ailleurs au Chiapas. Le mari Amérindien est accusé d'être autocrate, transformant à faible coût le locuteur en un défenseur des droits des femmes. Il est présenté comme l'archétype du pouvoir patriarcal, comme l'est le musulman en France, dédouanant la société *mestiza* de son propre sexisme. Néanmoins, il n'est pas assuré que toutes les sociétés Amérindiennes soient identiques à ce sujet, ni que cela ne soit pas un effet de la colonisation (Gautier 2005). Ainsi, au Yucatan, le mari avait tendance à laisser la liberté d'utiliser une contraception car il craignait que cette dernière ait des effets négatifs sur la santé de l'épouse et que, de plus, la reproduction relève du domaine féminin (Gautier et Quesnel 1993).

Une autre approche met en évidence au contraire le rôle du sexisme des programmes de planification familiale, qui prennent comme cibles les femmes, et particulièrement les pauvres et les indigènes. Les désirs et les demandes des femmes ne sont pas pris en compte, elles sont sommées d'appliquer la norme contraceptive, sinon elles seront stérilisées de force ou on leur posera des stérilets. Ainsi, les démographes calculent au niveau national des taux de fécondité et de nouvelles utilisatrices de contraception nécessaires pour les atteindre. Les dirigeants des

<sup>2</sup> « Identificar y atender los rezagos sociodemográficos prevalecientes en los pueblos indígenas, un marco de respeto a sus culturas, organizaciones, identidad, necesidades y aspiraciones ».

institutions de santé demandent ensuite aux médecins d'obtenir cinq nouvelles utilisatrices de contraception par mois. Pour atteindre ces objectifs, ils n'évoquent pas les éventuels effets secondaires des méthodes contraceptives aux femmes, comme nous avons pu le remarquer au Yucatan en 1986-1987 (Gautier et Quesnel 1993). Plus grave, encore certains abus, notamment des poses de stérilet et des stérilisations forcées ont été dénoncées par des chercheurs (Palma, Figueroa, Cervantes, Echarri, 1987 ; Brugeilles 2004)) et des associations<sup>3</sup>. Certes l'ENADID de 1997, la première enquête démographique qui ait inclus la langue parlée (Ham 2003 p.18) n'a pas relevé plus de stérilisations en milieu indigène mais la question n'est pas tant de savoir leur nombre que si elles ont été volontaires ou pas.

Enfin, d'autres chercheurs, notamment ceux réunis par Gonzalez Montes (2003), insistent sur les normes reproductives spécifiques aux Amérindiens des différentes ethnies qui sont guidés par des principes cosmogoniques et par le souci du maintien de la communauté. Ces ethnies ont donc développé des mythes et des objectifs spécifiques.

Pour vérifier ces différentes hypothèses, encore faut-il s'entendre sur la définition de l'autochtonie, qui fait aujourd'hui l'objet de nombreux débats. La définition utilisée dans tous les recensements est fondée sur le fait pour un individu de 15 ans ou plus de parler une langue indigène, ce qui donnerait 6 320 000 Amérindiens, soit 6% de la population mexicaine (Catalan 2003). D'autres critères se sont ajoutés à différents époques, le plus récent étant en 2000 la question de savoir si la personne se sent appartenir à l'un des nombreux groupes amérindiens, réponse donnée par 7 430 000 personnes. Ensuite le traitement même de la question sur la langue parlée peut donner des résultats différents, notamment si l'on considère comme autochtone toute personne qui vit dans un foyer dirigé par un chef qui parle une langue amérindienne : les autochtones seraient alors 11 700 000 personnes, ou dans une zone où 33% au moins de la population parle une langue autochtone, ce qui conduit le CONAPO a compté 12 700 000 Amérindiens, soit 14% des Mexicains (CNP 2001 et 2007).

### L'identité troublée d'une zone maya globalisée<sup>4</sup>

L'état du Yucatan présente des caractéristiques démographiques proches de la moyenne nationale, bien que la population autochtone soit nombreuse puisqu'en 2005 34% des plus de 5 ans parlaient 25 langues indigènes, essentiellement la langue maya. Seuls 2,5% des Yucatèques ne parlent pas l'espagnol (INALI 2008). La zone du henequen, agave également appelé sisal, s'est constituée vers 1879 quand l'invention de la moissonneuse-batteuse-lieuse par MacCormick, a rendu nécessaire cette plante qui seule à l'époque, permettait de fabriquer des cordages résistants (Lapointe 2006 : 33). Selon certains historiens, la culture du henequen s'est développée là où existaient déjà des haciendas de bétail. Selon d'autres historiens, plus nombreux, elle s'est développée là où les Indiens avaient été soumis lors de la guerre des castes par opposition à la zone qui est restée celle du maïs. Cette version fait des Indiens cultivant le henequen des êtres soumis aux intérêts des mestizos et des Mayas moins authentiques, ou plus hybrides, que ceux qui ont mené la guerre des castes. Les Mayas de la zone du henequen ne se disent d'ailleurs pas Mayas mais *mestizos* (métis) et ils sont appelés ainsi par les Yucatèques descendants d'espagnols, alors que dans le reste du Mexique ce sont ces derniers qui sont appelés *mestizos*. De fait, les Mayas de la zone du henequen sont très catholiques et souvent présentés comme éloignés de leur Indianité. Pourtant, bien des traditions d'origine préhispanique, comme le *hanan p'ixal* (fête des morts), restent très vivantes (Castaneda 2004).

<sup>3</sup> Le Congrès latino-américain autochtone de Panama s'est prononcé en 2001 contre les stérilisations imposées (Barroso Claderon 2004).

<sup>4</sup> Ces deux enquêtes ont été réalisées lors d'un accueil à l'IRD et avec un financement de cette institution. Elles ont également été rendues possibles par des accords avec Susana Lerner du CEDDU du *Colegio de México* et, en 2004-2005 avec Judith Ortega Canto et Wilberto Pinto Gonzalez du CIR de la *Universidad Autonoma De Yucatan*.

On peut considérer que ce sont les seuls vrais métis culturels puisqu'ils parlent l'espagnol et le maya, pratiquent la religion catholique et des rites préhispaniques. Ce processus d'hybridation est fort ancien. Ainsi, l'hybridation des cultures, phénomène majeur depuis la conquête, a pris une ampleur inédite avec le développement des communications de masse et des migrations internationales. De plus, l'industrie du tourisme valorise grandement tous les signes d'une identité ethnique qui permet de vendre certains lieux comme spécifiques. Les officiels encouragent donc fortement les artisanes à venir vêtues de leur plus beau huipil aux expositions qu'ils organisent, alors mêmes qu'elles ne le portent plus dans la vie quotidienne car il coûte trop cher. Ainsi, dans les entretiens réalisés par Marie-France Labrecque (2005), ce sont plutôt les femmes ayant pratiqué des activités d'artisanat qui se décrivent comme maya, les autres se décrivant plutôt comme *mestizas*.

Les Yucatèques auraient adopté petit à petit les idées principales de la planification familiale à travers les infrastructures de santé et la mise en œuvre du programme de planification familiale (Barroso Calderon 2004 : 90). Les Mayas de la zone du henequen, en particulier, sont intégrés depuis longtemps au système de santé moderne, à la différence de ceux des Chiapas ou Oaxaca, du fait de l'importance du henequen (ou sisal) dans les exportations mexicaines. Cet accès a d'abord été financé par les *hacendados*<sup>5</sup> puis par l'intégration dans l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale en 1972. La réforme néolibérale a signifié la fin de la culture du henequen et pour beaucoup d'anciens cultivateurs l'expulsion de l'IMSS. Ils ont été pris en charge par l'IMSS-*Oportunidades*, alors que d'autres ont pour seul recours les médecins privés ou le Ministère de la santé. Le développement des *maquiladoras*, où ont été embauchés leurs enfants et particulièrement leurs filles (Labrecque 2005) leur a permis parfois de réintégrer l'IMSS sur une base familiale.

L'enquête a été menée dans les 60 communes de la zone du henequen et dans 30 hameaux où avait eu lieu en 1979 l'enquête de Susana Lerner (1980). Des questionnaires<sup>6</sup> ont été administrés à 988 femmes et 519 hommes, tandis que des entretiens<sup>7</sup> ont été menés auprès de 113 femmes membres des comités de santé, de 50 sages-femmes traditionnelles, et de 206 membres du personnel médical, entendu au sens large : médecins, infirmières et assistantes rurales de santé. Des observations de salles d'attente et de *platicas* (causeries) données par les institutions de santé ont également été réalisées. Cet article utilisera essentiellement les réponses fournies par 733 femmes d'âge fertile (15-49 ans) ayant été unies au moins une fois.

La variable discriminante utilisée sera la connaissance d'une langue –l'espagnol- ou de deux -maya-espagnol. C'est dire que nous mettrons en avant une familiarité avec une langue et donc avec une culture. Il est clair pourtant que l'on peut se sentir appartenir à une ethnique même sans en parler la langue. Néanmoins, nous utiliserons ce critère linguistique parce qu'il est fréquent dans la littérature sur le sujet et surtout parce qu'il permettra de vérifier l'éventuelle influence d'une identité maya, définie ici au niveau individuel et non géographique ou collectif. Toutes les femmes rencontrées parlent l'espagnol, bien que quelques unes le fassent avec difficulté<sup>8</sup>. 48% des femmes ayant été unies parlent le maya couramment (nous les appellerons locutrices maya-espagnol ou bilingues), 19%, le comprennent et 30% pas du tout. Toutefois, ces pourcentages varient beaucoup avec l'âge et la maîtrise du maya a diminué de

<sup>5</sup> Propriétaire de grands domaines agricoles.

<sup>6</sup> Le questionnaire a été inspiré par celui des enquêtes démographiques et de santé mais surtout par les enquêtes mexicaines (Rojas et Lerner 2001) et l'ENSAR de 2003.

<sup>7</sup> Les entretiens avec les sages-femmes traditionnelles ont été réalisés par Virginia Tamayo, ceux avec les membres des comités de santé par Yolanda Oliva Pena et ceux avec le personnel sanitaire par Arlette Gautier.

<sup>8</sup> Seule une jeune femme sur les six enquêteurs parlait le maya, bien qu'ils aient été recrutés au département d'anthropologie de la UADY. Elle avait parfois du mal à comprendre les *mayahablantes*, car le maya actuel varie beaucoup d'un village à l'autre.

moitié entre les trois générations de femmes. Ainsi, alors que 82% des pères des femmes questionnées parlaient le maya, ce n'est le plus le cas que de 63% des femmes de 40-49 ans, 54% des 30-39 ans et 32% des 20-29 ans et 15% des 15-19 ans. La connaissance de la langue maya est liée à des expériences sociales bien différentes. Ainsi, 82% des bilingues ont un père agriculteur, contre seulement 46% des hispanisantes. Elles vivent plus souvent dans les hameaux : 33% contre 23% pour les monolingues. Elles ont un niveau scolaire plus faible puisque la moitié n'a pas terminé le primaire, quelque soit leur âge, ce qui n'est le cas que pour les plus âgées des hispanisantes. À 15-29 ans, 62% de ces dernières ont atteint le secondaire, soit le triple des femmes qui parlent couramment le maya. Il faut néanmoins souligner que le niveau scolaire des femmes interrogées est généralement bas puisque 40% n'ont pas terminé le primaire, 27% l'ont terminé et 33% ont le niveau secondaire ou plus (5% seulement ayant fait une classe préparatoire).

TABLEAU 1 : NIVEAU SCOLAIRE DES 733 FEMMES D'ÂGE FERTILE AYANT ÉTÉ UNIES SELON LE GROUPE D'ÂGES ET LE FAIT DE PARLER COURAMMENT LE MAYA OU PAS, EN %. Source : Enquête Politique Santé de la Reproduction Zone Henequenera (EPSRZH)

	Maya courant			Maya non courant		
	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire et plus	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire et plus
<b>15-29</b>	<b>49</b>	31	20	<b>14</b>	24	62
<b>30-39</b>	<b>51</b>	36	13	<b>26</b>	26	49
<b>40-49</b>	<b>68</b>	24	8	<b>56</b>	19	26
<b>Différence</b>	<b>-19</b>	+ 7	+ 12	<b>- 42</b>	+ 5	+ 36

L'activité rémunérée des femmes ne permet guère de différencier les trois populations puisqu'elle varie de 65% pour les hispanophones à 71% pour les locutrices maya-espagnol. L'insertion professionnelle de la famille est généralement meilleure pour les hispanophones puisque la moitié d'entre elles bénéficie de l'IMSS alors que ce n'est le cas que de 37% des locutrices maya-espagnol, dont le tiers relève d'IMSS-*Oportunidades* (IO) organisé pour les anciens ejidatarios, et 28% n'ont pour recours que le Ministère de la santé du Yucatan (SSY). La situation de celles qui parlent un peu le maya est la meilleure puisque ce sont elles qui dépendent le moins de cette institution de dernier recours (cf. annexe 1). En effet, les institutions médicales ont des budgets très différents : celui destiné aux assurés de l'IMSS est 2,5 fois plus élevé que celui des non assurés. Aussi, L'IMSS soigne toutes les pathologies et dispose des équipements nécessaires, mais pas toujours des médicaments idoines. L'IMSS-*Oportunidades* et la SSY n'assurent que les soins du cadre basique de santé, dont la protection materno-infantile et la planification familiale. La prévention réalisée par ces deux institutions (IO et SSY) est impressionnante. Dans chacune des 80 cliniques visitées (sauf une), une carte du village montre les lieux où habitent les femmes enceintes, les enfants en bas-âge, les personnes utilisant une méthode de planification familiale ou souffrant de certaines maladies dont le diabète. Un fichier indique les noms des patients et leurs dates de consultations. S'ils manquent, une assistante rurale de santé les visite.

## 2. Comportement reproductifs et planification familiale

### Le changement dans la continuité du modèle reproductif

Alors que le Mexique a vécu une baisse impressionnante de la fécondité, passée de 6 enfants par femme en 1976 à 2,1 selon l'ENADID de 2006, la fécondité yucatèque est encore plus basse puisqu'elle est de 2 enfants par femme. Néanmoins, les chiffres de l'ENSAR de

2003 étaient un peu plus élevés. Ils indiquent également une forte différenciation ethnique, mais avec une uniformisation chez les jeunes. Cependant, on sait que cette baisse est liée à la promotion de méthodes durables, stérilet et surtout stérilisation féminine, et que des abus ont été dénoncés. Il faut donc se demander si cette baisse de la fécondité a bien été souhaitée par les femmes elles-mêmes et si elles ne la regrettent pas, comme c'est parfois le cas avec les stérilisations. Nous comparerons donc le nombre idéal d'enfants des femmes avec leur descendance atteinte et le nombre qu'elles auraient « si c'était à refaire » et cela selon la langue parlée.

TABLEAU 2 : NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS ET DESCENDANCES ATTEINTES  
SELON LA LANGUE PARLÉE, 733 FEMMES AYANT ÉTÉ UNIES D'ÂGE FERTILE EPSRZH 2004-2005, EN %

	Maya courant			Locutrices espagnol		
	15-29	30-44	45-59	15-29	30-44	45-59
<b>Nombre idéal d'enfant</b>	2,8	3,3	5	2,7	2,6	3
<b>Si c'était à refaire</b>	2,3	3,7	4,6	3,1	2,9	4,2
<b>Descendance atteinte</b>	1,7	3,4	4,7	1,3	2,7	4,4

Il n'y a pas de différence entre jeunes selon la langue parlée : elles souhaitent avoir en moyenne 2,8 enfants. En revanche, les femmes *mayahablantes* de 30 ans à 44 ans souhaitaient avoir 0,7 enfants de plus, et celles de 45 et plus 1, 4 enfants de plus qu'elles n'en ont eu. Il faut d'ailleurs souligner que pour les 30-44 ans, le nombre souhaité correspond en moyenne à la descendance atteinte. Au contraire, pour les 44 ans et plus les locutrices maya-espagnol avaient en moyenne moins d'enfant qu'elles n'en désiraient alors que c'est le contraire pour les mono-hispanisantes, qui ont en moyenne 1,4 enfants de plus qu'elles n'en souhaitaient. Contrairement à notre hypothèse de départ, ce seraient donc plus les hispanisantes que les Mayas qui regretteraient éventuellement des stérilisations. Évidemment, l'interprétation de ces données n'est pas évidente. Il est possible que les souhaits exprimés correspondent à la norme maya locale et n'exprime pas les sentiments profonds. Il peut y avoir une tendance à justifier ce qui a eu lieu. Néanmoins, l'opposition entre les souhaits des mono-hispanisantes et les autres est frappant. Il n'est d'ailleurs pas rare que dans les entretiens les femmes revendiquent fièrement leurs enfants, même s'ils étaient dix. Ainsi, Juana vit dans un gros bourg, à deux pas d'un hôpital de l'Institut Mexicain de la Sécurité Sociale, où elle va régulièrement pour contrôler son diabète. Néanmoins, alors que l'IMSS mène une campagne vigoureuse depuis les années 1970 en faveur de la contraception, Juana n'en a jamais utilisé. Elle a eu six enfants, qu'elle a tous souhaités et dont elle a su espacer la venue. Aujourd'hui, elle se félicite d'avoir eu ses d'enfants car ils constituent sa seule ressource avec les maigres apports de jobs que son mari trouve encore. Sa plus jeune fille, notamment, reçoit une petite somme du gouvernement fédéral pour continuer son lycée. Juana et son mari n'ont droit à rien car ils ont une grande maison, signe extérieur de richesse, qu'ils ont fait construire avant que les subventions au henequen ne disparaissent en 1992.

## Une connaissance et une utilisation peu différenciées de la contraception

## PF : une information très présente



Photos : Arlette Gautier

Les femmes yucatèques interrogées connaissent mieux les méthodes de contraception que les Mexicaines interrogées par l'ENSAR en 2003, qui étaient moitié moins nombreuses à citer de façon spontanée la ligature et avaient des niveaux de connaissance en général inférieur de 10 points aux Yucatèques, sauf pour le préservatif qu'elles sont plus nombreuses à citer. La pilule est citée de façon spontanée par 90% des femmes yucatèques, le stérilet par 73%, les injections par 68%, le préservatif par 50%. Les femmes yucatèques sont entre 2% et 25% à ne pas pouvoir identifier ces méthodes même en étant aidées. Ainsi, les femmes connaissent bien les méthodes préconisées par les institutions publiques et moins les méthodes de barrière, qui ne le sont pas. La vasectomie, pourtant officiellement prônée par les institutions sanitaires, est très peu connue puisqu'elle n'est citée spontanément que par 8% des femmes.

TABLEAU 3 : CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION SELON QUE LES FEMMES PARLENT OU PAS COURAMMENT LE MAYA, FEMMES UNIES D'ÂGE FERTILE, EPSRZH 2004-2005, EN %

	MAYA COURANT			MAYA NON COURANT		
	Spontanée	Aidée	Non	Spontanée	Aidée	Non
Ligature	56	40	3	48	51	7
Vasectomie	9	76	15	8	85	7
Pilule	86	10	4	93	6	1
Stérilet	72	22	6	78	19	3
Injections	66	28	7	74	25	1
Condon	46	45	9	57	37	5
Ovules	4	27	69	6	32	62
Rythme	10	52	37	15	52	33
Retrait	12	55	33	10	59	31
Contraception d'urgence	1	20	79	2	25	74



Les locutrices maya-espagnol connaissent un peu moins la pilule, le stérilet, les injections et un peu plus les méthodes définitives. L'étude des connaissances des méthodes contraceptives selon l'âge et la langue (annexe 2) manifeste de légères différences entre les locutrices maya-espagnol et hispanisantes. Le déficit de connaissance touche essentiellement le groupe des 30-44 ans, sauf pour le stérilet où il concerne également les 45-59 ans. Les jeunes connaissent toujours mieux les méthodes contraceptives que les autres femmes, particulièrement pour les mayas<sup>9</sup>, sauf pour la ligature qui est mieux connue par les locutrices maya-espagnol de 30 à 44 ans.

La prévalence contraceptive est plus élevée de huit points dans l'ex-zona henequenera (81%) que dans le Yucatan (74%) et que l'ensemble du Mexique (71%), sauf pour les femmes entre 40 et 44 ans. Parmi les femmes qui utilisent une contraception, il y a peu de différences entre la population nationale, yucatèque et ex-henequenera, la stérilisation étant pratiquée par plus de la moitié des femmes, la pilule et les injections par autour de 15%. Le stérilet est moins utilisé au Yucatan et dans la zone que dans l'ensemble du Mexique alors que le retrait l'est plus. En revanche, le préservatif est moins utilisé dans la zone qu'au Yucatan et au Mexique.

TABLEAU 4 : PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE DES 733 FEMMES UNIES D'ÂGE FERTILE, SELON LES ENQUÊTES MEXICAINES ENSAR 2003 ET ENADID 2006 (MENDOZA 2007 : PP.21) ET AU YUCATAN : EPSRZH 2004-2005, EN %

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
<b>ENFES 1987</b>	30	25	42	62	61	60	34	
<b>ENADID 2006</b>	39	58	66	75	78	78	72	71
<b>EPSRY</b>	68	69	75	85	92	77	76	79

TABLEAU 5 : PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE ET MÉTHODES UTILISÉES PAR LES FEMMES AYANT UTILISÉ CONTRACEPTION AU MOINS UNE FOIS, 733 FEMMES UNIES D'ÂGE FERTILE, EPSRZH 2004-2005 ET ENSAR 2003, EN %

	Prévalence	Ligature	Stérilet	Pilule et Injections	Condom	Retrait
<b>ENADID</b>						
<b>National</b>	71	55	17	12	8	8
<b>Yucatan</b>	74	56	8	15	7,5	13,5
<b>EPSRY</b>	79	52	10	16	5	15
<b>Mayophone</b>	81,5	59	8	14	4	14
<b>Non</b>	76,4	45	13	18	6	16

Source ENADID 2006 : [www.conapo.gob.Mx/prontuario2007/04.pdf](http://www.conapo.gob.Mx/prontuario2007/04.pdf)

Sur l'ensemble de la population de l'ex-zone *henequenera* du Yucatan, 41% des femmes ayant été au moins une fois unies sont ligaturées, 18% utilisent des méthodes temporaires : stérilet ou surtout pilule, 14% sont protégées par leur mari (préservatif, retrait ou rythme) et 27% ne pratiquent pas de contraception. Les premiers chiffres sur les pratiques contraceptives montrent une différenciation très nette puisque les femmes bilingues sont 43% à être stérilisées contre 26% des hispanisantes alors que les premières sont 31% à ne pas pratiquer de contraception contre 41% pour les secondes. L'utilisation des méthodes temporaires (stérilet, pilule et injections) et masculines (retrait, condom et rythme), elles, sont peu différenciées selon la langue parlée et pèsent respectivement 17% et 13%. Mais il y a là un effet d'âge, les bilingues étant plus âgées

<sup>9</sup> Qui sont même deux fois plus nombreuses à citer le stérilet et le préservatif.

que les hispanisantes. L'étude des pratiques contraceptives en fonction de groupe d'âges de 15 ans et la langue montre qu'elles sont très différenciées selon l'âge. Les jeunes sont plus du tiers à utiliser des méthodes temporaires, les bilingues étant plus nombreuses à le faire, parce qu'elles sont en union et ont des enfants plus jeunes. Les femmes adultes (30-44 ans) sont près de 60% à être stérilisées, les bilingues l'étant légèrement plus que les autres et étant 12% pour chaque autre pratique contraceptive. Les femmes matures (45-60 ans) sont près de la moitié à ne rien utiliser, parce qu'elles ne sont plus fertiles, 45% (mais 54% d'hispanisantes) à être ligaturées et 4% à utiliser des méthodes temporaires ou masculines. Bref, l'utilisation des méthodes semble plus précoce chez les bilingues et ce n'est que dans le groupe des 30-44 ans qu'elles sont un peu plus souvent ligaturées. Cela relève-t-il d'un choix ou d'une contrainte ?

TABLEAU 6 : MÉTHODES CONTRACEPTIVES UTILISÉES PAR LES 733 FEMMES AYANT ÉTÉ UNIES PAR GROUPE D'ÂGE SELON QU'ELLES PARLENT COURAMMENT LE MAYA OU PAS, EN %. EPSRY 2004-2005

Parle le maya	15-29			30-44			45-59		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>Stérilisation</b>	6	9	<b>10,5</b>	61	58	<b>59</b>	44	54	<b>45</b>
<b>Temporaires</b>	43	36	<b>36</b>	12	15	<b>14</b>	4	4	<b>4</b>
<b>Masculines</b>	30	22	<b>24</b>	12	13	<b>11</b>	4	13	<b>7</b>
<b>Rien</b>	21	33	<b>29</b>	14	14	<b>16</b>	48	29	<b>44</b>

### Les stérilisations : liberté ou contrainte ?

Les représentations omniprésentes dans les dispensaires, les hôpitaux ou les squares mettent toujours en avant une mère ayant des caractéristiques très occidentales : les femmes sont allongées sur un lit, dévêtues et leurs cheveux sont longs et libres. Seuls trois dispensaires et trois statues de la mère<sup>10</sup> donnent une représentation plus proche de celle de la femme maya : assise sur un hamac, vêtue du huipil, les cheveux tenus en chignon. Les représentations laisseraient donc penser que la maternité maya n'intéresse pas les institutions sanitaires et sociales.

## Des représentations inconciliables : cheveux long/chignon, nudité, hamac/lit



<sup>10</sup> Dans chaque village on trouve un square avec une statue de la Maternité.

Le tableau suivant montre que les femmes jeunes et adultes qui parlent le maya couramment sont légèrement plus souvent stérilisées alors que les femmes matures le sont un peu moins. On peut penser à un différentiel d'âge à la grossesse qui expliquerait ce décalage temporel. En revanche, la différence de prévalence de la ligature entre les femmes qui touchent *Oportunidades* et les autres est beaucoup plus importante. Ce phénomène existait également du temps de *Progresá*, la prestation qui a été remplacée par *Oportunidades* (Montes 2003 : 86). Des associations et des chercheurs soulignent que l'on exige parfois une ligature pour que les femmes accèdent à ce subside.

TABLEAU 7 : FEMMES UNIES STÉRILISÉES SELON QU'ELLES PARLENT LE MAYA OU PAS ET SELON QU'ELLES TOUCHENT OPORTUNIDADES, PAR GROUPE D'ÂGE. EPSRZH 2004-2005

	Parle le maya			Touche <i>Oportunidades</i>		Total
	Oui	Non	Un peu	Oui	Non	
<b>15-29</b>	<b>11</b>	9	20	<b>19</b>	8	<b>12</b>
<b>30-44</b>	<b>68</b>	62	55	<b>71</b>	57	<b>64</b>
<b>45-59</b>	<b>47</b>	53	50	<b>46</b>	51	<b>49</b>

Cet usage de la contraception s'est d'abord fait à un âge tardif et avec un très grand nombre d'enfants. La moitié des femmes stérilisées sont passées directement à la ligature sans avoir utilisé d'autres moyens de contraception auparavant. Les locutrices maya ne sont pas plus nombreuses dans ce cas que les autres femmes. La parité à partir de laquelle les femmes pratiquent une contraception a ensuite diminué régulièrement. Ainsi, la moitié des femmes de 45 ans à 59 ans a commencé à utiliser une contraception avec cinq enfants ou plus, 46% des femmes de 35 à 49 ans en avaient entre 3 et 4 et alors que 40% des plus jeunes ont utilisé une contraception sans avoir d'enfant. Les plus jeunes ont donc intégré une norme contraceptive qui suppose de gérer sa fécondité, même si le tiers attendent encore d'avoir deux enfants ou plus pour pratiquer une contraception. Ainsi, Brigida est aujourd'hui domestique, après avoir quitté la *maquiladora* où elle était ouvrière pour la naissance de son premier enfant, dont elle est tombée enceinte avant le mariage, bien que ce soit une fervente catholique. Il a aujourd'hui six ans et elle n'en aura pas d'autres avant d'avoir fini de construire sa maison. Pour le moment, elle vit avec la famille de son mari, comme le quart des jeunes couples.

Sur l'ensemble des femmes, un tiers a décidé seule de la ligature, 40% ont choisi avec leur conjoint, 8% des hommes ont décidé seul et 12% des prestataires. 5% des femmes n'ont pas répondu. La décision n'a donc pas été prise par la femme dans 20% des cas, bien qu'il s'agisse de son corps. C'est parmi les plus jeunes que le couple prend le plus souvent la décision en commun. Alors que le personnel sanitaire et social rapporte souvent que les femmes déclarent obéir à leurs maris, ce n'est pas ce qui ressort de l'enquête. En effet, s'il y a autant de décision commune quelque soit la langue, l'homme décide deux fois plus souvent chez les hispanisantes et le prestataire intervient un peu plus souvent pour elles également. 41% des femmes bilingues décident seules contre 27% des hispanisantes. L'enquête menée en 1986 soulignait déjà que la décision était souvent prise par la femme en cas de désaccord parce que les maris craignaient que la ligature n'ait des conséquences négatives sur sa santé et qu'ils la laissaient donc choisir. Ils considéraient de plus que la reproduction était de son domaine (Gautier et Quesnel 1993). Cela semble être un point de vue plus *mestiza-maya* que d'hispanisantes, contrairement aux stéréotypes.

TABLEAU 8 : QUI A DÉCIDÉ DE LA LIGATURE ? 306 FEMMES, EN % EPSRZH 2004-2005

	MAYA COURANT				HISPANISANTE			
	Femme	H et F	Mari	Prestataire	Femme	H et F	Mari	Prestataire
<b>15-29</b>	<b>33</b>	67	0	0	<b>27</b>	50	4,5	9
<b>30-39</b>	<b>44</b>	41	5,5	5	<b>21</b>	39	18	13
<b>40-49</b>	<b>38</b>	38	4	18	<b>37</b>	32	7	19
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>39</b>	<b>12,5</b>	<b>14</b>

– Chez les plus âgées, il y a peu de différences, sauf que les hommes décident un peu plus chez les hispanisantes. Mais, plus du tiers des femmes décident seules et autant avec leur conjoint alors que les prestataires ont pris la décision dans 19% des cas. Souvent, c'est à cause d'un risque soit concret, soit supputé en fonction du risque reproductif attribué à toute femme ayant une parité élevée. Les hommes, maris ou médecins, ont décidé pour 22% des femmes parlant couramment le maya et 26% pour les autres.

– Chez les femmes de 30 à 39 ans, la situation est très différenciée selon la langue parlée, puisque les femmes parlant maya sont 44% à décider seules et les autres seulement 21% car les prestataires (18%) et les conjoints (13%) ont décidé (contre 5% pour chacune de ces catégories chez les femmes parlant maya). C'est près d'un tiers des hispanisantes qui n'ont pas eu le contrôle de la décision de se faire ligaturer contre 10% des locutrices maya-espagnol.

– Enfin, chez les plus jeunes aussi l'opposition est importante entre les locutrices maya et les autres car le mari a décidé pour 5% des secondes et le prestataire pour 9%, les femmes n'ayant décidé seules que dans le quart des cas. Au contraire, les deux-tiers des locutrices maya ont pris la décision en commun avec leur conjoint et le tiers ont décidé seules, les hommes n'intervenant jamais seuls.

En tout, le prestataire a décidé pour 11% des locutrices maya et 14% des hispanisantes alors que le mari a décidé deux fois plus souvent chez ces dernières que pour les premières. Il n'y a pas de variation selon la période (avant 1984, entre 1984 et 1994, après 1994), contrairement à l'hypothèse d'une plus grande prise en compte de l'autonomie féminine après la Conférence du Caire. De plus, bien que les médecins aient tendance à traiter de machistes les maris des femmes de leurs patientes, il faut bien dire qu'ils sont plus nombreux qu'eux à décider de « l'opération ». Comment faut-il entendre ce « décider », est-ce que ce sont toujours des ligatures forcées ? Les médecins eux-mêmes reconnaissent qu'ils « insistent, insistent » pour que les femmes à parité élevée se fassent stériliser, même si elles prennent la pilule et que cela leur convient. Il y a en Amérique en général un biais anti-pilule, jugée dangereuse, voire cancérigène, bien que les études ne semblent pas confirmer ce point de vue. Les femmes peuvent considérer cette insistance comme une pression. Cela dit, quelques femmes ont explicitement dit qu'elles avaient été ligaturées sans le savoir, parfois avec l'accord du conjoint. Il y a alors une entente entre médecins et maris, sur le corps des femmes. Cela part parfois d'un bon sentiment, comme pour cette femme qui risquait sa vie avec une autre grossesse et que son mari a choisi de faire ligaturer.

### 3. Tradition, hybridation, discrimination ou démocratisation de l'accès à la contraception ?

La zone étudiée, en passant de la monoculture du henequen à l'implantation des *maquiladoras*, dans le contexte de réformes libérales où se maintient néanmoins le souci de la population, au double sens d'un souci de cohésion sociale et de baisse de la fécondité dans une perspective néo-malthusienne, a donc vécu une révolution contraceptive qui est aussi une révolution culturelle. Les femmes de 40 à 49 ans ont souvent eu de nombreux enfants, en

espaçant les naissances grâce au retrait, puis se sont fait ligaturer à un âge tardif. Les femmes de 30 à 39 ans se sont faites ligaturées plus jeunes et surtout avec moins d'enfants. Les plus jeunes enfin ont pratiqué une contraception dès leur entrée en couple ou, plus souvent, après la naissance d'un enfant. Elles désirent nettement moins d'enfants que les femmes plus âgées, bien que ce chiffre soit supérieur à celui de l'indice synthétique de fécondité pour l'état du Yucatan.

L'âge et l'appartenance institutionnelle sont les deux principales variables qui influent sur le parcours contraceptif et le type de méthodes utilisées. Les variables sociales et linguistiques, une fois prise en compte l'âge, n'interviennent plus, ce qui montre l'efficacité des institutions sanitaires et sociales qui interviennent dans la zone étudiée. L'âge ici renvoie à des expériences sociales très différentes avec la transformation rapide des structures productives et sociales. Même le niveau éducatif, généralement si discriminant, n'a pas de véritable influence. Il y a eu une réelle démocratisation de la contraception, comme le montrent aussi bien les connaissances correctes des différentes méthodes contraceptives que l'utilisation élevée de la contraception moderne dans cette population pourtant peu éduquée et où seul le quart des femmes unies a une activité rémunérée. Les femmes parlant le maya ne sont pas défavorisées par rapport aux autres.

Toutefois, cette démocratisation n'est pas allée sans une insistance parfois excessive. Les médecins insistent pour mettre en œuvre leur modèle contraceptif : pilule au début de la vie féconde, stérilet après une naissance puis ligature des trompes, même si la femme se sent bien avec la méthode qu'elle a choisie. Ils considèrent qu'une femme doit se faire ligaturer quand elle a atteint le nombre désiré d'enfants même si elle se contrôle bien avec la pilule. De plus nous avons rencontré des cas de ligatures forcées, qui ne pèsent cependant pas plus sur les femmes parlant le maya. Il est vrai que si racisme il y a, il ne discriminerait pas forcément selon ce critère mais plus selon le physique. L'appartenance à un hameau pourrait être alors un indicateur, mais lui non plus n'est pas significatif. Ce peut alors être la zone qui serait stigmatisée, mais il faut alors mener d'autres analyses pour le vérifier. Au-delà de ces abus, l'influence des institutions de santé est telle que le type d'institution est le déterminant principal tant de la prévalence contraceptive que du type de méthodes utilisées, éliminant toutes variables individuelles comme le niveau d'éducation atteint ou la langue parlée.

Enfin, il faut souligner que si quelques maris ont imposé la ligature à leurs épouses, les femmes parlant le maya semblent avoir moins souffert que les hispanisantes de ces comportements. Elles manifestent un pouvoir décisionnel plus fort sur leur fécondité en tant que domaine propre, ce qui ne veut pas dire que les relations de couple soient égalitaires. Néanmoins, à la différence d'autres zones indigènes, les femmes mayas yucatèques ont donc un plus grand contrôle sur leur fécondité que les hispanisantes, ce qui renvoie peut-être à la complémentarité entre les sexes reconnue par la civilisation maya classique (Rivas 2003). C'est paradoxalement ce plus grand pouvoir sur leur fécondité qui serait la caractéristique la plus vivante, avec le maintien des liens de solidarité au sein de la famille (Gautier 2007), de l'identité maya.

## BIBLIOGRAPHIE

- BELLATO L., 2003. « Representaciones y practicas en torno a la sexualidad y la reproducción en hombres y mujeres mazahuas », in *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación* (S. Montes (ed.) México, Colegio de México, 109 p. (Documentos de trabajo n°13).
- CALDERÓN, C. G. BARROSO, 2004. « La fecundidad indígena en México bis a bis la visión de los programas oficiales ¿Caminos divergentes? », *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, X (020), <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31602004>
- CASTENEDA Q., 2004. « We are not indigenous ! An introduction to the Maya identity of Yucatan », *The Journal of Latin American Anthropology*, 9(1), pp. 36-63.
- BRUGEILLES C., 2004. « La politique de population au Mexique (1974-2000) », in : *Les programmes de planification familiale. Cinq études nationales* (Gautier A. ed.), Nogent-sur-Marne, Éditions du CePED, 231 p. (Collection Rencontres).
- CHÁVEZ GALINDO A.-M. et al., 2005. « Tendencias de la fecundidad indígena en México ». Tours, IUSSP, XXV Conferencia internacional de población. Tema « Genero, etnia, identidad y cultura ».
- CNP, CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2007. *Programa nacional de población 2001-2006*.
- CNP, CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2001. *Comportamiento reproductivo de la población indígena*, México. CONAPO.
- CRR, (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS), GIRE, (GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA), IPAS, 2006. *Información adicional sobre México. Presentación del informe ante le CECSR prevista para mayo de 2006*.
- ELU DE LENERO (M.D.C.), 1982. *De lo institucional a lo comunitario: un programa de salud rural*. México, Asociacion mexicana de población.
- FIGUEIROA PEREA JG. 2007. « Avances y retos en la incorporación del enfoque de genero en la política de salud reproductiva », *Salud publica de México*, 49, pp. E166-E178.
- GAUTIER A. et QUESNEL A., 1993. *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*. Paris, ORSTOM, 114p.
- GAUTIER A., 2006. « Mujeres y colonialismo » in *El libro negro del colonialismo. Siglos XVI al XX : del exterminio al arrepentimiento* (FERRO M. ed), Madrid, La esfera de los libros.
- GAUTIER A., 2006. « Les droits reproductifs selon le personnel sanitaire au Yucatan », *Prochoix*, 37, octobre : 49-64.
- GAUTIER A., 2007. « Genre, travail et solidarités dans l'ex-zone henequenera du Yucatan », *Autrepart* 43 : 70-88.
- GIRE (GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCION ELEGIDA, AC), 2007. « Los derechos reproductivos en la legislación y en las políticas publicas de México », *Hoja informativa*, août.
- FERNÁNDEZ HAM P., 2003. « Tendencias en la mortalidad y fecundidad indígenas. Comparación con la población nacional », in: *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación* (Montes S. ed.), México, Programa de salud reproductiva y sociedad, El Colegio de México, 109 p. (Documentos de trabajo n°13).
- INALI, 2008. « Síntesis informativo », *INALI en los medios*, 3 Janvier.

- LABRECQUE M.-F. 2005. *Être Maya et travailler dans une maquiladora. Etat, identité, genre et génération au Yucatán, Mexique*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- LAPOINTE M. 2006. *Histoire du Yucatán (XIX<sup>e</sup>-XXI<sup>e</sup> siècles)*. Paris, l'Harmattan.
- LERNER S. et al., 1980. *Dinámica socio-demográfica de la zona henequenera. Análisis de los datos del estudio sociodemográfico de la población de la zona henequenera del estado de Yucatán*, México, El Colegio de México.
- MENDOZA V. D., 2006. « Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros », *Situación demográfica de México 2006*, CONAPO.  
[http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm2006/sdm06\\_04.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm2006/sdm06_04.pdf)
- NADAL M.-J., 2001. *Les Mayas de l'oubli. Genre et pouvoir : les limites du développement rural au Mexique*, Montréal, les éditions logiques.
- GONZÁLEZ MONTES S. (ed), 2003. *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación*, México, Programa de salud reproductiva y sociedad, El Colegio de México. (Documentos de trabajo n°13).
- OEHMICHEN BAZAN C., 2003. « El indigenismo: la política social del estado orientada hasta la población indígena », in: *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación* (MONTES S. ed.), México, Programa de salud reproductiva y sociedad, El Colegio de México, 109 p. (Documentos de trabajo n°13).
- ORTEGA CANTO Judith, 2000. *Seminarios sobre salud reproductiva y participación social, género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos*, Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán y Fundación Ford, 3 libros.
- PALMA Y., FIGUEROA JG., CERVANTES A., ECHARRI C., 1987. *Encuesta nacional sobre fecundidad y salud*. Secretaria de salud e Instituta for Resource development Inc. Columbia Maryland, 1989.
- RIVAS L.S., 2003. « La construcción del género en la cultura maya », *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 18(225), pp.46-59.
- ROJAS O. L. et LERNER S., 2001. « Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1900-2000 », *Documentos de trabajo, Sexualidad, salud y reproducción*, Programa salud reproductiva y sociedad, El Colegio de México. (Documentos de trabajo n°13).
- ROMERO M. E. « Foro Quitémosle los velos al Cairo » *Bulletin Nacional de Mujeres y Políticas de Población en México*.
- SEGOB (SECRETARIA DE GOBERNACIÓN) et CONAPO, 2005. « Presentan CONAPO y CDI campaña de salud reproductiva para población indígena », *Comunicado de prensa*, México, 14 avril.
- VÁSQUEZ G., 2003. « Estatus de la mujer y condición étnica como determinantes del uso de métodos anticonceptivos: un estudio de caso el estado de Puebla », in: MONTES S. (ed), 2003. *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación*, México, Programa de salud reproductiva y sociedad, El Colegio de México, 109 p. (Documentos de trabajo n°13).
- ZÚÑIGA E. et ZUBIETA B., 2001. *Cuadernos de salud reproductiva. Yucatán*. Mexico, CONAPO, 82 p.

## ANNEXES

ANNEXE 1 : APPARTENANCE À UNE INSTITUTION DE SANTÉ  
SELON L'ÂGE ET LA LANGUE PARLÉE. EPSRY 2004-2005.

	Parle le maya			Un peu			Pas du tout		
	IMSS	I-O	SSA	IMSS	IO	SSA	IMSS	I-O	SSA
<b>15-29</b>	<b>35</b>	24	38	<b>60</b>	13	26	<b>45</b>	17	35
<b>30-44</b>	<b>32</b>	35	31	<b>45</b>	32	20	<b>53</b>	19	26
<b>45-59</b>	<b>44</b>	36	17	<b>51</b>	23	20	<b>66</b>	12	21
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>52</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>50</b>	<b>17</b>	<b>30</b>

Note : Dans le texte les femmes qui parlent un peu et pas du tout sont jointes.

ANNEXE 2 : CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES  
SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LA LANGUE PARLÉE. EPSRY 2004-2005.

		15-29	30-44	45-59	Total
<b>Ligature</b>	<b>Parle le maya</b>	<b>94</b>	<b>90</b>	<b>96</b>	<b>97</b>
	Un peu	98	100	98	98
	Pas du tout	99	100	98	98
<b>Pilule</b>	<b>Parle le maya</b>	<b>95</b>	<b>86</b>	<b>82</b>	<b>97</b>
	Un peu	91	91	95	99.5
	Pas du tout	94	94	83	99
<b>Stérilet</b>	<b>Parle le maya</b>	<b>88</b>	<b>70</b>	<b>54</b>	<b>93</b>
	Un peu	75	78	77	96
	Pas du tout	81	79	61	95
<b>Condon</b>	<b>Parle le maya</b>	<b>68</b>	<b>44</b>	<b>31</b>	<b>44</b>
	Un peu	68	50	28	53
	Pas du tout	71	55	30	60

ANNEXE 3 : CORRÉLATIONS ENTRE DIVERSES VARIABLES D'UTILISATION DE LA LIGATURE  
ET DU MIXTE DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES.

	Ligature		Non utilisation		Mixte contraceptif	
	Pearson	Sig 2 tailed 0.001	Pearson	Sig 2 tailed 0.001	Pearson	Sig 2 tailed 0.001
<b>Âge</b>	<b>,378<sup>xx</sup></b>	<b>,000</b>	<b>-,087<sup>xx</sup></b>	<b>,018</b>	<b>-,275</b>	<b>,000</b>
<b>Institution</b>	<b>-,236<sup>xx</sup></b>	<b>,000</b>	<b>,058</b>	<b>,217</b>	<b>,213<sup>xx</sup></b>	<b>,000</b>
<b>Oportunidades</b>	<b>,176<sup>xx</sup></b>	<b>,000</b>	<b>,155</b>	<b>,000</b>	<b>,183<sup>xx</sup></b>	<b>,000</b>
<b>Papa maya</b>	<b>-,058</b>	<b>,163</b>	<b>,022</b>	<b>,556</b>	<b>-,041</b>	<b>,280</b>
<b>Maya courant</b>	<b>-,158<sup>xx</sup></b>	<b>,000</b>	<b>,061</b>	<b>,102</b>	<b>-,100<sup>xx</sup></b>	<b>,280</b>
<b>Scolarité</b>	<b>-,141<sup>xx</sup></b>	<b>,001</b>	<b>,088</b>	<b>826</b>	<b>-,075x</b>	<b>,042</b>
<b>Village/hameau</b>	<b>-, 22</b>	<b>,586</b>	<b>-,053</b>	<b>,154</b>	<b>+,026</b>	<b>,482</b>
<b>Nombre de méthodes connues</b>	<b>-,003</b>	<b>,946</b>	<b>-,127<sup>xx</sup></b>	<b>,001</b>	<b>+,072<sup>xx</sup></b>	<b>,050</b>
<b>Qui a décidé</b>	<b>,039</b>	<b>,402</b>	<b>-,020</b>	<b>,640</b>	<b>-,020</b>	<b>,638</b>

Une régression linéaire concernant les principales variables montrant une corrélation avec l'utilisation de la ligature enlève cependant la majeure partie de l'impact de la scolarité (,001) et du fait de parler couramment le maya pour ne garder que l'effet de et surtout de l'âge puisque le coefficient B sont



respectivement : ,001 ; ,0035 ; ,150 et ,289. La variable « qui a décidé de votre contraception » n'a montré aucune corrélation significative avec d'autres variables. Le nombre de méthodes utilisées n'a de corrélation positive qu'avec (,249xx) qu'avec le niveau scolaire atteint.